

● Documentos
● de Consulta
● Rápida

20. Uso de la vía subcutánea en el domicilio





20. Uso de la vía subcutánea en el domicilio

Dra. Lina Fernández Isla

Médico de Familia. SAMU 061, Ibiza.

Dra. Nieves Generoso Torres

Médico de Familia. C. S. Bola de Oro, Granada.

Dr. Francisco Javier Resa López.

Médico de Familia. UCPAL H. Hestia Health, Madrid.



ISSN 3020-772X

JUSTIFICACIÓN E INDICACIONES

En atención domiciliaria, la vía subcutánea (SC) es la alternativa de elección a la vía oral cuando esta no es viable. Evita ingresos hospitalarios innecesarios y permite un control sintomático eficaz en el entorno familiar del paciente.

¿Cuándo indicarla?

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	
Imposibilidad para la deglución, disfagia Náuseas y vómitos persistentes Malabsorción Debilidad extrema Estados confusionales en los que la vía oral es imposible Ausencia de acceso venoso fiable o desproporcionado en el contexto del paciente Oclusiones intestinales no quirúrgicas Convulsiones Sedación paliativa Atención a la agonía (situación de últimos días) Dolor no controlado	Generales	Situación de shock. Coagulopatías graves. Hipoalbuminemia con anasarca (retraso de absorción).
	Locales	Problemas para la circulación linfática (incisiones quirúrgicas, disección ganglionar, áreas irradiadas). Áreas cutáneas dañadas (infección, inflamación, úlceras, infiltración tumoral). Áreas periarticulares (reduce la movilidad del paciente). Áreas de poco tejido subcutáneo (prominencias óseas, etc.)
	Relativas	Mala adaptación del paciente. Claudicación familiar. Problemática social.

Tabla 1: Indicaciones y contraindicaciones de la vía subcutánea. Elaboración propia

Ventajas relevantes para su uso en domicilio

VENTAJA	RELEVANCIA CLÍNICA EN DOMICILIO
Técnica sencilla	Puede ser mantenida por cuidadores con formación básica
Mínimamente invasiva	Bien tolerada incluso en pacientes caquéticos o agitados
Permite infusión continua	Control sintomático estable sin picos ni valles
No requiere acceso venoso	Alternativa cuando flebitis, colapso venoso o rechazo
Alta biodisponibilidad	70-100% para la mayoría de los fármacos habituales
Bajo riesgo de infección	Inferior a la vía IV si se mantienen cuidados básicos

Tabla 2: Ventajas de la vía subcutánea. Elaboración propia

▲ NOTA PRÁCTICA

La caquexia extrema NO es una contraindicación absoluta. Se puede utilizar la zona subescapular o pared abdominal con buen resultado, aunque el pániculo adiposo sea mínimo.

Modos de administración de fármacos por vía subcutánea

EN BOLO	INFUSIÓN CONTÍNUA
• Efecto discontinuo de los fármacos. • Permite sólo pequeños volúmenes (recomendable no superar los 2 cc. en general.; 3-4 cc. si se administra en abdomen). • Puede usarse a demanda o de forma periódica. • Dependencia horaria. • Más efectiva en síntomas incidentales o agudos. • Obliga a más manipulaciones. • Coste inferior	• Concentración uniforme del fármaco en plasma. • Preferible en tratamientos prolongados. • Permite volúmenes mayores (recomendado no superar 50 cc/h; 80 cc/h en caso de hipodermocclisis). • Evita manipulaciones. • Posibilidad de mezclar fármacos. Puede combinarse con la administración intermitente • No dependencia horaria y menor carga familiar. • HIPODERMOCLISIS: 500-1500 ml/d (SSF o SGS). • Menos efectiva en dolor agudo. • Imposibilidad de cambiar dosis y ritmo por parte del paciente. • Coste más elevado.

Tabla 3: Modos de administración de fármacos por vía subcutánea. Elaboración propia. SSF: suero salino fisiológico. SGS: suero glucosalino

MATERIAL Y TÉCNICA DE INSERCIÓN

Material necesario

- Palomilla de 23-25G (azul o naranja) o catéter SC específico (teflón).
- Tiras adhesivas y apósitos transparentes semipermeables.
- Antiséptico: clorhexidina acuosa al 2% (preferible) o povidona yodada
- Jeringa de 5 ml. y suero fisiológico para permeabilizar
- Jeringas grandes de 60 ml con conexión luer-lock para cargar infusores.
- Sistema de alargadera con llave de tres pasos (si infusión continua)
- Guantes no estériles

Técnica paso a paso

1. Elegir zona de punción (ver sección 3) y explicar el procedimiento al paciente y cuidador.
2. Lavado de manos y colocación de guantes.
3. Limpiar con antiséptico en movimientos circulares y dejar secar 30 segundos.
4. Pellizcar la piel produciendo un pliegue cutáneo entre pulgar e índice e insertar la aguja metálica en ángulo de 30-45° con el bisel hacia arriba.
5. Retirar la aguja guía en el caso de las palomillas no metálicas.
6. Soltar el pliegue y aspirar levemente: si no refluye sangre se confirma la posición subcutánea.

