

MANEJO DE SITUACIONES URGENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Elías Díaz-Albo Hermida y Wilson Astudillo A.

Muchos enfermos en momentos de crisis en el final de su vida son atendidos en el domicilio por Equipos de Soporte de Emergencia que deben adaptar su forma de trabajo a estas situaciones, que requieren un abordaje diferente y una terapéutica específica de control de síntomas. No siempre existe la deseable relación de continuidad con los servicios de Oncología y de Atención primaria y no es excepcional que en ocasiones sea el propio Equipo el que haga el primer diagnóstico de un cáncer y el que dilucide si el enfermo con un padecimiento avanzado y progresivo, es o no un paciente terminal. Esta valoración preliminar es especialmente importante porque de ella dependerán todos los procedimientos posteriores. Muchas situaciones pueden manejarse satisfactoriamente si se reconocen a tiempo siendo importante que el equipo sepa detectar y controlar las crisis para mantener una buena calidad de vida en los enfermos con pronóstico de vida limitado, evitar la obstinación terapéutica en los procesos irreversibles y derivar o no al hospital a los pacientes.

INTRODUCCIÓN

Las urgencias son situaciones que amenazan, a corto plazo el equilibrio que venían manteniendo el enfermo y su familia¹. Puede ocurrir que, **objetivamente**, conlleven un riesgo grave para el paciente o que la percepción de gravedad sea solamente **subjetiva**. La evaluación la hace inicialmente el Servicio que recibe la petición de asistencia. Para la persona que llama, sea el enfermo o un familiar no existen diferencias y piensa que, toda demanda debe ser atendida de forma inmediata y se acompaña de un gran componente emocional añadido. Se ha acuñado el término “**crisis de necesidades**”² para las situaciones de urgencia, intentando resaltar la interrelación existente entre el nivel biológico, psicológico y socio-familiar. Muchas necesidades a veces son muy claras, pero en otras ocasiones detrás de una petición de ingreso hospitalario puede hallarse el agotamiento psíquico del cuidador. Ya en el domicilio, donde todo son dudas y temores, el equipo procurará establecer una buena comunicación para resolver las crisis, por ser ésta tan importante como el tratamiento médico.

VALORACIÓN DEL ENFERMO TERMINAL

Nuestra actuación inicial debe encaminarse a determinar si el paciente se encuentra o no en fase terminal según los requisitos de la SECPAL³ y si las causas de la emergencia detectadas, aplicando el método clínico que todo médico debe conocer, son o no solucionables en el domicilio con un tratamiento específico. Son esenciales: una buena historia clínica, exploración física, orientación diagnóstica, elaboración de un plan de tratamiento, reflexión pronóstica y un informe oral adecuado. Esto le permitirá al equipo que asiste valorar si el problema es urgente o no, conocer situaciones anteriores y su respuesta, darse cuenta de la situación familiar, las condiciones de cuidado, actuar o solicitar la colaboración de otros estamentos o servicios sanitarios y sociales. Se procurará evitar incurrir tres errores:

1. Tratar a un enfermo terminal como recuperable, para no caer fácilmente en el **encarnizamiento terapéutico** dado que lo indicado en el paciente agudo, puede estar contraindicado en el moribundo. Las urgencias hospitalarias y las UVIs móviles disponen de medios de reanimación que son en la mayoría de las veces, desproporcionados para esta etapa final de la vida por lo que algunos pacientes sufren más por el tratamiento que por la propia enfermedad.
2. Pensar que como se trata de un enfermo moribundo “ya no hay nada que hacer”, con lo que nos podemos instalar en la evitación y el **abandono**. Desde la filosofía paliativa, siempre es posible hacer algo para aliviar los síntomas y tratar de reducir el sufrimiento que puede acompañarle. No controlar los síntomas de los moribundos además de ser una mala práctica médica, es inmoral. Incluso si el pronóstico de vida es corto, la calidad de aquélla dependerá del control de las crisis conforme éstas vayan apareciendo⁴. Existe el convencimiento de que la mitad de los enfermos de los países desarrollados, fallecen todavía con dolor y otros síntomas a pesar de ser fáciles de controlar con una asistencia adecuada.
3. Considerar **como enfermo terminal a quien no lo sea**. Nunca se debe etiquetar como terminal al que sólo presen-

ta una enfermedad avanzada. Muchos pacientes con cáncer se mantienen estables por largo tiempo o su enfermedad progresa lentamente. Con el progreso científico son cada vez son más los afectados por cáncer que requieren la adopción de una actitud activa cuando aparecen complicaciones lo que ha hecho posible que puedan mantener muchos meses o años con buena calidad de vida. Sus crisis pueden también obedecer a la reagudización de otras patologías a su cáncer como a una descompensación de una insuficiencia cardíaca previa, un desequilibrio hidroelectrolítico, fármacos o una infección urinaria que termina afectando al sensorio.

En urgencias paliativas debemos tener en cuenta, no sólo la falta de tratamiento curativo y las expectativas limitadas de vida, si no también otras variables, como son:

- El estado funcional.
- Si presenta deterioro cognitivo y el grado de éste.
- La velocidad con la que ha progresado la enfermedad.
- Si existe alteración de la ingesta y malnutrición.
- Si la situación es potencialmente reversible
- Efecto que va a producir la reversión del síntoma producido en Urgencias
- Las hospitalizaciones previas y sus complicaciones posteriores.
- La comorbilidad.
- Deseos del paciente.
- Deseos de los cuidadores
- Si podría el tratamiento activo mantener o mejorar su calidad de vida

Una adecuada evaluación de la situación clínica y familiar del enfermo nos va a permitir decidir si es necesario su ingreso, conocer sus deseos o de sus cuidadores, la situación domiciliaria, lo que se puede o no hacer en casa y los problemas que pueden requerir otras actuaciones para su diagnóstico más de tipo hospitalario.

