

## 1033. CUIDADOS PALIATIVOS

1  
2

### 3 **Introducción**

4 Los Cuidados Paliativos surgen en la década del  
5 50 como una respuesta científica y humanista para  
6 los enfermos adultos con cáncer avanzado y  
7 terminal. El fracaso en la farmacoterapia contra el  
8 dolor en los pacientes agonizantes genera el  
9 nacimiento de una nueva especialidad en donde los  
10 fármacos opioides cobran protagonismo.

11 El cambio del objetivo terapéutico de curar por  
12 el objetivo de brindar alivio tanto del dolor como de  
13 cualquier otro síntoma que tuviera el paciente y el  
14 compromiso de acompañamiento para él y su  
15 familia durante el transcurso de su enfermedad son  
16 los pilares básicos de la Medicina Paliativa. A éstos  
17 debemos agregar el Cuidado de los que asisten al  
18 enfermo; éste constituye el tercer pilar en el cual se  
19 establecen las estrategias que permiten al equipo de  
20 salud que asiste a estos enfermos y familias no  
21 agotarse en el trabajo.

22 Dar jerarquía e importancia a los síntomas y su  
23 alivio frente a una enfermedad que no tiene  
24 posibilidades de curación es el mayor aporte que  
25 esta nueva especialidad ha dado a la medicina a  
26 finales del siglo pasado.

27 El modelo se extendió hacia la asistencia a otras  
28 enfermedades y grupos de pacientes. Enfermedades  
29 crónicas evolutivas: Enfermedad Pulmonar  
30 Obstructiva Crónica, enfermedades neurológicas  
31 invalidantes, cardiopatías, enfermos con Síndrome  
32 de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV), etc.

33 En Pediatría desde su comienzo a fines de la  
34 década del 70 se aplicaron no sólo para niños con  
35 enfermedad terminal sino también para niños con  
36 enfermedades crónicas amenazantes para la vida  
37 (enfermedades genéticas, neurológicas evolutivas,  
38 Cardiopatías, Fibrosis Quística Pulmonar, etc.). Sus  
39 bases filosóficas y metodológicas son iguales: alivio  
40 de síntomas, acompañamiento del niño y su familia  
41 y cuidado del equipo asistencial.

42 Los Cuidados Paliativos por lo tanto, se ocupan  
43 de la asistencia de personas con enfermedad en  
44 etapa incurable y terminal, a fin de garantizar la  
45 máxima calidad de vida posible al enfermo y a su  
46 grupo familiar.

47 La Organización Mundial de la Salud define a  
48 los Cuidados Paliativos como la "*asistencia*  
49 *integral, individualizada y continuada de las*  
50 *personas enfermas en situación avanzada y*  
51 *terminal, teniendo en el enfermo y su familia la*  
52 *unidad a tratar, desde un punto de vista activo, vivo*  
53 *y rehabilitador con objetivos de confort*".

54 Los Cuidados Paliativos son brindados por

55 equipos interdisciplinarios de salud, que deben  
56 garantizar:

57 1. *Control de síntomas*: el dolor y un  
58 conjunto de síntomas discapacitantes aparecen  
59 con marcada frecuencia en estos enfermos: su  
60 alivio apropiado es una de las funciones  
61 principales del programa, mejorando los  
62 síntomas y el nivel de actividad.

63 2. *Acompañamiento*: se trata de la táctica  
64 de cuidados psicológicos y espirituales que,  
65 con absoluto respeto a la personalidad y las  
66 creencias de los pacientes y sus familiares,  
67 facilita el nivel de adaptación a la situación  
68 presente y ayuda a prever complicaciones  
69 evitables (ej.: claudicación de la familia,  
70 trastornos en los niños, duelo patológico,  
71 imposibilidad de hallar un sentido  
72 personalizado a la dolencia).

73 3. *Cuidado del equipo asistencial*, tercer  
74 pilar de la medicina paliativa estableciendo  
75 estrategias que permitan al equipo de salud que  
76 asiste a estos enfermos y familias no agotarse  
77 por el trabajo.

### 78 **DOLOR**

79 "*El dolor es una desagradable experiencia*  
80 *sensorial y emocional que se asocia a un daño real*  
81 *o potencial de los tejidos o que se describe en*  
82 *términos de dicho daño*". (Asociación  
83 Internacional para el Estudio del Dolor)

84 El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo  
85 aprende a aplicar este término a través de  
86 experiencias traumáticas en los primeros años de  
87 vida. Indudablemente se trata de una sensación en  
88 una o más partes del cuerpo, pero también es  
89 siempre desagradable y por lo tanto supone una  
90 experiencia emocional.

