

Terapéutica Racional en
Atención Primaria de la Salud
TRAPS

Cuidados Paliativos en el PNA
Fascículo 2

- Constipación
- Disnea
- Dolor
- Delirium
- Cuidados en la etapa final de la vida.

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN: Ing. Mauricio Macri

SECRETARIO DE GOBIERNO DE SALUD: Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

SECRETARIO DE COBERTURAS Y RECURSOS DE SALUD: Dr. Luis Alberto Giménez

Índice

Página

● Introducción.....	4
● Prácticas esenciales de Cuidados Paliativos.....	5
o Constipación.....	6
o Disnea.....	11
o Dolor en Cuidados Paliativos.....	15
o Urgencias.....	
- Compresión medular aguda.....	32
- Síndrome de vena cava superior.....	34
- Hipercalcemia.....	34
- Hemorragias.....	35
o Delirium.....	38
o Cuidados en la etapa final de la vida.....	45
● Actividad 1:Indicar verdadero o falso.....	50
● Actividad 2: Caso clínico.....	50
● Anexo 1: Normas para la prescripción de opiodes.....	52
● Anexo 2: Clave de respuestas de la Actividad 1	53
● Bibliografía.....	54

Introducción

El presente fascículo es el segundo de la serie *Cuidados paliativos en el Primer Nivel de Atención* correspondiente al programa de capacitación “Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud” (TRAPS), implementado por Secretaría de Gobierno de Salud a través de la Coordinación de Medicamentos Esenciales.

TRAPS se desarrolla a través de cursos y actividades de capacitación semipresenciales y virtuales, destinadas a los profesionales de salud que se desempeñan en centros de atención primaria de todo el país. Aborda los problemas de salud más frecuentes en el primer nivel de atención, promoviendo el uso racional de los medicamentos. Los materiales pedagógicos de TRAPS se organizan en fascículos que tratan de manera práctica y accesible toda la información necesaria sobre estos temas. Se incluyen también ejercicios y actividades de comprensión y aplicación que permiten profundizar los contenidos trabajados.

Todas las series comprenden un primer Fascículo General el cual abarca temas que son transversales a todas las series. Los temas que se incluyen en dicho fascículo general son:

- Terapéutica Racional en el primer nivel de atención (TRAPS)
- Programa de capacitación en TRAPS
- Medicamentos esenciales
- Historia Clínica orientada al problema
- Codificación de los problemas de salud (CEPS-AP y CIE-10)
- Farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos
- Adherencia terapéutica

“Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención” tiene como objetivo brindar información práctica, actualizada y basada en la evidencia, sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para la prevención y tratamiento de las infecciones prevalentes en atención primaria. La presente serie sobre “Cuidados Paliativos en el primer nivel de atención” se compone de los siguientes fascículos y temas al momento de la presente edición, pudiéndose agregar o modificar el tema en próximas ediciones.

Serie: Cuidados Paliativos en el primer nivel de atención

Fascículo 1:

- Introducción:
- Evaluación de necesidades
- Trabajo interdisciplinario y colaborativo
- Comunicación en Cuidados Paliativos
- Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea (SC)
- Náuseas y vómitos
- Cavidad oral
- Úlceras por presión

Fascículo 2:

- Constipación
- Disnea
- Dolor
 - Urgencias
 - Compresión medular aguda
 - Síndrome de vena cava superior
 - Hipercalcemia
 - Hemorragias
- Delirium.
- Cuidados en la etapa final de la vida.

Prácticas esenciales de Cuidados Paliativos

La serie Cuidados Paliativos se encuadra dentro de los lineamientos propuestos por el IAHPC (International Hospice of Palliative and Hospice Care), trabajando los temas incluidos en la Lista de Prácticas Esenciales de Cuidado Paliativo. Este listado incluye las prácticas esenciales de cuidados paliativos que pueden ser provistos por médicos y enfermeros, y que reúne la mayoría de las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del cuidado de los pacientes y sus familias.¹

Prácticas esenciales de cuidados paliativos

1. Trabajo interdisciplinario y colaborativo
2. Comunicación en Cuidados Paliativos
3. Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea
4. Náuseas y vómitos
5. Cuidado de la cavidad oral
6. Úlceras por presión
7. Constipación
8. Disnea
9. Dolor
10. Urgencias
 - Compresión medular aguda
 - Síndrome de vena cava superior
 - Hemorragias
11. Delirium
12. Cuidados en la etapa final de la vida.

En el Fascículo 1 de la serie, se trabajaron los puntos 1 a 6 inclusive.
En el presente Fascículo 2 de la serie trataremos los siguientes temas:

7. Constipación
8. Disnea
9. Dolor
10. Urgencias
 - o Compresión medular aguda
 - o Síndrome de vena cava superior
 - o Hemorragias
11. Delirium
12. Cuidados en la etapa final de la vida.

¹ International Association for Hospice and Palliative Care. IAHPC List of Essential Practices in Palliative Care. Houston: IAHPC Press, 2012

7) Constipación

Se define como evacuaciones intestinales poco frecuentes, dificultad para la defecación o evacuación con materia fecal dura y difícil de eliminar. Es un trastorno muy prevalente y con frecuencia es subdiagnosticado.

Puede afectar al 50% de pacientes con cáncer avanzado y al 95% de los pacientes que reciben opioides².

El 60% de los pacientes en cuidados paliativos que no reciben opioides, requieren laxantes³

El ritmo evacuatorio intestinal debe ser regular, en intervalos de hasta cada tres días, con materia fecal blanda que se elimina sin dolor ni esfuerzo.

Causas⁴

Varían según el tipo de enfermedad y comorbilidades, siendo los mecanismos de constipación múltiples.

<ul style="list-style-type: none">• Astenia. Síndrome anorexia-caquexia.• Ascitis.• Carcinomatosis peritoneal.• Compresión medular.• Deshidratación.• Desórdenes musculares y del colágeno.• Diabetes.• Enfermedades neurodegenerativas.• Falta de privacidad o dificultad para traslado al baño.• Hipercalcemia.	<ul style="list-style-type: none">• Hipotiroidismo.• Inactividad.• Invasión tumoral del plexo nerviosos o por compresión de la luz intestinal.• Medicamentos: opioides, anticolinérgicos, antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos tricíclicos, antiácidos.• Neuropatías autonómicas.• Secuelas quirúrgicas.
--	--

Evaluación integral

- Antecedentes personales: comorbilidades, medicación que utiliza.
- Características de las deposiciones: frecuencia, consistencia y volumen.
- Síntomas abdominales: dolor, flatulencias.
- Examen físico: ascitis, palpación de visceromegalias o tumoraciones. Verificar la presencia de ruidos hidroaéreos, defensa, reacción peritoneal, distensión abdominal y hemorroides.
- Síntomas asociados a constipación: náuseas y vómitos, retención urinaria, deterioro cognitivo, dolor.

El tacto rectal (TR) permite evaluar la presencia de materia fecal en la ampolla del recto. Si el TR es negativo, y si los recursos locales lo permiten, se puede realizar Rx de abdomen directa (de pie o acostado) para evaluar la magnitud de la constipación⁵ y establecer un plan terapéutico.

² Elsayem A., Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.5.2°Ed. USA: MD Anderson Cancer Center, 2002.

³ Bruera E. and colls. Textbook of Palliative Medicine. Cap.60. 1°Ed. UK: Hodder Arnold, 2006

⁴ Bonilla P and colls. 1° Consenso venezolano de la constipación inducida por analgésicos. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. In: Betancourt C. Etiología clínica y diagnóstico. 1° Ed. Venezuela: TIPS, 2008.

⁵ Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 7. 1°Ed. USA: MD Anderson Cancer Center, 1999.

El puntaje se obtiene al cruzar dos líneas a nivel del ombligo resultando cuatro cuadrantes que corresponden a cada segmento del colon.

En una RX de abdomen tomada en decúbito dorsal, trazar 2 diagonales que se cruzan en el ombligo y originan 4 cuadrantes: colon ascendente, transverso, descendente y recto-sigmoideo.

Evaluar la cantidad de materia fecal en la luz intestinal de cada cuadrante:

0 = vacío

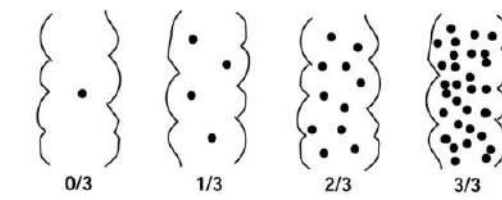
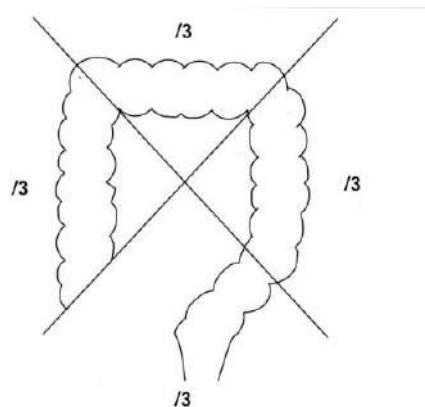
1 = ocupa < del 50 %

2 = ocupa > del 50 %

3 = ocupa todo.

El resultado es entre 0 y 12.

Más de 7 indica constipación severa y requiere intervención inmediata.



Plan terapéutico

Medidas generales

- Prevenir las situaciones predisponentes y corregir las causas reversibles, si es posible.
- Administrar laxantes al indicar medicamentos que producen constipación, o discontinuar los que sean posibles suspender.

Los pacientes que reciben opioides deben recibir laxantes regularmente desde el inicio del tratamiento analgésico (con excepción de pacientes con diarrea).

- Controlar los síntomas que interfieren en la defecación (dolor abdominal, perineal, hemorroides).
- Favorecer el ambiente adecuado para la defecación (privacidad, silla sanitaria).
- Aumentar la ingesta de líquidos y mantener la movilización, si es posible.

Medidas específicas

- Si la respuesta al tratamiento con un único laxante es escasa o nula, es necesario asociar laxantes de diferentes mecanismos de acción.⁶
- Si el TR confirma la presencia de materia fecal baja, pueden usarse supositorios que estimulan la defecación a nivel de la ampolla rectal, o enemas rápidos; ninguno facilita la evacuación de intestino alto ni la progresión de la materia fecal.
- El enema de baja presión (bajo volumen), cumple la función de desbridar el contenido fecal y estimular el peristaltismo por la irritación que produce el agua oxigenada. Se

⁶ Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos –Revisión sistemática. Cochrane Update 2007.

recomienda realizarlo con solución fisiológica 400 ml + 100 ml de agua oxigenada de 10 volúmenes, a pasar en un tiempo mínimo de 2 horas, para lograr el efecto.

- Si se cuenta con Rx de abdomen actualizada, se puede calcular el puntaje de constipación, si es mayor a 7 en la porción colónica:
 - o distal, el enema es la opción
 - o proximal, sin signos radiológicos de oclusión intestinal, la opción es la intensificación del tratamiento laxante oral.
- Si después de realizar el tratamiento adecuado, la respuesta lograda es negativa, se debe realizar la referencia a un segundo nivel de asistencia para realizar nueva R. de abdomen y/o tratamiento específico.

Algoritmo para el tratamiento de la constipación

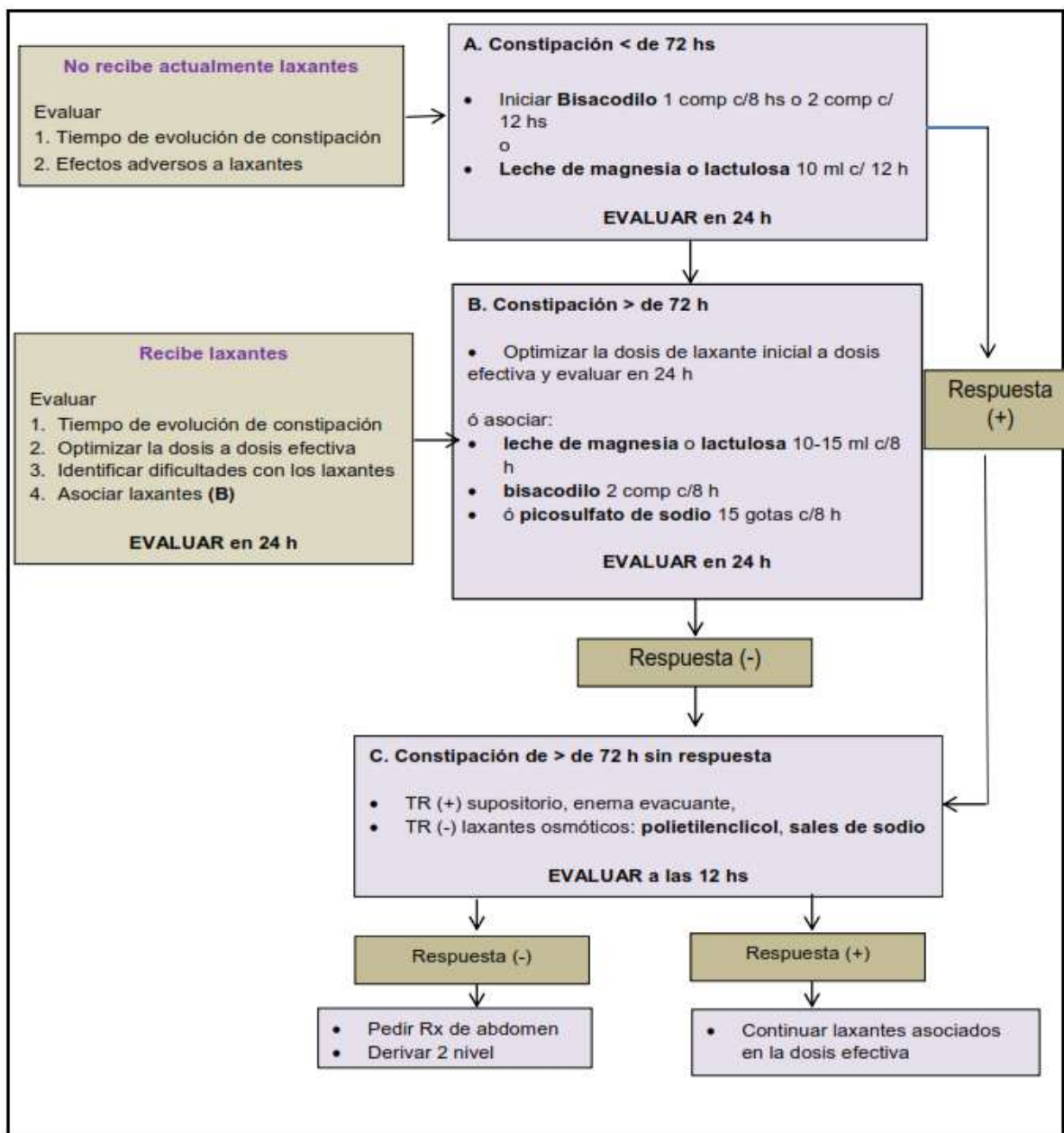


Tabla 1: Laxantes y mecanismos de acción ^{7 8 9 10}

Laxante	Mecanismo de acción	Tiempo de latencia	Dosis	Evidencia
Agente formador de bolo	Fibras: aumentan el volumen intraluminal, atraen agua, aceleran el tránsito intestinal.	12 a 48 hs	Salvado de trigo, psyllium, metilcelulosa	II a / B
Laxantes salinos	Aumentan la fluidez intestinal, efecto osmótico. Estimulan la peristalsis	1 a 6 hs	Leche de Mg:15-60 cc/día Fosfato de Na 30 cc (*)	II b / C
Agentes hiperosmolares	Disminuyen pH intestinal, atraen H ₂ O, Na, K, distienden la pared intestinal y estimulan la peristalsis.	8a 24hs	Lactulosa: 15-60 cc Sorbitol: 15-60 cc	II a / B
Solución depolietilenglicol	Incrementan el volumen, hidratan la materia fecal; disminuyen el tiempo de pasaje en colon	24 a 72 hs	Polietilenglicol 15-25 gr/día diluido en 240 cc	II a / A
Emolientes o lubricantes	Lubrican la superficie de materia fecal, mejora la propulsión a través del intestino	6 hs a 3 días	Aceite mineral, vaselina, parafina 15-45 cc/día	II b / C
Surfactantes	Absorben agua en yeyuno y colon, y aumentan el volumen de la materia fecal	24 a 72 h	Docusato 100-800 mg	
Estimulantes de contacto	Disminuyen la absorción de agua. Estimulan plexos entéricos	6 a 12 hs. Supositorios: 30-60 min	Bisacodilo 5 – 20 mg Sen 15 - 90 mg Picosulfato de Na 10 a 40 gotas/día (*)	II b / C

(*) **Importante:** las sales como fosfato monosódico o disódico se absorben en forma sistémica, no se recomienda utilizar en casos de insuficiencia renal, hipertensión arterial o insuficiencia cardíaca. Su prescripción en forma única o asociada a otros laxantes debe ser evaluada clínicamente.

⁷ Bruera E, and colls. Textbook of Palliative Medicine. Cap 60. Constipación. 1° Ed. UK: Hodder Arnold, 2006.

⁸ Leone F. Guía para la prescripción de opioides. Cap. 3. Interacción Farmacológica y efectos adversos. 1° Ed. Argentina: Ediciones Médicas Internacionales, 2004.

⁹ Bertolino, M. Guía de manejo en cuidados paliativos Cap 10. 1° Ed. Argentina: OMS- OPS, 2001.

¹⁰ Candy B, Jones L, and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane, 2007.

