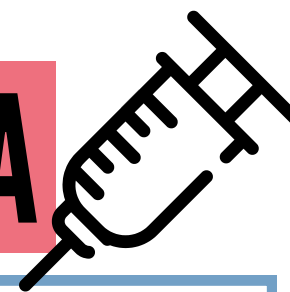


# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



La vía subcutánea es una alternativa terapéutica eficaz en la **hidratación, sedación y control de algunos síntomas**, especialmente en pacientes en cuidados paliativos, e incluso en la administración de antibióticos

*Algunos recursos de utilidad*

**ANTIBIÓTICOS PARA USO SUBCUTÁNEO**  
Excepto los aminoglicósidos, son tiempo-dependientes y su efectividad no se ve afectada al emplearlos por esta vía

- PENICILINAS / CEFALOSPORINAS**
  - AMPICILINA
  - CEFTRIAXONA
  - CEFEPIME
- AMINOGLUCÓSIDOS**
  - TOBRAMICINA
  - AMIKACINA
- CARBAPENEMES**
  - ERTAPENEM
- GLICOPÉPTIDOS**
  - TEICOPLANINA

(EVITAR EN MONOTERAPIA)

	PRESENTACIÓN	DOSIS HABITUAL	ADMINISTRACIÓN SC
<b>AMPICILINA</b>	BRITAPEN® vial 500 mg GOBEMICINA® viales 500 mg y 1 g	• 0,5 - 2 g c/ 4-6 h • Meningitis: 8 - 14 g/d (150-200 mg/kg/d) en 3-4 dosis	• 1 g en 50 ml SSF 0,9% en 20 min.
<b>CEFTRIAXONA</b>	CEFTRIAXONA NORMON® IM viales 500 mg y 1 g.	• 1- 2 g c/ 24 h • Máx: 4 g/d (en doble vía)	• 1 g en 50-100 ml API/SSF 0,9% en 15-30 min.
<b>CEFEPIME</b>	CEFEPIMA NORMON® viales 1g y 2 g	• 1- 2 g c/ 8-12 h • Máx: 6 g/d	• 1 g en 50 ml SSF 0,9% en 30 min.
<b>TOBRAMICINA</b>	TOBRAMICINA NORMON® vial 100 mg	• 3-5 mg/kg/d en 2-3 dosis • 4,5-5 (8) mg/kg (dosis única)	• 100 mg en 50-100 ml SSF 0,9% en 20-30 min.
<b>AMIKACINA</b>	AMIKAZINA NORMON® vial 500 mg	• 15 mg/kg/d en 2-3 dosis (ajustar a FR) • 15-20 mg/kg/d (dosis única)	• 500 mg en 100 ml SSF 0,9% en 30 min
<b>ERTAPENEM</b>	INVANZ® vial 1 g	• 1 g/día	• 1 g en 50 ml SSF 0,9% en 30 min.
<b>TEICOPLANINA</b>	TARGOCID® viales 200 y 400 mg	• Inicio: 3-6 mg/kg/12 h (3 dosis) • Mantenim.: 3-6 mg/kg/d	• 1 vial reconstituido en 50-100 ml SSF 0,9% en 20-30 min.

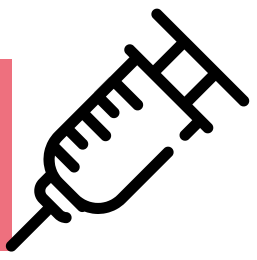
  

	COCOS				BACIOS							ESPEC.		
	Aerobios, aerobios/anaerobios facultativos												Anaerobios	
	GRAM+				GRAM -					GRAM+				
	Enteroc.		Staphiloc.		Streptoc.	E. Coli	Klebs.	Proteus	Pseud.	ESCAPM*	B. frag.		Clostr. sp	C. diff
faecalis	faecium	SAMR	SAMS											
AMPICILINA														Listeria
CEFTRIAXONA														N. Gon/Men.
CEFEPIME														
TOBRAMICINA														
AMIKACINA														
ERTAPENEM														
TEICOPLANINA														

(\*) Enterobacter - Serratia - Citrobacter - Aeromonas - Providencia - Morganella