91 Generalmente se asocia el dolor a la llegada de  
92 un estímulo nociceptivo al Sistema Nervioso  
93 Central. Sin embargo existen ocasiones en las que  
94 el cerebro puede generar dolor en ausencia de esta  
95 aferencia. Esto es debido a la existencia en el  
96 cerebro de una representación de la imagen  
97 corporal denominada neuromatriz.

98 Es fácil de comprender entonces que la  
99 percepción del dolor puede ser modificada de  
100 varias maneras, ya sea modificando las aferencias  
101 (analgésicos, kinesioterapia) o las diversas  
102 influencias corticales (psicoterapia, técnicas  
103 cognitivo conductuales) que recibe la neuromatriz.

104  
 105 **Componentes del dolor**  
 106 Se pueden distinguir cuatro componentes del  
 107 síntoma:  
 108 *Nocicepción*: es la detección del daño tisular  
 109 por parte de transductores especializados ubicados  
 110 en las fibras A $\delta$  y C (nociceptores). Estos  
 111 transductores son activados cuando hay cambios  
 112 neurales e inflamatorios en el entorno. Y el  
 113 neuropático provocado por la transmisión misma  
 114 de los mediadores químicos dando una sensación  
 115 punzante, quemante o eléctrica diferente a los  
 116 estímulos descritos anteriormente.  
 117 *Percepción del dolor*: es desencadenada por un  
 118 estímulo nociceptivo (lesión o enfermedad) o por  
 119 lesiones del sistema nervioso central.  
 120 *Sufrimiento*: es una respuesta negativa al dolor  
 121 pero también al temor, ansiedad, estrés, pérdidas,  
 122 etc. Aparece cuando la integridad física se  
 123 encuentra amenazada. Frecuentemente se lo  
 124 equipara de manera errónea al dolor.  
 125 *Conducta frente al dolor*: son las acciones que  
 126 una persona hace o deja de hacer y que pueden ser  
 127 atribuidas a la presencia de daño tisular (llorar,  
 128 gritar, consultar al médico). Son conductas reales,  
 129 observables y cuantificables por otros. Es el único  
 130 componente que podemos evaluar.  
 131 Partiendo de las conductas observadas y  
 132 apoyándonos en la historia clínica y el examen  
 133 físico inferimos la existencia de nocicepción, dolor  
 134 y sufrimiento.

135 **Mecanismos de dolor**  
 136 *Nociceptivo* es producido por la activación de  
 137 nociceptores secundaria a daño tisular. El  
 138 tratamiento está orientado a resolver la patología  
 139 de base y a aliviar el síntoma. .  
 140 Una salvedad es el dolor por cáncer en la que la  
 141 invasión a los tejidos es persistente por lo que se  
 142 comporta como un dolor agudo continuo.  
 143 *Neuropático*: puede ser originado por la injuria  
 144 pero es perpetuado por otros factores. No hay  
 145 curación. La injuria puede exceder la capacidad de  
 146 cicatrización ya sea por pérdida de la región  
 147 (amputación), lesiones extensas con pérdida de  
 148 sustancia y cicatrización dificultosa o lesión del  
 149 sistema nervioso (sección medular, neuritis)  
 150 Puede haber dolor mixto con la presencia de  
 151 ambos componentes antes mencionados  
 152 El tratamiento provee alivio transitorio (no  
 153 resuelve la patología de base). La terapia  
 154 psicológica puede disminuir el impacto del dolor  
 155 sobre la vida cotidiana.

156  
 157  
 158  
 159  
 160  
 161  
 162  
 163  
 164  
 165  
 166  
 167  
 168  
 169  
 170  
 171  
 172  
 173  
 174  
 175  
 176  
 177  
 178  
 179  
 180  
 181  
 182  
 183  
 184  
 185  
 186  
 187  
 188  
 189  
 190  
 191  
 192  
 193  
 194  
 195  
 196  
 197  
 198  
 199  
 200  
 201  
 202  
 203  
 204  
 205

Causas:

1. Por la enfermedad neoplásica subyacente: en partes blandas (metástasis dérmicas), visceral (obstrucción intestinal tumoral), óseo (metástasis o tumor primario), neuropático (infiltración de nervio).
2. Debido a la terapéutica: ej.: mucositis post-quimioterapia, neuritis actínica,
3. Por la debilidad asociada al cáncer: ej.: dolor por constipación, espasmo muscular,
4. Por patología concurrente: ej.: osteoartritis, espondilosis.