SITUACIONES URGENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

HEMORRAGIAS

La incidencia de hemorragias en pacientes con cáncer avanzado es aproximadamente del 6-10 %⁵. Se suele considerar que es grave cuando se pierde sangre de forma brusca en cantidades superiores a 250 ml⁶. Se asocia a gravedad, por lo tanto la atención siempre será rápida, por la inquietud que provoca en el paciente y la familia. Además, las pequeñas hemorragias **pueden ser aviso de una hemorragia más importante**.

Nuestra labor será valorar la situación hemodinámica del enfermo, mediante la clínica, la tensión arterial y el pulso. Si la hemorragia es grave se debe disponer cuanto antes una vía endovenosa para la administración de fármacos, ya que no se considera la reposición de volumen, en el paciente que está próximo a fallecer. La vía subcutánea no es útil debido por la hipoperfusión periférica presente.

Se prepararán toallas de color verde o azul para evitar el impacto visual de la sangre sobre el color blanco de la ropa de cama⁷. En el caso de una hemorragia masiva, se hablará con la familia sobre la necesidad de la sedación del paciente con midazolam (véase sedación en la agonía). Si existe disnea se añade morfina, entre 5 y 10 mg (ó 1/6 de la dosis diaria que tome habitualmente). Si no es posible coger la vía y aplicar el medicamento en un contexto que puede presentarse muy dramático, utilizaremos la vía subcutánea, o rectal (5-10 mg de diazepam rectal) mantendremos la calma y procuraremos permanecer siempre junto al enfermo, sabiendo que la misma hemorragia irá disminuyendo su nivel de conciencia.

Hematuria: Basta con un poco de sangre para colorear la orina, pero la gravedad no radica en su intensidad sino en su etiología y la presencia de coágulos que pueden provocar una retención aguda. Debemos intentar realizar una primera aproximación etiológica y descartar la patología infecciosa. En los casos de hematuria importante, se deben realizar lavados vesicales varias veces al día. Si no cede y no está indicada la derivación al hospital, se coloca una sonda de tres vías para realizar un lavado continuo con suero frío. Si el sangrado es discontinuo, puede utilizarse ácido tranexámico 500 mg cada 8 h durante tres días y dejar señalado que se suspenda en caso de que favorezca la formación de más coágulos.

Hemoptisis: Un sangrado importante generalmente es precedido de episodios de menor cuantía, por lo que su presencia debe llevar a coger una vía venosa, por si necesitamos un acceso rápido. La hemoptisis que puede conllevar un peligro inmediato de muerte cumple habitualmente alguno de los siguientes criterios⁸:

- Sangrado mayor de 200 ml/día.
- Insuficiencia respiratoria.
- Inestabilidad hemodinámica.

En esta situación se debe colocar al paciente en decúbito lateral, sobre el lado del pulmón afectado para evitar la aspiración hacia el pulmón sano. El fallecimiento suele fallecer por asfixia, no por la cantidad mayor o menor de la hemorragia. Se suspenderán los AINE, se pautará un antitusígeno y se empleará ácido tranexámico a dosis entre 500 mg y 1 g I.V. cada 8h. También se utilizan con buenos resultados aerosoles de adrenalina 1/1000 diluida en suero fisiológico (1 mg en 5 ml). La derivación al hospital para la administración de radioterapia, está indicada en la mayoría de los casos. Si el sangrado se hace refractario a los tratamientos y el enfermo está en la situación de últimos días, se considerará la sedación.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

La clínica puede dar tanta información acerca de la gravedad del cuadro como la gasometría. Los signos más relevantes de IRA son: la cianosis, disminución del nivel de conciencia, aumento de la frecuencia respiratoria, el uso de la musculatura accesoria, el tiraje y el estridor. Las obstrucciones traqueales tienden a causar estridor fundamentalmente inspiratorio. El estridor de los bronquios principales suele ser tanto inspiratorio como espiratorio. En vías aéreas más bajas el estridor puede ser solamente espiratorio y puede confundirse con las sibilancias de las obstrucciones bronquiales crónica⁹.

No es posible realizar un tratamiento etiológico en la mayoría de los casos. Si existe broncoespasmo u obstrucción parcial de la vía aérea, se puede usar un corticoide como la dexametasona (4-8 mg/día)¹⁰. Respecto a la oxigenoterapia, se recordará que en la IRA parcial se debe mantener una saturación de oxígeno por encima del 90%, mientras que en la global el objetivo es mantenerla entre el 85 y el 90%. En los pacientes con hipercapnea, la administración de oxígeno a un flujo elevado puede deprimir el centro respiratorio.

Llamamos **disnea terminal** a la disnea multifactorial y refractaria que se presenta en la agonía. Suele aparecer en pacientes con un compromiso respiratorio previo que experimentan la sensación de que van a morir asfixiado. Al igual que en la hemorragia masiva, no debemos dejarles nunca solos y se tendrá tomada una vía endovenosa para administrar morfina, 5mg iv (o si ya tomaba morfina, 1/6 de la dosis diaria total) y midazolam de 2,5 a 5mg iv. para suprimir la ansiedad que se pueden repetir cada 10 minutos, hasta su control, con aumentos de la dosis de morfina en un 30-50% de la que tomaba habitualmente.