7. Fijar la aguja o catéter con tiras adhesivas y film transparente (para valorar la zona de punción). Anotar fecha y hora de inserción en el apósito.
8. Hacer un bucle con el tubo de extensión (en el caso de las palomillas metálicas) y fijarlo.
9. Infundir 0,5-1 ml. de suero fisiológico para verificar permeabilidad (no debe haber resistencia ni habón).
10. Lavar la línea de infusión con suero fisiológico tras cada uso (0.5-1 ml).
11. Cerrar la línea clampando o pinzando y en el caso de que el sistema no lleve clip, cerrar con un tapón.



PUNTOS CLAVE DE LA TÉCNICA

El ángulo de 45° es preferible en pacientes delgados; 30° en pacientes con buen panículo adiposo; 90° en personas con obesidad importante.

Nunca introducir la palomilla hasta la base: dejar 2-3 mm fuera para poder manipularla.

Si aparece resistencia al infundir, retirar y reinsertar en otra zona.

ZONAS DE PUNCIÓN Y ROTACIÓN

Zonas preferentes de punción

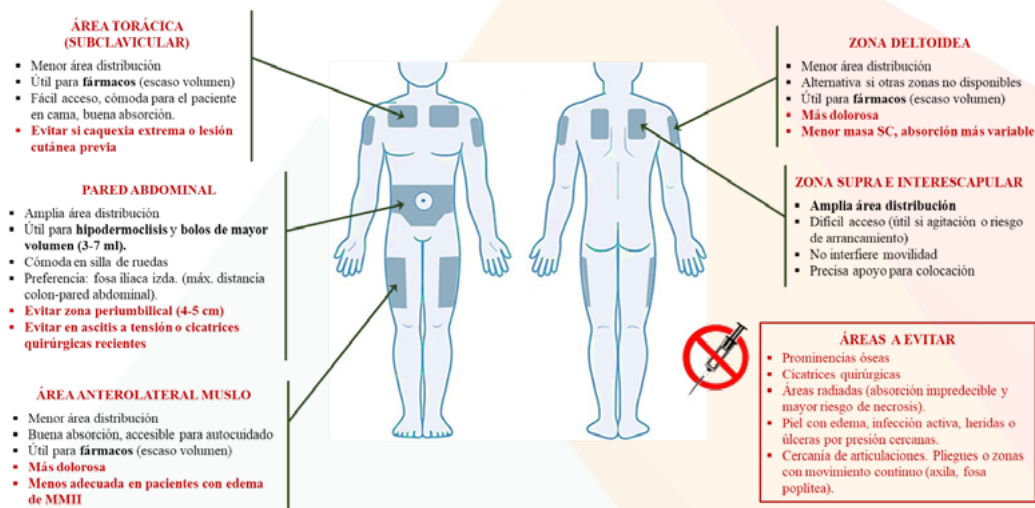


Fig. 1: Áreas cutáneas recomendadas para la administración subcutánea.

Elaboración propia, a partir de Duems-Noriega O et al. (2015)

Rotación de la zona de punción

- Cambiar la palomilla cada 72 horas en condiciones normales.
- Cambio anticipado en caso de: induración, eritema, extravasación o dolor en el punto de inserción.
- Alternar lados (derecho/izquierdo) en cada cambio para minimizar fibrosis local. No usar la misma zona en cambios consecutivos.

- Dentro de una misma zona, cada nueva punción debe realizarse respetando una distancia mínima de 2,5 a 3 cm respecto a la punción anterior.
- Es imprescindible inspeccionar el punto de inserción diariamente.
- Registrar sistemáticamente la zona usada en cada cambio.

FÁRMACOS: FORMULARIO PRÁCTICO

Los siguientes fármacos están ampliamente validados para uso SC en cuidados paliativos domiciliarios. Las dosis indicadas son orientativas y deben individualizarse.