*El Concepto de Dolor Total*: implica las diferentes dimensiones que modifican la percepción y manifestación del dolor, integrado en el concepto de "sufrimiento". Cuando se identifica la presencia de dolor en enfermo con cáncer, existen dos riesgos: suponer que el mismo responde sólo a una naturaleza biológica, modificable por fármacos o ignorar la base somática del dolor y presuponer que se trata sólo de una expresión emocional o existencial, siendo en realidad el dolor una suma de componentes físicos, psicológicos, sociales y espirituales, de ahí su componente emocional que lo hace siempre subjetivo, siendo esto un desafío para su tratamiento.

#### Manejo terapéutico:

1. Tratamiento de la causa.
2. Medidas no farmacológicas: físicas, kinesiológicas, psicológicas, etc.
3. Tratamiento farmacológico del dolor: es la piedra angular del alivio del síntoma

#### Protocolo Terapéutico Farmacológico:

Considerar:

1. Tipo del dolor según mecanismos
2. Intensidad del dolor
3. Tratamiento analgésico previo
4. Criterio de "analgesia de amplio espectro"
5. Principios para el uso de analgésicos

De acuerdo con la fisiopatología del dolor (receptores estimulados, vías aferentes) se describen dos tipos fundamentales: dolor nociceptivo y dolor neuropático. En los pacientes con dolor neoplásico es frecuente la existencia de dolor mixto, por compresión del SNP o SNC provocada por el tumor primario o las metástasis.

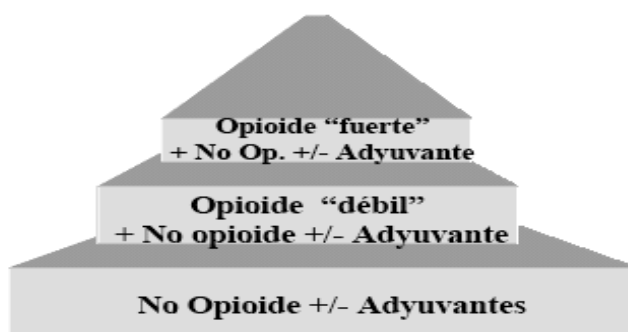
Tabla 1. Tipos y mecanismos del dolor

Relación de Respuesta analgésica vs. Mecanismo del dolor				
	Nociceptivo		Neuropático	
	Somático	Visceral	Compresión nerviosa	Destrucción Nerviosa
Patron	Localizado	Difuso	Irradiado	
AINES	+++	++	+	+/-
Opiáceos	++	+++	+	+/-
Corticoides	-	+/-	++	+/-
Adyuvantes	-	+	++	+++

**Tratamiento farmacológico:**

La Organización Mundial de la Salud propone una escalera para el tratamiento farmacológico adecuado:

1. No opioide con o sin adyuvante.
2. Opiode “débil” más no opioide con o sin adyuvante.
3. Opiode “fuerte” más no opioide con o sin adyuvante.



Método de la escalera analgésica de O.M.S

**Tratamiento farmacológico analgésico:**

El equipo de Cuidados Paliativos debe analizar la respuesta a los fármacos que recibe el paciente previo a la consulta actual. Debe optimizar posología (dosis, intervalo/dosis), agregar fármacos

necesarios (ej.: adyuvantes) o modificar los fármacos prescritos.

- a) analgésicos no opioides (paracetamol, antiinflamatorios no esteroides (AINES))
- b) analgésicos opioides (débiles y fuertes, según vademécum)
- c) adyuvantes (ej.: antidepresivos, anticonvulsivantes, corticosteroides; laxantes, antieméticos, psicoestimulantes)

Los *fármacos adyuvantes* cumplen dos objetivos: o bien se indican para favorecer el alivio de determinados dolores que responden parcialmente a los analgésicos (ejemplo: carbamacepina en dolor neuropático) o bien se prescriben para controlar efectos adversos de los analgésicos, favoreciendo que los mismos pueden ser administrados con menor riesgo y toxicidad. (Ej.: indicación de laxante para prevenir o controlar la constipación inducida por opioides).