@CP\_Semergen

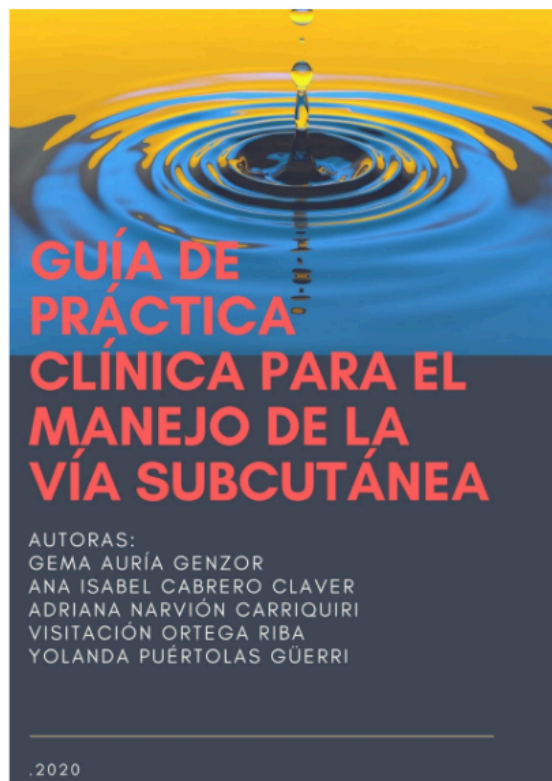
# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Algunos recursos de utilidad

## Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Vía Subcutánea Servicio Aragonés de Salud

Incluye listado de fármacos administrables por vía SC con instrucciones sobre reconstitución, administración...



salud  
servicio aragon3s de salud

ISBN: 978-84-09-28581-5

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Vía Subcutánea

### ANTIBIÓTICOS

No existe consenso respecto al uso o no de antibióticos para tratar procesos infecciosos en pacientes de cuidados paliativos.

#### Ceftriaxona ⚠ (Fotosensible)

**GRUPO FARMACOTERAPÉUTICO:** Cefalosporinas de tercera generación.

**PRESENTACIÓN:** Ceftriaxona IM EFG 1g vial polvo + lidocaína 1% amp. 3,5 ml.

**RECONSTITUCIÓN:** Reconstituir el vial con el contenido de la ampolla.

**INDICACIÓN:** Antimicrobiano.

**SOLUCIONES COMPATIBLES:** SF 0,9% y SG 5%.

**ESTABILIDAD:** El vial reconstituido es estable 6h a temperatura ambiente y 24h en nevera.

**ADMINISTRACIÓN:** Infusión o bolus.

**DOSIS:** 1-2g/24h.

**COMPATIBILIDAD:** Se recomienda no mezclar con otros fármacos.

#### OBSERVACIONES:

- Aprobada la administración vía subcutánea en Francia.
- Reconstituir el vial IM con su disolvente (lidocaína 1%) y diluir en 50-100 ml de SF. Administrar en 15-30 minutos a través de una vía exclusiva para este fármaco.
- Para administrar en bolus subcutáneo diluir 1g de ceftriaxona, al menos en 3,5 ml.
- No se recomienda administrar más de 1 g de ceftriaxona en un mismo punto por el mayor riesgo de necrosis cutánea.
- Vigilar indicios de irritación o dolor los primeros minutos. Las reacciones locales más frecuentes son enrojecimiento, hemorragia e induración.

No incluido en ficha técnica su administración por vía subcutánea.

### Otros Antibióticos

Amikacina, ampicilina, cefepime, ertapenem, gentamicina, teicoplanina y tobramicina. En el momento actual no incluidos en ficha técnica. Dada la ausencia de estudios, no se detalla más información sobre ellos.

### ANALGÉSICOS OPIOIDES

#### Buprenorfina

**GRUPO FARMACOTERAPÉUTICO:** Analgésicos, opioides, derivados de oripavina.

**PRESENTACIÓN:** Buprex 0,3 mg amp. 1 ml.

**RECONSTITUCIÓN:** No procede.

**INDICACIÓN:** Dolores moderados e intensos de cualquier etiología.

**SOLUCIONES COMPATIBLES:** SF 0,9%.

**ESTABILIDAD:** Utilizar una vez diluido. No se dispone de información sobre la estabilidad.

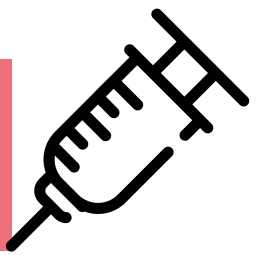
**ADMINISTRACIÓN:** Velocidad de infusión 1 ml/h.

**DOSIS:** 0,6 – 1,2 mg/48h.

**COMPATIBILIDAD:** No administrar con Benzodiazepinas, Alcohol, otros depresores del sistema nervioso central, otros analgésicos opioides e IMAO.