FÁRMACO	INDICACIONES HABITUALES	DOSIS HABITUAL SC	OBSERVACIONES
Morfina (amp 1%, 10 mg, 1 ml)	Dolor, disnea	Bolo: 2,5-5 mg/4h; ICSC: 10-30 mg/24h (titular). Rescates: 1/6 DTD	Opioide de referencia Evitar en IR grave (FG ≤ 30); ajustar en IH.
Midazolam (amp 15 mg, 3 ml)	Ansiedad, agitación, convulsiones, sedación	Bolo: 2,5-5 mg; ICSC: 15-30 mg/24h	Sedante de elección en domicilio. Reducir dosis en IH y ancianos. Compatible con morfina y haloperidol
Haloperidol (amp 5 mg, 1 ml)	Delirium, náuseas/vómitos	Bolo: 0,5-2 mg/8-12 h ICSC: 2,5-10 mg/24h	Útil en náuseas refractarias. No mezclar con dexametasona
Levomepromazina (amp 25 mg, 1 ml)	Náuseas refractarias, delirium, sedación	Bolo: 6,25-25 mg/8-24 h. ICSC: 25-100 mg/24 h.	Sedación más intensa; útil en últimos días. Sedación paliativa por delirium. Irritante.
Metoclopramida (amp 10 mg, 2 ml)	Náuseas/vómitos, gastroparesia	Bolo: 10 mg/6-8h; ICSC: 30-60 mg/24h	Evitar en obstrucción intestinal mecánica completa
Butilescopolamina (hioscina) (amp 20 mg, 1 ml)	Estertores, secreciones, espasmo visceral	Bolo: 20 mg/6-8h; ICSC: 60-120 mg/24h	No atraviesa BHE; no sedante Valorar efecto anticolinérgico
Dexametasona (amp 4 mg, 1 ml)	Antiinflamatorio, antiemético, anorexia, compresión medular	4-16 mg/24 h (dosis única matutina)	Administrar por vía separada
Ketorolaco (amp 30 mg, 1 ml)	Dolor moderado	15-30 mg/8 h; máx. 5 días	No mezclar con morfina. Precaución en IR o úlcera
Furosemida (amp 40 mg, 2 ml)	Insuficiencia cardíaca, edema	20-40 mg/8-12 h	Eficaz en congestión; puede causar irritación local. Administrar por vía separada

Tabla 4: Fármacos de uso frecuente por vía SC. Elaboración propia.
IR: insuficiencia renal; IH: insuficiencia hepática; SC: subcutánea; IV intravenosa

FÁRMACOS NO INDICADOS POR VÍA SUBCUTÁNEA	Clorpromazina: puede causar necrosis grasa en el lugar de inyección. En el tratamiento del hipo, puede emplearse sólo en infusión continua, en dosis de 10-20 mg/d. Diazepam: mala absorción por causa de sus excipientes (oleosos). Precipita y puede causar necrosis local. Fenobarbital: muy irritante. Puede causar reacciones graves en el lugar de la inyección (dolor, irritación, inflamación y daño tisular) Metamizol: muy irritante. Puede causar necrosis tisular.
FÁRMACOS QUE PUEDEN CAUSAR IRRITACIÓN LOCAL (se aconseja administrar diluidos)	Clonazepam Ketorolaco Levomepromazina
FÁRMACOS QUE CONVIENE ADMINISTRAR EN VÍA APARTE (RIESGO DE PRECIPITACIÓN)	Dexametasona Diclofenaco Furosemida Ketorolaco

Tabla 5: Precauciones ante la administración de fármacos por vía subcutánea.
Elaboración propia a partir de: Matoses Chirivella C, et al (2015)

INFUSIÓN CONTINUA: DISPOSITIVOS ELASTOMÉRICOS

El infusor elastomérico es un dispositivo portátil y desechable que permite la administración SC continua de fármacos durante 24 horas o más, sin necesidad de electricidad ni programación, lo que lo convierte en el sistema de elección en atención domiciliaria.

Cuenta con una carcasa que contiene un globo plástico que albergará la medicación. El tamaño del globo irá disminuyendo a medida que la medicación se vaya administrando.

En atención primaria (AP) suelen emplearse elastómeros de caudal fijo, con capacidad de 48 ml (duración 24 horas) o 100 ml (duración de 48 horas). El flujo recomendado suele ser de 2 ml/h.