Cuando se decida sustituir un opioide por otro (“rotación de opioides”), por considerar a un dolor como “resistente” a un determinado opioide, hay que tener en cuenta las recomendaciones internacionales sobre dosis a utilizar, especialmente si el opioide que se indica es metadona.

Una de las formas más comunes para tratar pacientes con enfermedades crónicas, en las que se presenta el dolor como un integrante infaltable al momento del control de síntomas, es el uso de opiáceos en forma de solución oral, preparado

magistral que puede prepararse en la oficina de farmacia o en el laboratorio farmacéutico del hospital.

Como este no es el único motivo, existe un interés sanitario por la formulación magistral, que deriva sobre todo de los siguientes supuestos de preparación:

1. Formas farmacéuticas distintas a las comercializadas, para facilitar su administración a determinados pacientes
2. Formulaciones con excipientes que mejoran la eficacia y/o tolerancia respecto a la especialidad farmacéutica.
3. Formulaciones con fármacos que ya no se encuentran en el mercado farmacéutico
4. Formas farmacéuticas con dosis o concentraciones que no existen en el mercado.

De allí surgen algunas formulaciones para el tratamiento de mucositis como es la solución de clorhexidina, o el gel para mucositis para la cavidad oral, incluso las cremas para las erosiones rectales o rectitis.

Todas estas son conocidas como *Formulaciones Huérfanas*, que deben prepararse en el laboratorio de farmacia del hospital o en la oficina de farmacia (ver 1027. *Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos Magistrales*) tarea de gran responsabilidad, donde la calidad del producto terminado debe ser adecuada para la dosificación por parte del paciente y deberá asegurarse la estabilidad de la misma por un tiempo prudencial, como asimismo asegurar que la cantidad de principio activo por unidad de volumen no varíe en el tiempo ya que esto impedirá un buen control del síntoma por parte de los pacientes, y de los médicos en cuanto a cual será la dosis que realmente alivia el dolor.

## FORMULACIONES

### COLORHIDRATO DE MORFINA SOLUCIÓN ORAL (GOTAS)

Morfina, Clorhidrato de, trihidrato.....	c.s
Metilparabeno.....	0,18 g
Propilparabeno.....	0,02 g
Propilenglicol.....	10,0 mL
EDTA disódico dihidrato.....	0,01 g
Ácido cítrico anhidro.....	0,32 g
Citrato de sodio dihidrato.....	0,22 g
Agua Destilada c.s.p.....	100,0 mL

Las dosis de morfina se ajustarán a las necesidades del paciente, por lo tanto no se establecen dosis máximas diarias.

*Si el farmacéutico lo considera necesario, podrá agregar algunas gotas de saborizante en la solución antes de dispensar para mejorar el sabor, en cuyo caso el período de vencimiento no será superior al mes.]*

#### Preparación:

*Solución A* - Disolver el metilparabeno y el propilparabeno en 10,0 mL de propilenglicol a temperatura ambiente, calentando suavemente para facilitar su disolución si fuera necesario.

*Solución B* - Disolver el ácido cítrico anhidro, el citrato de sodio y el EDTA disódico en 80 mL de agua destilada previamente hervida y enfriada.

Agregar la *Solución A* sobre la *Solución B* con agitación constante. El pH de la solución debe ser entre 3,4 y 3,8, si fuera necesario ajustar con hidróxido de sodio 0,1 M o ácido clorhídrico 0,1 M, según corresponda.

Agregar el clorhidrato de morfina a la solución de excipientes, calentando suavemente para facilitar su disolución si fuera necesario.

Controlar el pH final, si fuera necesario ajustar con hidróxido de sodio 0,1 M o ácido clorhídrico 0,1 M, filtrar y lavar el filtro con agua destilada hasta completar 100,0 mL.

**Conservación** - En envases inactínicos de cierre perfecto, a temperatura ambiente.

**Caracteres generales** - Líquido límpido, libre de elementos extraños.

**Determinación de pH** - Entre 3,0 y 4,5

### COLORHIDRATO DE MORFINA SOLUCIÓN ORAL (JARABE)

Morfina, Clorhidrato de, trihidrato.....	c.s
Metilparabeno.....	0,08 g
Propilparabeno.....	0,02 g
Sorbitol 70%.....	25,0 mL
Agua Destilada c.s.p.....	100,0 mL

**Preparación** - Disolver el metilparabeno y el propilparabeno en 40 mL de agua destilada calentada aproximadamente a 90 °C. Enfriar la solución, agregar el clorhidrato de morfina y agitar hasta disolución. Agregar el sorbitol, filtrar y lavar el filtro con agua destilada hasta completar 100,0 mL.