<https://portal.guiasalud.es/gpc/via-subcutanea/>

# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Algunos recursos de utilidad

## Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos

Servicio Extremeño de Salud

Aborda ventajas e inconvenientes de vía SC, qué fármacos son administrables por esta vía, fuentes de consulta, etc

ÍNDICE*. GUÍA CLÍNICA	
USOS Y RECOMENDACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA	
<b>S.3</b>	<b>Recomendaciones</b>
	<i>Indicaciones y Contraindicaciones</i> 30
	<i>Ventajas e Inconvenientes</i> 32
	<i>En caso de dolor</i> 34
	<i>Minimizar apariciones de reacciones locales</i> 35
<b>S.4</b>	<b>Técnicas de Manejo</b>
	<i>Material necesario</i> 38
	<i>Zonas de punción</i> 40
	<i>Técnica</i> 42
	<i>Cuidados posteriores a la punción</i> 44
<b>S.5</b>	<b>Modos de Administración</b>
	<i>Modos de administración</i> 46
<b>S.6</b>	<b>Infusores</b>
	<i>Infusores Manuoso o Elastoméricos</i> 50
	<i>Infusores Mecánicos</i> 51
	<i>Cuidados del Infusor</i> 52
<b>S.7</b>	<b>Medicación Utilizada</b>
	<i>Fármacos de Uso Frecuente por Vía SC.</i> 59
	<i>Fármacos de Uso Ocasional por Vía SC.</i> 65
	<i>Fármacos de Uso No Recomendado por Vía SC.</i> 75
<b>S.8</b>	<b>Estabilidad de las Mezclas</b>
	<i>Estabilidad de las mezclas</i> 78
<b>S.9</b>	<b>Hipodermocclisis</b>
	<i>Hipodermocclisis</i> 82

\* Índice de búsqueda avanzada

PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

GUÍA CLÍNICA

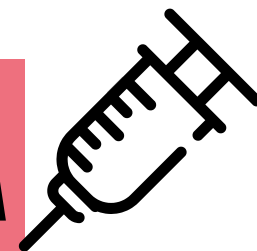
vía subcutánea, usos y recomendaciones

S

USOS Y RECOMENDACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

Logo of Junta de Extremadura, Consejo de Sanidad y Dependencia, SES, and FundeSalud.

# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Algunos recursos de utilidad

## Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos

Matoses Chirivella C et al. Farm Hosp 2015;39(2):71-79

Documento con tabla resumen de fármacos susceptibles de administración por vía SC en pacientes de cuidados paliativos

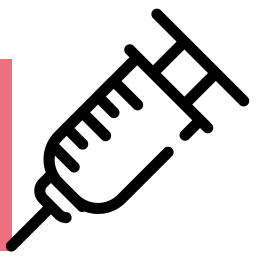
**Tabla 1. Administración de fármacos por vía subcutánea**