Cálculo de la mezcla para 24 horas

Para calcular la mezcla y carga de un infusor debemos tener en cuenta las siguientes variables:

- La velocidad de flujo de salida medido en ml/h.
- El tiempo de autonomía.
- El volumen total de llenado (según la capacidad del elastómero).

EJEMPLO PRÁCTICO DE CÁLCULO PARA INFUSIÓN DE 24 HORAS

Pauta paciente: Morfina 40 mg/24h + Midazolam 30 mg/24h + Butilescopolamina 80 mg/24h

Volumen total:

Cloruro mórfico = 4 ampollas al 1% = 4 ml

Midazolam = 2 ampollas 15mg/ 3ml = 6ml

Butilescopolamina = 4 ampollas = 4 ml

Completar hasta el volumen del elastómero (48 ml.) con suero fisiológico 0,9% (48 - 14 = 34 ml.)

Preparación: Siempre en condiciones de asepsia. Comprobar compatibilidad antes de mezclar.

Etiquetado: Fármaco, dosis, volumen, fecha preparación, velocidad, nombre del paciente.

Rescates: Preparar jeringas de rescate (morfina 10 mg SC = 1/6 dosis total diaria -DTD-) y dejar instrucciones por escrito al cuidador.

Instrucciones al cuidador

- Explicarle qué es el dispositivo y cuánto dura la carga. Debe verificar una pérdida progresiva de volumen del globo y asegurarse de que no existan flexuras en el catéter, que no esté retorcido.
- Enseñarle a identificar signos de alarma: extravasación, enrojecimiento, dispositivo vacío antes de tiempo (o, por el contrario, si el globo no se desinfla), desprendimiento del catéter
- Instruirle en la administración del rescate SC si va a realizarlo.
- Facilitarle hoja escrita con instrucciones y dosis de rescate.
- Dejar número de contacto accesible.

COMPATIBILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

La mezcla de fármacos en un solo elastómero reduce el número de accesos y simplifica los cuidados, pero exige comprobar la compatibilidad físico-química. La incompatibilidad puede no ser visible macroscópicamente.

Combinaciones habituales compatibles

COMBINACIÓN	OBSERVACIONES
Morfina + Midazolam	Combinación frecuente en enfermedad avanzada
Morfina + Butilescopolamina	Muy útil en estertores + dolor
Morfina + Haloperidol	Útil en delirium hiperactivo + dolor
Morfina + Midazolam + Butilescopolamina	Combinación frecuente en agonía
Morfina + hioscina + haloperidol	Muy útil en obstrucción intestinal

Tabla 6: Combinaciones compatibles de fármacos por vía SC de uso frecuente en el domicilio. Elaboración propia

	CLONAZEPAM	DEXAMETASONA	HALOPERIDOL	HIOSCINA BUTILB.	LEVOMEPRIMAZINA	METOCLOPRAMIDA	MIDAZOLAM	MORFINA	OXICODONA	TRAMADOL
CLONAZEPAM		⚠	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	?
DEXAMETASONA	⚠		❌	⚠	?	⚠	❌	⚠	⚠	⚠
HALOPERIDOL	👍	❌		👍	⚠	👍	👍	👍	👍	👍
HIOSCINA BUTILB.	👍	⚠	👍		👍	👍	👍	👍	👍	👍
LEVOMEPRIMAZINA	👍	?	⚠	👍		👍	👍	👍	👍	👍
METOCLOPRAMIDA	👍	⚠	👍	👍	👍		👍	👍	👍	👍
MIDAZOLAM	👍	❌	👍	👍	👍	👍		👍	👍	👍
MORFINA	👍	⚠	👍	👍	👍	👍	👍		❌	❌
OXICODONA	👍	⚠	👍	👍	👍	👍	👍	❌		❌
TRAMADOL	?	⚠	👍	👍	👍	👍	👍	❌	❌	
❌	Asociación incompatible / no indicada		⚠	Asociación compatible, no recomendada		?	Sin datos			

Tabla 7: Compatibilidad de diferentes fármacos para su uso por vía subcutánea. Elaboración propia, a partir de: Dickman A, et al. (2017) y Matoses Chirivella C, et al. (2015)

Incompatibilidades relevantes

✗ MEZCLAS A EVITAR

Dexametasona + Haloperidol: precipitación visible.

Dexametasona + Midazolam: incompatibles a concentraciones habituales.

Ketorolaco + Morfina en misma jeringa: precipitación.

HIPODERMOCLISIS: FLUIDOTERAPIA SC

La hipodermoclis es la infusión SC de líquidos para corregir deshidratación leve-moderada. Es una alternativa segura y eficaz a la vía IV en el domicilio, especialmente en ancianos y pacientes en cuidados paliativos.