Educación del paciente y la familia

- Informar sobre las causas de la constipación y cómo prevenirla, y la importancia de mantener el tránsito intestinal aun cuando la ingesta de alimentos es escasa o nula, y la enfermedad es avanzada.
- Informar sobre los beneficios del uso de combinaciones de laxantes en dosis efectivas, educar sobre la relevancia de mantener momentos de privacidad para el paciente y el uso de dispositivos facilitadores en el hogar.
- Informar que, en las etapas finales de vida, sólo se tratará la constipación si esta fuera una causa de molestia, tenesmo o dolor (fecaloma).¹¹

Criterios de referencia y/o derivación

- Constipación persistente a pesar de tratamiento combinado con laxantes en dosis elevadas.
- Signos y síntomas de oclusión intestinal: distensión abdominal, vómitos persistentes, ruidos abdominales escasos o ausentes.
- Prolapso rectal.
- Fisura anal.
- Complicaciones locales de hemorroides (hemorragia- trombosis).
- Los casos de constipación por opioides, resistente al tratamiento laxante, se debe considerar la posibilidad de derivar a un nivel de mayor complejidad para la utilización de los antagonistas de receptores opioides periféricos (metilnaltrexona), si estuvieran disponibles.

¹¹ Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.12. In: Bertolino M, Bunge S, Rodríguez A. Manejo de síntomas gastrointestinales constipación, diarrea, vómitos, náuseas y oclusión intestinal. 1° Ed. Chile : Universidad Católica de Chile, 2010.

8) Disnea

Es la experiencia subjetiva de malestar al respirar, que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. La experiencia surge de interacciones entre múltiples factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales que pueden inducir respuestas fisiológicas y de comportamiento.¹² Es la percepción de dificultad respiratoria más la reacción a la sensación (preocupación, miedo, ansiedad).

Puede acompañarse de manifestaciones clínicas objetivas (taquipnea, cianosis, hiperpnea) que no siempre se correlacionan con la función pulmonar o sensación del paciente: el paciente puede tener taquipnea y no referir disnea; el paciente puede tener una respiración normal y referir disnea.

La prevalencia de disnea como síntoma de enfermedades avanzadas es alta y varía según el tipo de enfermedad de base: 30 al 75 % en pacientes con cáncer avanzado, 95% en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 60% en insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedades de neurona motora. La incidencia incrementa en los últimos días de vida^{13,14}.

En un contexto agudo puede ser percibido por el paciente y la familia como un signo de muerte inminente por ahogo o sofocación; es un síntoma que genera gran sufrimiento.

Mecanismos y causas ^{15 16}

Es multifactorial y complejo; involucra centros cerebro-corticales, y respuestas químicas y mecánicas de receptores pulmonares. Los mecanismos pueden ser:

1. Aumento del esfuerzo respiratorio (Ejemplo: derrame pleural).
2. Alteraciones en músculos respiratorios (Ejemplo: parálisis muscular).
3. Aumento de los requerimientos ventilatorios (Ejemplo: hipoxemia).

¹² American Thoracic Society Dyspnea. Mechanisms, assessment and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med, 1999. N° 159, 321-340.

¹³ Elsayem A. , Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2.2°Ed.US: MD Anderson Cancer Center, 2002.

¹⁴ Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa. Cap.9..In: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1° Ed. Chile : Universidad Católica de Chile, 2010.

¹⁵ Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1°Ed.Argentina: FEMEBA, 2007

¹⁶ Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa. Cap.9. En: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1° Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.

En los pacientes con enfermedad avanzada los tres mecanismos pueden coexistir en diferentes proporciones.

Compromiso pleuro- pulmonar	Compromiso cardiovascular	Causas sistémicas
<ul style="list-style-type: none"> - Infiltración parénquima pulmonar por cáncer o metástasis - Tumor pleural - Derrame pleural - Neumonía - Trombosis pulmonar - EPOC - Asma - Linfangitis carcinomatosa - Fibrosis - Neumotórax - Secuelas de otras enfermedades. Ej. Tuberculosis 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia cardíaca congestiva - Derrame pericárdico - Cardiopatía isquémica - Síndrome vena cava superior 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia - Diminución de peso y masa muscular (caquexia) - Ascitis a tensión - Ansiedad - Enfermedades neuromusculares - Acidosis metabólica - Hepatomegalia
Relacionados a tratamientos:	Otras causas asociadas o que exacerban la disnea	
<ul style="list-style-type: none"> - Neumonectomía - Lobectomía - Neumonitis pos-radioterapia o pos quimioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicógenas: ansiedad-depresión - Dolor no controlado. 	

Evaluación integral

Debe incluir la identificación de las posibles causas:

- Evaluar la intensidad y nivel de expresión con las escalas numérica o categórica, y los factores psicológicos u otros síntomas que lo exacerban¹⁷.
- Realizar examen clínico y respiratorio, determinar la clase funcional, antecedentes, oximetría de pulso si está indicada y disponible.
- Evaluar la complejidad y el compromiso sistémico para referir al paciente a otro nivel asistencial para realizar intervenciones diagnósticas complementarias.

Plan terapéutico

Medidas generales

Considerar los recursos locales disponibles para:

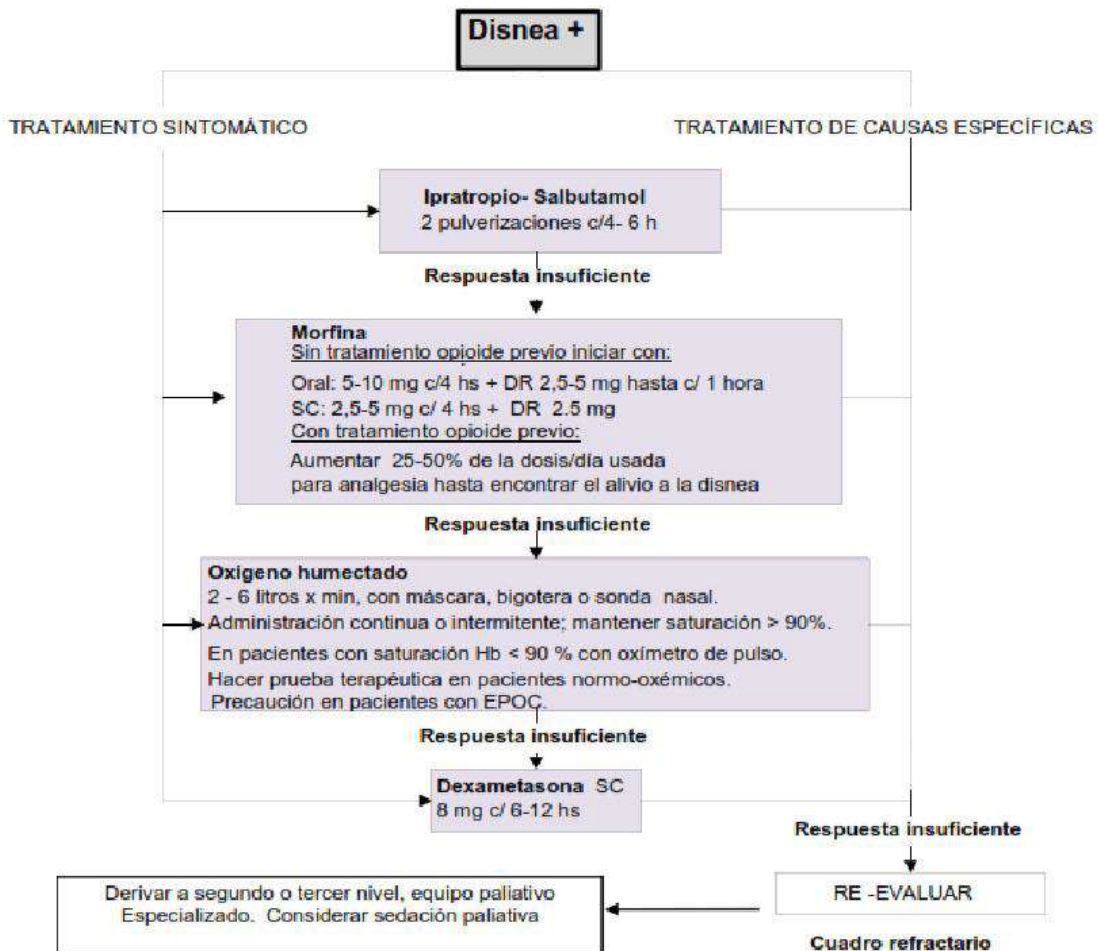
- Iniciar simultáneamente el alivio del síntoma y el tratamiento de las causas reversibles
- Realizar tratamiento inicial (fármacos y oxígeno), y según la evolución solicitar interconsulta.
- Acondicionar un ambiente ventilado, corriente de aire sobre el rostro, posiciones que favorezcan alivio, minimicen esfuerzos. Sugerir el uso de vestimenta cómoda.
- Acompañar para transmitir tranquilidad; estimular movimientos respiratorios y relajación.

¹⁷ Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Evaluación en Cuidado Paliativo. Disponible en <http://paliativo-femeba.org/uploads/2009>

Medidas específicas

- Iniciar tratamiento específico de acuerdo con las causas identificadas o antecedentes previos del paciente: corticoides, broncodilatadores, antibióticos, medicación cardiológica, ansiolíticos, etc.
- Los opioides son eficaces para el alivio sintomático de la disnea en enfermedades pulmonares avanzadas oncológicas y no oncológicas¹⁸. Se los puede indicar en dosis iniciales (Algoritmo A), por vía oral o subcutánea (SC), en dosis fijas y en dosis de rescates (DR). Si se requieren más de tres dosis de rescates por día, es necesario reevaluar la dosis fija (Algoritmo A).
- Control de síntomas asociados, por ejemplo, ansiedad, tos y secreciones. Ofrecer kinesioterapia según disponibilidad; ofrecer apoyo psicoterapéutico cuando es necesario.
- Situaciones particulares: En caso de obstrucción mayor de la vía aérea o linfagitis carcinomatosa: administrar dexametasona oral ó subcutánea 16-32 mg/día, en intervalos cada 6-8 hs. En caso de derrame pleural: considerar interconsulta con cirugía torácica para toracocentesis.

Algoritmo de tratamiento de la disnea



¹⁸ Lorenz K , y col.s. Evidence for improving Palliative Care at the End of life: a sistematic review. Ann InternMed. 2008; 148:147.

Glosario:

Refractariedad terapéutica: Este término representa la falta de alivio cuando se realiza un tratamiento adecuado en un tiempo prudencial, y puede plantear la referencia a un segundo o tercer nivel de asistencia y la posibilidad de sedación paliativa.

Educación del paciente y la familia¹⁹

- Explicar las causas del síntoma y las posibilidades de tratamiento (ambulatorio o en internación)
- Cuando la evolución es favorable, explicar cómo prevenir y actuar en crisis, enfatizar la importancia del uso de dosis de rescate entre las dosis fijas de medicamentos, asegurar la disponibilidad de medicamentos y de oxígeno.
- Estar disponible y realizar control asistencial periódico.
- Proponer cambios: modificar la altura de la cama, evitar ambientes cerrados o ambientales, no usar escaleras ni levantar objetos pesados, realizar la higiene diaria en posición sentada, usar silla sanitaria y de ruedas, crear una corriente de aire sobre el rostro del paciente (un ventilador puede dar alivio significativo).
- Informar sobre la situación respetando y promoviendo la autonomía del paciente en las decisiones de tratamiento; discutir tratamientos y/o intervenciones posibles de acuerdo a la magnitud del cuadro (observación, traslado, internación).
- Facilitar la expresión de temores
- Reconocer los límites de tratamiento y dar esperanzas veraces del grado de alivio posible.

Criterios de referencia o derivación

Están determinadas por el déficit en la disponibilidad de recursos terapéuticos adecuados, y las complicaciones clínicas detectadas o potenciales:

- Disnea severa con sensación de asfixia.
- Síndrome de vena cava superior.
- Sospecha de derrame pleural masivo que requiere toracocentesis.
- Disnea con hemoptisis severa.

En estos casos la disnea puede evolucionar a la refractariedad terapéutica. Este término representa la falta de alivio cuando se realiza un tratamiento adecuado en un tiempo prudencial, y puede plantear la referencia a un segundo o tercer nivel de asistencia y la posibilidad de sedación paliativa.

Importante: el objetivo terapéutico es el alivio percibido por el paciente, y no el cambio de signos como la taquipnea o los ruidos respiratorios audibles.

Sedación paliativa: administración deliberada de fármacos que disminuyen el nivel de conciencia, de forma superficial o profunda, transitoria o permanente, con la intención de aliviar el sufrimiento físico o psicológico no controlable y refractario con otras medidas terapéuticas implementadas en dosis y tiempos adecuados, a un paciente con enfermedad avanzada; la intervención se realiza con el consentimiento implícito, explícito o delegado.²⁰

Refractariedad terapéutica: imposibilidad de lograr alivio sintomático con la administración de todos los tratamientos recomendados o indicados de manera específica, en el período adecuado y/o tolerable para el paciente. *La sedación paliativa no es eutanasia.*²¹

¹⁹ Wenk R, Bertolino M, Manual de Cuidados Paliativos. Capítulo Disnea. Argentina: Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA, 2007

²⁰ Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 .Nº9: 41-46.

²¹ Maltoni A, Pittueri C, y col. Palliative sedation therapy does not hasten death: result from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, 2009, Vol. 20: 1163-1169,

9) Dolor en Cuidados Paliativos

El dolor es "sensación física y emocional desagradable asociada a una lesión tisular potencial o real, o bien descrita en términos de este tipo de lesión"²².

El dolor es una experiencia multidimensional que requiere una evaluación y tratamiento de los factores físicos-psicológicos-sociales y espirituales que intervienen en su expresión.

El cáncer es la principal causa de dolor agudo y crónico de los pacientes con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadio Avanzado (ERVEAs): el 30 % de los pacientes con cáncer padecen dolor al momento del diagnóstico, y el 65 – 85 % de los pacientes tienen dolor en las etapas avanzadas de la enfermedad.

En este capítulo se describen conceptos del control del dolor en cáncer, que también se podrán aplicar a otras ERVEAs.

Causas y mecanismos que intervienen en el dolor por cáncer

Dolor agudo: asociado con un evento o condición fácilmente identificable y con resolución en días a semanas, por ejemplo: intervenciones diagnósticas o terapéuticas, infecciones oportunistas.

Causas de dolor crónico

- 80 %: el tumor (metástasis óseas, compromiso de nervios y vísceras, etc.).
- 15 %: la terapéutica oncológica (cirugía, radioterapia, etc.).
- 5 %: sin relación con el cáncer ni con su terapéutica (contractura muscular, hernia de disco).

Otras causas frecuentes de dolor agudo o crónico en pacientes con ERVEAs

- Artritis, artrosis.
- Constipación.
- Úlcera por presión, Lesiones tumorales exofíticas.
- Cefaleas.
- Dolores musculares.
- Dolor isquémico.
- Mucositis oral. Por ejemplo, candidiasis.

Tipos de dolor

- Nociceptivo visceral, por la estimulación de nervios aferentes autonómicos.
- Nociceptivo somático, por la estimulación de nervios aferentes somáticos.
- Neuropático, por daño de estructuras nerviosas del SNC o periférico.
- Mixto, con componentes nociceptivos y neuropáticos.
- Idiopático.

Evaluación integral

Para tratar correctamente a un paciente con ERVEA con dolor se requiere una evaluación precisa, completa, integral.

El dolor del paciente con ERVEA suele presentarse dentro del complejo contexto de múltiples causas de sufrimiento. Es importante contextualizar el dolor evaluando áreas que pueden

²² IASP. IASP taxonomy. Disponible en

<http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>

integrarlo: físicos (dolor, vómitos, disnea), sociales (falta de recursos económicos, burocracia del sistema sanitario), psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos cognitivos) y existenciales (ansiedad por la muerte inminente, falta de esperanza, conflictos existenciales).

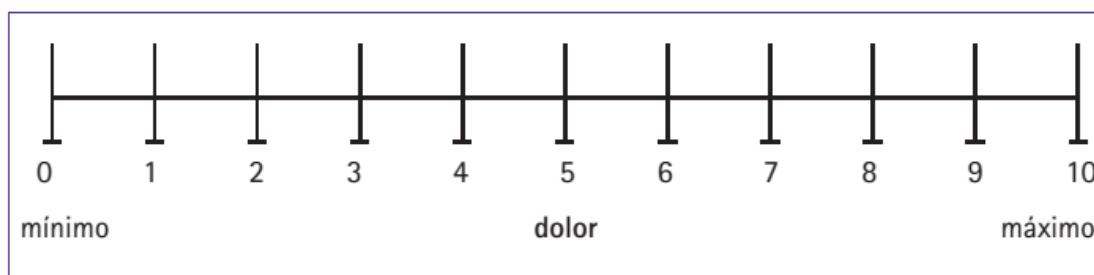
Las evaluaciones se deben realizar en la primera consulta, durante el tratamiento, en intervalos regulares, y cuando aparece un nuevo dolor o nuevas características del mismo.

Interrogatorio: Las preguntas "¿dónde, ¿cuánto y desde cuándo le duele?" no son suficientes para una evaluación completa. Se deben investigar las características del dolor y también los factores que lo modifican o condicionan; características del dolor, irradiación, patrón temporal, respuesta a tratamientos previos, síntomas asociados, impacto emocional, etc. Los siguientes ítems deben ser evaluados con preguntas abiertas, sin inducir respuestas. De la experiencia dolorosa solo se puede medir, la EXPRESIÓN subjetiva del síntoma.

Algunos ejemplos: Hábleme sobre su dolor; ¿dónde lo siente?; ¿tiene algún recorrido particular?, ¿cuán fuerte es el dolor?; ¿cómo lo describiría con sus palabras?; ¿hace cuánto y cuándo aparece?, ¿qué lo alivia?, ¿qué lo agrava?, ¿cómo lo afecta en su vida cotidiana?

Guía de evaluación:²³

- Ubicación (¿dónde duele?)
Los pacientes pueden tener dolor en más de un sitio; la ubicación del dolor se debe registrar en las partes ventral y dorsal de un dibujo de una figura humana.
- Intensidad (¿cuánto duele?).
Escala numérica: El paciente selecciona en forma verbal o escrita un número en una escala de 0 a 10, donde 0 indica que no hay dolor y 10 indica dolor insoportable.



El Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) es un ejemplo de un instrumento de evaluación actualizado y muy utilizado para monitorear múltiples síntomas, entre ellos el dolor en pacientes con cáncer avanzado.²⁴

Escala categórica. El paciente tiene que elegir la palabra que indica la intensidad del dolor (Sin dolor, Dolor leve; Dolor moderado; Dolor severo); esta escala se utiliza cuando al paciente tiene dificultad para comprender las instrucciones del uso de la escala numérica:

SIN DOLOR = 0

DOLOR LEVE = 1-2-3

DOLOR MODERADO = 4-5-6

DOLOR SEVERO = 7-8-9-10

Importante: El dolor provoca interferencia en las actividades de la vida cotidiana y deteriora sustancialmente la calidad de vida: produce cambios en el humor, trastornos del sueño y genera incapacidad para disfrutar, trabajar y relacionarse.

²³ Wenk R, Bertolino M, and colls. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

²⁴ Hui D, Bruera E, The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present and Future Developments, Journal of Pain and Symptom Management .2017.

El dolor "existe" en la magnitud que el paciente reporta, si bien su percepción y expresión están relacionadas a múltiples factores como personalidad previa, estado emocional actual, interpretación dada al dolor, y otras causas coexistentes de sufrimiento.

Características (¿Cómo es el dolor?)

- o ¿Cuándo comenzó?
- o ¿Es periódico, rítmico?
- o ¿Es continuo, persistente?
- o ¿Es superficial o profundo?
- o ¿Es localizado o difuso?
- o ¿Se acompaña de sensaciones anormales (hormigueos, quemazón, pinchazos)?

Factores que lo modifican (¿qué alivia o empeora el dolor?)

Como acostarse, caminar, tragar, orinar, sentarse, defecar, masticar, toser, el contacto con la ropa o sábana, algún otro movimiento, el clima.

Tratamientos analgésicos previos

- o ¿Qué drogas recibió, por qué vía, qué dosis, cada cuánto?
- o ¿Tuvo respuesta? ¿Tuvo efectos indeseables? ¿Tuvo o tiene temores?

En la mayoría de los pacientes, la evaluación del síndrome doloroso, el examen físico, y algunas radiografías son suficientes en general para establecer la causa del dolor e iniciar el tratamiento, pero en muchos otros casos se requieren otros estudios de imágenes, TAC, ecografías, RMN.

Descripción	Sospecha diagnóstica
"El dolor es quemante, como descargas eléctricas."	Lesión de estructura nerviosa.
"El dolor aparece y desaparece".	Cólicos.
"Me duele siempre en el mismo lugar, al mínimo movimiento".	Lesión ósea.
"Me duele en el abdomen, pero es difícil definir donde".	Lesión visceral.

Importante: Si un paciente no puede comunicarse verbalmente (dificultad en la comunicación) la evaluación se realiza en base a la observación de sus "conductas dolorosas" (se correlacionan significativamente con la presencia de dolor) que son:

- *Suspiros, quejidos.*
- *Muecas o inmovilidad.*
- *Cambios del humor: irritabilidad, humor depresivo.*
- *Renguear, frotar o sostener el área afectada, cambiar de postura con frecuencia, sentarse con postura rígida*
- *Descansos prolongados, movimientos temerosos, marcha interrumpida, solicitud de ayuda para caminar.*

Plan terapéutico el paciente con dolor en cuidados paliativos

El 85 – 95 % de los pacientes pueden ser tratados efectivamente con un programa de control y prevención del dolor de baja complejidad. Los objetivos son:

- Controlar el dolor: (1) durante el sueño, (2) en reposo y (3) en actividad.
- Evitar o controlar los efectos indeseables del tratamiento.

El tratamiento farmacológico es efectivo en más del 90% de los pacientes.

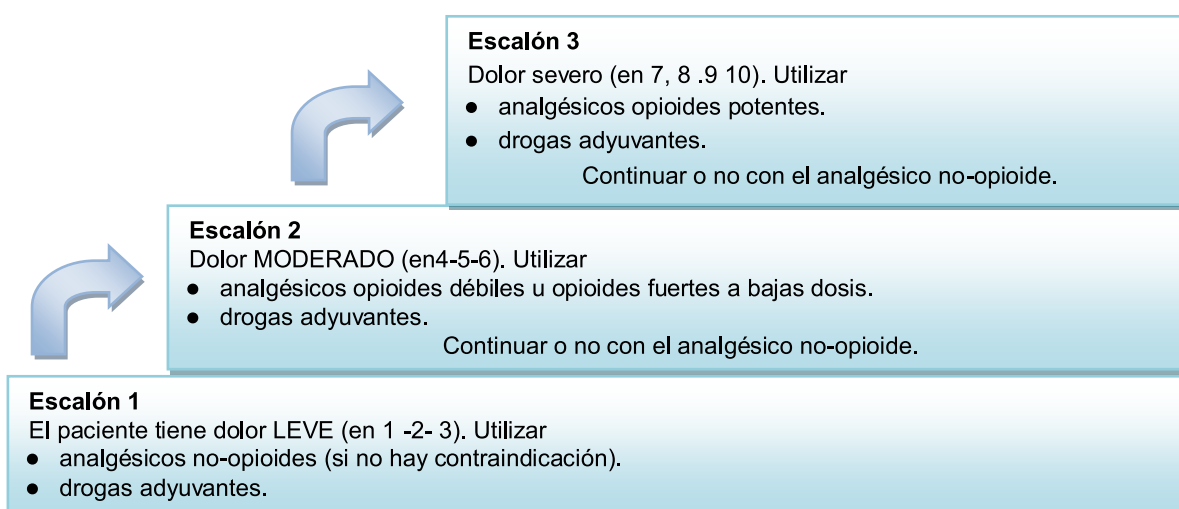
La "escalera analgésica" de la OMS ²⁵, describe el uso de los analgésicos considerando la intensidad del dolor del paciente.

La base del tratamiento analgésico recomendado es farmacológica, pero no se deben dejar de lado las medidas para resolver o aliviar los problemas psicológicos y sociales, y se debe considerar la utilización de otras opciones terapéuticas.

Las otras opciones (quimioterapia, radioterapia, cirugía, procedimientos anestésicos, procedimientos físicos como estimulación cutánea con calor, frío, masajes e intervenciones psicológicas) pueden solicitarse o realizarse en los niveles de complejidad 2 y 3.

El tratamiento del dolor se basa en la combinación de diferentes drogas agrupadas en 3 categorías: los adyuvantes, los AINEs, y los analgésicos opioides (AO).

Escalera analgésica de la OMS



Importante: Con dolor LEVE o MODERADO en la primera evaluación se puede comenzar con un opioide débil. Con dolor MODERADO en la primera evaluación se puede comenzar con opioide fuerte a baja dosis. Con dolor SEVERO en la primera evaluación se debe comenzar con un opioide potente.

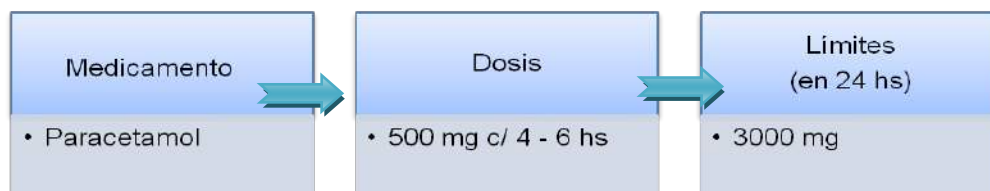
En cada escalón de la escalera, el analgésico opioide o no, puede combinarse con adyuvantes; son fármacos que tienen efectos analgésicos en ciertos tipos de dolor (co-analgésicos anticonvulsivantes, antidepressivos, corticoides) o que pueden resultar útiles para el control de los efectos secundarios de los opioides (antieméticos, laxantes, etc.).

El tratamiento del dolor, debe comenzar en el escalón de la escalera correspondiente a la intensidad del dolor que un paciente sufre. Si un paciente padece dolor severo, debe recibir directamente un opioide fuerte como morfina, oxicodona y no empezar con uno del grupo del primer escalón como paracetamol o ibuprofeno. Si el dolor es leve y no se obtiene un adecuado control con AINEs o paracetamol, o es de intensidad moderada, se debería indicar opioides del 2° escalón como codeína, tramadol. La morfina y la oxicodona a bajas dosis (menor o igual a 30 y 20 mg/d respectivamente) también pueden ser utilizadas en este escalón.

²⁵ Foley, K.O.M.S. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario. Cancer Pain. US: OMS. Vol. 19, Núm. 1 – 2006.Pág 3-4.

Paracetamol

Analgésico, antipirético, sin efecto antiinflamatorio ni de antiagregación plaquetaria, con mejor perfil de efectos secundarios que los AINES, a excepción de la insuficiencia hepática en caso de sobredosis. Utilizar con precaución en personas con hepatopatía previa.



Analgésicos antiinflamatorios no-esteroides (AINES)

Los AINES se utilizan en el dolor óseo y en el dolor asociado con procesos inflamatorios; tienen valor limitado por su relativa eficacia máxima. Poseen acciones farmacológicas comunes: propiedades antiinflamatorias, efectos analgésicos y antipiréticos y efecto antiagregante plaquetario. El mecanismo de acción es inhibir las ciclo-oxigenasas 1 y 2.

Los efectos antiinflamatorio, analgésico, antipirético y antiagregante plaquetario se deben a efecto sobre ciclo-oxigenasas; el efecto analgésico se debe a mecanismos periféricos y a acciones en el sistema nervioso central.

Estos fármacos:

- Son útiles en dolores de intensidad leve o moderada (Dolor 1-5). No desarrollan tolerancia.
- Tienen mecanismo de acción diferente al de los opioides.
- Pueden ser combinados con los opioides.

Los AINES tienen toxicidad diferente a la de los opioides; pero más seria, porque generalmente producen lesión orgánica. No se recomienda su uso en forma crónica por su capacidad para producir efectos indeseables significativos: enfermedad renal, hepatotoxicidad, coagulopatía, úlcera gastroduodenal, reducción de la eficacia de algunos antihipertensivos (bloqueadores beta, inhibidores de enzima de angiotensina-convertasa y diuréticos).

Los factores de riesgo en el uso de AINES son:

- o edad > 65 años,
- o antecedente de enfermedad ulcero-péptica,
- o uso concomitante de esteroides,
- o uso de más de un AINE
- o uso por más de 7 días.

La siguiente tabla muestra la relación entre AINEs, dosis y límites en 24 horas.

Tabla 2: Dosis de AINEs		
AINEs	Dosis	Límites (en 24 hs)
Diclofenac	25 - 50 mg. c / 8-12 h.	75 - 150 mg.
Ketorolaco*	10-20 mg c/6 h	90 mg
Ibuprofeno	200 – 600 mg. c / 6-8 h.	1200 - 3200 mg.
Naproxeno	250 – 500 mg. c/ 12 h.	500 - 1250 mg.
Dipirona (metamizol) *	500 mg c/6-8h.	4000 mg/día

*utilización confinada a corto plazo (5 días)
Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

Analgésicos opioides

Son los fármacos de 1° línea para el manejo del dolor moderado o severo por cáncer. Sin embargo son subutilizados por problemas de accesibilidad e insuficiente capacitación médica para su utilización. Para mejorar la accesibilidad el Programa Nacional de Cuidados Paliativos de Instituto Nacional del Cáncer desarrolla la Provisión de Analgésicos Opioides (PrAO) desde el año 2018. La primera etapa consiste en proveer comprimidos de 10 mg de morfina y de 5 mg de Metadona a las provincias y jurisdicciones que participen del PNCP:

Ejercen su acción a través de los receptores opioides. Son la base del tratamiento del dolor moderado y severo en enfermedades oncológicas y no oncológicas (neuropatías, dolor post-amputación, dolor neuropático, artritis reumatoide, dolor postoperatorio, dolor por quemadura, dolor traumático, dolor por fracturas óseas, cefaleas, neuralgias craneanas, cervico-braquialgias, infarto de miocardio, neumotórax, cólico biliar - renal – ureteral, pancreatitis, lumbalgias, artrosis de cadera y de rodilla)

El uso crónico de analgésicos opioides generalmente no se asocia con toxicidad orgánica significativa. Los efectos indeseables más comunes son las náuseas y la constipación. El abuso de drogas y el desarrollo de tolerancia son raros con el uso de AO en el tratamiento del dolor. Aun en pacientes con historia de conducta adictiva los opioides se pueden indicar con medidas de supervisión específica para cada caso. Por ejemplo educación a cuidadores, administración de medicación limitada según los controles médicos a realizar, prescripciones de recetas registradas en historia clínica, recetas hechas por un solo prescriptor para controlar la administración de medicación; supervisión del síntoma y del tratamiento en periodos cortos de tiempo.

Los analgésicos opioides (AO) se dividen, clínicamente, en dos grupos:

AO Débiles	AO Potentes
<ul style="list-style-type: none"> • Codeína • Tramadol 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxycodona • Buprenorfina • Fentanilo • Hidromorfona • Metadona • Morfina • Nalbufina • Petidina (meperidina)

Los fármacos *que NO deberían ser usados* en tratamiento del dolor en pacientes con ERVEAs son:

- **Meperidina:** tiene vida media corta y su metabolito normeperidina es tóxico,
- **Buprenorfina** agonista parcial de baja eficacia máxima. No usar en casos de dolor severo por su efecto techo o en pacientes con opioides fuertes previos porque pueden desencadenar cuadro de abstinencia.
- **Nalbufina:** opioide agonista-antagonista de baja eficacia máxima, que si se administra a un paciente que recibe agonistas puede revertir la analgesia y desencadenar un síndrome de abstinencia.

Principios generales ²⁶ para el uso de analgésicos opioides

- Conocer las dosis, la duración de acción y la presentación de varios analgésicos opioides potentes.
- Individualizar la vía de administración, las dosis, y los horarios para cada persona.
- Monitoreo cercano de los pacientes, especialmente al inicio del tratamiento o al cambiar de dosis, intervalos o drogas.
- Buscar y tratar los efectos indeseables.
- La selección del opioide se realiza de acuerdo a la intensidad del dolor utilizando la escalera analgésica de la OMS.
- El régimen analgésico debe ser adaptado al paciente: cada uno necesita una dosificación individual.
- Los opiodes deben ser indicados a intervalos regulares según su duración de acción para prevenir la ocurrencia de dolor.
- Los diferentes opioides pueden tener diferente efecto analgésico y efectos indeseables en cada paciente.
- Como la tolerancia cruzada entre opioides no es completa, si no se obtienen buenos resultados con la dosificación apropiada con un opioide es útil cambiar a una droga alternativa (ver "rotación de opioides").
- Los pacientes con falla renal pueden acumular opioides que se eliminan por vía renal. (ej. morfina, oxicodona, hidromorfona).

Determinación de la dosis de analgésicos opioides

- Titular la dosis, según el balance analgesia / efectos secundarios, hasta encontrar la que controla el dolor con menores efectos indeseables.
- En los casos de dolor severo o mal control que puedan requerir dosis más altas, es conveniente referir a asistencia en centros de cuidados paliativos de nivel 2 o 3.
- Indicar dosis fijas según la duración de acción. Se deben planificar los intervalos de administración para prevenir la reaparición del dolor y utilizar el número mínimo de dosis diarias.
- Indicar dosis de rescate: dosis a demanda, generalmente del 10-15 % de la dosis diaria, para tratar o prevenir crisis de dolor inter-dosis. Su intervalo depende del tipo de opioide y vía utilizada.
- Si hay persistencia de dolor: Aumentar 30 – 50 % las dosis previas o sumando las dosis de rescates utilizadas en 24 horas; la mayoría de los pacientes necesitan ajuste frecuente de la dosis.
- Evaluar la repuesta analgésica entre las 24 y 48 hs del inicio del tratamiento; y por lo menos una vez por semana en situación estable y el uso de rescates.
- Prevenir/tratar efectos secundarios con laxantes y antieméticos
- La constipación es un efecto adverso muy frecuente que no desaparece con el tiempo. Ocurre aproximadamente en el 90% de los pacientes, por lo que siempre deben prescribirse laxantes concomitantemente, incluso a los pacientes que tienen escasa

²⁶ Wenk R, Leone F. y col. Cuidados Paliativos. Monografía. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA.2002.

ingesta de alimentos. Por ejemplo, bisacodilo 5-20 mg/día o leche de magnesia 30 ml/día, todos los días.

- Náuseas y vómitos: Aproximadamente un 15-40% de los pacientes que reciben opioides presentan náuseas y vómitos. Estos síntomas pueden aparecer al inicio del tratamiento o con los incrementos de las dosis. Usualmente este efecto responde bien a los antieméticos y desaparece espontáneamente a los 3-4 días. Por ejemplo metoclopramida 10 mg oral cada 4 hs o domperidona: 10 mg c/ 8 hs) durante los primeros 3-4 días
- Si es necesario reducir dosis, disminuir un 30 – 50 % de la dosis día y evaluar respuesta.
- Cuando se utilizan analgésicos opioides se deben utilizar adyuvantes específicos según las características del dolor.

Dosis/día: es la dosis total de un opioide utilizada en 24 h. (dosis + rescates)

La **DEMO** es la Dosis Equianalgésica de Morfina Oral por día: cantidad de miligramos de una droga analgésica administrada que brinda el mismo alivio que una dosis determinada de morfina oral.

Efectos secundarios de los opioides

- Náuseas / vómitos (habitualmente desaparecen con el uso continuado del fármaco después de los primeros 3 o 4 días).
- Somnolencia, sedación (habitualmente desaparece con el uso continuado del fármaco).
- Constipación.
- Boca seca.
- Neurotoxicidad: confusión o delirium, trastornos cognitivos, alucinaciones, mioclonías, y/o hiperalgesia, somnolencia severa.
- Depresión Respiratoria: es sumamente infrecuente. Se puede presentar en casos de sobredosis o acumulación por insuficiencia renal.
- Otros: confusión, mioclonías y miosis, pesadillas, ensoñaciones vívidas, alucinaciones, delirium, desorientación, hipotensión postural, urgencia urinaria, retención urinaria, rubor, sudoración, prurito.