Principio activo Presentación comercial <sup>a</sup>	Indicación	Posología y Administración	Compatibilidad	Observaciones
<b>BUTILBROMURO DE HIOSCINA (Bromuro de butilescopolamina)</b> Buscapina amp 20mg/1ml	Estertores premortem Secreciones respiratorias Obstrucción intestinal Antiespasmódico (cólicos) Sialorrea	Dosis bolo: 20mg/1h (prn) Dosis infusión: 20-60mg/día Dosis máxima: 120mg/día  ● Infusión / bolo SC	Clonazepam Cloruro Mórfico Dexametasona Fentanilo Haloperidol Levomopromazina Metoclopramida Midazolam Oxetrolidol Tramadol	● En bolo directo, administrar sin diluir. Cuando se administre en jeringa, disolver con AP. En infusión, se puede diluir con SSF 0,9% o G5%.  - Vida media: 6-8h - Puede producir sequedad de boca. - No confundir con la presentación que contiene metamizol (Buscapina compositum <sup>®</sup> ) pues la administración subcutánea está contraindicada.
<b>CALCITONINA</b> Calcitonina amp 100UI/1ml	Dolor por fracturas Enfermedad de Paget Hipercalcemia (cáncer) Pérdida masa ósea	Dosis: 100 UI/24h Dosis máxima: 400 UI/6-8h  ● Infusión / bolo SC	No mezclar	● Preferible usarlo en infusión continua a dosis altas.  - No tratamientos prolongados. - Puede producir reacciones inflamatorias en el lugar de inyección.
<b>CEFTRIAXONA</b> Ceftriaxona vial 1g (especialidad IM)	Antimicrobiano	Dosis: 1-2g/24h Dosis máxima: 4g/día  ● Bolo SC	No mezclar	● Reconstituir el vial IM (lidocaína 1%) y diluir con 50- 100ml de SSF. Administrar en 10-20min, vigilando por si hay indicios de irritación o dolor en los primeros minutos. ● Si se administra como bolo diluir 1g en 3.5ml como mínimo. Si se administra en perfusión continua, la dilución mínima recomendada es de 20ml para 1g de ceftriaxona.  - Las reacciones locales más frecuentes son enrojecimiento, hemorragia e induración.
<b>CLONAZEPAM</b> Rivotril amp 1mg/ml	Ansiolítico e hipnótico Convulsiones y mioclonías	Dosis bolo: 0.5-3mg (prn) Dosis máxima: 8mg/día  ● Infusión / bolo SC	Butilescopolamina Cloruro Mórfico Dexametasona Haloperidol Ketamina Levomopromazina Metadona Metoclopramida	- Equivalencia oral: subcutánea 1:1 - Los efectos secundarios pueden minimizarse comenzando con dosis bajas al acostarse.
<b>CLORURO MÓRFICO</b> Morfina 1% amp 10mg/1ml Morfina 2% vial 400mg/20ml  Fotosensible	Dolor Disnea Tos Diarrea	Dosis: 0.5mg/kg/día (en 6 dosis cada 4 horas si es en bolo). Igual dosis parenteral + 1/3 de ésta. NO EXISTE LÍMITE DE DOSIS.  ● Infusión / bolo SC	Butilescopolamina Clonazepam Dexametasona Haloperidol Ketamina Levomopromazina Metoclopramida Midazolam Ondansetron Tramadol	- Vida media: 4 horas - Equivalencia oral: SC 2:1 o 3:1 (30mg morfina oral = 10-15mg morfina SC) - Puede producir prurito por dilatación de vasos sanguíneos al liberar histamina. Administrar 25mg de Hidrocortisona como tratamiento sintomático. - Concentraciones plasmáticas similares a la vía EV en 15 minutos.

Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos

Farm Hosp. 2015;39(2):71-79 - 73

# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Algunos recursos de utilidad

## Guía FarmaElx de administración subcutánea de medicamentos en cuidados paliativos

Servicio de Farmacia del Hospital G. U. de Elche

Recoge información de más de 65 medicamentos y detalla para cada uno cómo administrarlos vía SC, compatibilidades, etc

### AUTORES

- Carmen Matoses Chirivella
- Francisco José Rodríguez Lucena
- Gregorio Sanz Tamargo
- Ana Cristina Murcia López
- María Morante Hernández
- Irene Triano García
- José Manuel del Moral Sánchez
- Raquel Gutiérrez Vozmediano
- Antonio Martínez Valero
- Arantxa Andújar Mateos
- Inmaculada Jiménez Pulido
- Ana García Monsalve
- Rosa Antón Torres
- Andrés Navarro Ruiz

### DIRECTOR

Carmen Matoses Chirivella

### COORDINADOR

Francisco José Rodríguez Lucena

### GUÍAS FARMAELX

Volumen 2

ISBN: 978-84-697-0496-7

ISSN: 2341-4677

FECHA: 04/2014

## CLONAZEPAM

### PRESENTACIÓN

Rivotril® amp 1mg/mL

### INDICACIÓN

- Ansiolítico e hipnótico
- Convulsiones y mioclonias

### ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA

#### INFUSIÓN / BOLO

Dosis bolo: 0.5-3mg (prn)  
Dosis máxima: 8mg/día

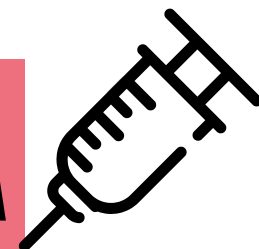
### COMPATIBILIDAD

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| ✓ Butilescopolamina | ✓ Ketamina        |
| ✓ Cloruro Mórfico   | ✓ Levomepromazina |
| ✓ Dexametasona      | ✓ Metadona        |
| ✓ Haloperidol       | ✓ Metoclopramida  |

### OBSERVACIONES

- ⇒ Equivalencia oral: subcutánea 1:1
- ⇒ Los efectos secundarios pueden minimizarse comenzando con dosis bajas al acostarse.

# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Algunos recursos de utilidad

## Administración subcutánea de fármacos en cuidados paliativos y geriatría

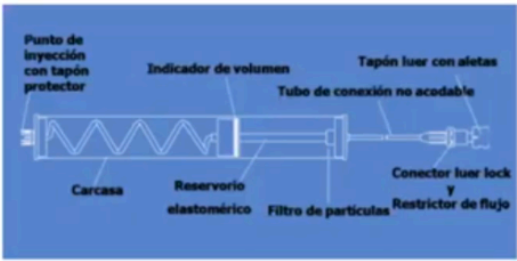

Ponencia de María Espinosa dentro del ciclo de sesiones formativas online de la SEFH - módulo 7 (mayo 2023)

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Junta de Andalucía  
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SESIONES FORMATIVAS ONLINE | MÓDULO 7  
FORMACIÓN CONTINUADA EN FH - II

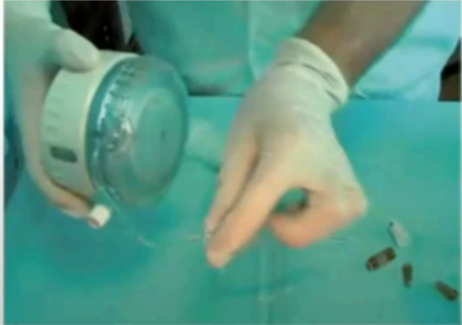
### Infusión subcutánea intermitente vs continua



Algunos ejemplos de modelos de infusores son:

- elastoméricos (con mecanismo de balón)
- mecánicos (con mecanismo de resorte o de jeringa)
- electrónicos (con mecanismo de tipo peristáltico)

$vt \text{ (ml)} = \text{Flujo (ml/h)} \times 24\text{h} \times n^\circ \text{ días}^*$



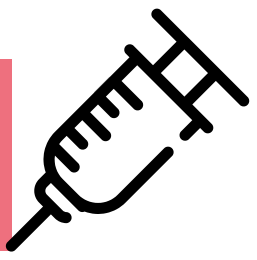
ORGANIZA  
sefh  
sefh

SESIONES FORMATIVAS ONLINE | MÓDULO 7  
FORMACIÓN CONTINUADA EN FH - II

Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

María Espinosa

# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



*Algunos recursos de utilidad*

## Cuidados paliativos. Guía para Atención Primaria Ministerio de Sanidad 2021

Incluye un capítulo dedicado al uso de la vía subcutánea y tablas de medicamentos de uso habitual

### Cuidados paliativos Guía para Atención Primaria

SANIDAD 2021  
MINISTERIO DE SANIDAD

METADONA	
Nombre comercial	METASEDIN®
Presentación	Ampollas 10 mg/ml Comprimidos 5 mg
Indicaciones	DOLOR DESHABITUACIÓN OPIOIDES
Vías de administración	VO SC
Administración subcutánea	Sí. Bolo/Diluida
Características especiales	ADMINISTRAR SIN MEZCLAR
Observaciones	Bastante irritante localmente

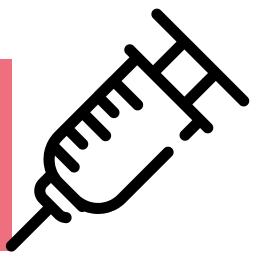
METIL NALTREXONA	
Nombre comercial	RELISTOR®
Presentación	Ampollas 12 mg/ 0,6 ml
Indicaciones	ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A OPIOIDES
Vías de administración	SC
Administración subcutánea	SÍ. BOLO
Características especiales	FOTOSENSIBLE NO MEZCLAR
Observaciones	Utilizar junto a laxantes convencionales.

NALOXONA	
Nombre comercial	NALOXONA BRAUN®
Presentación	Ampolla 0,4 mg/1 ml
Indicaciones	SOBREDOSIFICACIÓN DE OPIOIDES
Vías de administración	SC IV IM
Administración subcutánea	Sí bolo. Infusión
Características especiales	NO MEZCLAR
Observaciones	Utilizar junto a laxantes convencionales.