Indicaciones

- Deshidratación leve-moderada en paciente que no puede hidratarse por vía oral.
- Mantenimiento de la vía SC abierta entre dosis de fármacos.
- Pacientes con difícil acceso venoso que requieren hidratación.
- Situaciones en que la hidratación IV no está justificada (últimos días) pero sí la SC.

Fluidos compatibles y velocidad

- Suero fisiológico 0,9%: de elección. Flujo: 500-1000 ml/24h por punto.

- Suero glucosado 5%: tolerable pero mayor riesgo de induración local.
- Ringer lactato: aceptable. Evitar si hiperpotasemia.
- No usar soluciones hipotónicas
- Velocidad máxima recomendada: 1 ml/min (60 ml/h) por punto de infusión.

Precauciones

- Vigilar aparición de edema local (habitual y generalmente benigno; rotar si es intenso).
- No superar 1500 ml/24h por punto sin valoración individual.
- En insuficiencia cardíaca o renal, ajustar volumen y monitorizar.
- Contraindicada en anasarca, coagulopatía grave o infección local.

USO DE HIALURONIDASA

La adición de hialuronidasa (150-1500 UI/l de suero) aumenta la velocidad de absorción y reduce la induración local.

Su uso no es imprescindible para hipodermoclisis a velocidades convencionales.

Puede presentarse hipersensibilidad. No debe ser utilizada dentro o alrededor de cualquier área de infección o inflamación

No suele estar disponible en AP.

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

Revisión del punto de inserción

- Inspección visual diaria: vigilar aparición de enrojecimiento, induración, sangrado, extravasación.
- Palpar alrededor de la palomilla buscando habón o endurecimiento.
- Preguntar al paciente/cuidador sobre dolor o sensación de escozor durante las infusiones.

Mantenimiento de la permeabilidad

- Permeabilizar con 0,5-1 ml de suero fisiológico antes y después de cada bolo de medicación.
- Si la vía no se usa continuamente, permeabilizar cada 12-24 horas.
- Documentar: fecha inserción, zona, fármacos administrados.

Cuándo cambiar la palomilla

MOTIVO DE CAMBIO	ACTUACIÓN
Cada 72 horas de forma programada	Retirar y reinsertar en zona rotada
Eritema local moderado	Retirar, valorar si es reacción al fármaco o al material
Induración o habón persistente	Retirar; si no se resuelve en 24-48h, valorar causa
Extravasación (habón durante infusión)	Retirar inmediatamente y reinsertar en otra zona
Sangre en la alargadera	Permeabilizar; si persiste, cambiar palomilla
Obstrucción sin resolución con SF	Cambiar palomilla; no forzar con presión

Tabla 8: Cambio de la palomilla de infusión subcutánea. Elaboración propia

PROBLEMAS FRECUENTES

Las complicaciones locales se diagnostican con mayor frecuencia entre el tercer y cuarto día de permanencia de la aguja y suelen ser leves y transitorias (1-2 d.). Son más frecuentes en pacientes activos y en administración discontinua.

La induración del punto de inserción es la complicación más frecuente y la principal causa de retirada de la palomilla. Se ha demostrado una relación estadísticamente significativa entre la tasa máxima de infusión y la aparición de induración.

PROBLEMA	CAUSAS POSIBLES	SOLUCIÓN
Induración/edema local (habón persistente >2 cm.)	Velocidad de infusión elevada (>1-1,5 ml/h); permanencia prolongada; fármacos irritantes	Reducir velocidad de infusión; cambiar palomilla y rotar zona; valorar dilución del fármaco
Eritema/Dolor En Punto De Inserción	Reacción local al fármaco; irritación mecánica; inicio de infección	Retirar palomilla; rotar zona; si signos de infección, valorar antibioterapia tópica
Hemorragia en punto de administración	Lesión de pequeño vaso, tratamiento anticoagulante	Presión directa 5 min; cambiar zona
Infección Local	Contaminación durante manipulación; permanencia excesiva	Retirar palomilla; limpieza con antiséptico; nueva inserción en zona diferente. Incidencia baja (~2%)
Obstrucción del sistema	Acodamiento del catéter; precipitación de fármacos incompatibles; coágulo	Comprobar trayecto del sistema; lavar con SSF 0,9%; si precipitación, cambiar sistema completo
Precipitación de fármacos	Incompatibilidad fisicoquímica (ej.: dexametasona + haloperidol o midazolam)	No mezclar dexametasona con haloperidol ni midazolam; administrar por separado o en bolos
Extravasación al infundir	Desplazamiento de la palomilla; apósito despegado; exceso de volumen	Verificar fijación; cambiar apósito; reducir volumen/velocidad de infusión
Resistencia al infundir	Obstrucción parcial o fármaco precipitado	Permeabilizar suavemente con SSF. Si persiste: cambiar
Control sintomático insuficiente	Dosis inadecuada; vía mal colocada, absorción errática; error de prescripción o administración	Reevaluar dosis; comprobar permeabilidad; revisar compatibilidad de mezclas; descartar fallos del sistema. Valorar derivación
Errores de medicación	Discontinuidad asistencial; falta de protocolos; personal no familiarizado	Protocolos estandarizados; formación de cuidadores; comunicación entre niveles asistenciales