NOTA:²⁷

Es necesario el monitoreo de las funciones cognitivas sistemático en cada consulta con el objetivo de detectar tempranamente la Neurotoxicidad inducida por opioides (NTIO). La NTIO es reversible.

El manejo de este síndrome se realiza a través de la rotación de opioides (RO). Si se presenta en un paciente con dolor controlado se puede realizar una reducción de dosis, y cuando está involucrado un opioide con predominante eliminación renal, una adecuada hidratación puede mejorar el cuadro. La mayoría de las manifestaciones de la NTIO se resuelven con estas medidas y con la prescripción de haloperidol (1-2,5 mg c/8-12 hs) o risperidona (0,5-1 mg/d) durante 3-5 días.

Los factores de riesgo identificados para el desarrollo de este cuadro son:

- a. Dosis altas de opiodes
- b. Exposición prolongada a opiodes
- c. Trastornos cognitivos previos.
- d. Deshidratación.
- e. Insuficiencia renal.
- f. Opioides agonistas/antagonistas.
- g. Uso simultáneo de otras drogas psicoactivas.

²⁷ Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. INC. 2014

Recuerde:

Los síntomas descritos no siempre son provocados por los opioides y deben ser diferenciados de otras causas, interacciones o comorbilidades, como infecciones, falla renal o hipercalcemia, que pueden presentarse en estos pacientes

Vías de administración**Vía oral**

Es la mejor opción, se la debe utilizar mientras es posible. Según la OMS el 70 - 90 % de los pacientes pueden tener control adecuado de su dolor, con el uso de la vía oral, por días, semanas, meses o años.

Ejemplo de tratamiento en situaciones particulares:

A) Paciente con dolor moderado, sin tratamiento previo con opioides.

- Codeína 30 - 60 mg o Tramadol 50-100 mg cada 6-8 hs o Morfina: 2,5 mg cada 4-6 hs ± paracetamol 500 mg, vía oral c/ 4-6 hs.

B) Paciente con dolor severo sin opioide o persistente con opioides débiles:

- Morfina 5-10 mg. c/ 4 hs vía oral, de liberación inmediata (LI), u Oxycodona vía oral, de LI 2,5 - 5 mg c/ 4 hs VO.

En ancianos iniciar con la mitad de la dosis.

C) Paciente con dolor persistente en tratamiento con opioides fuertes sin EA limitantes:

Aumentar la dosis 30% a 50%, o sumar el número de rescates/día. Volver a calcular la nueva dosis de rescate (10% de la dosis/día).

¿Qué utilizar en la administración por vía oral?

Preparaciones Industriales:

1. Comp. de 30 mg. de clorhidrato de morfina, liberación inmediata (inicio de acción 10 a 90 minutos, duración 3 - 6 hs.).
2. Comp. de 5 mg. y de 10 mg. de clorhidrato de oxycodona de liberación inmediata (inicio de acción 10 - 15 minutos., duración 4 - 6 hs.).

Preparaciones magistrales elaboradas por un farmacéutico:

Soluciones acuosas de sulfato o clorhidrato de morfina u oxycodona (en concentración variable: de 1 a 20 mg. por ml, que son de liberación inmediata, siendo la más utilizada y fácil de dosificar la solución acuosa de clorhidrato de morfina al 10‰ (10/1000 o concentración al diez por mil) que significa que hay una concentración de 10 mg de morfina por cada ml. de solución.

Concentraciones habituales de soluciones de opioides

10 ‰ o (10 x mil), 10 g en 1.000 cc = 1 ‰ (1 x ciento), 1 g en 100 cc

1 ml contiene 10 mg. de opioide (1 ml. =10 mg.).

Recomendaciones para el uso de opioides de liberación sostenida o controlada:

1. Lograr buena analgesia con un opioide de liberación inmediata. **No iniciar el tratamiento con opioides de liberación sostenida** porque alcanzar buena analgesia puede tomar varios días
2. Determinar la dosis diaria en mg. del opioide de liberación inmediata en uso.
3. Indicar la dosis equivalente del opioide de liberación sostenida (**morfina u oxycodona**) dividida en dos dosis cada 12 hs., o en tres dosis cada 8 hs. si es necesario.
4. Indicar **dosis de rescate** de opioide de liberación inmediata, preferentemente del mismo opioide.
5. Los comprimidos de liberación sostenida deben tragarse enteros: **no deben ser divididos ni triturados.**

Preparaciones comerciales de opioides de liberación controlada/ sostenida:

- Comprimidos de 10 mg y de 30 mg. de sulfato de morfina, liberación sostenida (efecto máximo a las 4 hs, duración 12 hs.).
- Comprimidos de 10 mg, de 20 mg y de 40 mg. de clorhidrato de oxycodona de liberación sostenida (efecto máximo a las 4 hs, duración 12 hs).

La metadona es un analgésico de gran potencia y larga vida media que requiere, un manejo por profesionales especializados, un estricto monitoreo de la condición del paciente y la posibilidad de contacto 24 hs con un equipo con disponibilidad de naloxona.

Metadona Vía Oral o sublingual 2,5 mg. Debe administrarse c/ 12 hs. y, en algunos casos c/ 8 horas.

Preparaciones comerciales de metadona:

- Comprimidos de 5 mg, de 10 mg de clorhidrato de metadona (inicio de acción 15-30 minutos, duración 8 -12 hs.).

También se puede indicar preparaciones magistrales de solución acuosa en diferentes concentraciones.

Coeficientes para calcular dosis equianalgésica.²⁸⁻²⁹

La administración de opioides diferentes a la morfina requiere su conversión a una equivalencia de morfina oral (DEMO).

La equianalgesia se refiere a las diferentes dosis de dos opioides que proveen aproximadamente el mismo alivio del dolor.

²⁸ Wenk R, Bertolino M, and colls. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 2ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

²⁹ Walsh D and colls. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.138. Sec. A. In: Friedemann N, Hardy J. Opiáceos. 1ª Ed. España: Elsevier, 2010.

Tabla 3: Dosis equianalgésicas

Morfina	10 mg Oral = 3-5 mg SC ó EV 10 mg Oral = 7-10 mg vía rectal
Oxicodona	Morfina 10 mg Oral = oxicodona 7,5 mg Oral
Metadona*	Se recomienda su uso por equipo especializado de cuidados paliativos o en colaboración con el mismo La relación equianalgésica depende de la dosis del opioide previo: <ul style="list-style-type: none"> • si la dosis de morfina es de 30–90 mg Oral, usar una relación 4:1 (Por ejemplo: 30 mg de morfina aprox. equivale a 7 mg de metadona) • si la dosis de morfina es de 90–300 mg Oral, usar una relación 8:1 (Por ejemplo 300 mg de morfina aprox. equivale a 35 mg de metadona) • si la dosis de morfina es de >300 Oral, usar una relación 12:1 (Por ejemplo 400 mg de morfina aprox. equivale a 35 mg de metadona) • si la dosis previa de morfina es mucho mayor de 300 mg la relación de dosis será mayor que 12:1
Fentanilo	Se recomienda su uso por equipo especializado de cuidados paliativos o en colaboración con el mismo

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA.

Para calcular la DEMO se realiza la multiplicación o división por el coeficiente de conversión indicado en la segunda columna de la siguiente tabla:

	Morfina Oral	Morfina SC, EV
Morfina Oral	X1	x 2
Morfina SC, EV	÷ 2	
Oxicodona	1,5	X2
Codeína Oral	÷ 8-10	÷ 20
Tramadol Oral	: 10	: 20

Cuando se cambia de un analgésico opioide a otro, dividir o multiplicar por el coeficiente indicado para determinar la dosis diaria del nuevo opioide.

Si se ingresa a la tabla por la columna vertical, utilizar la inversa del coeficiente.

Ejemplo:

- Morfina SC -> Morfina Oral: dosis morfina parenteral x 2

Vía parenteral

Se recomienda usar si no se puede utilizar la vía oral cuando existe incapacidad para deglutir, obstrucción intestinal, náuseas y vómitos intratables, o en final de vida; en estos casos la vía parenteral más segura y confortable suele ser la subcutánea.

La inyección intermitente subcutánea es la forma más económica y simple de administración.

Si el paciente ya tiene una vía IV, se puede continuar con la misma. No se recomienda usar la vía intramuscular ya que las inyecciones son dolorosas y aumentan el riesgo de abscesos.

La morfina puede ser administrada de manera parenteral, mediante bolos inyectables intermitentes o con infusión continua.

Indicaciones

- La DEMO, se divide por 6 y se administra cada 4 hs. como inyección SC (ver capítulo de vía subcutánea).
- Si el paciente requiere por largo tiempo inyecciones regulares intermitentes de morfina, se pueden usar equipos de infusión portátil, económicos, simple y seguros con los que el paciente o un familiar pueden administrar las dosis.

¿Qué utilizar en la administración parenteral?

Preparaciones comerciales: ampollas clorhidrato de morfina, de 10 y 20 mg/cm³.

Ejemplos de prescripción

• Paciente con dolor moderado, sin tratamiento previo con opioides

1. Realizar evaluación.
2. Iniciar el tratamiento con:
 - **Codeína** 30-60 mg. Oral, c/ 4-6 hs. o tramadol 50-100 mg cada 6-8 hs, o morfina 2,5 mg cada 4-6 hs. + paracetamol 500 mg V Oral cada 4-6 hs.
3. Indicar adyuvantes laxantes. Ejemplo: **bisacodilo** 5-20 mg/d
4. Indicar adyuvantes antieméticos: **metoclopramida** 10 mg Oral c/ 4-6hs o **domperidona**: 10 mg cada 8-6hs durante los primeros 3-4 días y luego suspender.
5. Monitorear la respuesta y los efectos adversos.

• Paciente con dolor severo sin opioide o persistente con opioides débiles

1. Realizar evaluación
2. Iniciar tratamiento con:
 - **Morfina** Vía Oral, de liberación inmediata, 5 a 10 mg. cada 4 hs. (IV/SC, 2,5 a 5 mg. cada 4 hs.)
 - **Oxicodona** Vía Oral, de liberación inmediata, 2,5 a 5 mg. cada 4 hs.
 - **Metadona** VO o sublingual 2.5 mg cada 8 – 12 - 24 hs.
2. Indicar dosis de rescate y adyuvantes.
3. Monitorear la respuesta y los efectos adversos
4. Si es efectivo, mantener el régimen tanto como sea posible.

Dosis de rescate

1. Dosis a demanda 10-15 % de la dosis diaria total del opioide (para prevenir o controlar el dolor de aparición súbita debido a la actividad, o al progreso de la enfermedad).
2. Preferentemente, de un opioide de acción inmediata.
3. Del mismo opioide que se administra en forma regular, aunque se pueden utilizar opioides diferentes.
4. Intervalo C/ 1 hora hasta controlar el dolor, sin alterar los horarios de administración regular.
Metadona: rescate debe indicarse con intervalo de 2 horas.
5. Solicitar que contacte o consulte al Equipo de Salud si requiere 3 o más rescates por día.

- **Paciente con dolor, en tratamiento previo con opioides sin efectos adversos limitantes**

- Realizar reevaluación de la situación clínica y del síndrome doloroso, considerar la posibilidad de uso de alguna droga adyuvante dirigida al mecanismo del dolor.
- Considerar que la toma de tantos rescates puede deberse a causas no solo relacionadas a la nocicepción sino aspectos psicológicos como ansiedad, angustia, etc. una vez considerados estas variables se recomienda aumentar la dosis del opioide
- Aumentar la dosis 30 %-50 %, o sumar el número de rescates utilizado diariamente del mismo opioide
- Determinar la dosis diaria en mg. del opioide que recibe (contar el número de dosis regulares y de rescate que recibe por día).
- Se adecuan las dosis calculadas a las presentaciones disponibles (**redondeo de dosis**)
- Ejemplo: recibe 1 dosis de 15 mg. de morfina cada 4 hs y tiene indicación de dosis de rescate de 10 mg. Para controlar dolor necesita 4 dosis de rescate X 10 mg cada una = 130 mg (total: 90 mg. + 40 mg). La nueva dosis diaria será de 120 mg. (redondeando). dividida en 6 tomas (20 mg). La nueva dosis de rescate será de 15 mg.

O aumentando un 30% la nueva dosis da 117 por día, dividida en 6 tomas (20 mg cada 4 horas) (**redondeo de dosis**)

O aumentando un 50% la dosis da 135 mg por día, dividida en 6 tomas (25 mg) (**redondeo de dosis**). La dosis de rescate que se redondea en 10-15 mg.

En los pacientes en los cuales el dolor es persistente o se incrementa con presencia de Efectos Adversos (EA) limitantes producidos por el opioide, existe la posibilidad de indicar la rotación de opioides.

Rotación de opioides

Estrategia terapéutica que consiste en suspender el opioide en uso y sustituirlo por otro para restablecer el buen balance de analgesia y efectos adversos.

La rotación a otro opioide, principalmente a metadona, es conveniente que sea guiada o realizada por especialistas del 2do. o 3er. nivel de atención. Para que el procedimiento sea seguro el paciente debe tener posibilidad de contacto profesional entrenado las 24 horas.

Procedimiento:

1. Calcular la dosis diaria del opioide en uso.
2. Calcular su equivalencia a otro opioide fuerte.
3. Reducir la dosis en 25-50 %.
4. Reemplazar los opioides:
 - ☒ Suspender el opioide en uso e iniciar simultáneamente el nuevo (opioides de acción rápida).
 - ☒ Si el paciente recibe opioides de acción prolongada; suspender el opioide en uso e iniciar progresivamente el nuevo.
5. Establecer un nuevo esquema de dosis de rescate.
Control entre las 24-48 hs.

Indicaciones de la rotación de opioides:

- Toxicidad limitante con el opioide en uso
- Analgesia inadecuada a pesar de un aumento diario significativo en la dosis del opioide que, aunque no exista toxicidad limitante, pueda predecir según criterio clínico la aparición de ésta en un tiempo relativamente breve ("escalada de dosis"), con sospecha de tolerancia o progresión de enfermedad.
- Síndrome doloroso de difícil manejo o dolor refractario.
- Volumen de opioide excesivamente grande que resulta incómoda su administración. En este caso se requiere cambiar por un opioide de mayor potencia

Recomendación: Si el dolor persiste aun ante la adecuada reevaluación y al aumento progresivo de dosis, considerar la presencia de factores concurrentes y la derivación a un nivel de asistencia 2 o 3.

Conceptos erróneos sobre el uso de los opioides en dolor severo en pacientes con ERVEAs

Sobre la depresión respirator-ia

A causa de la tolerancia progresiva a los opioides, la depresión respiratoria es una posibilidad extremadamente infrecuente en los pacientes con cáncer. Los pacientes presentan sedación progresiva o coma antes de que la depresión respiratoria ocurra. Puede suceder en casos de sobredosis, mala titulación, o insuficiencia renal en pacientes con opioides de eliminación renal.

Sobre el desarrollo de adicción

El desarrollo de adicción en los pacientes que reciben opioides para el dolor por cáncer es extremadamente infrecuente (< 1 en 12.000 pacientes) y no debe ser considerada un problema. Aun en pacientes con historia de conducta adictiva los opioides se pueden indicar con medidas de supervisión específica para cada caso. Por ejemplo educación a cuidadores, administración de medicación limitada según los controles médicos a realizar, prescripciones de recetas registradas en historia clínica, recetas hechas por un solo prescriptor para controlar la administración de medicación; supervisión del síntoma y del tratamiento en periodos cortos de tiempo.

Los opioides deben ser indicados según necesidad

La mayoría de los opioides solo actúan por un período aproximado de 4 horas.

En un (hospital) ambiente ocupado, el retraso promedio que transcurre entre que el paciente requiere los opioides y el momento en que experimenta el efecto analgésico es de 45 minutos. Si este proceso se repite 6 veces por día, el paciente pasa un mínimo de 4 horas por día con dolor.

La prevención del dolor es uno de los principales objetivos del tratamiento del dolor por cáncer.

Por esta razón los opioides no deben ser indicados SOS y deben ser administrados a intervalos regulares.



El temor a la tolerancia, adicción, o dependencia física

Existe una tendencia a identificar la necesidad de un aumento en la dosis del opioide como tolerancia cuando en realidad este efecto, la mayoría de las veces, es por progresión de enfermedad o secundario a varias causas, muchas veces reversibles. A pesar de esto, este último grupo de pacientes quienes desarrollan tolerancia por razones que no se conocen pueden recibir buena analgesia si las dosis se aumentan a medida que el dolor aumenta.

El temor a la adicción es una de las principales causas de reticencia o rechazo para recibir estas drogas, y a veces también de los médicos a prescribirlas. La adicción no se genera solamente por tomar esta medicación, sino que la mayoría de las veces existen otros factores que están presentes.

La abstinencia a opioides puede ocurrir cuando es abruptamente discontinuado y se caracteriza por ansiedad, irritabilidad, temblores, salivación, dolor abdominal, "piel de gallina",

etc. Si bien esta situación a veces se la confunde con la adicción, ocurre por la dependencia física normal que presentan los pacientes que toman opioides.

Adyuvantes Co-analgésicos:

Son fármacos cuya indicación primaria tiene efecto para patologías específicas, pero secundariamente tienen propiedades analgésicas en algunos síndromes dolorosos o son de utilidad para el tratamiento sintomático en pacientes en Cuidados Paliativos.³⁰

La elección del adyuvante depende del tipo de dolor y las características del paciente. Se deben conocer y considerar los **efectos secundarios** de cada droga antes de iniciar el tratamiento, explicar al paciente la posibilidad de que aparezcan, y realizar la profilaxis de los mismos si es posible.