Vademécum

203

# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Algunos recursos de utilidad

## Manual de uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos

Fundación Iavante. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Incluye un capítulo dedicado al uso de la vía subcutánea y tablas de medicamentos de uso habitual



ANEXO 1: Vademecum de fármacos más utilizados en cuidados paliativos por Vía Sc

SÍNTOMAS	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIÓN	PRESENTACIÓN AMPOLLAS	DOSIS EN 24H	OBSERVACIONES
	CLORURO MÓRFICO (Vida media 4 h)	Dolor, disnea tos, diarrea	1%/1 ml = 10 mg 2%/1 ml = 20 mg 2%/2 ml = 40 mg 2% 20 ml=400mg	Individualizada	FOTOSENSIBLE
ANALGÉSICOS	TRAMADOL (Vida media 8h)	Dolor, tos	100 mg /2 ml	50-100 mg /6-8h 100-300 mg/24h ICSC D.máx:400mg/día	En pacientes ancianos, reducir la dosis a la mitad. Interacciones con ACO
	KETOROLACO (Vida media 8 h)	Dolor somático (metástasis óseas), fiebre	10 y 30 mg /1ml	10-30 mg/6- 8 h Máximo: 120 mg/día	Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal. Posible interacción con ACO. NO MEZCLAR
	KETAMINA (Vida media:3-12h)	Anestésico Dolor neuropático severo	50 mgr/ml (vial 10 ml)	Bolo 0.5-1 mg/Kg/día D.máx: 500mg/24h	Contraindicado em pacientes frágiles y psicóticos. Efectos secundarios: aluci-naciones, deliri-um...
	DICLOFENACO (Vida media:8 h)	Dolor óseo, fiebre	75 mg/3 ml	75-150 mg/24h	Produce irritación en zona de pun-ción. Se puede asociar con ACO. NO MEZCLAR.
	MEPERIDINA (Vida media:2-3 h)	Dolor agudo	100 mg/2 ml (1 y 10 ampollas)	50-100 mg /8h	Su uso en dolor crónico está limitado por vida media corta y toxicidad neurológica

MANUAL DE USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS

69

ANEXO 2: Compatibilidad de Mezcla de Fármacos por vía subcutánea

¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	SI	Furosemida
SI	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	SI	¿?	¿?	¿?	¿?	SI	Dexametasona
SI	No	SI	SI	SI	No	¿?	¿?	No	¿?	¿?	SI	Levomepromazina
SI	SI	SI	SI	SI	No	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	SI	Ondansetron
SI	SI	SI	SI	SI	SI	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	SI	Octeotride
SI	SI	¿?	¿?	SI	No	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	SI	Ketamina
SI	No	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Metoprolamida
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Misazodiam
SI	SI	No	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Escopolamina
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Hioscina Br
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Haloperidol
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Morfina

¿? Sin evidencia

SI

NO indicando o incompatible

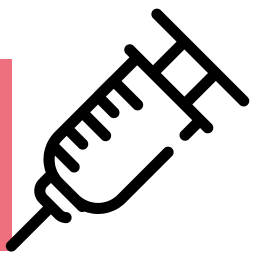
En general, se pueden combinar con fentanilo los mismos fármacos que con la morfina

67

MANUAL DE USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS



# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Algunos recursos de utilidad