TAPONAMIENTO CARDÍACO

La acumulación de líquido en la cavidad pericárdica en cantidad suficiente como para producir una dificultad grave en la entrada de sangre en los ventrículos origina un taponamiento pericárdico. Su causa más frecuente son los procesos neoplásicos, en relación con la enfermedad metastásica secundaria a cáncer de pulmón, cáncer de mama, leucemias, linfomas y melanoma. Otras causas son los tumores pericárdicos primarios, la radioterapia, ciertas infecciones y algunos agentes quimioterápicos¹¹.

El síntoma más frecuente es la disnea que aparece en general de forma progresiva en días o semanas, acompañado de tos, dolor torácico, náuseas, vómitos y molestias abdominales. En casos severos, aparecen síntomas de bajo gasto cardíaco, obnubilación, oliguria, ansiedad y mareo. El paciente presenta taquicardia, taquipnea, ingurgitación yugular, hipotensión, pulso paradójico, signo de Kussmaul y hepatomegalia. Se confirma el diagnóstico con rayos x de tórax, Ecg y un ecocardiograma. El tratamiento consiste en oxígeno, fluidoterapia e inotropos. Los diuréticos y los vasodilatadores están contraindicados. Tras la pericardiocentesis evacuadora la tasa de recidiva es alta, por lo que se suele hacer una pericardiostomía subxifoidea.

SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR (SVCS)

El síndrome de la vena cava es el conjunto de síntomas y signos que aparecen con la obstrucción del flujo sanguíneo de la vena cava superior en alguna parte de su recorrido hacia la aurícula derecha.

La obstrucción se debe en el 80% de los casos¹², a la compresión extrínseca de un cáncer de pulmón, linfoma o metástasis adenopáticas mediastínicas, principalmente de mama, riñón o seminoma. Su aparición en el cáncer pulmonar es un signo de mal pronóstico, con aumento de la mortalidad en los meses posteriores. Las causas no neoplásicas son la mediastinitis esclerosante idiopática, fibrosis mediastínica por histoplasmosis, trombosis venosa primaria y la formación de trombos y fibrosis alrededor de un catéter venoso central especialmente en pacientes con marcapasos¹³.

Se presenta normalmente de forma **subaguda** con: disnea, hinchazón facial y del cuello, cianosis, somnolencia y circulación colateral en el tórax. Aunque la radiografía de tórax es anormal en muchos casos (ensanchamiento mediastínico, derrame pleural) la TAC con contraste proporciona una información más precisa sobre la localización de la obstrucción, su extensión, la circulación colateral y en muchos casos la causa subyacente¹⁴

Los pacientes con SVCS, en el domicilio, se alivian con medidas conservadoras que incluyen incorporación del paciente en la cama y oxigenoterapia, así como con dexametasona, 16 mg al día. Si la disnea se presenta de forma repentina, se emplean dosis más altas y en bolus (hasta 40 mgr de dexametasona). Más discutido es el uso de la furosemida. Si no se produce una buena respuesta después de estas primeras medidas se derivará al hospital. Si el SVCS es inducido por un catéter se procederá al retiro del mismo si no es imprescindible, administrándose heparina durante su retirada para evitar embolias. En los casos cuyo origen sea neoplásico la radioterapia es la base principal del tratamiento urgente, que es especialmente efectiva en los linfomas. La quimioterapia es un buen tratamiento si el SVCS es de desarrollo lento. La cirugía es de alta morbilidad y escaso éxito¹³.

HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL (H.I.C)

Es el aumento de presión dentro de la cavidad craneal, generalmente provocado por un tumor cerebral. Cursa con cefalea, vómitos “en escopetazo”, alteraciones visuales y de la marcha, trastornos de la personalidad, etc. Debe ser tratada con urgencia, pues puede evolucionar rápidamente hacia el coma y muerte. La cefalea es el síntoma que aparece con más frecuencia y que va en aumento

(normalmente la persona lo refiere desde hace semanas o incluso meses). Es un dolor que no respeta el sueño. **Tabla I**

Tabla 1. Signos y síntomas de hipertensión intracraneal¹⁵

- Estado alterado de conciencia, agitación, delirio
 - Cefalea, cervicalgia
 - Crisis focales o generalizadas
 - Crisis cerebelosas (opistotonus)
 - Postura de decerebración (hipertonus, extensión y rotación interna de los cuatro miembros)
 - Amaurosis, midriasis
 - Parálisis del II, IV, VI y desviación conjugada de la mirada
 - Nistagmus, tinnitus
 - Mioclonias de cara y de miembros
 - Disartria y disfagia
 - Signos piramidales, parestesias
 - Trastornos cardiovasculares o respiratorios
 - Hipertermia, cianosis facial, enrojecimiento, palidez, sudoración
 - Náuseas, vómitos, hipo, sialorrea, diarrea, incontinencia.
-

En el tratamiento para la hipertensión intracraneal, se empezará por elevar la cabecera del paciente en 30° sobre la horizontal y por hacerle hiperventilar por pocos minutos si puede colaborar porque ello reduce la PCO₂ y causa vasoconstricción intracraneal con reducción del flujo vascular intracraneal. Si hay signos agudos de HIC se procederá a la administración de soluciones hipertónicas como Manitol al 20 % que producen una rápida reducción de la PIC y edema cerebral aunque todavía no se comprende su mecanismo de acción. Dosis de 1 a 4 mg/kg. No deberá usarse más de 150-200 g/día ni por más de 3-4 días por su efecto rebote. Crea un gradiente hiposmolar entre la sangre y el cerebro extrayendo el agua del compartimiento cerebral. La hemorragia intracerebral es una contraindicación¹⁵.