Antidepresivos. Son útiles en los dolores neuropáticos: no restauran la función de nervio, pero reducen el ardor y el dolor en la mayoría de los pacientes y mejoran también la depresión y el insomnio. Se usa la **amitriptilina** o la **nortriptilina** oral (10 - 25 mg. por noche). Como regla general: en el día 1 pueden dar efectos secundarios (efectos anticolinérgicos, gastrointestinales, hipo o hipertensión, confusión, etc.), en 3-7 días pueden empezar a producir efecto analgésico y al día 15-20 comienza el efecto antidepresivo.

Anticonvulsivantes. El dolor neuropático es generado por mecanismos periféricos o del sistema nervioso central con hiperactividad neuronal y la percepción dolorosa anormal que justifican la introducción de los anticonvulsivantes gabaérgicos y los bloqueantes de los canales del sodio. Se usan la carbamazepina oral (200 - 1600 mg por día), la gabapentina oral (150 - 1800 mg. por día) y la pregabalina (25-50 a 600 mg/día). Los efectos secundarios de los anticonvulsivantes pueden ser somnolencia, nerviosismo, confusión e imposibilidad de concentración. Tener presente que estas drogas por su metabolismo pueden presentar interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas

Benzodiazepinas. No tienen efecto analgésico, pero son útiles por su capacidad de reducir la ansiedad asociada. Se usan **clonazepam** oral (0.5- 4 mg/día), **alprazolam** oral (0,4- 5mg/día), **lorazepam** oral (1- 6 mg/día)³¹.

Corticoides. Mejoran el dolor (por compresión nerviosa, distensión visceral, aumento de presión intracraneal, infiltración de tejido blando), también el apetito, astenia y náuseas crónicas. Iniciar el tratamiento con dosis altas y luego reducirlas buscando un balance entre los beneficios y los efectos adversos, utilizándolos el menor tiempo posible. Pueden ser administrados por vía oral o parenteral. Se usan la **prednisona** oral (20 - 100 mg. por día) y la **dexametasona** oral, SC (4 - 32 mg. por día).

Bifosfonatos. Son útiles en el dolor óseo - principalmente por cáncer - y prevenir fracturas patológicas; sobre todo metastático en mama, próstata, riñón y pulmón. En Argentina se dispone de **pamidronato** (90 mg., en infusiones EV mensuales) o **ácido zoledrónico** (4 mg EV c/ 21-28 días).

Anti-ulcerosos. Evaluar su uso, según los antecedentes de los pacientes, para prevenir o reducir la posibilidad de gastropatía asintomática inducida por AINEs o esteroides. Se usan **omeprazol** (20 mg/día) o **pantoprazol** (40 mg/día).

³⁰ Portenoy, R. Adjuvant analgesic agents. Portenoy R. adjuvant analgesics agents. In: Cherny N, Foley K, ed. Hematology and oncology clinics of North America: pain and palliative care. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996. Pág.103-20.

³¹ Rubinstein A, Terrasa S, and colls. Medicina Familia y Práctica ambulatoria. Cap.37. In: Botargues M. Ansiedad. 2ª Ed. Argentina: Panamericana, 2006.

IMPORTANTE

Es imprescindible saber cuáles son los requisitos legales de la receta de opioides en su localidad. En caso de que los médicos de APS no tengan acceso a los recetarios deben contactarse con las autoridades del INAME o el colegio médico local.

Está disponible la línea de consulta para médicos con pacientes en cuidados paliativos: 011 5032-2481 o por correo electrónico a consultaspaliativasinc@gmail.com para obtener asesoramiento e informar esta situación.

También se puede consultar a:

Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Av. Julio A. Roca 781, Piso 9º, CABA. Tel: +54 11 5239-0587 / 0597.

www.msal.gov.ar/inc/

cuidadospaliativos@inc.gob.ar

10) Urgencias en Cuidados Paliativos

Una urgencia es una situación aguda grave que requiere de pronta resolución. Las emergencias son situaciones con riesgo de muerte. En CP, las urgencias también se definen por los síntomas que acompañan un problema clínico concreto inesperado que pueden causar gran sufrimiento en el paciente o la familia; aún en el período de duelo.

La terapéutica apropiada y oportuna tiene como objetivo minimizar el impacto físico y psicológico en el paciente y su familia. Requiere pensar y actuar con rapidez, manteniendo la atención integral.

Es importante mantener y transmitir calma, evaluar rápidamente la situación estableciendo prioridades para controlar mejor el problema.

La elección de la conducta a seguir se basa en la respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el estado general del paciente, la etapa de enfermedad y su pronóstico?
- ¿El problema es reversible?
- ¿Cuál es el tratamiento adecuado para este paciente en particular, en esta situación?
- ¿Cuánto ayudará ese tratamiento a controlar los síntomas del paciente?
- ¿Cuáles son los deseos del paciente y la familia?
- ¿Cuál es el costo / beneficio del tratamiento planeado?

Las prioridades terapéuticas cambian gradualmente durante el curso de la enfermedad. Hacia el final de la vida se centran en la calidad de vida, las expectativas y los deseos del paciente.

En la toma de decisiones terapéuticas se deben considerar:

- El lugar donde habita el paciente (área rural o urbano).
- El ámbito de atención (domicilio, centro de salud, guardia, internación).
- La posibilidad de reevaluaciones frecuentes.
- La posibilidad de referencia a un nivel de complejidad superior.

En pacientes en cuidados paliativos las urgencias más comunes son:

1. Compresión medular aguda.
2. Síndrome de vena cava superior.
3. Hipercalcemia.
4. Hemorragias.

1. Compresión medular aguda

Es la compresión del saco dural y sus contenidos (cordón espinal y/o cauda equina) por una masa en el espacio epidural. Ocurre en el 5% de los pacientes con cáncer como causa secundaria a metástasis de cáncer de pulmón, mama, próstata, linfomas y mieloma múltiple. La localización de la compresión es torácica en 60-80%, lumbo-sacra en 30% y cervical en menos del 10%³².

Suele tener significativa morbilidad con dolor y déficit neurológico que afectan adversamente la calidad de vida.

³² Schiff D. Spinal cord compression. *NeurolClin N Am.* 2003;21:67-86

Manifestaciones clínicas del paciente con compresión medular

Dolor

Es el síntoma inicial en el 90% de los pacientes. Es causado por la expansión del tumor en el hueso, colapso óseo o daño nervioso. Puede preceder al diagnóstico en días o meses. El mismo puede ser localizado en la zona de la lesión y/o radicular. Suele empeorar o desencadenarse con la palpación y/o percusión en la vértebra afectada, con maniobras de Valsalva y con el movimiento (incidental). La aparición del dolor es un signo de alarma sobre el posible diagnóstico y determina la evaluación precoz del paciente, antes de la aparición de signos y síntomas neurológicos.

Signos y síntomas neurológicos

Se pueden presentar parestias, apoplejía, hiperreflexia, babinsky y clonus (signos piramidales). En las lesiones agudas, al principio, puede suceder hiperreflexia. Debilidad usualmente en miembros inferiores. También se presentan síntomas secundarios a déficit:

- o **sensitivo:** parestias, hipoestusias, disestusias, alteración de la sensibilidad termoalgésica por debajo del nivel de la lesión medular. En los síndromes compresivos posteriores se puede hallar alteración de la sensibilidad profunda
- o **autonómico:** trastornos esfinterianos (constipación, retención aguda de orina, incontinencia), disfunción sexual. Los pacientes con síndrome de cola de caballo (ó cauda equina) presentan: hipoestesia en raíz de miembros inferiores y periné, disminución del tono esfinteriano, retención urinaria y orina por rebosamiento
- o **motor:** debilidad, usualmente en miembros inferiores.

Evaluación del paciente con compresión medular

- Examen físico y examen neurológico completo.
- El diagnóstico se confirma con las imágenes: observando el compromiso del canal medular si el paciente las tuviera disponibles previamente o con la solicitud de resonancia magnética nuclear (altamente sensible 93% y específica 97%).³³

Tratamiento del paciente con compresión medular

El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, prevenir precozmente las complicaciones y preservar la función neurológica. Es esencial el tratamiento precoz para la recuperación del componente reversible del daño. El fundamento de la importancia de la detección y tratamiento precoces es que la intensidad de presentación clínica es inversamente proporcional al pronóstico: con menos síntomas y compromiso neurológico más posibilidades de reversión - en el contexto de la enfermedad de base.

Con la sospecha diagnóstica, una vez realizada la evaluación, se debe iniciar la **administración de dexametasona de 24 a 40 mg/día, por ejemplo: 6 a 10 mg oral o endovenoso o subcutáneo cada 6 horas.**³⁴

En los niveles de mayor complejidad asistencial se debe evaluar la posibilidad de tratamientos como la cirugía y/o radioterapia o quimioterapia.³⁵

En los pacientes con sobrevida estimada corta (1-2 meses), o con postración física previa, o mala condición clínica, o con plejía de más de 1 semana; se debe evaluar racionalmente el balance costo – beneficio de la derivación a un centro de mayor complejidad y realización de radioterapia. En la toma de decisiones de deben priorizar las intervenciones para lograr confort en el fin de la vida.

³³ Abrahm J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. American Society of Clinical Oncology 2009.

³⁴ Schiff D. Spinal cord compression. NeurolClin N Am. 2003;21:67-86. Abrahm J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. American SocietyofClinicalOncology 2009.

³⁵ RothB , and colls. Pautas en oncología. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Cap. Compresión medular. 1°ed. Instituto A.Roffo.2010.

2. Síndrome de vena cava superior (SVCS) de etiología maligna

Comprende un conjunto de signos y síntomas usualmente de presentación subaguda, resultantes de la obstrucción de la vena cava superior. El origen de la misma puede ser extrínseco o intrínseco.

Origen Extrínseco (80%): por compresión tumoral

Origen Intrínseco (20%): por trombosis, invasión tumoral directa del mediastino, fibrosis post-radioterapia.

Las causas malignas más frecuentes son: cáncer de pulmón de células no pequeñas (50%), cáncer de pulmón de pequeñas células (25%), linfomas y metástasis (10%).

Manifestaciones clínicas del SVCS

Se manifiesta con edema en esclavina, cianosis y edema en cara y extremidades superiores, ingurgitación yugular, cefalea, disnea y circulación colateral toracobraquial. El edema puede causar compromiso funcional de la laringe, faringe, manifestándose como tos, disnea, ronquera, disfagia, estridor y edema laríngeo. El edema cerebral puede dar cefalea, confusión y coma.

Evaluación del SVCS

- Examen físico completo.
- Con una Rx de tórax se puede evaluar el ensanchamiento de mediastino, pero se debe solicitar la interconsulta a una institución de tercer nivel de complejidad para realizar tomografía de tórax con contraste, que es el estudio complementario de elección.

Tratamiento del SVCS

- Elevar la cabecera del paciente a 45°, para disminuir la presión hidrostática y el edema en la parte superior del cuerpo.
- Iniciar dexametasona 16 mg/día (8 mg cada 6 horas) vía O, SC ó EV36
- Tratar la disnea, según la intensidad: oxígeno con máscara o cánula (2 litros por minuto), evaluar uso de opioides o broncodilatadores.
- En función de la intensidad del síntoma y el compromiso general, se debe derivar de urgencia (con las medidas iniciales de tratamiento) a un centro de mayor complejidad para continuar la evaluación y el tratamiento.

3. Hipercalcemia asociada a procesos malignos

Es la elevación de los niveles de calcio en sangre. Aproximadamente 20-30% de todos los pacientes con cáncer tienen hipercalcemia en algún momento de su evolución, llegando al 60 % en pacientes con mieloma múltiple o cáncer de mama. La severidad de los síntomas depende de la magnitud y de la rapidez de instalación de la hipercalcemia. Es un marcador de mal pronóstico, aproximadamente 50% de los pacientes fallecen dentro de los 30 días ³⁷.

Es necesario considerar las causas posibles:

- Enfermedad de base,
- Consumo de calcio oral (asociado a Vitamina D3).
- Posibilidad de metástasis óseas confirmadas por centellograma.
- Aumento de secreción de hormona paratiroidea.
- Insuficiencia renal crónica.
- Síndrome paraneoplásico.

³⁶ Wilson L, Detterbeck F, Yahalom J. Superior Vena Cava Syndrome with Malignant Causes. N Engl J Med 2007; 356:1862-9

³⁷ Stewart A. Hypercalcemia Associated with Cancer. N Engl J Med 2005; 352:373-9.

Manifestaciones clínicas y evaluación de hipercalcemia

Se han de evaluar las manifestaciones generales:

- Neurológicas: deterioro cognitivo, delirium hiperactivo, letargia, astenia, debilidad, hiporreflexia, hipotonía, coma.
- Gastrointestinales: constipación, anorexia, náuseas, vómitos.
- Renales: poliuria y polidipsia.
- Cardiovasculares: arritmias.

Si es posible determinar los niveles de calcio en sangre, de acuerdo a la complejidad del laboratorio se debe solicitar:

- Calcio iónico: informa niveles más reales: Hipercalcemia leve:<6; moderada 6-8 y severa>8.
- Calcemia en sangre: El valor de calcio total sérico se debe ajustar a la concentración de albumina: calcio sérico corregido (mg/dl)= 0,8 x (4 – albúmina g/dl), como el calcio sérico es una fracción unida a albúmina, su concentración varía en los casos de hipoalbuminemia (muy frecuente en los pacientes con ERVEAs).

La concentración de calcio sérico total es > 10,5 mg/dl; la de calcio iónico es > 5,2 mg/dl, con variaciones de acuerdo a los valores de referencia de cada laboratorio.

Tratamiento del paciente con hipercalcemia ³⁸

Con la sospecha diagnóstica confirmada o no y con el laboratorio se debe iniciar el tratamiento.

- Rehidratación endovenosa con solución fisiológica a 2 litros/día, con control de signos de sobrecarga cardíaca.
- Iniciar la derivación para internación y continuación de tratamiento específico en internación con bifosfonatos (pamidronato 60 a 90 mg EV diluido en 500 cc de solución fisiológica a pasar en 4 horas, o zoledronato EV 4 mg a pasar en 15 minutos); y /o calcitonina según la evolución.
- Tratar los síntomas:
 - deterioro cognitivo: según la intensidad haloperidol 1 a 3 mg/día.
 - náuseas y vómitos: metoclopramida 10 mg c/6 h EV o SC.
- Dexametasona oral o SC 4 mg c/6 hs o hidrocortisona EV 100 mg c/6 h, recomendado en pacientes con antecedentes de hipercalcemias por linfomas y mieloma múltiple.
- No utilizar diuréticos inicialmente sin controlar el medio interno, pueden estimularla reabsorción de calcio e incrementar la hipercalcemia.

La posibilidad de revertir las manifestaciones generales es variable.³⁹

4.Hemorragias

La incidencia de hemorragias en pacientes en cuidados paliativos es de aproximadamente **6 al 10%**. Pueden tratarse de episodios crónicos de sangrado repetido de baja intensidad o de sangrados catastróficos que llevan al shock hipovolémico. La naturaleza del sangrado depende de la localización del tumor (hemoptisis, hematuria, sangrado rectal o vaginal, hematemesis, melena, sangrado cutáneo). Cualquier tipo de sangrado visible y persistente puede generar angustia al paciente, a su familia y al equipo de salud.

Es importante identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico elevado para anticipar y planificar con los cuidadores las medidas que deben implementarse durante un episodio agudo de sangrado.

Los pacientes con alto riesgo hemorrágico ⁴⁰ incluyen a los que tienen como antecedentes:

- Trombocitopenia grave: por enfermedad avanzada, efectos secundarios a quimioterapia.

³⁸ Hospice Palliative Care Program. Fraser Health-Hypercalcemia in Malignant Disease. Palliative Management. 2009.

³⁹ Bower M., Cox S., Oxford Textbook of Palliative Medicine. Endocrine and Metabolic Complications of Advanced Cáncer, 4ª Edition UK: Oxford, 2010.

⁴⁰ Pereira J, Pautex S, Oxford Textbook Clinical Management of Bleeding Complications.

- Tumores extensos de cabeza y cuello que comprometen vasos del cuello.
- Carcinoma extenso de pulmón de localización central: produce hemoptisis.
- Leucemia aguda o crónica refractaria al tratamiento.
- Hepatopatía grave: por trastornos de factores de coagulación.
- Pacientes con cáncer avanzado en tratamiento con anticoagulantes orales.
- Cualquier tumoración exofítica en piel en estadios avanzados con aumento de vascularización local.

Tratamiento del paciente con hemorragias

El tratamiento de los episodios debe ser individualizado y depende de diversos factores:

- Sitios e intensidad de sangrado.
- Causas.
- Posibilidad de reversión, control o alivio.
- Episodios previos y respuestas a los tratamientos.
- Situación clínica y pronóstico vital del paciente.
- Información que tiene el paciente sobre la enfermedad y la posibilidad de complicación hemorrágica; sus valores y preferencias.

Es importante anticipar las medidas que se tomarán durante un evento hemorrágico, incluyendo la posibilidad de referencia a 2° o 3° nivel de complejidad.

Glosario

Sedación paliativa: es la administración deliberada de fármacos que disminuyen el nivel de conciencia, de forma superficial o profunda, transitoria o permanente, con la intención de aliviar el sufrimiento físico o psicológico no controlable con otras medidas terapéuticas implementadas en dosis y tiempos adecuados a un paciente con enfermedad avanzada, la intervención se realiza con el consentimiento implícito, explícito o delegado, ¹La sedación paliativa no es eutanasia. ¹

Medidas generales

- Identificar los pacientes en riesgo, especialmente con posibilidad de sangrado masivo e informar a la familia sobre acciones posibles en caso de sangrado en domicilio.
- Disponer de toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber la sangre, y disminuir el impacto visual de la sangre en caso de sangrado externo.
- Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir la disnea severa.
- No dejar solo al paciente.
- Solicitar atención de urgencia en domicilio (deben contar con los medios de comunicación y contactos para solicitar ayuda).
- Acompañar y brindar apoyo emocional a la familia y al paciente.
- Actuar con tranquilidad y seguridad para transmitir confianza y control de la situación y disminuir el grado de ansiedad.