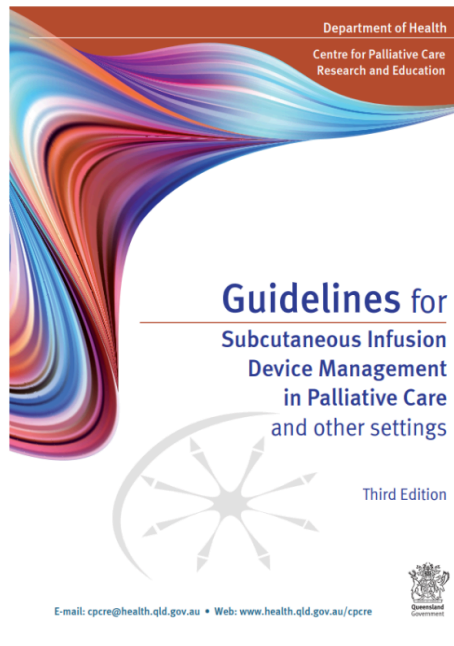


Table 4: Commonly used drugs in subcutaneous infusions

DRUG	INDICATION	COMMON DOSAGE	INJECTION STRENGTH
morphine sulphate/tartrate (tartrate is used rather than sulphate for larger doses as it is more soluble).	Opioid for pain control. Morphine is 2-3 times more potent when given parenterally than orally. <sup>36</sup> Morphine is physically compatible with most other drugs commonly used in syringe drivers.	There is no maximum dosage of morphine. Usual starting dose is 10-20 mg per 24 hours, which can be increased if pain is uncontrolled.	(as sulphate) 5mg/ml; 10mg/ml; 15mg/ml; 30mg/ml  (as tartrate) 80mg/ml
hyoscine hydrobromide (Hyoscine)	Antimuscarinic useful for drying secretions (e.g. sialorrhoea, drooling, death rattle), intestinal colic, inoperable bowel obstruction.	200-400 microgram SC stat  600-1200 microgram per 24 hours	400 microgram/ml  600 microgram/ml
clonazepam (Rivotril)	A benzodiazepine derivative with antiepileptic properties. Several indications in palliative care: terminal agitation, anxiety, myoclonus; seizures, and neuropathic pain.	Usual dose is 1-4 mg per 24 hours.	1mg/ml
hydromorphone (Dilaudid)	Opioid for pain control, 5 times more potent than morphine. Often used when morphine is not effective or not tolerated.	There is no maximum dosage of hydromorphone. Usual starting dose is 2-4mg/24 hours; can be increased if pain uncontrolled.	2mg/ml; 10mg/ml as 1 & 5 ml ampoules

## Guidelines for Subcutaneous Infusion Device Management in Palliative Care and other settings – 3rd Edition

Recomendaciones para el manejo de dispositivos de infusión subcutánea y pautas para un uso adecuado de medicamentos vía SC

## Administration of subcutaneous medications in Palliative Care: a) Intermittent b) Via a syringe driver (Procedure SESLHDPR 175)

Incluye tablas de compatibilidades de los fármacos más utilizados por vía subcutánea

### SESLHD PROCEDURE

Administration of subcutaneous medications in Palliative Care: a) Intermittent b) Via a syringe driver



SESLHDPR/175

Table 1: Subcutaneous Medication Compatibility Chart

\*Medications are not repeated in reverse order. When assessing compatibility, list in alphabetical order then look the medication up.  
\*\*This table is a guide only. All combinations listed are concentration dependant.  
\*\*\* Compatibility information in this table refers to use in a 24 hour syringe driver. Stability of medication combinations beyond 24 hours must be confirmed on a case by case basis as required.

KEY:

PROCEED	✓	Physically and visually compatible in tests
USE WITH CAUTION		Compatibility may depend on the order of mixing or drug concentrations Seek specialist advice when using in combination
INCOMPATIBLE	✗	Incompatible

Medication / Indication	Compatibility	Diluent –Water For Injection	Precautions
Clonazepam	Dexamethasone		<b>Not used in a syringe driver in SESLHD</b> Cyclizine is incompatible with sodium chloride
	Glycopyrrolate		
	Haloperidol		
	Hydromorphone		
	Hyoscine Butylbromide		
Cyclizine	Ketamine		
	Ketorolac		
Antihistamine - Nausea and vomiting - Intestinal obstruction	Levomopromazine		Incompatible in higher doses
	Metoclopramide		
	Midazolam		
	Morphine tartrate		
	Morphine sulfate		
	Octreotide		
	Ondansetron		

Version: 10.2

Ref: T15/41440

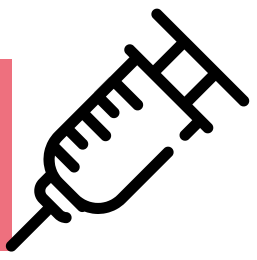
Date: 13 February 2024

Page 13 of 25

COMPLIANCE WITH THIS DOCUMENT IS MANDATORY

This Procedure is intellectual property of South Eastern Sydney Local Health District. Procedure content cannot be duplicated.

# MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Algunos recursos de utilidad

**International Consensus Recommendation Guidelines for Subcutaneous Infusions of Hydration and Medication in Adults. An e-Delphi Consensus Study**

**O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Um guia da SBBG e da ANCP para profissionais**

42 recomendaciones prácticas para adm. segura de infusiones subcutáneas de líquidos y medicamentos

