

18. SITUACIONES URGENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. M. ANTONIETA RICO PAZOS; Enf./Licda M. ALEJANDRA CURA CAPURRO

● INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos desplegados para el control continuo de los síntomas en cuidados paliativos, existen situaciones inesperadas que representan un gran impacto para el paciente y sus familiares. Considerar las posibilidades que tiene el paciente de presentar una urgencia y definir de antemano un protocolo adecuado para su enfrentamiento, facilitará la resolución eficiente y rápida del problema.

Las situaciones de urgencia se podrían clasificar en tres áreas: *físicas o somáticas* (metabólicas, neurológicas, respiratorias, hemorrágicas etc), *neuropsiquiátricas* (delirio agitado) y *psicosociales*. En este capítulo se abordarán las físicas o somáticas. Para las otras áreas, ver los capítulos correspondientes (Delirio 17, Ansiedad y depresión 16, Duelo 4, Comunicación con el paciente y la familia 3).

● FÍSICAS O SOMÁTICAS

1_Metabólicas

a.Hipercalcemia_Es la urgencia metabólica más grave asociada en general a cáncer avanzado de próstata, riñón, mama, pulmón y mieloma. La mayoría de los casos incluye metástasis óseas, y el aumento del calcio sérico sería secundario al aumento de la reabsorción ósea con liberación de calcio a la circulación sistémica. Estos procesos son mediados por citoquinas, interleuquinas y otros mediadores tumorales Clínicamente se define cuando el aumento del calcio sérico supera los 10.8 mg/dl.

Síntomas más frecuentes:

- + Con aumentos moderados del calcio: astenia, anorexia, letargia, constipación, dolor abdominal.
- + Con aumento severo del calcio: náuseas y vómitos, íleo, polidipsia, poliuria, confusión, compromiso de conciencia, convulsiones, bradiarritmias, alteraciones del ECG.

Tratamiento (sobre 12.5 mg/ml, paciente hospitalizado)

- + Hidratación generosa con suero salino isotónico 4-5 litros en 24 hrs., según tolerancia.
- + Furosemida 40-60 mg/día. Este manejo requiere monitorización de PVC y electrolitos plasmáticos.
- + Calcitonina: 8 UI/kg c/6 hrs. Vía subcutánea (rápida pérdida del efecto).
- + Bifosfonato: (clodronato y pamidronato). Son los fármacos más efectivos en el control de la hipercalcemia con acción específica sobre los osteoclastos.
 - Clodronato: dosis 500-1500 mg disueltos en 500 cc de suero salino al día. Vía endovenosa o subcutánea.
 - Pamidronato: dosis 30 – 90 mg en perfusión endovenosa (irritante por vía subcutánea) de 2 horas de duración por 1 vez (tiene mejor perfil de efectos secundarios).

● NEUROLÓGICAS

2_Compresión medular

- + **Definición**_compresión de la médula espinal por crecimiento del tumor primario o de metástasis que puede conducir a lesiones neurológicas irreversibles. La gran mayoría de las lesiones son extradurales y con gran frecuencia del segmento de la médula torácica, lo que puede provocar un grave déficit sensorial, motor y esfinteriano infralesional. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar mayor daño neurológico (paraplejía y compromiso esfinteriano). Generalmente se produce por progresión de metástasis en vértebras torácicas a partir de un cáncer de pulmón, mama o próstata.
- + **Diagnóstico**_se sospecha ante el dolor intenso, dolor toraco-lumbar en ocasiones de tipo radicular con o sin déficit neurológico, manifestado con debilidad de extremidades y pérdida de sensibilidad.
- + **Evaluación**_La R.N.M. (Resonancia Nuclear Magnética) es el examen más adecuado para comprobar el diagnóstico clínico.

Tratamiento

- + Dexametasona 10 a 20 mg seguido de 4 mg c/6 hrs., por vía endovenosa o subcutánea para controlar el edema medular.

- + Morfina en dosis necesarias para analgesia por vía subcutánea o EV.
- + Referir el paciente precozmente a un centro especializado para urgente resolución quirúrgica o radioterapia paliativa, según proceda.
- + Radioterapia paliativa como indicación urgente.
- + Laminectomía descompresiva si a pesar de las medidas anteriores, progresa el deterioro neurológico.

● RESPIRATORIAS

1_ *Disnea aguda o sofocación*

- + *Definición*_sensación de falta de aire acompañada de sensación de angustia y a veces de muerte inminente provocada por una aguda dificultad en la mecánica respiratoria o el intercambio gaseoso a nivel pulmonar.