Los corticoides han ganado una amplia aplicación en neuro-oncología por su efecto antiedema peritumoral que disminuye el edema cerebral. Con su empleo entre un 70% y un 80% de pacientes aproximadamente mostrará una mejoría clínica significativa¹⁶. No existe acuerdo entre los diversos autores acerca de la dosis óptima y los intervalos de administración¹⁷, variando las dosis de dexametasona, entre 24 mg y 60 mg al día, hasta 100 mg., según la severidad de los síntomas y la respuesta inicial. Su efecto clínico se observa ya entre 6 y 24 horas de la administración de la primera dosis y alcanza su máximo en 3-7 h. Si la clínica remite se mantienen dosis de 16 a 24 mg cada 24 horas. Si hay convulsiones o vómitos, se añaden diazepam 5-10 mg IV lento, o midazolam 10 mg IV o IM, con otras dosis similares cada hora si persisten las crisis.

HIPERCALCEMIA TUMORAL

La hipercalcemia es la complicación metabólica más frecuente y potencialmente más grave que pueden presentar los pacientes con cáncer avanzado con metástasis óseas o sin ellas. Se habla de hipercalcemia cuando existen cifras de calcio total superiores a 10,5 mg/dl. Los valores normales del calcio se mantienen entre 9 y 10,5 mg/dl. Como el calcio va unido a las proteínas, estas cifras se refieren a los niveles normales de proteínas plasmáticas. Dado que en el enfermo terminal es frecuente la hipoproteïnemia, se debe corregir la cifra de calcio según los niveles de albúmina de la sangre¹⁸ aumentando la calcemia en 1mg/dl por cada gr/dl. que la albúmina o las proteínas totales se encuentren por debajo de su nivel normal.

La clínica se manifiesta mediante debilidad progresiva, obnubilación y alteraciones de la conducta. También suele tener anorexia y náuseas y un progresivo empeoramiento hasta el coma. La clínica depende tanto de los niveles plasmáticos como de la velocidad de instauración. Muchos de estos síntomas son comunes en cualquier enfermedad oncológica avanzada, por eso, antes de achacar el cuadro a la progresión de la enfermedad se hará una analítica. Siempre hay que pensar en la hipercalcemia, como una de las posibles causas de *delirium* en el paciente terminal.

El tratamiento se hará de forma urgente cuando haya síntomas con la reducción del calcio mediante la hidratación endovenosa. En

un tercio de los casos, la sintomatología es leve y será suficiente una hidratación con un volumen de suero fisiológico entre 2-3 litros en 24 horas al que se puede añadir un diurético de asa como la furose-mida, 20-40mg al día, para aumentar la eliminación renal de calcio. Después de estas primeras medidas se requieren otro tipo de fármacos más específicos. Son importantes en su prevención la hidratación adecuada y la movilización. La hipercalcemia supone un factor de mal pronóstico con un aumento de la mortalidad a los pocos meses.

SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR (SCM)

Aunque habitualmente se la describe junto con el síndrome de la vena cava superior y con la hipercalcemia, por la rapidez con la que se debe instaurar el tratamiento, la compresión medular se puede considerar una emergencia médica en cualquier fase de la enfermedad y debe tratarse inmediatamente, pues una vez instaurada, su evolución puede ser muy rápida y llevar a una paraparesia o incluso a una paraplejía en horas.

Se produce aproximadamente en el 5-10% de los pacientes con metástasis óseas. La localización más frecuente es la dorsal¹⁹ y se demuestra por RMN, bloqueo mielográfico y rx de columna que ubica la lesión en un 90 % de casos. Los síntomas y signos producidos por la compresión de la médula espinal de las raíces o los plexos nerviosos. El dolor es el síntoma inicial y aparece prácticamente en todos los pacientes cuando se realiza el diagnóstico. **Es un dolor que empeora con el decúbito.** Disminuye parcialmente al sentarse o ponerse de pie y empeora con la flexión del cuello, la elevación de las piernas o la tos. La presión de las apófisis espinosas de las vértebras localiza la lesión.

Es fundamental la sospecha clínica del cuadro, en todos **pacientes oncológicos que presenten dolor de espalda**²⁰.

Otro síntoma que aparece con más frecuencia es la debilidad en extremidades, que se acompaña de alteraciones en la marcha y el equilibrio. Posteriormente van apareciendo alteraciones esfínterianas y sensitivas. No es rara una retención aguda de orina, que es a menu-

do es indolora, a diferencia de las retenciones producidas por otras causas. Antes de derivarla al hospital, es fundamental insistir en el carácter de urgencia de la compresión medular y que el inicio del tratamiento debe ser lo más precoz posible, incluso ante la sospecha clínica.

La compresión medular debe tratarse inmediatamente mediante:

- Reposo absoluto
- Corticoides: dexametasona en bolo, 20 y 40 mg iv (pueden ser dosis mayores hasta 100 mg, si es muy rápida la progresión clínica), continuando con dosis de 4 a 16 mg cada 6 horas, ajustando la dosis a la rapidez del deterioro neurológico. Pueden reducir el dolor, preservar las funciones neurológicas y mejoran el pronóstico funcional después del tratamiento definitivo.
- Radioterapia, en casos de compresión extradural
- La cirugía está indicada en casos refractarios a radioterapia, tumores radiorresistentes, neoplasias de origen o naturaleza desconocida, o dudas diagnósticas con abscesos o hematomas epidurales y en casos de inestabilidad espinal o desplazamiento vertebral.