Recommendation
21. Initiate and regulate the flow rate of the infusion at prescribed rate. Use the infusion control device appropriate for the type of therapy. (The following devices have been reported for use with: (i) hydration- electronic infusion device and gravity infusion <sup>31,37,45-47</sup> and (ii) medications- mechanical infusion device [eg, syringe driver, elastomeric], electronic infusion device) <sup>1,2,30,34,37,46,48</sup> (III)
22. Change administration sets used for continuous infusions at least every 7 days, every 24 hours for intermittent infusions, and immediately if system integrity is compromised or as per organizational policy. <sup>23,32,34</sup> (V)
23. Prime all air out of administration set prior to initiation of therapy. Label administration sets with date initiated and initials. Place label identifying subcutaneous access device near device connection on administration set. <sup>32,40</sup> (V)
24. Monitor patient, assessing site and infusion, regularly after starting infusion, as per organizational policies (eg, 30-60 minutes after starting infusion and every shift/visit). In the outpatient or home care setting, teach patient/caregiver to assess site and infusion, reporting any concerns immediately. <sup>32,34</sup> (V)
25. Assess patient's tolerance and response to treatment. For subcutaneous hydration, initially include at least daily reassessments of response to therapy, clinical fluid status, laboratory values (urea, creatinine, and electrolytes), fluid balance charts, vital signs, and weight measurement twice weekly and adjust care plan accordingly. Patients on longer-term subcutaneous hydration whose condition is stable may be monitored less frequently, although decisions to reduce monitoring frequency should be detailed in their care plan. <sup>35</sup> (V)
26. Employ strategies to prevent, identify, and manage infusion complications, which depend mainly on the infusate and infusion rate. <sup>1,2</sup> (III)
27. For initiation and maintenance of subcutaneous hydration and some medications, consider the use of hyaluronidase for continuous subcutaneous infusions to facilitate the dispersion and absorption of the infusate, particularly if the infusion is not well tolerated due to swelling or pain or is running slowly. <sup>1,8,34,49-53</sup> Consider hyaluronidase with the administration of the following medications that have been shown to enhance absorption of medications (eg, ceftriaxone, hydromorphone, immunoglobulin, midazolam, morphine, ondansetron, potassium, and trastuzumab). <sup>8,38,54</sup> (III)
28. Hyaluronidase dosage and protocols vary. Consider injecting hyaluronidase prior to infusion (eg, 150-300 units) or, if compatible, to the hydration fluid. Patients taking salicylates (eg, aspirin), steroids, or antihistamines may require a larger dose of hyaluronidase for equivalent dispersing effect. <sup>1,4,34,50-53,55</sup> (III)
29. Consult drug information references to determine stability/compatibility of hyaluronidase with infusates. <sup>23</sup> (V)
30. Assess for adverse reactions to hyaluronidase (eg, mild local access site, allergic, or anaphylactic-like reactions). <sup>23</sup> (V)
31. Prior to accessing a needle-free connector on end of access device, perform active disinfection with a vigorous mechanical scrub using an antiseptic wipe, or use a disinfectant cap, and allow solution to dry. <sup>25</sup> (V)
32. For administration of multiple solution/medications, consider using a separate subcutaneous access device for each medication. If using one device, and solutions/medications are compatible, do not flush between medications; if not compatible, flush device with sterile preservative-free 0.9% sodium chloride (volume of device and any add-on devices). The use of multiple sites versus multiuse sites for medication administration is an unresolved issue due to lack of evidence. <sup>32,33,39</sup> (V)
33. Replace access device, using new subcutaneous access device and site as clinically indicated based on patient comfort and access site assessment findings (eg, erythema, swelling, leaking, local bleeding, bruising, burning, abscess, or pain). Consider reported duration of therapy for frequency of site rotation (eg, reports of 24-48 hours or after 1.5-2.0 L of hydration solution; every 2-7 days for continuous medication infusions or with each intermittent infusion such as immunoglobulin G). <sup>1,8,32,34,56</sup> (V)
34. Change the dressing with each subcutaneous site rotation and immediately if the integrity of the dressing is compromised. <sup>32,34</sup> (V)
35. Teach patient and/or caregiver to monitor the site, response to therapy, infusion device, and post-removal care. If self-administration is being performed, validate learning of patient and/or caregiver in subcutaneous infusion management. <sup>41</sup> (III)
36. Discontinue infusion therapy when indicated: stop the infusion, remove the dressing and subcutaneous set, and apply dry dressing over site. [C]
37. Document fluid/medication, volume, rate and time administered, care provided, assessments, complications, response to treatment, and other related interventions or communications. [C]

Abbreviations: (I), level I evidence: systematic review of randomized controlled trials; (II), level II evidence: randomized trial or observational study with dramatic effect; (III), level III evidence: non-randomized controlled cohort/follow-up (post marketing surveillance) study; (IV), level IV evidence: case series, case-control studies or historically controlled trials; (V), level V evidence: single descriptive and qualitative studies, mechanism-based reasoning (pathophysiologic rationale), expert opinion from clinicians or authorities; [C], level [C] evidence: consensus by research committee.