- + *Tratamiento*
 - Cuando existe una causa específica, el tratamiento debe orientarse hacia su resolución, utilizando el drenaje de un derrame pleural masivo o un neumotórax a tensión, por ejemplo. En el caso de una ascitis severa, una paracentesis con una aguja de teflón 14 permite extraer un volumen de 3 ó 4 litros en forma rápida, seguida de un drenaje posterior más lento, que alivie el apremio respiratorio.
 - Medidas generales: en posición semisentada, con ropa suelta, compañía permanente y aire fresco sobre el rostro, inducir una relajación y brindar oxigenoterapia húmeda (solo si hay hipoxemia) sedación con opioides.
 - Dexametasona 4 mg EV/SC. cada 6 hrs. Es beneficioso cuando existe linfangitis carcinomatosa.
 - Morfina 5, 10 ó 15 Mg EV/SC. según situación individual cada 4 hrs. (disminuye la percepción subjetiva del síntoma). La morfina nebulizada está siendo objeto de estudios actualmente para determinar su eventual ventaja sobre las otras vías de administración.
 - Manejo de la ansiedad con benzodiacepinas: Lorazepan 2 mg sublingual, Alprazolam 0.5 a 1 mg o Diazepam 5 a 10 mg repitiendo en lapsos variables según situación del paciente.

2_ Síndrome de Vena Cava Superior

La vena cava superior efectúa el drenaje venoso de la cabeza, cuello, tercio superior del tórax y extremidades superiores. Es fácilmente compresible externamente en la región del mediastino por tejido tumoral y muchas veces presenta una obstrucción trombótica. El flujo venoso se desvía entonces por otros sistemas, lo que produce los signos clínicos característicos (circulación colateral subcutánea).

La causa más frecuente es el cáncer pulmonar de células pequeñas, linfomas, timomas y metástasis mediastínicas. Los signos y síntomas más importantes son edema de cara, cuello y regiones supraclaviculares, congestión craneofacial y cianosis, ingurgitación yugular y circulación colateral toracobraquial, somnolencia, cefalea y disnea.

Tratamiento:

- + Posición confortable.
- + Oxigenoterapia según parámetros clínicos y gasometría.
- + Corticoterapia en altas dosis (dexametasona 10-20 mg./día.)
- + Diurético (furosemida 40 mg./día).
- + Sedación según situación individual.
- + Radioterapia o quimioterapia paliativa como indicación urgente, según corresponda.

3_ Hemorragia masiva

Es la situación más angustiante, sobre todo en el domicilio. Como ejemplos destacamos: sangramiento carotídeo en pacientes con tumores de cabeza y cuello operados y sometidos a radioterapia, desgarrar arterial por úlceras malignas de ingle y axila, sangrado vaginal masivo por cáncer cervicouterino, hematemesis en cáncer gástrico ulcerado y hemoptisis masiva.

Tratamiento:

- + Advertir a la familia de la posibilidad de sangramiento con anticipación.
- + Disponer de toallas o sábanas de color oscuro para taponamiento y compresión local (disminuye el impacto visual).
- + Compañía permanente.
- + La reposición de volumen dependerá de la severidad del sangrado y del pronóstico vital del paciente.

- + Sedación con midazolam o lorazepam. Dosis según evolución de la situación.
- + Acido tranexámico 500 mg a 1 gr. cada 6 hrs. Puede prevenir sangrado por su efecto antifibrinolítico.

COMENTARIO FINAL

Las situaciones urgentes –y eventuales– en cuidados paliativos serán menos frecuentes y más manejables si, conociendo la condición particular de ese enfermo, se han discutido previamente con la familia.

Asegurar un acceso real y disponible al equipo de cuidados paliativos, al menos por contacto telefónico, ayuda en gran medida la control de las emergencias.

Tener definido de antemano criterios de hospitalización y protocolos de enfrentamiento de las urgencias, facilita minimizar el impacto de estas situaciones sobre el enfermo y su familia.

Lecturas recomendadas

- 1_Doyle D, Hanks G, MacDonald N. (1995) Oxford Texbook of Palliative Care. Ed Oxford University Press.
- 2_Driver L, Bruera E. (2000) The MD Anderson Palliative Care Handbook. Ed Printing Service U. Texas Health Science Center at Houston, U.S.A.
- 3_Gómez Sancho M. (1999) Medicina paliativa en la cultura latina. Aran Ediciones.
- 4_X.Gómez B., J.Planas D., J.Roca C.P. Viladiu Q. (1996) Cuidados paliativos en oncología. Ed.Jims, Barcelona.