Si el sangrado es masivo el único tratamiento adecuado puede ser la sedación paliativa, el objetivo es brindar el mayor confort posible al paciente y su familia, y disminuir el impacto físico y psicológico del sangrado para el paciente que está lúcido.

Medidas locales

En lesiones exofíticas sangrantes: compresión local, vendaje. Si se dispone de agentes hemostáticos (adrenalina, ácido aminocaproico) se pueden colocar en gasas y colocarlas sobre la lesión sangrante.

En casos de episodios de sangrado mayor sistémicos:

En casos de episodios de sangrado mayor sistémicos:

- Derivación a internación según el compromiso hemodinámico.
- Internación con plan de hidratación EV o SC.
- Administrar ácido aminocaproico EV 1 ampolla por hora las primeras 6 horas hasta el traslado. Luego continuar en infusión según respuesta.
- Iniciar vitamina K EV o IM 1 ampolla.

11) Delirium

El delirium es un síndrome caracterizado por la alteración del nivel de conciencia, con afectación global de la cognición y alteración de la percepción; es de inicio brusco, curso fluctuante y de causa orgánica.

Es una complicación frecuente en pacientes con cáncer avanzado (80%)^{41 42} y un motivo de internación del 22 al 44%⁴³ hacia las últimas semanas de vida. Interfiere en la comunicación y evaluación de los síntomas, confundiendo con dolor.

En el 50% el delirium es reversible, pudiéndose referir como un recuerdo desagradable y alto sufrimiento del episodio. La importancia de reconocerlo y tratarlo radica en el alivio precoz que es posible brindar.

Dimensión del problema

- Aumento del riesgo de caídas.
- Prolongación días de internación.
- Puede empeorar una demencia previa.
- Puede Incrementar el riesgo de desarrollar demencia.
- Interfiere en la comunicación.
- Interfiere en detección/evaluación y control de síntomas.
- Incrementa el riesgo de conflicto entre la familia y el equipo.
- Genera sufrimiento en el paciente, la familia y el equipo de salud.
- Aumenta la mortalidad.

Causas

Con frecuencia es multifactorial y puede resultar difícil definir una causa única siendo importante identificar las que tienen posibilidad de revertir con el tratamiento⁴⁴.

Algunas de las más frecuentes son:

- Deshidratación
- Drogas psicoactivas: benzodiazepinas, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, difenilhidantoína, corticoides, neuro-toxicidad inducida por opioides
- Encefalopatía hipóxica
- Hipercalcemia
- Hipercapnia
- Hiponatremia
- Hipo o hiperglucemia
- Infecciones / sepsis
- Constipación
- Insuficiencias orgánicas: renal, hepática, cardíaca.
- Retención urinaria
- Síndromes de abstinencia (alcohol)
- Tratamientos oncológicos
- Tumor o metástasis cerebral
- Vasculopatías (hemorragias-isquemias)

⁴¹ Driver L, Brujera. E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 14.1°Ed.US.: MD Anderson Cancer Center,1999

⁴² Bush S, Bruera E. The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. Rev.Oncologist .2009;14:1039-1049

⁴³ Centeno C, Vara F, Pérez P, Sanz A, Bruera E. Presentación clínica e identificación del delirium en cáncer avanzado. Med. Pal. 2003; Vol. 10: N.º 1; 24-35

⁴⁴ Lawlor P and colls. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. Arch Intern Med. 2000;160(6):786-94.

Manifestaciones clínicas del paciente con delirium

Se puede presentar con síntomas prodrómicos: inquietud motora, ansiedad, trastornos del sueño e irritabilidad. Es muy importante estar atentos a estas manifestaciones, ya que detectarlo en etapa temprana puede mejorar sustancialmente la evolución y el pronóstico.

Los criterios clínicos que se reconocen como esenciales y específicos para el diagnóstico de delirium descritas en DSM-IV (Manual de diagnóstico de enfermedades mentales), son:

- **Criterio A:** Alteraciones en el sensorio y el estado de alerta con afectación de la atención.
- **Criterio B:** Alteración en la cognición (desorientación, alteración de la memoria, trastorno del lenguaje).
- **Criterio C:** Aparición aguda o subaguda (horas, días), evolución transitoria y fluctuante durante el día.
- **Criterio D:** Está relacionado a causas subyacentes o sustancias inductoras o múltiples causas.

De acuerdo con el comportamiento psicomotor y al estado al despertar se describen tres subtipos de delirium⁴⁵:

- **Hiperactivo, agitado o hiperalerta:** agitación motora, alucinaciones e ilusiones
- **Hipoactivo, letárgico o hipoalerta:** hipoactividad motora, retraído y con tendencia al sueño
- **Mixto:** síntomas asociados de las formas hipo e hiperactivas.

Cualquiera de las tres formas puede estar acompañadas de alteraciones en la percepción (alucinaciones, ilusiones, ideas delirantes).

Evaluación integral

- Analizar los antecedentes patológicos, la medicación que recibe, la forma clínica de presentación, la intensidad y el relato referido por cuidadores sobre los cambios cognitivos.
- Evaluar los factores que aumentan la susceptibilidad para desarrollar delirium (falla cognitiva previa, déficit de visión o auditivo).
- Valorar aspectos que pueden influenciar el episodio de delirium (Ver capítulo Evaluación de necesidades).
- Evaluar los exámenes complementarios recientes (TAC, RMN, laboratorio); solicitar nuevos (de acuerdo a la necesidad / accesibilidad) o de utilidad para la búsqueda de causas potencialmente reversibles. El laboratorio debe incluir: hemograma, glucemia, ionograma, calcio iónico (calcio corregido (mg/dl), función hepática y renal, orina completa y cultivos.

En el caso de delirium irreversible asociado al proceso del morir o al fin de vida, cuando se solicitan exámenes diagnósticos se debe evaluar cuidadosamente la utilidad de cada uno en relación con los objetivos del tratamiento.

Es frecuente que el delirium sea subdiagnosticado o confundido con otras entidades y tratado en forma no apropiada o no tratado.

El diagnóstico diferencial incluye:

- Demencia: trastorno primario de la cognición. Generalmente no hay alteración en la atención y comienza en meses o años (aunque puede haber delirium sobre agregado en un paciente con demencia)
- Depresión: trastorno afectivo
- Otras patologías: crisis de pánico o manía secundaria a enfermedad bipolar.

⁴⁵ Mammana G. Anal. de Med. y Cuidados Paliativos. 2005; Vol1: N° 6. <http://www.analesdemedicina.com>

La edad avanzada, las demencias y las causas médicas (retención urinaria aguda, fecaloma) pueden ser factores predisponentes.

El delirium hiperactivo puede manifestarse con quejidos sin causa evidente y puede confundirse con dolor no controlado e inapropiadamente tratado con opioides, que pueden exacerbar la confusión.

Instrumentos de evaluación

Para evaluar los criterios clínicos de una manera ordenada y completa, se recomienda la utilización de los siguientes tests:

- CAM (Confusion Assesment Method) 46: valora
 - 1) el comienzo agudo o curso fluctuante;
 - 2) el trastorno de la atención;
 - 3) el pensamiento desorganizado (incoherente, ilógico, irrelevante, fuga de ideas);
 - 4) el nivel de consciencia alterado.Se considera positivo cuando cumple los dos primeros criterios más uno de los dos siguientes⁴⁷ (sensibilidad 94-100% y especificidad 90-95%). Se utiliza para diagnóstico y cribado de delirium. Fue validado recientemente en Cuidados Paliativos

- MMT (Mini Mental Test), solo es útil para la detección de falla cognitiva (Por ejemplo no diferencia delirium de demencia); el resultado es positivo si el puntaje es $\leq 24/30$
- MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale). Es una escala que objetiva los síntomas cognitivos, captura su fluctuación, mide los trastornos en la percepción, el pensamiento desorganizado y documenta la respuesta a los tratamientos. El valor de corte sugerido es $\geq 7/30$ para el diagnóstico de delirium en Cuidados Paliativos.

Tratamiento del paciente con delirium

Medidas generales ⁴⁸

- Revisar los medicamentos administrados en los últimos días.
- Asegurar la hidratación adecuada.
- Controlar el dolor y los ritmos evacuatorios y urinarios.

Si el delirium es leve:

- Promover la reorientación durante la comunicación con el paciente: explicarle quien lo visita, colocar a su alcance solo objetos familiares (fotos, etc.), orientarlo en el día, hora y fecha con almanaque y reloj bien visibles, proveerle suplementos sensoriales (anteojos, audífonos) para facilitar la comunicación.
- Facilitar el sueño con medidas no farmacológicas: administrar bebidas tibias, favorecer ambiente relajado y tranquilo con música relajante, masajes suaves. Minimizar los ruidos y las interrupciones nocturnas. Administrar la medicación en horarios prudentes.
- Evitar inmovilización y promover movilización supervisada o con ayuda para evitar caídas.
- Supervisar la alimentación o ingesta de líquidos orales, para evitar aspiración con las comidas.
- El tratamiento farmacológico puede ser de ayuda.

⁴⁶ Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Evaluación en Cuidado Paliativo. Disponible en <http://paliativo-femeba.org/uploads/2009/06/Evaluaci%3n%20en%20Cuidado%20Paliativo.%20Junio%202008.pdf>

⁴⁷ Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Evaluación en Cuidado Paliativo. Disponible en <http://paliativo-femeba.org/uploads/2009/06/Evaluaci%3n%20en%20Cuidado%20Paliativo.%20Junio%202008.pdf>

⁴⁸ Breitbart W; Alici Y. Agitation and Delirium at the End of Life: "We Couldn't Manage Him". JAMA. 2008 ; 300 (24):2898-2910

Medidas específicas

- No se recomienda la utilización de medidas de sujeción mecánica.
- Tratamiento de las causas potencialmente reversibles.
- Mientras más temprano se detecta y se inicia tratamiento, más corta puede ser la evolución y mejor es el pronóstico. Los primeros días son el período más crítico de intervención.
- Hidratación oral o considerar la hidratación subcutánea (hipodermocclisis). (Ver capítulo Vía subcutánea).
- Suspender medicación psicotrópica. No usar benzodiacepinas de manera regular.
- Es importante la observación y reevaluación periódica para adecuar el tratamiento.
- Usar neurolépticos típicos de inicio: en casos moderados o severos, indicando dosis iniciales de rescates y posteriormente dosis regulares según edad e intensidad de síntomas. Las dosis diarias se establecen según dosis total utilizada el día previo (como en la titulación de opioides en el tratamiento de dolor).
- Derivar a 2° o 3° nivel si el control o la respuesta es insuficiente con los tratamientos disponibles; si se sospechan trastornos metabólicos, hipercalcemia, sepsis, o neurotoxicidad inducida por opioides u otras causas no posibles de diagnosticar o tratar en el primer nivel de atención.

Tratamiento farmacológico ⁴⁹

- **Haloperidol:** es el antipsicótico de 1° línea indicado por su eficacia y seguridad. Dosis efectivas para controlar la agitación: 1-3 mg por día. Se pueden administrar dosis repetidas 0,5-1 mg cada 30 min hasta controlar los síntomas.
- **Levomepromazina:** más sedativo con propiedades similares a la clorpromazina, es efectiva para controlar la agitación. Las dosis recomendadas son de 12,5-50 mg c/4-8 hs, hasta 300mg/día. Se puede administrar vía oral (O), subcutánea (SC) o endovenosa (EV)
- **Lorazepám:** en dosis de 0,5-1 mg c/1-2hs (O) o (EV) o sublingual (SL) combinadas con haloperidol puede ser más efectivo en producir rápidamente sedación con menos riesgo de efectos extrapiramidales en un paciente con delirium hiperactivo y agitación. Utilizado como único fármaco, es inefectivo y puede empeorar la confusión.

Si se requiere tratamiento inmediato del delirium hiperactivo intenso o mixto (en guardia de atención primaria)

- Iniciar con **haloperidol** 0.5mg a 1 mg SC/EV /O y evaluar la respuesta, hasta cada 30 minutos. Máximos tres dosis.
- Si la respuesta es insuficiente para el control, se puede administrar levomepromazina (SC o EV) o **clorpromazina** (EV-intramuscular) 12,5 a 25 mg c/30 min., hasta un máximo tres dosis.
- Si el componente de agitación es intenso, se puede indicar en forma paralela a los fármacos neurolépticos mencionados (haloperidol o levomepromazina), lorazepam 0,5 a 1mg c/2-4hs (SL, EV,IM o SC diluida).

Si se necesita tratamiento rápido utilizar la vía EV o SC, y pasar a la vía oral O cuando es posible.

Las dosis parenterales tienen doble potencia que las dosis O. Los neurolépticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprazidona y aripiprazole) provocan menos síntomas extrapiramidales que haloperidol y clorpromazina pero no están disponibles para administración parenteral.

⁴⁹ Tratamiento del Delirium Modificado Oxford Textbook of Palliative Medicine. Sec 15 Breitbart W, and colls. In: Psychiatric symptom in Palliative Medicine. 2° Ed. UK: Oxford Medicine,1993

Educación del paciente y la familia

Es importante transmitir a la familia y al entorno afectivo las probables causas y explicar que

- Los cambios en el comportamiento y pensamiento son signos de complicaciones clínicas relacionadas con la enfermedad de base que interfirieren con el funcionamiento normal del cerebro y con la expresión de los síntomas.
- No significa la aparición de una nueva enfermedad psiquiátrica o psicológica.
- Es una experiencia que provoca mucho sufrimiento en los pacientes, familia y equipo de salud, pero que puede ser efectivamente controlado.
- Se alteran la comunicación, atención, comprensión, lenguaje, pensamiento y razonamiento lógico.
- Hay un cambio involuntario en la personalidad del paciente, con demandas ilógicas e incomprensibles y reacciones emocionales y anímicos no conocidos por los familiares.

También es necesario:

- Recomendar la evitación de estímulos que puedan aumentar la inquietud motora; crear un ambiente tranquilo
- Asesorar sobre medidas durante la movilización y acompañamiento para prevenir caídas o lesiones⁵⁰
- Promover a la orientación témporo- espacial del paciente (almanaque, reloj visible); asesorar para no confrontar ideas erróneas e interactuar con preguntas de respuesta simples⁵¹
- Reforzar la necesidad de indicar medicación reglada, el uso de dosis de rescate y explicar los efectos adversos que pudieran causar.
- Hablar de la diferencia entre Sedación Paliativa (SP), Suicidio Asistido y Eutanasia para poder establecer con claridad estos conceptos, al entorno afectivo y de cuidados, de manera previa a una posible indicación de SP.

Criterios de referencia o derivación

Se deben evaluar los recursos familiares y asistenciales disponibles para el tratamiento y el seguimiento de acuerdo al ámbito de atención ambulatoria (consultorio, guardia de centro de salud o domicilio).

Si los síntomas son intensos o hay escasa repuesta terapéutica en un tiempo prudencial, se puede prever que el control del cuadro será difícil y debe implementarse una derivación precoz para evitar inseguridad o claudicación familiar y mayores complicaciones en el paciente.

Debe informarse de los límites en las intervenciones como evitar tratamientos fútiles, reanimación cardiopulmonar o derivación a unidad de cuidados intensivos.

La falta de control de delirium hiperactivo o mixto, de causa no identificada o irreversible, que es refractario al tratamiento, puede requerir la necesidad de sedación paliativa.

Sedación paliativa:

Es la administración deliberada de fármacos que disminuyen el nivel de conciencia, de forma superficial o profunda, transitoria o permanente, con la intención de aliviar el sufrimiento físico o psicológico no controlable con otras medidas terapéuticas implementadas en dosis y tiempos adecuados, a un paciente con enfermedad avanzada; la intervención se realiza con el consentimiento implícito, explícito o delegado⁵². La sedación paliativa no es eutanasia⁵³.

⁵⁰ Mc Daniell S, CambellIT. Orientación Familiar en Atención Primaria.Cap14. La muerte frente a frente. Muerte, duelo y familias. 2ªEd.España: Springer Verlag Ibérica, 1998

⁵¹ Mammana G. Anal. de Med. y Cuidados Paliativos. 2005; (1) 6

⁵² Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 .Nº9: 41-46

⁵³ Maltoni A, Pittueri C, y col. Palliative sedation therapy does not hasten death: result from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, 2009, Vol. 20: 1163-1169

Tabla 6: Fármacos recomendados para el tratamiento del delirium: neurolépticos ^{54 55}

Neurolépticos	Vida media	Dosis y vía de administración	Efecto adverso frecuente	Presentación
Haloperidol	13-35 hs	0,5mg a 5mg c/4-6-8-12hs, O, SC, IV Dosis máx. 20 mg/día	Extrapiramidalismo, Hipotensión ortostática, Síndrome neuroléptico maligno	Gotas Comprimidos Ampollas
Levomepromazina	15-30 h	12,5 a 50 mg c/4-8-12-24 hs, O, IV, SC Dosis máxima:300mg/día	Somnolencia Extrapiramidalismo, Hipotensión ortostática, Síndrome neuroléptico maligno	Gotas Comprimidos Ampollas
Clorpromazina	15-30 h	12,5 a 50 mg c/4-8-12-24 hs, O, IV Dosis máxima: 300 mg/día	Sedación Extrapiramidalismo	Comprimidos Ampollas
Risperidona	12-48 h	0,5mg-3 mg c/ 12-24 hs. O	Hipotensión ortostática. Disminuye la acción de anticonvulsivantes, Extrapiramidalismo	Comprimidos
Olanzapina	34 h	2,5 a 20 mg c/12-24 hs. O	Somnolencia, incremento de peso, boca seca, constipación, edema periféricos	Comprimidos
Quetiapina	30 h	12,5 a 200mg c/12-24hs. O	Somnolencia. Hipotensión ortostática	Comprimidos
Lorazepam	14-20 h	0,5 a 2mg c/2-4hs O- EV-SL-IM-SC diluída	Somnolencia, trastorno de memoria, cefalea, disartria.	Comprimidos Ampollas

Fuente Tabla modificada de Bruera E, Breibart, W. and colls. Texbook of palliative medicine. Cap. Confusion/delirium. 1ªEd. UK: Hodder Arnold, 2006.