[NOTA: Podrá emplearse cantidad suficiente de Clorhidrato de Morfina para preparar soluciones de concentración deseada, las cuales no deben ser mayores a 4 %].

**CLORHIDRATO DE METADONA 1 %  
SOLUCIÓN ORAL (JARABE)**

Metadona, Clorhidrato de .....	1,0 g
Benzoato de Sodio.....	0,10 g
Sacarina Sódica.....	0,20 g
Sorbitol 70%.....	45 mL
Saborizante.....	0,10 g
Agua Destilada c.s.p.....	100,0 mL

**Preparación** - Disolver el benzoato de sodio en 40 mL de agua destilada previamente calentada aproximadamente a 90 °C. Enfriar, agregar la sacarina sódica y disolver. Agregar la metadona y agitar hasta disolución. Agregar el saborizante sobre el sorbitol, y éste sobre la solución de metadona. Filtrar y lavar el filtro con agua destilada hasta completar 100,0 mL.

**Conservación** - En envases inactínicos de cierre perfecto, a temperatura ambiente.

**Caracteres generales** - Líquido límpido, libre de elementos extraños.

**CLORHIDRATO DE CODEÍNA  
DIHIDRATO, 0,3 %  
SOLUCIÓN ORAL (JARABE)**

Codeína, Clorhidrato de, dihidrato.....	0,30 g
Metilparabeno.....	0,08 g
Propilparabeno.....	0,02 g
Sorbitol 70%.....	25,0 mL
Agua Destilada c.s.p.....	100,0 mL

**Preparación** - Disolver el metilparabeno y el propilparabeno en 40 mL de agua destilada calentada aproximadamente a 90 °C. Enfriar, agregar el clorhidrato de codeína y agitar hasta disolución. Agregar el sorbitol, filtrar y lavar el filtro con agua destilada hasta completar 100,0 mL.

**Conservación** - En envases inactínicos de cierre perfecto, en un sitio frío.

**Caracteres generales** - Líquido límpido, libre de elementos extraños.

**CLORHIDRATO DE CLORPROMAZINA Y  
ACETATO DE HIDROCORTISONA  
CREMA**

Clorhidrato de Clorpromazina.....	0,20 g
Acetato de Hidrocortisona.....	0,25 g
Cera autoemulsionante aniónica.....	10 g
Vaselina Líquida.....	4,0 mL
Metilparabeno.....	0,08 g
Propilparabeno.....	0,02 g

Propilenglicol.....	12,0 mL
Agua Destilada .....	75,0 mL

**Preparación**

*Base hidrosoluble* - Disolver el metilparabeno y el propilparabeno en 75 mL de agua destilada calentada aproximadamente a 90 °C. Agregar 6,0 mL de propilenglicol y mezclar. Fundir la cera y agregar la vaselina líquida agitando hasta homogeneizar. Calentar las fases oleosa y acuosa aproximadamente a 70 °C, agregar la fase oleosa sobre la acuosa agitando en forma continua hasta que la emulsión se enfríe.

*Crema* - Transferir el acetato de hidrocortisona y la clorpromazina a un mortero y agregar lentamente 6,0 mL de propilenglicol, triturar hasta formar una mezcla homogénea. Agregar la *Base hidrosoluble* en porciones, agitando suavemente hasta homogeneizar. Llevar a peso final con la *Base hidrosoluble*.

**GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 0,12 %  
SOLUCIÓN (COLUTORIO)**

Clorhexidina Gluconato, Solución 20%....	0,60 mL
Glicerina.....	5,0 mL
Esencia de menta.....	0,02 g
Agua Destilada c.s.p.....	100,0 mL

**Preparación** - Disolver el mentol en la glicerina. Agregar esta solución, en porciones sucesivas y agitando hasta homogeneizar, en un recipiente apropiado que contiene la solución de gluconato de clorhexidina 20 % y 40 mL de agua. Completar a 100,0 mL con agua destilada y filtrar.