La mayoría de los SCM se podrían diagnosticar en el domicilio, si pensamos en él cuando aparece la clínica descrita. Si hacemos el diagnóstico cuando el enfermo todavía camina el porcentaje de recuperaciones es del 80%²¹. Si ya están presentes la retención urinaria y la paraparesia, sólo se recuperan la mitad. Cuando ya está instaurada la paraplejía la mayor parte de los pacientes no recuperan la función.

ESTATUS EPILÉPTICO

Una crisis que dure más de 5 minutos o dos o más crisis que ocurran sin recuperación completa de conciencia entre ellas, se define como estatus epiléptico. Pueden las crisis ser tónico clónicas, tónicas, clónicas, mioclónicas, simples parciales o epilepsia parcial continua. La prioridad del tratamiento es dar apoyo cardiovascular y respiratorio. Se deberá evitar la hipoxia y valorar inicialmente la existencia o no de hipoglucemia, tras lo cual se debe

administrar tiamina 100 mg, IV, seguida de suero glucosado al 50 %, siendo la infusión intravenosa de benzodiazepinas y fenitoína la primera línea farmacológica. El tratamiento tiene un alto grado de éxito (80%) si se inicia dentro de 30 minutos. Si se retrasa más de 2 horas, éste disminuye al 60 %. El diazepam (0,15-0,25 mg/kg) entra al cerebro en pocos segundos, pero sus efectos anticonvulsivantes son breves por lo que es preciso dar una segunda dosis 20-30 minutos después. Puede administrarse por vía rectal en dosis de 5 mg. Para niños y 10 mg para adultos. Se deberá evitar la vía im por ser impredecible. Otras opciones son: lorazepam 0,1 -0,15 mg/kg, IV en bolo lento (1-2 minutos). Puede repetirse a los 5 min. El midazolam, es soluble en agua, tiene una vida media corta. Tiene un inicio de acción a los 3 minutos tras la administración IV, 5 por via im y 15 por vía oral. En casos refractarios, la dosis inicial es 0,2 mg/kg, seguida por una infusión de 0,05-0,5 mg /kg h. En pacientes mayores es mejor empezar con dosis de 1-2 mg. Si las crisis persisten, se usará la difenilhidantoina, en dosis de 20 mg/kg que se diluirá en solución salina y se pasará en una hora. El fenobarbital es una opción si fracasan las benzodiazepinas. Otra opción es la inducción de sedoanalgesia con barbiturúricos, midazolam y el propofol que se hace en el hospital¹⁵.

SITUACIONES ESPECIALES URGENTES

CLAUDICACIÓN FAMILIAR

Es la sensación que tiene la familia de no poder seguir atendiendo al enfermo cuando se ha llegado al agotamiento psíquico o físico del cuidador. La claudicación familiar es un **diagnóstico** y como tal debe quedar reflejado en la historia clínica y se suele formular en forma de petición de ingreso hospitalario por lo que debemos ser capaces de constatar que la familia estaba haciéndolo bien hasta este momento y que ahora no se ven en posibilidades de seguir haciéndolo a través de bloqueos emocionales, hostilidad o agresividad por parte de los cuidadores hacia el enfermo y el equipo. Se hará el diagnóstico diferencial de la claudicación con el denominado “problema social”, en el que no existen familiares directos, o éstos no quieren hacerse cargo de la atención del enfermo.

En nuestro entorno cultural, la labor de la familia (y decir familia es decir “mujer” en el 90% de los casos) resulta imprescindible a la hora de asistir a un enfermo avanzado. El cuidador tiene derecho a una asistencia adecuada que, por lo general, no reclamará²² Los Servicios de Urgencia Domiciliaria pueden derivarlo al hospital pero no siempre a una unidad de Cuidados Paliativos como lo haría el Equipo de Soporte paliativo domiciliario, por lo que se explicará a la familia estos aspectos que pueden enlentecer este ingreso a la vez que iniciar contactos con servicios del hospital que lo recibe para que el paso por Urgencias sea lo más rápido posible hacia la unidad más indicada para su atención. Una vez ingresados es posible constatar también el agotamiento emocional o físico a través de una mayor demanda de información, peticiones para evaluar y reevaluar multitud de signos irrelevantes, llamadas reclamando la presencia del médico de guardia, quejas desproporcionadas por la atención que se recibe, etc.

ANSIEDAD

Para comprender mejor la claudicación familiar y muchas de las llamadas recibidas por los Servicios de Urgencias, es recomendable conocer algunos aspectos básicos de la ansiedad. Se define como el estado emocional en el que el individuo siente **miedo ante una situación amenazante**²³. La ansiedad tiene una función de supervivencia, nos dispone para la lucha o la huida. Se considera desadaptativa o patológica cuando es desproporcionada respecto a la amenaza real, si persiste o empeora con el tiempo y altera, de alguna forma, la vida de la persona que la sufre^{24,25}. Los síntomas y signos de la ansiedad afectan a la persona de forma global: aparecen pensamientos irracionales, hiperactividad, irritabilidad, etc., con cambios en el ritmo cardíaco y la respiración, etc. Esta ansiedad patológica se manifiesta en los llamados trastornos de ansiedad.