⁵⁴ Walsh D and colls. Medicina Paliativa.Parte 2. Cap.156.Sec.B. In Gagnon P, Ouellette M. Delirium y psicosis.1ªEd. España:Elsevier, 2010.

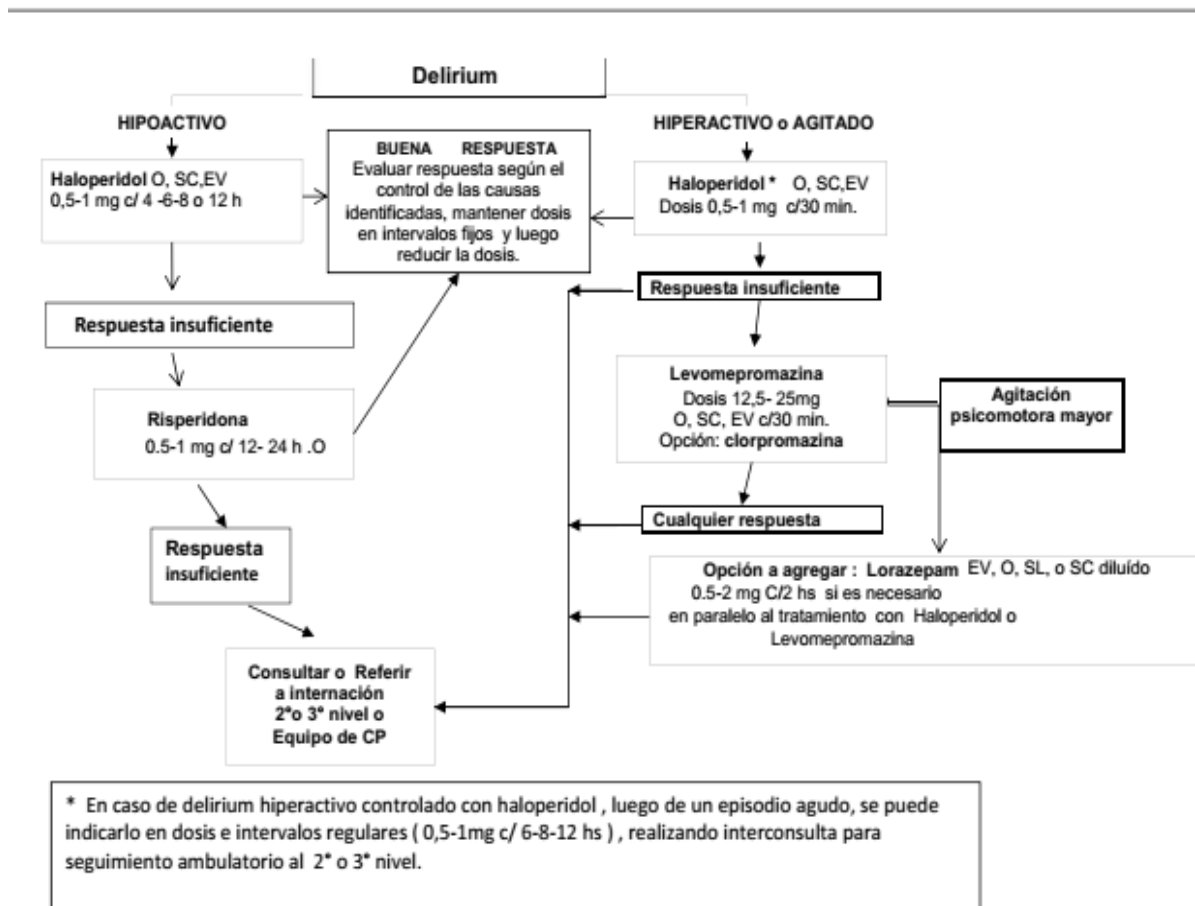
⁵⁵ Twycross R, Wilcock A. Palliative Care Formulary. Cap 4. Central Nervous System.6ª Ed. UK: Palliative drugs.com.Ltd, 2016

Tabla 7: Fármacos recomendados para el tratamiento del delirium: benzodiazepinas ^{56 57}

Benzodiazepinas	Vida media	Dosis y vía de administración	Efecto adverso frecuente	Presentación
Lorazepam	14-20 h	0,5 a 2mg c/2-4hs O- EV-SL-IM-SC diluida	Somnolencia, trastorno de memoria, cefalea, disartria.	Comprimidos Ampollas

Fuente Tabla modificada de Bruera E, Breibart, W. and colls. Textbook of palliative medicine. Cap. Confusion/delirium. 1°Ed. UK: Hodder Arnold,2006.

Algoritmo de Delirium



⁵⁶ Walsh D and colls. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.156.Sec.B. In Gagnon P, Ouellette M. Delirium y psicosis.1°Ed. España:Elsevier, 2010.

⁵⁷ Twycross R, Wilcock A. Palliative Care Formulary. Cap 4. Central Nervous System.6° Ed. UK: Palliative drugs.com.Ltd, 2016

12) Cuidados en el final de la vida

Cada persona atraviesa la experiencia de morir de manera única, según su historia previa, sus características psicológicas, sociales, espirituales, y el momento histórico-cultural en que transcurre.

En el último siglo la medicina moderna y las sociedades occidentales han considerado a la muerte como un fracaso y han intentado evitarla o posponerla con medidas terapéuticas muchas veces inadecuadas o fútiles, causantes de mayor sufrimiento.

Los cuidados de fin de vida (CFV) tienen como objetivo brindar cuidados integrales a la unidad de tratamiento (UT), principalmente confort y bienestar al paciente.

Los conceptos “paciente terminal, agónico o muriente” muchas veces expresan de manera precisa la condición real y la etapa de final de vida. La definición es difícil, y no conocer tiempos exactos de sobrevida puede producir confusión en la familia y los profesionales sanitarios.

Es importante conocer las diferencias entre CFV activo o inminente con sobrevida estimada en horas, y CFV no inminente con sobrevida estimada en días o semanas, y el impacto que estos periodos pueden tener en la familia.

Evaluación integral

Los pacientes con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadío Avanzado (ERVEAs) presentan cambios físicos, fisiológicos, cognitivos, emocionales y espirituales que influyen profundamente sobre su condición de morir y su entorno afectivo.⁵⁸

La valoración debe ser dinámica y tiene como objetivos:

- Considerar las necesidades del paciente.
- Identificar signos de proximidad o inminencia de muerte.
- Centrar el objetivo terapéutico en lograr el mejor control de síntomas y el mayor confort posible.
- Identificar causas de sufrimiento emocional, espiritual o existencial (asuntos pendientes, temor a morir).
- Evitar métodos diagnósticos y terapéuticos que no aporten mejoría de la situación (intervenciones fútiles).

La evaluación incluye el análisis de múltiples factores:

- Síntomas y signos recientes.
- Nivel de control o alivio de los síntomas.
- Intensidad de sufrimiento del paciente y la familia.
- Deseos del paciente sobre el tipo de asistencia (conocidos y referidos por familiares) y al lugar de realización (domicilio o internación).
- Disponibilidad de asistencia adecuada.
- Necesidades manifestadas o detectadas hacia el paciente o la familia (práctica, económica, emocional).

El control de signos vitales se realiza en función del objetivo y la posibilidad de mejorar la situación. Ejemplos:

- No se aconseja el control de la presión sanguínea y la frecuencia cardiaca, si se sabe que no se pueden modificar.
- Se aconseja controlar la temperatura corporal regularmente, para detectar y tratar la fiebre (que puede generar malestar)

⁵⁸ Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Capítulo fin de vida. Argentina: Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA, 2007

Consideraciones sobre aspectos familiares o del entorno afectivo

- Evaluar el grado de comprensión de la situación (gravedad y posibilidad de fallecimiento, objetivos de tratamiento y expectativas asistenciales).
- Evaluar el impacto emocional que se produce en la familia y la necesidad de intervenciones o derivación para asistencia específica. Ejemplo: Identificar familiares en riesgo de duelo complicado y anticipar posibilidad de seguimiento psicológico.
- Asesorar sobre los pasos a seguir luego del fallecimiento (certificado de defunción, pasos administrativos, rituales religiosos)
- Identificar a un miembro de la familia o entorno que pueda realizar los trámites administrativos después del fallecimiento.

Hablar de éstos dos últimos aspectos puede ser difícil, pero facilita la organización anticipada de la familia.

Características clínicas

El proceso de morir implica cambios físicos y psíquicos progresivos⁵⁹, con características que varían de acuerdo a la evolución de los últimos días o semanas de vida. Esta declinación se caracteriza por:

- Astenia extrema
- Necesidad de reposo continuo, con dependencia total en las actividades de la vida cotidiana (higiene personal, vestimenta, movilizaciones)
- Escaso interés en alimentos o líquidos. Disfagia.
- Aumento de la somnolencia

En las últimas 24-48 horas son frecuentes los siguientes signos y síntomas:⁶⁰

- Frialdad cutánea progresiva: desde la periferia en sentido central.
- Cambios en la piel: fría y húmeda, presencia de petequias.
- Cianosis cutánea en extremidades y alrededor de la boca.
- Cambios en el nivel de conciencia: delirium irreversible.
- Cambios respiratorios: respiración irregular, superficial (patrón de Cheyne-Stokes); quejido espiratorio (que no expresa dolor); estertores altos.
- Cambios faciales: aspecto céreo, ojos entornados inexpresivos, mirada fija.
- Relajación de músculos faciales con mayor prominencia de la nariz.
- Cambios del ritmo diurético: disminución, incontinencia o retención urinaria.
- Edemas distales de manos, pies.

Plan terapéutico

Medidas generales⁶¹

Lugar de asistencia

La elección del domicilio, la internación general, en unidad de cuidados paliativos o en una casa de cuidados ("hospice"), depende del equilibrio entre la posibilidad de disponer de éste tipo de asistencia, los deseos del paciente y las posibilidades reales de colaboración de la familia o cuidadores.

⁵⁹ Walsh D, and colls. Medicina Paliativa. .In: O'Leary N. Asistencia durante la agonía. Sec .C.1°Ed.España: Elsevier,2011.

⁶⁰ López Imedio E and Colls. Enfermería en Cuidados Paliativos.Cap.27, LópezImedio E. La agonía.1°Ed.España:Panamericana,1998.

⁶¹ Wenk R,Bertolino M, Manual de Cuidados Paliativos. Cap.Fin de vida. Argentina: Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA,2007

Intervenciones terapéuticas

Se deben interrumpir tratamientos que no aportan mayores beneficios o que son difíciles de realizar porque están afectadas las vías de administración (Ejemplo: antihipertensivos, hormonas de remplazo, suplementos vitamínicos, hierro, hipoglucemiantes, antibióticos, antiarrítmicos, laxantes, diuréticos por vía oral).

Se deben continuar los tratamientos analgésicos, anticonvulsivantes, esteroides, antieméticos, antipiréticos, anticolinérgicos y/o sedantes. Es posible mantener las vías sublingual o subcutánea como vía de administración.

Si es posible se debe deliberar con el paciente y su familia sobre las intervenciones terapéuticas evitables o fútiles, que pueden ser agresivas.

Se debe informar que en muchos centros asistenciales están disponibles las directivas anticipadas: documento que permite registrar el deseo del paciente de no ser sometido a intervenciones que no brindan curación, ni modifican la evolución, ni proporcionan mejoría sintomática (Ejemplo: reanimación cardiopulmonar, asistencia respiratoria mecánica, diálisis renal, etc.). Si el paciente o su familia manifiestan interés en este tema, se debe sugerir una consulta al posible centro de referencia para obtener detalles de cómo utilizar este recurso.

Intervenciones con el paciente que pueden favorecer la muerte serena.

- Optimizar el control del sufrimiento: control adecuado de síntomas.
- Mantener una relación sincera, a pesar de la declinación física.
- Reconocer al paciente como persona; y que puede mantener capacidad perceptiva aun con alteraciones cognitivas.
- Facilitar y permitir que intervenga en la toma de decisiones.
- Promover su autonomía y auto estima: ayudarlo a hacer lo que él más desee y del mejor modo que pueda.
- Averiguar si tiene asuntos no resueltos o inconclusos, deseos o legados.
- Ayudar a restaurar o mantener la continuidad de sus relaciones afectivas significativas.
- Brindar privacidad.
- Promover todos los recursos de soporte posibles: apoyo psicológico y/ o espiritual religioso.

Medidas específicas. Psico-educación para la familia.⁶²

Síntomas y signos	Tratamiento integral sugerido
<p>Cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad para formar ideas y razonar; alternancia de períodos de alerta con desorientación y/o agitación (delirium).Alteración del estado de conciencia (somnia, estupor o coma) ● Alteración de la agudeza visual (disminución, pérdida o aumento de sensibilidad al estímulo de luces intensas) y otros sentidos, a excepción de la audición y tacto. ● Ojos permanecen semi-abiertos, el reflejo de parpadeo está ausente. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Explicar a la familia que los síntomas son el resultado de la falla orgánica que ocurre en el proceso de morir. Facilitar la comunicación con el paciente aprovechando los períodos de lucidez. Ejemplo: estimular a familiares a expresar cariño o despedirse. Explicar la conveniencia de poder expresar: Adiós, Te quiero, Te perdono, Perdóname ● Explicar que las alteraciones de la conciencia son muy frecuentes, y que el paciente puede tener alucinaciones, ver y hablar con personas ausentes. ● Animar a la familia a acompañar al paciente y a hablarle en tono bajo o suave. ● Mantener siempre un estímulo sensorial mínimo y agradable: Luces, sonidos y estimulación visual. ● Acompañar con lecturas o música suave que agraden al paciente. ● Evitar la sobre-estimulación táctil en casos de delirium. Tener prudencia al hablar cerca del paciente, porque la audición se mantiene. ● Aclarar que la fiebre será tratada farmacológicamente y/o con medios físicos. ● Extremar las medidas de seguridad: uso de soportes laterales en la cama para evitar caídas.
<p>Cardio-respiratorios</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aumento o irregularidad de la frecuencia cardíaca y respiratoria. ● Estertores respiratorios ● Utilización de musculatura accesoria para respirar, períodos de apnea, respiración Cheyne Stokes. ● Disminución de la fuerza para toser y expectorar secreciones. ● Pulso radial disminuido o imperceptible, puede ser indicio de muerte en horas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aclarar que son signos y síntomas esperados para este momento ● Evaluar la necesidad de colocar cánula nasal para aporte de oxígeno ● Tratar la disnea con opioides. ● Recomendar la suspensión de alimentación enteral porque es fútil ● Colocar al paciente en posición semi-sentado o decúbito lateral(45°-90°) ● Evaluar la necesidad de aspiración bucal de secreciones. ● Explicar a la familia que el ruido de las secreciones es molesto para ellos, pero no para el paciente ● Administrar agentes anticolinérgicos (hioscina, escopolamina); estos fármacos no disminuyen las secreciones existentes pero previenen nuevas secreciones.

⁶² Wenk R, Bertolino M, Manual de Cuidados Paliativos. Cap. Fin de vida. Argentina: Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA,2007

Síntomas y signos	Tratamiento integral sugerido
<p>Función urinaria e intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Disminución de la diuresis. ● La incontinencia urinaria o retención son causas posibles de agitación psicomotriz ● Deposición intestinal disminuida o nula ● Imposibilidad de administración oral de laxantes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Explicar a la familia y que la disminución en el volumen urinario indica que la muerte está próxima. ● Evaluar la colocación de sonda intermitente o definitiva (puede evitar lesiones en piel y movilizaciones que generen dolor o molestia) ● Si hay constipación sin molestias, no se recomienda tratamiento con enemas. La realización de enemas se considerará si constipación es causa de inquietud o delirium hiperactivo.
<p>Músculo esquelético y piel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida gradual de la capacidad de moverse, inicialmente en los miembros inferiores. ● Edemas (por hipoalbuminemia) ● Frialdad cutánea y/o diaforesis. ● Cianosis periférica ● Livideces en extremidades 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cambiar las posiciones cada 2 - 3 horas, para evitar úlceras y dolores musculares, entumecimiento o dolor de los miembros. ● Explicar la aparición alternante de edemas y el beneficio del masaje local o posturas en declive para aliviarlos. ● Explicar que estos cambios son esperables y que no se modifican con las diferentes intervenciones
<p>Alimentación, hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Disfagia. Hiporexia ● Disminución de la ingesta de líquidos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informar a la familia que la alimentación oral o por sonda no mejora ni determina la supervivencia del paciente, y puede causar bronco-aspiración con riesgo de infección o de disnea. <ul style="list-style-type: none"> ● Iniciar o reforzar hipodermoclisis para evitar o disminuir síntomas provocados por deshidratación o acumulación de metabolitos. La hipodermoclisis no está indicada en casos de anasarca

Intervenciones con la familia si se asiste en el momento de la muerte

- Favorecer un clima de serenidad y calma
- Facilitar expresiones de emoción como tristeza, silencio, enojo; momentos de recogimientos familiares; consultas sobre deseos o voluntades en la preparación del cuerpo, rituales posteriores respetar los rituales de preparación del cuerpo según las creencias o costumbres locales
- Asesorar sobre confección de certificados de defunción según las normas, institución o localidad.
- Detectar los miembros del entorno afectivo que puedan emocionalmente tomar a cargo los trámites a realizar después del fallecimiento.
- Ser cuidadoso y sensible al explicar los pasos a realizar, teniendo en cuenta la situación de impacto y conmoción que estos momentos generan.

Ejercicios de comprensión y aplicación

Actividad 1: Verdadero o Falso

Marque V (verdadero) si considera que el enunciado es correcto y F (falso) si es incorrecto.