Tabla 9: Problemas frecuentes, causas y soluciones. Elaboración propia, a partir de: Brown A, et al. (2025) y Rodríguez-Campos L, et al. (2023)

CRITERIOS DE DERIVACIÓN Y SITUACIONES ESPECIALES

Criterios de consulta o derivación a servicios especializados

La derivación al hospital debe considerarse cuando la situación clínica supera las posibilidades de manejo domiciliario (tabla 10):

CRITERIOS DE CONSULTA O DERIVACIÓN

- Síntomas refractarios a pesar de optimización de la vía SC y dosis habituales (dolor, disnea, delirium, vómitos incoercibles).
- Crisis de dolor que no responde a rescates subcutáneos repetidos tras 2-3 ciclos de titulación. Necesidad de escalada rápida.
- Necesidad de sedación paliativa que requiera monitorización estrecha no disponible en domicilio.
- Complicaciones graves de la vía SC: celulitis extensa, absceso, reacción sistémica.
- Necesidad de vía intravenosa (fármacos no administrables por vía SC, necesidad de grandes volúmenes).
- Dudas sobre compatibilidad de mezclas complejas
- Claudicación familiar o ausencia de cuidador competente.
- Situaciones de urgencia paliativa: compresión medular, hemorragia masiva, obstrucción de vía aérea, hipercalcemia sintomática grave.

Tabla 10: Criterios para valorar consulta o derivación a servicios especializados. Elaboración propia.

Situaciones especiales

■ Insuficiencia renal avanzada

Debe ajustarse la dosis de los fármacos de eliminación renal y aumentar la frecuencia de monitorización clínica. La morfina debe evitarse o usarse con extrema precaución por acumulación de metabolitos neurotóxicos (M3G, M6G). La EAPC recomienda fentanilo o buprenorfina SC/IV a dosis bajas como primera elección en insuficiencia renal grave (FG<30).

■ Insuficiencia hepática

La farmacocinética de morfina, midazolam y haloperidol se altera significativamente, disminuyendo el aclaramiento y aumentando la vida media. Se recomienda reducir dosis iniciales un 50% y prolongar intervalos de administración ($\times 1,5-2$).

Es necesaria una monitorización estrecha para identificar sedación excesiva y efectos adversos. Considerar derivación si la titulación resulta compleja.

■ Pacientes pediátricos

La vía SC es factible y segura en cuidados paliativos pediátricos domiciliarios. La zona de inserción más utilizada es el muslo (85%).

La tasa de complicaciones es más elevada que en adultos (53,7% de las líneas requirieron retirada por complicación), siendo la induración la causa principal. Se recomienda vigilancia más frecuente y umbrales más bajos para el cambio de palomilla.

La evidencia global es aún limitada y se recomienda coordinación con unidades especializadas de cuidados paliativos pediátricos para dosificación específica.

■ Obesidad

El tejido subcutáneo en pacientes obesos presenta cambios en su composición (mayor proporción de tejido adiposo, menor vascularización relativa) que pueden alterar la velocidad y extensión de la absorción de fármacos.