Crisis de pánico: es un trastorno de ansiedad que se suele presenta de forma repentina. Es una experiencia muy intensa de miedo, que se acompaña de sudoración, taquicardia y sensación de ahogo. La persona cree que va a morir. Esta sensación va aumentando de intensidad en pocos minutos, para luego disminuir y desaparecer. Se presentan generalmente en pacientes con un trastorno previo de

ansiedad, cuestión que siempre reflejaremos en la historia. A veces, se acompañan de algún grado de dificultad respiratoria, con episodios repentinos de disnea aguda. Estas crisis respiratorias, tienden a ocurrir por la noche y contienen un componente ansioso importante que es bien conocido por los Equipos de Urgencia. Habitualmente presentan una buena coloración sublingual y pulsioximetrías normales. Para su tratamiento se utilizan, tanto el loracepam 0,5-1 mg., como el alprazolam 0,25-1,2 mg.

Trastorno adaptativo de ansiedad: se caracteriza por inicio de la ansiedad, más o menos, al mes de haberse producido la situación estresante. Debemos indagar este agente causal y reflejarlo en la historia. En el Trastorno de ansiedad generalizada, los síntomas se mantienen en el tiempo. **Tabla II.**

Tabla 2. Trastorno de ansiedad generalizada

- Inquietud, irritabilidad, incapacidad para relajarse.
 - Sensación de estar “al límite”.
 - Dificultad para deglutir, “nudo en la garganta”.
 - Respuesta exagerada ante pequeños estímulos (ej.: timbre del teléfono).
 - Dificultad para mantener la atención (en un libro, la televisión, etc.).
 - Insomnio.
-

Conociendo, aunque sea someramente estos trastornos, comprenderemos mejor las peticiones de ayuda de estos pacientes, y no serán rechazados por los médicos, como habitualmente se ha venido haciendo, cuando se llegaba a la conclusión que el trastorno no era debido a una patología orgánica. Los trastornos de ansiedad no son menos enfermedad que otra, no se le puede decir que “tiene que relajarse”, hay que tratar la ansiedad como lo que es: uno de los síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos.

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Es un trastorno más de conducta caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con alteraciones de la esfera emocional. Puede ser de causa orgánica (s. confusional agudo o deliro), psíquico o derivado del uso de fármacos. Es un tema de alta prevalencia en urgencias. La historia clínica es importante y se apoyará en exploraciones complementarias básicas. Los neurolépticos y las benzodiacepinas son los fármacos de elección, salvo los primeros en caso de demencia de C. de Lewy. Se empleará el haloperidol 2,5 a 5 mg por vía oral, im, o iv, repetible c/30 minutos. Dosis máxima 100 mg/día. En ancianos procurar usar 1/3). En pacientes psiquiátricos especialmente puede usarse la risperidona 0,5 a 2 mg al día en 1-2 tomas, la olanzapina 10 mg vo o im o la ziprasidona 40 mg vo c/12 h o 10-20 mg im que se puede repetir a las 2 horas (máximo 40 mg al día)²³⁻²⁵. Puede asociarse con lorazepam 2-5 mg al día, que potencia su acción o el midazolam, o diazepam 5-10 mg. Vo, im, o iv,. o Midazolam 0,1 mg/kg. Im o 2-2,5 IV en 2-3 minutos.

CONTROL DE SÍNTOMAS EN LA AGONÍA

DISTANASIA

Es la muerte con dolor, con disnea, agitado, etc., con una agonía que tiende a prolongarse. El equipo comparte una sensación de fracaso y la familia se nos muestra hostil o francamente agresiva. En definitiva, es el morir en malas condiciones, y constituye una verdadera urgencia en Cuidados Paliativos²¹. Un buen manejo de la agonía evitará la distansia.

LA AGONÍA

La cercanía de la muerte, por muy esperada que esta sea, genera una gran inquietud en la familia que, al final, se traduce en numerosas demandas de atención hacia los equipos asistenciales. Diagnosticar es una habilidad clínica que el médico debe adquirir. (Ver Capítulo: Situación de los últimos días-Agonía. La vía subcutánea y la hidratación).

La duración del proceso de morir es habitualmente inferior a una semana. Si hay disminución de la conciencia éste suele ser menor. En los Cuidados Paliativos, la agonía debería ser un tiempo de calma. Es el momento de atender las **necesidades reales** del enfermo, evitando todo lo que le pueda producir molestias. A la familia se le debe transmitir la sensación, de que se estamos proporcionando los tratamientos adecuados para esta etapa y sobre todo intentar que no tenga la sensación de abandono. Es el momento para consensuar las decisiones, replantear objetivos y revisar los fármacos, suspendiendo aquellos que no ofrezcan un beneficio claro al paciente²⁶, como la Insulina, hipoglucemiantes, antibióticos, antirretrovirales, antidepressivos, antiarrítmicos, diuréticos, laxantes, broncodilatadores. Los corticoides pueden mantenerse en algunos casos.

Es esencial procurar desarrollar una buena comunicación con los pacientes y sus familias que nos permitan conocer en ese escaso tiempo, lo que tiene el enfermo y su posible voluntad en caso de que la situación vaya a mal. Como indica Luddinton²⁷, no debemos dejar que nuestros deseos de practicar la técnica y el arte prevalezcan sobre la atención a los seres humanos que se confían a nosotros y que debe basarse sobre todo en el respeto a sus deseos.