**Conservación** - En envases inactínicos de cierre perfecto, a temperatura ambiente controlada.

**Rotulado** - No debe ingerirse, descartar luego de enjuagarse.

**SIMETICONA  
SUSPENSIÓN ORAL (JARABE)**

Simeticona líquida .....	15,0 mL
Hidróxido de Aluminio.....	1,5 g
Carboximetilcelulosa sódica.....	0,80 g
Polisorbato 20.....	0,1 mL
Glicerina.....	5,0 mL
Sorbitol 70% .....	20,0 mL
Metilparabeno.....	0,08 g
Propilparabeno.....	0,02 g
Sacarina Sódica.....	0,20 g
Agua Destilada c.s.p.....	100,0 mL

**Preparación** - Disolver el metilparabeno y el propilparabeno en 60 mL de agua destilada calentada aproximadamente a 90 °C. Agregar la sacarina y agitar hasta disolución. Agregar el polisorbato 20 y agitar hasta homogeneizar. Suspender el hidróxido de aluminio, agitando hasta obtener una suspensión uniforme. Colocar la carboximetilcelulosa en un mortero y agregar la glicerina hasta formar un gel homogéneo. Agregar el sorbitol al gel de carboximetilcelulosa agitando hasta homogeneizar. Agregar al gel, en etapas sucesivas y agitando hasta homogeneizar, la suspensión preparada inicialmente y posteriormente la simeticona. Llevar a 100,0 mL con agua destilada y agitar hasta lograr una preparación homogénea.

#### GEL PARA MUCOSITIS (TÓPICO)

Vitamina A, Palmitato de (1.000.000 UI/mL).....	0,125 mL
Nistatina.....	0,50 g
Vitamina E.....	1 g
Lidocaína, Clorhidrato de .....	2 g
Hidrocortisona, Acetato de.....	1 g
Sacarina Sódica.....	0,50 g
Metilparabeno.....	0,08 g
Propilparabeno.....	0,02 g
Carbómero .....	2,5 g
Polisorbato 20.....	0,20 g
Esencia de Limón.....	0,1 mL
Sorbitol 70 %.....	20 mL
Trietanolamina.....	2 mL
Agua Destilada c.s.p.....	100,0 mL

**Preparación** - Disolver el metilparabeno y el propilparabeno en 40 mL de agua destilada calentada aproximadamente a 90 °C. Agregar la sacarina sódica y agitar hasta disolución. Agregar el clorhidrato de lidocaína y agitar hasta disolución. Dejar enfriar. Agregar el carbómero, dejar humectar el tiempo necesario para que gelifique y agitar hasta obtener una suspensión uniforme.

Tamizar la nistatina, transferir a un mortero con la hidrocortisona y triturar con la mezcla de vitamina A, vitamina E y polisorbato 20 agregada a 20 mL de agua destilada. Homogeneizar. Agregar a la suspensión preparada inicialmente y agitar hasta homogeneizar. Agregar una solución preparada a partir de esencia de limón en sorbitol previamente homogeneizada y completar a 100,0 mL con agua destilada. Agregar la trietanolamina y agitar hasta que se forme el gel.

#### CLORHIDRATO DE AMITRIPTILINA SOLUCIÓN ORAL (GOTAS)

Amitriptilina, Clorhidrato de.....	c.s
Metilparabeno.....	0,18 g
Propilparabeno.....	0,02 g
Propilenglicol.....	0,86 g
Agua Destilada c.s.p.....	100,0 mL

[NOTA: No contiene correctores de sabor ya que ha sido diseñada para ser administrada en gotas con jugos o bebidas artificiales.]

**Preparación** - Disolver el metilparabeno, el propilparabeno y el propilenglicol en 40 mL de agua destilada calentada aproximadamente a 90 °C. Enfriar, agregar el clorhidrato de amitriptilina y agitar hasta disolución. Controlar el pH final, filtrar y lavar el filtro con agua destilada hasta completar 100,0 mL.

[NOTA: Podrá emplearse cantidad suficiente de Clorhidrato de Amitriptilina para preparar soluciones de concentración deseada, las cuales no deben ser mayores a 6 %].

**Caracteres generales** - Líquido límpido, incoloro o ligeramente amarillento, libre de elementos extraños.

**Determinación de pH** - Entre 4,0 y 6,0.

**Conservación** - En envases de cierre perfecto, a temperatura ambiente.