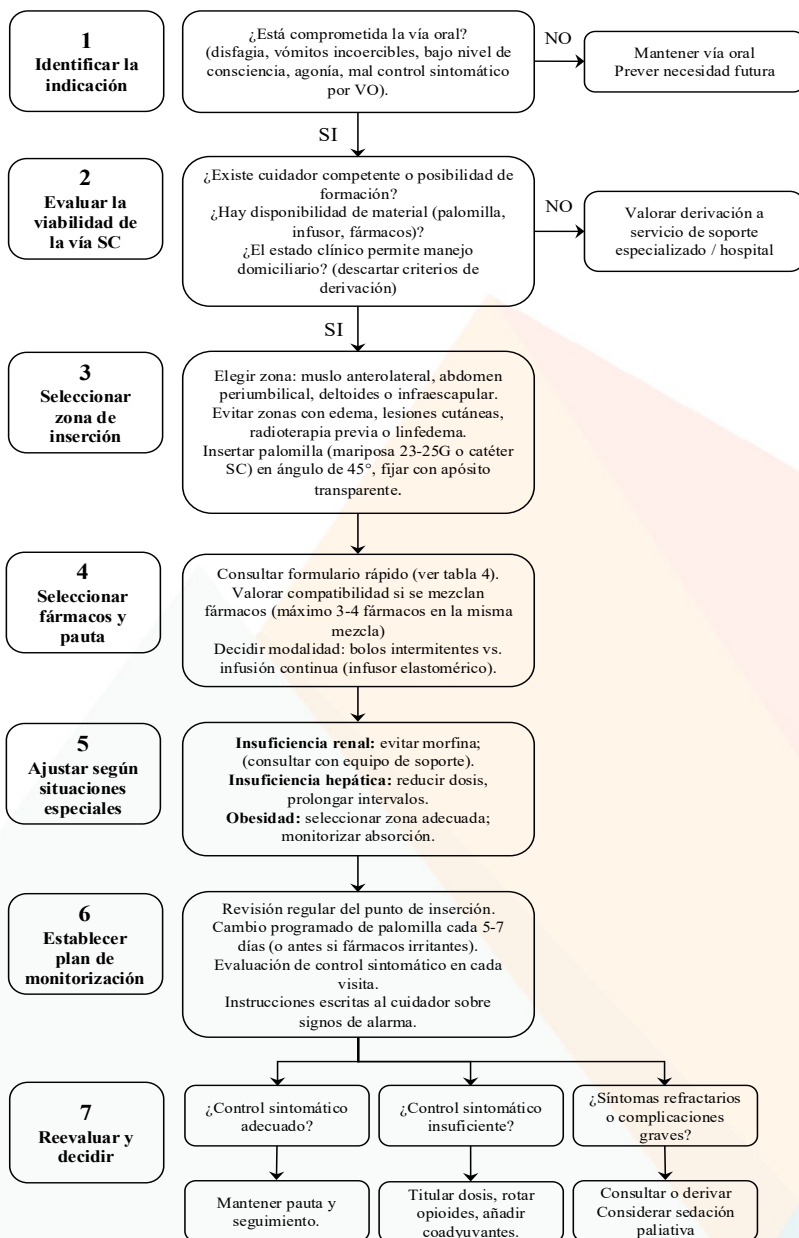
En caso necesario, se recomienda utilizar agujas de mayor longitud (25 mm) y aumentar el ángulo de inserción a 90° para asegurar la correcta colocación en tejido subcutáneo, así como seleccionar zonas con menor panículo adiposo (deltoides, zona infraescapular). Dado que la absorción puede ser más lenta es recomendable monitorizar la respuesta clínica de forma más estrecha y ajustar dosis según efecto, no solo según peso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arcani R, George J, Correard F, Bérard C, Villani P, Daumas A. Approach to subcutaneous infusions in primary care: Indications, practical considerations, acceptability, and tolerability. *Can Fam Physician*. 2026;72(5):321-327. doi: 10.46747/cfp.7205321.
2. Broadhurst D, Cooke M, Sriram D, Gray B. Subcutaneous hydration and medications infusions (effectiveness, safety, acceptability): A systematic review of systematic reviews. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237572. doi: 10.1371/journal.pone.0237572
3. Brown A, Yardley S, Bowers B, Francis SA, Bemand-Qureshi L, Hellard S, et al. Multiple points of system failure underpin continuous subcutaneous infusion safety incidents in palliative care: A mixed methods analysis. *Palliat Med*. 2025;39(1):7-21. doi: 10.1177/02692163241287639.
4. Dickman A, Bickerstaff M, Jackson R, Schneider J, Mason S, Ellershaw J. Identification of drug combinations administered by continuous subcutaneous infusion that require analysis for compatibility and stability. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):22. doi: 10.1186/s12904-017-0195-y.
5. Duems-Noriega O, Ariño-Blasco S. Subcutaneous fluid and drug delivery: safe, efficient and inexpensive. *Rev Clin Gerontol*. 2015;25(2):117-146. doi:10.1017/S095925981500012X.
6. García-López I, Chocarro-González L, Martín-Romero I, Vázquez-Sánchez JM, Avilés-Martínez M, Martino-Alba R. Pediatric Palliative Care at Home: A Prospective Study on Subcutaneous Drug Administration. *J Pain Symptom Manage*. 2023;66(3):e319-e326. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.05.011.
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Vía Subcutánea. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la vía subcutánea en cuidados paliativos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 26 Jun 2026]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/manejo-via-subcutanea/>
8. Matoses Chirivella C, Rodríguez Lucena FJ, Sanz Tamargo G, Murcia López AC, Morante Hernández M, Navarro Ruiz A. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. *Farm Hosp*. 2015;(2):71-9.
9. Mitchell K, Pickard J, Herbert A, Lightfoot J, Roberts D. Incidence and causes for syringe driver site reactions in palliative care: A prospective hospice-based study. *Palliat Med*. 2012;26(8):979-85. doi: 10.1177/0269216311428096.
10. Rodríguez-Campos L, León MX, Bastidas A, Consuegra C, Umbacia MA, García A, et al. Subcutaneous administration of medications and fluids by nonprofessional caregivers at home. *J Palliat Med*. 2023;26(4):497-502. doi: 10.1089/jpm.2022.0107.
11. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Monografías SECPAL: Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; 2022 [consultado 26 Jun 2026]. Disponible en: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/monografia-via-subcutanea-secpal_04.pdf
12. Wernli U, Dürr F, Jean-Petit-Matile S, Kobleder A, Meyer-Masseti C. Subcutaneous drugs and off-label use in hospice and palliative care: a scoping review. *J Pain Symptom Manage*. 2022;64(5):e250-e259. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2022.07.006.