A medida que el paciente entra en un estado de semi-inconsciencia, debido a la progresión de su enfermedad, pierde la vía oral se hace imposible. Los fármacos se administrarán por vía subcutánea. **Tabla 3.** Se evitarán las sondas (excepto en la retención aguda de orina que provoque inquietud). La vía endovenosa sólo está indicada en las situaciones que se necesite un control inmediato (disnea, la hemorragia intensa, etc.). Se sugerirá a la familia a que intensifiquen el contacto físico, Todo esto será más fácil si mantenemos un contacto estrecho con la familia.

Tabla 3. Vademécum de Urgencias

- **Ácido tranexámico** / Amchafibrin[®], en ampollas de 500 mg.
- **Alprazolam** / Trankimazín[®], en comprimidos de 0,25, 0,5, 1 y 2 mg.
- **Butilbromuro de hioscina** / Buscapina[®], en ampollas de 20 mg.

- **Cloruro Mórfico**, en ampollas al 1%, **1ml.** equivale a **10 mg de morfina.**
 - **Cloruro Mórfico**, en ampollas al 2%, **2ml.** equivalen a **40mg de morfina.**
 - **Dexametasona** / Fortecortín[®], ampollas de 4 y 40 mg.
 - **Furosemida** / Seguril[®], en ampollas de 20 mg.
 - **Haloperidol**, en ampollas de 5 mg.
 - **Levomepromacina** / Sinogan[®], en ampollas de 25 mg.
 - **Loracepam** / Orfidal[®] e Idalpren[®], comprimidos de 1 y 5 mg.
 - **Midazolam** / Dormicum[®], en ampollas de 5 y 15 mg.
-

SEDACIÓN EN LA AGONÍA: A pesar de todo nuestro empeño, un promedio del 25%²⁹⁻³⁴ de los enfermos terminales tienen síntomas refractarios a los tratamientos habituales. La sedación puede ser una verdadera medida paliativa en estos casos y sirve para **disminuir el nivel de conciencia** con el objetivo de controlar unos síntomas que no se pueden controlar de otra forma. Estos síntomas suponen una situación tan intolerable de sufrimiento para el enfermo que, deberá ser si es posible, o su familia, previamente informados del proceso y de sus consecuencias para que otorgue su consentimiento a dicho tratamiento. Reflejaremos en la historia clínica:

- La indicación.
- La información proporcionada para pedir el consentimiento. (procedimiento y posibles consecuencias).
- El consentimiento del enfermo (o el de la familia si éste no pudiera expresarlo).
- Los fármacos, las dosis y su aplicación escalonada.
- El seguimiento y las reevaluaciones del proceso.

Una forma de sedación podría ser la administración de midazolam sc 2,5 mg cada 15 minutos, hasta conseguir el nivel de conciencia deseado. Si la sedación debemos realizarla con urgencia, diluiremos una ampolla de 15mg (3ml) en 7 ml de suero fisiológico y lo administraremos mediante inyección lenta endovenosa, modificándose la velocidad según la sedación que se vaya obteniendo. Dejaremos, posteriormente, entre 30-60mg al día de midazolam (no

se recomiendan dosis mayores de 180mg/día). Si la sedación es por *delirium* o falla el midazolam, estaría indicada la levomepromazina a dosis entre 75 y 150 mg al día.

Para terminar, vale la pena resaltar lo expresado por Solano et al³⁵, e indicar que debemos trabajar porque una buena Medicina Paliativa no sea de crisis o de urgencia, pues debemos adelantarnos a los acontecimientos y anticipar si es posible, a otros equipos, particularmente a los de urgencia de la existencia de pacientes delicados y dejar por escrito el tratamiento que se hace y lo que se haya hablado con los pacientes y sus familias para que no exista discontinuidad en su cuidado, dejando prevista la toma de ciertas medidas en caso de que la situación vaya a mal a la vez que resaltemos nuestro compromiso de no abandono y de buen hacer para conseguir que el tránsito de la vida a la muerte sea lo más delicado posible y sin sufrimiento en el lugar donde el enfermo lo haya deseado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pras, P., Bertrand, F. *Urgencias en el anciano*, Masson S.A. 1994,
2. Boceta, J., Cía R., Cuadra, C., *Cuidados paliativos domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia*. Documentos de Apoyo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2003, 112-117.
3. Sáenz Ortiz, J. Gómez Batiste, X., Gómez Sancho, M., Núñez Olarte, J.M. *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la SECPAL*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1993.
4. Borenstein, M., *Oncología en el Servicio de Urgencias*. En: Clarke T., Germaine, C., *Urgencias Médicas 2ª edición*. Editora Médica Europea. 1992, 687-696.
5. Smith, A.M., *Emergencies in Palliative Care*. En: Ann. Academy of Medicine. 1994, 23: 186-190.
6. Centeno, C., González, C., *Situaciones urgentes en Cuidados Paliativos*. En: Valentín Maganto V., Alonso, C., Murillo Mª T., Pérez, P., Vilches Y., *Oncología en Atención Primaria*. Ed. Nova Sidonia. 2003, 625-640.
7. Asociación Española contra el Cáncer. En: *Manual de Cuidados Paliativos*. 1994, 85-91.