Enunciado	V o F
1) La constipación afecta al 95% de los pacientes que reciben opiodes.	
2) Una Rx de abdomen directa de pie permite evaluar la magnitud de la constipación y establecer un plan terapéutico.	
3) Se deben indicar laxantes cuando se indican medicamentos que producen constipación (diuréticos, antihipertensivos, antiácidos, antidepresivos).	
4) En las enfermedades pulmonares avanzadas, los opiodes son eficaces para el alivio sintomático de la disnea.	
5) La terapéutica farmacológica es el único tratamiento del dolor efectivo.	
6) Los analgésicos opioides se deben administrar cada vez que lo demanda el paciente.	
7) La prevalencia de disnea como síntoma de enfermedades avanzadas es alta y varía según el tipo de enfermedad de base	
8) La compresión medular aguda es una de las urgencias más comunes en pacientes que se encuentran en cuidados paliativos.	
9) El tratamiento de la hipercalmia debe iniciarse una vez confirmada la sospecha diagnóstica.	
10) La evaluación ordenada y completa de los criterios clínicos para el diagnóstico del delirium involucra la utilización de tests.	

Actividad 2: Caso Clínico

- **Adolfo de 54 años**

Concurre a la consulta por dolor moderado en región costal derecha, que aumenta con los movimientos respiratorios y los esfuerzos físicos, acompañado por su esposa Elsa (50 años) y su hija Ana (21 años). Trabaja como mecánico, y nota que aumentó su dificultad respiratoria en la última semana. Tiene tos habitual, pero con estrías sanguinolentas, sin episodios febriles. Tiene antecedente de asma, en tratamiento con broncodilatadores con poca respuesta sintomática en los últimos días. Dejó de fumar hace seis meses. Visitó a su neumonólogo quien le indicó una placa de tórax la semana anterior. Trae la Rx Tx que aún no fue evaluada por neumonología. En la placa se observa: imagen espiculada en campo medio pulmonar derecho. Adolfo no pide información, sólo dice que necesita sentirse más aliviado y poder seguir con su trabajo. Ana está preocupada porque Adolfo no presenta ganas de comer en las últimas dos semanas.

1er paso: Defina los problemas de salud que Adolfo presenta en esta consulta.

.....
.....

¿Cómo evaluaría los síntomas?

.....
.....

¿Qué diagnósticos diferenciales se plantea?

.....
.....

¿Qué exámenes complementarios cree convenientes solicitar? Justifique su respuesta

.....
.....
¿Solicitaría interconsulta a algún especialista? ¿Cuál/es?
.....

2do paso: ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos en este paciente?
.....

3er paso: ¿Qué estrategia terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?
.....

4to paso: Realice la prescripción
.....

5to paso: De instrucciones al paciente y su familia.
.....

6to paso: ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?
.....
.....

Adolfo y Elsa concurren a oncología en el hospital zonal, donde el oncólogo le informó su diagnóstico: cáncer de pulmón estadio IV. Comenzó con el tratamiento con quimioterapia. Adolfo pasa casi todo el día en cama, con mucha debilidad. El control oncológico con tomografía detecta aumento de tamaño de lesión pulmonar y un centellograma óseo que muestra captación a nivel de arcos costales y cadera derecha. Oncología informó a Adolfo y a su familia que la enfermedad ha progresado y que no es conveniente continuar quimioterapia.

Concurren a la semana, al centro de salud. Ana nota que está desorientado, confundido y por momentos no reconoce a miembros de la familia. Hubo noches que no descansó bien y se lo nota más agresivo. Adolfo solo ingirió poco líquido en las últimas 24hs. Ud. identifica que Elsa y Ana están muy angustiadas y cansadas, no pudiendo continuar con los cuidados en el domicilio.

1er paso: Defina los problemas de salud que Adolfo y su familia presentan en esta consulta.
.....

2do paso: ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos en esta consulta ambulatoria en atención primaria?
.....

3er paso: ¿Encuentra algún criterio de derivación a otro nivel de atención?
.....

4to paso: ¿Qué estrategia terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?
.....

5to paso: De instrucciones al paciente y su familia.
.....

6to paso: ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?
.....
.....

Anexo 1

Normas para la prescripción de Opioides

En nuestro país el uso de opioides se encuentra legislado por la ley de estupefacientes N°17.818, que detalla aspectos que incluyen desde la prescripción médica hasta el despacho al público. Esta ley (con modificaciones) regula la prescripción de opioides con el uso de recetas oficiales (por triplicado), para evitar el uso indebido.

Existen, además, opioides y derivados que pueden ser prescriptos sólo con receta archivada.

¿Cómo obtener los recetas oficiales?

El trámite es diferente en los distintos lugares del país.

- En la **Ciudad de Buenos Aires** el médico debe inscribirse en la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología). Allí deberá abonar un arancel, registrar su firma. La institución autoriza la compra de 1 receta de 20 recetas, c/u por vez, como máximo.
- En la **Provincia de Buenos Aires** el trámite se realiza completando un formulario en los Colegios de Médicos o Círculos Médicos, con el cual se entrega un receta.
- En **otras provincias** se debe realizar un trámite similar en el Ministerio de Salud Provincial o en los Colegios Médicos o Círculos Médicos de cada jurisdicción.

¿Cómo se realiza una receta de opioides en receta oficial?

- En formulario triplicado (una copia para el médico y dos para el paciente, las cuales serán retenidas en la farmacia)
- La prescripción debe ser escrita con letra manuscrita y legible
- Completando las nueve secuencias de cada formulario ⁶³:
 1. Número de serie de la receta.
 2. Nombre del médico.
 3. Domicilio profesional del médico.
 4. RP/ El nombre de la droga y su forma farmacéutica o la forma magistral. La cantidad total prescrita, y expresadas en números.
 5. La dosis e intervalo expresado en horas.
 6. Firma del médico.
 7. Fecha de prescripción.
 8. Nombre del paciente.
 9. Domicilio del paciente

⁶³ ANMAT. Normas legales y listados de psicotrópicos y estupefacientes Disposición 4861/ 96. 2° Ed. :Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. 1999



Troquel 1 para el médico (se retiene)

Troquel 2 y 3 para la farmacia

A tener en cuenta:

- ▶ La dosis total que se puede ser expendida por la farmacia no puede superar la necesaria para un tratamiento de 10 días.
- ▶ Las enmiendas o errores se deben salvar en el reverso de la receta; se salvarán las mismas, con sello y firma del médico.
- ▶ Si no se aclara el tamaño del envase (escrito con números y letras) el farmacéutico entregará el de menor tamaño existente.

Listas de prescripción de fármacos opioides¹⁵. La legislación vigente determina la necesidad de utilizar distintos tipos de recetas según la lista a la que pertenece el opioide prescripto. Existen cuatro listados de estupefacientes (Lista I-II-III-IV), en los que se agrupan los diferentes opioides.

Condición de prescripción y dispensación de opioides, como Drogas Farmacéuticas recomendada por la Confederación Farmacéutica Argentina (Edición I, Abril de 2006) es la siguiente:

Opioides	Fármaco	Forma de prescripción
Lista I	- Morfina: preparaciones para uso oral o parenteral - Fentanilo: preparaciones para uso parenteral - Oxidodona: preparaciones para uso oral o parenteral - Meperidina: preparaciones para uso parenteral - Metadona: preparaciones para uso oral	Recetario oficial triplicado para estupefacientes (receta verde)
Lista II	- Codeína: preparaciones para uso oral - Dextropropoxifeno: preparaciones para uso oral	Receta común archivada (no es necesario el duplicado)
Lista III	Preparados con uno o más ingredientes asociados, de modo que no puedan separarse por métodos convencionales. Y con contenido de estupefacientes no exceda los 100 mg de posología por unidad y el contenido no exceda del 2,5 % en los preparados asociados (no divididos) - Dextrometorfano: preparaciones para uso oral	Receta común archivada (no es necesario el duplicado)
Lista IV	- Heroína-Marihuana-Haschisch	Prohibida su prescripción

Drogas fuera de lista: venta con receta común archivada.

Tramadol: preparaciones para uso oral o parenteral.

Nalbufina: preparaciones para uso parenteral.

Presentaciones:

Opioide	Presentación	Envase
Morfina		
Morfina Clorhidrato:	Ampolla de 1 ml	25 ampollas
	Ampolla de 1 ml	100 ampollas
	Ampolla de 1 ml	1-25-100 ampollas
	Ampolla de 1 ml	3-5-10-25-50-100 ampollas
	Ampolla de 2 ml	1-20-50 ampollas
Liberación inmediata	Comprimidos 10 mg*	*
	30-60 mg	10-20-50 comprimidos
Liberación Controlada	Comprimidos 10 -30 mg	20-50 comprimidos
Morfina Sulfato:		
Liberación Controlada	Comprimidos 10 30 60 mg	20 comprimidos
Oxicodona		
Liberación inmediata	Comprimidos 5 mg	20-30 comprimidos
Liberación Controlada	Comprimidos 10-20-40 mg	30 comprimidos
Metadona	Comprimidos 5 mg*	*
	Comprimidos 5-10-40 mg	25-75 comprimidos
	Solución oral	Frasco 1000 ml uso hospitalario

* Comprimidos de producción pública para la Provisión de Analgésicos Opioides (PrAO) del Programa Nacional de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional del Cancer (PNCP INC)

Datos de contacto: Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Av. Julio A. Roca 781, Piso 9º, CABA. Tel: +54 11 5239-0587 / 0597. www.msal.gov.ar/inc/ correo electrónico: cuidadospaliativos@inc.gob.ar

Ejemplo de otros Recetarios oficiales de estupefacientes.
Formulario Triplicado – Provincia de Buenos Aires

The image shows three identical copies of an official prescription form for controlled substances, arranged side-by-side. Each form is titled 'Formulario Triplicado' and is numbered 'Nº 404901'. The forms are issued by the 'Provincia de Buenos Aires' and are part of the 'Sistema de Control y Seguimiento de Medicamentos Estupefacientes'. Each form contains a central circular stamp with a portrait of a person, likely a medical professional. The forms are designed for use by medical professionals to prescribe controlled substances, and they include fields for patient information, the name of the substance, the quantity, and the date of issuance. The forms are printed on a light blue background with a decorative border.

Anexo 2

Clave de respuestas Actividad 1

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Verdadero.
9. Falso: la base del tratamiento analgésico recomendado es farmacológica, pero no se deben dejar de lado las medidas para resolver o aliviar los problemas psicológicos y sociales, y se debe considerar la utilización de otras opciones terapéuticas.
10. Falso: se debe mantener un nivel estable del fármaco en sangre para prevenir la ocurrencia del dolor. Los opioides deben ser indicados a intervalos regulares

Bibliografía

- International Association for Hospice and Palliative Care. IAHPC List of Essential Practices in Palliative Care. Houston:IAHPC Press, 2012.
- Elsayem A, Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.5. 2ª Ed. USA: MD Anderson Cancer Center, 2002.
- Bruera E. and colls. Textbook of Palliative Medicine. Cap.60. 1ª Ed. UK: Hodder Arnold, 2006.
- Bonilla P and colls. 1º Consenso venezolano de la constipación inducida por analgésicos. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. In: Betancourt C. Etiología clínica y diagnóstico. 1ª Ed. Venezuela: TIPS, 2008.
- Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 7. 1ª Ed. USA.: MD Anderson Cancer Center, 1999.
- Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos –Revisión sistemática. Cochrane Update 2007.
- Leone F. Guía para la prescripción de opioides. Cap.3. Interacción Farmacológica y efectos adversos. 1ª Ed. Argentina: Ediciones Médicas Internacionales, 2004.
- Bertolino, M. Guía de manejo en cuidados paliativos Capítulo 10. 1ª Ed. Argentina: OMS- OPS, 2001.
- Candy B, Jones L. and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane. 2007.
- Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.12. In: Bertolino M, Bunge S, Rodríguez A. Manejo de síntomas gastrointestinales constipación, diarrea, vómitos, náuseas y oclusión intestinal . 1ª Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.
- American Thoracic Society Dyspnea. Mechanisms, assessment and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med, 1999. N° 159, 321-340.
- Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007.
- Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Evaluación en Cuidado Paliativo. Disponible en <http://paliativo-femeba.org/uploads/2009>.
- Lorenz K, y col.s. Evidence for improving Palliative Care at the End of life: a systematic review. Ann Intern Med. 2008; 148:147.
- Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 .Nº9: 41-46.
- Maltoni A, Pittueri C, y col. Palliative sedation therapy does not hasten death: result from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, 2009, Vol. 20: 1163–1169.
- IASP. IASP taxonomy. Disponible en <http://www.iasp-in.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Hui D, Bruera E, The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present and Future Developments, Journal of Pain and Symptom Management .2017.
- Foley, K. OMS. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario. Cancer Pain. US: OMS. Vol. 19, Núm. 1 – 2006. Pág 3-4.
- Portenoy, R. Adjuvant analgesic agents. Portenoy R. adjuvant analgesics agents. In: Cherny N, Foley K, ed. Hematology and oncology clinics of North America: pain and palliative care. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996. Pág. 103-20.
- Rubinstein A, Terrasa S, and colls. Medicina Familia y Práctica ambulatoria. Cap.37. In: Botargues M. Ansiedad. 2ª Ed. Argentina: Panamericana, 2006.
- Walsh D and colls. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.138. Sec.A. In: Friedemann N, Hardy J. Opiáceos. 1ª Ed. España: Elsevier, 2010.
- Abraham J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. American Society of Clinical Oncology 2009.
- Schiff D. Spinal cord compression. Neurol Clin N Am. 2003;21:67-86. Abraham J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. American Society of Clinical Oncology 2009.
- Roth B, and colls. Pautas en oncología. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Cap. Compresión medular. 1ª ed. Instituto A. Roffo. 2010.

- Wilson L, Detterbeck F, Yahalom J. Superior Vena Cava Síndrome with Malignant Causes. N Engl J Med 2007;356:1862-9.
- Stewart A. Hypercalcemia Associated with Cancer. N Engl J Med2005;352:373-9.
- Hospice Palliative Care Program,Fraser Health-Hypercalcemia in Malignant Disease,Palliative Management. 2009.
- Bower M., Cox S., Oxford Textbook of Palliative Medicine .Endocrine and Metabolic Complications of Advanced Cáncer,4° Edition UK: Oxford.2010.
- Pereira J, Pautex S, Oxford Textbook Clinical Management of Bleeding Complications.
- Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 .N°9:41-46
- Maltoni A, Pittueri C ,y col. Palliative sedation therapy does not hasten death: result from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, 2009, Vol.20: 1163–1169
- Bush S, Bruera E. The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. Rev.Oncologist .2009;14:1039–1049
- Centeno C, Vara F, Pérez P, Sanz A, Bruera E. Presentación clínica e identificación del delirium en cáncer avanzado. Med. Pal. 2003; Vol. 10: N.º 1; 24-35
- Lawlor P and colls. Occurrence causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. Arch Intern Med. 2000;160(6):786-94.
- Mammana G. Anal. de Med. y Cuidados Paliativos. 2005; Vol1: N° 6. <http://www.analesdemedicina.com>.
- Breitbart W; Alici Y. Agitation and Delirium at the End of Life: "We Couldn't Manage Him". JAMA. 2008 ; 300 (24):2898-2910.
- Tratamiento del Delirium Modificado Oxford Textbook of Palliative Medicine. Sec 15 Breitbart W, and colls. In: Psychiatric symptom in Palliative Medicine . 2° Ed. UK: Oxford Medicine,1993
- Mc Daniell S, CambellT. Orientación Familiar en Atención Primaria.Cap14.La muerte frente a frente. Muerte, duelo y familias.2°Ed.España: Springer Verlag Ibérica, 1998.
- Mammana G. Anal. de Med. y Cuidados Paliativos. 2005; (1) 6.
- Maltoni A, Pittueri C, y col. Palliative sedation therapy does not hasten death: result from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, 2009, Vol. 20: 1163–1169.
- Walsh D. and colls. Medicina Paliativa.Parte 2.Cap.156.Sec.B. In Gagnon P, Ouellette M. Delirium y psicosis.1°Ed. España:Elsevier, 2010.
- Twycross R, Wilcock A. Palliative Care Formulary. Cap 4. Central Nervous System.6° Ed. UK: Palliative drougs.com.Ltd, 2016.
- Walsh D, and colls. Medicina Paliativa. .In: O'Leary N. Asistencia durante la agonía. Sec .C.1°Ed.España:Elsevier,2011.
- López I. and Colls. Enfermería en Cuidados Paliativos.Cap.27,López Imedio E. La agonía.1°Ed.España:Panamericana,1998.
- ANMAT. Normas legales y listados de psicotrópicos y estupefacientes Disposición 4861/ 96. 2° Ed.: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. 1999.

Tema: Cuidados Paliativos

Autores

Cuidados paliativos

Equipo asistencial y docente. Programa Argentino de Medicina Paliativa – Fundación FEMEBA:

Roberto Wenk.

Médico Clínico. Director del Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Presidente de la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).

Fanny Vega

Médica de Familia. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA.

Mariela Bertolino

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Sub-Directora del Programa Argentino de Medicina Paliativa Fundación FEMEBA. Coordinadora Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Sofía Bunge

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinadora Docente UCP – Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Clara Cullen

Lic. en Enfermería. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Guillermo Mammana

Médico Clínico. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinador Médico. Hospital Tornú.

Noemí Díaz.

Lic. en Psicología. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Actualización 2019

Romina Gaglio. Médica. Especialista en Medicina Familiar y General.

Revisión 2019

Mariela Bertolino

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Sub-Directora del Programa Argentino de Medicina Paliativa Fundación FEMEBA. Coordinadora Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Sofía Bunge

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinadora Docente UCP – Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Fanny Vega

Médica de Familia. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA

Guillermo Mammana

Médico Clínico. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinador Médico. Hospital Tornú.

Cynthia Biondi.

Lic. en Enfermería. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinador Médico. Hospital Tornú

Coordinación Editorial 2019

Analía Gil. Médica. Especialista en Medicina Familiar y General y Nutrición.

Cristina Ratto. Licenciada en Educación.

Responsable Editorial 2019

Lic. Gisela Bardi.

Coordinadora de Medicamentos Esenciales.