Anexo I

Algoritmo de decisión paso a paso.



Elaboración propia

Infografía



USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA



CONTRAINDICACIONES

GENERALES:

- Situación de shock.
- Coagulopatías graves.
- Hipoperfusión en zona a instar (con riesgo de absorción).

LOCALES:

- Problemas para la circulación linfática (edemas, cirugías previas, alteración ganglionar, áreas irradiadas).
- Áreas cutáneas dañadas (infección, inflamación, úlceras).
- Áreas postquirúrgicas (reduce la movilidad).
- Áreas de poco tejido subcutáneo (caquexia, ascitis, obesidad, etc.)

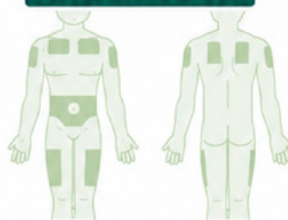
RELATIVAS:

- Mala adaptación del paciente.
- Claudicación familiar.
- Problemática social.

RELEVANCIA CLÍNICA

- Técnica sencilla. Mínimamente invasiva. Bien tolerada
- Permite infusión continua. Control sintomático más estable.
- Alta biodisponibilidad.
- 70-100% para la mayoría de los fármacos habituales.
- Bajo riesgo de infección. Inferior a la vía IV con cuidados básicos.

ÁREAS RECOMENDADAS



COMPATIBILIDADES

	CLONAZEPAM	DEXAMETASONA	HALOPERIDOL	HIOSCINA BUTILBROMURO	LEVOMEPROMAZINA	METOCLOPRAMIDA	MIDAZOLAM	MORFINA	OXICODONA	TRAMADOL
CLONAZEPAM		+	+	+	+	+	+	+	+	?
DEXAMETASONA	+		+	?	+	-	+	-	+	+
HALOPERIDOL	+	-		+	+	+	+	+	+	+
HIOSCINA BUTILBROMURO	+	+	+		+	+	+	+	+	+
LEVOMEPROMAZINA	+	?	+	+		+	+	+	+	+
METOCLOPRAMIDA	+	+	+	+	+		+	+	+	+
MIDAZOLAM	+	-	+	+	+	+		+	+	+
MORFINA	+	+	+	+	+	+	+		-	-
OXICODONA	+	+	+	+	+	+	+	-		-
TRAMADOL	?	+	+	+	+	+	+	-	-	



Incompatible /
no indicada



Incompatible /
no recomendada



Compatible



Sin datos

• Morfina + midazolam + hioscina (agonía)

• Morfina + hioscina + haloperidol (ob. intestinal)

Elaborado por:

Fernández L., Generoso N, Resa FJ.
Miembros del Grupo de Trabajo Dolor y
Cuidados Paliativos de SEMERGEN

semergen.es
@DOLPALSEMERGEN