8. González, M., Fernández, C., Richard, F., *Hemoptisis*. En: Callado, F.J., Richard, F., Urgencias en Medicina. Ed. Librería Berceo. 2004, 121-125.
9. Centeno, C., González, C., *Situaciones urgentes en Cuidados Paliativos*. En: Valentín Maganto V., Alonso, C., Murillo, M^aT., Pérez, P., Vilches Y., Oncología en Atención Primaria. Ed. Nova Sidonia. 2003, 625-640.
10. Amado, E., Ponsa, M., *Prescripción en Cuidados Paliativos*. En: Guía de Prescripción Terapéutica, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Pharma Editores S.L. 2006, 10-13.
11. La Casta, A., Urgencias en Oncología. En: Alivio de los síntomas difíciles y del sufrimiento en la terminalita. Editado por W. Astudillo, A. Casado da Rocha y C. Mendinueta. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2005, San Sebastián, 181-188
12. Chacón, J.I., *Urgencias en oncología*. En: Abad, A., Lluch, A., Martín, M., Mendiola, C., Protocolos en Oncología, 2^a edición. Glaxo Wellcome. 1998, 537-554.
13. Solano, D., Hinojal, C. y Miguel de la Villa, F. Urgencias en Cuidados Paliativos. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia, editado por W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo. Eunsa. Barañain, 4 Ed. 2002, 247-257.
14. Alberola, V., Albert, A., *Síndrome de la vena cava superior*. En: Camps, C., Carulla, J., Casas, A.M^a, González, M., Sanz-Ortiz, J., Valentín, V., *Manual SEOM de Cuidados continuos*. Sociedad Española de Oncología Médica. 2004, 323-329.
15. Caraceni, A., Martín, C., Simonetti, F. Neurological problems in advanced cancer. EN: Oxford textbook of palliative Care, edited by D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman, Oxford University Press. 3^a Ed., 2005, 702-727
16. De Luis, V.J., *Síntomas neurológicos*. En: Valentín Maganto, V., Alonso, C., Murillo, M^aT., Pérez, P., Vilches, Y., Oncología en Atención Primaria. Ed. Nova Sidonia. 2003, 513-525.
17. Oneschuck, D., Bruera, E., ***Palliative management of brain metastasis***. En: Support Care Cancer, 1998, 6: 365-372.
18. Rodón, J., *Hipercalcemia*. En: Porta, J., Gómez-Batiste X., Tuca, A., *Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Arán Ediciones. 2006, 239-243.
19. Astudillo, W., Mendinueta, C., Rosa, J., *Cuidados paliativos oncológicos: utilidad de la radio-quimioterapia y hormonoterapia*. En: Astudillo

- W., Mendinueta, C., Astudillo, E., Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia, 4ª edición. EUNSA. 2002, 201-225.
20. Ruckdeschel, J.C., Spinal Cord Compression. En: Abellof (Ed.) Clinical Oncology 2nd Ed. Churcchill Livingstone. 2000, 811-818.
 21. Ruiz de Lobera, A., Artal, A., *Síndrome de compresión medular*. En: Camps, C., Carulla, J., Casas A M^a, González, M., Sanz-Ortiz, J., Valentín V., *Manual SEOM de Cuidados continuos*. Sociedad Española de Oncología Médica. 2004, 367-377.
 22. Gracia, D., Rodríguez, J.J., Antequera, J.M., Barbero, J., Bátiz, J., Bayés R., Casares, M., Gervás, J., Gómez, M., Pascual, A., Seoane, J.A., *Ética en Cuidados Paliativos*. En: Guías de ética en la práctica médica. Fundación Ciencias de la Salud. 2006, 99.
 23. Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P., Bayés R., Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y Protocolos. Editorial Ariel Ciencias Médicas. 2003. 5-58.
 24. Stonk, D. PH., House, A., Anxiety in Cancer Patients. British, J. of Cancer. 2000; 83 (10): 1261-1267.
 25. Rodríguez Martín, B., Gato Díez, A. Protocolo evaluación clínica y tratamiento del paciente agitado. Medicine. 2007;9 87), 5631-5634
 26. Pérez, P., Ullán, E., Valentín V., *Atención a los pacientes en fase terminal*. INSALUD-Área 11, 1998.
 27. Twycross, G., Lichter, I., *The terminal phase*. En: Doyle, D., Hanks GWC, MacDonald, N. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd ed. 1998, 977-990.
 28. Luddinton, A.V., ¿Quién decide sobre la muerte? Modern Geriatrics (Ed. Española), 1994:6:102-105
 29. Trelis, J., *Situación de los últimos días-agonía*. En: Porta, J., Gómez-Batiste X., Tuca, A., *Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Arán Ediciones. 2006.
 30. Vilches Y., *Cuidados y tratamiento durante la agonía*. En: Camps, C., Carulla, J., Casas, AM^a, González, M., Sanz-Ortiz, J., Valentín, V., *Manual SEOM de Cuidados continuos*. Sociedad Española de Oncología Médica. 2004, 541-553.
 31. Gracia, D., Núñez, J.M., Report from Spain. Support Care Cancer. 2000, 8: 169-174.
 32. Porta, J., Yllá-Catalá, E., Estíbalez, A., Grimau, I., Lafuerza, A., Nabal, M., Vicuña, M., Sala, C., Tuca, A., *Estudio multicéntrico catalano-balear*

sobre la sedación terminal en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. 1999, 6(4): 153-158.

33. Porta, J., *Aspectos clínicos de la sedación en cuidados paliativos*. En: *Ética y sedación al final de la vida*. Cuadernos de la Fundación Víctor Griñols i Lucas. 2003.
34. Porta, J., *Sedación al final de la vida: aspectos clínicos y éticos*. *Geriatría y Gerontología*. 2003, 38: 44-52.
35. Solano, D, Hinojal, C., Miguel de la Villa, F. *Urgencias en Cuidados Paliativos*. En: W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo, *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 4º ed. EUNSA, Barañain. 2002, 247-257.

