

# CURSO URGENCIAS

...

# CUIDADOS PALIATIVOS

Badajoz, 15 de junio de 2018  
Dra. María Esther García Caballero

# ÍNDICE.

## ○ MOTIVOS DE CONSULTA EN URGENCIAS (MCU).

- Dolor.
- Agitación.
- Disnea.
- Pérdida de vía oral.
- Claudicación familiar.

## ○ URGENCIAS EN MEDICINA PALIATIVA.

- Síndrome de vena cava superior (SVCS).
- Hipercalcemia.
- Convulsiones.
- Compresión medular.
- Hemorragia

# MOTIVOS DE CONSULTA EN URGENCIAS.

- ❖ DOLOR.
- ❖ AGITACIÓN.
- ❖ DISNEA.
- ❖ PÉRDIDA DE VÍA ORAL.
- ❖ CLAUDICACIÓN FAMILIAR.

# MCU – DOLOR.

- Anamnesis: localización, temporalidad y características del dolor.
- Exploración física.

# MCU – DOLOR.

- Anamnesis: localización, temporalidad y características del dolor.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias:
  - ¿Producirán un cambio en la actitud terapéutica?
  - **ADECUADAS A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

# MCU – DOLOR.

- Anamnesis: localización, temporalidad y **CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR.**

# MCU – DOLOR.

## ESCALA SIMPLE DESCRIPTIVA



Categórica verbal

0                      1                      2                      3                      4

Categórica numérica



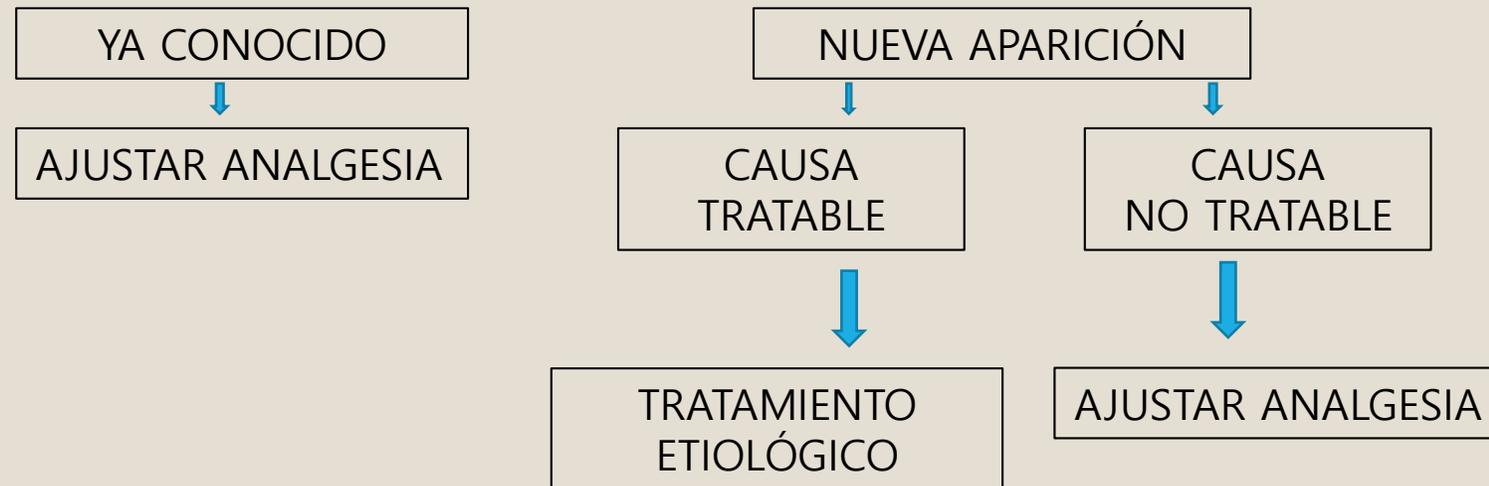
# MCU – DOLOR.

- Anamnesis: localización, temporalidad y **CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR.**

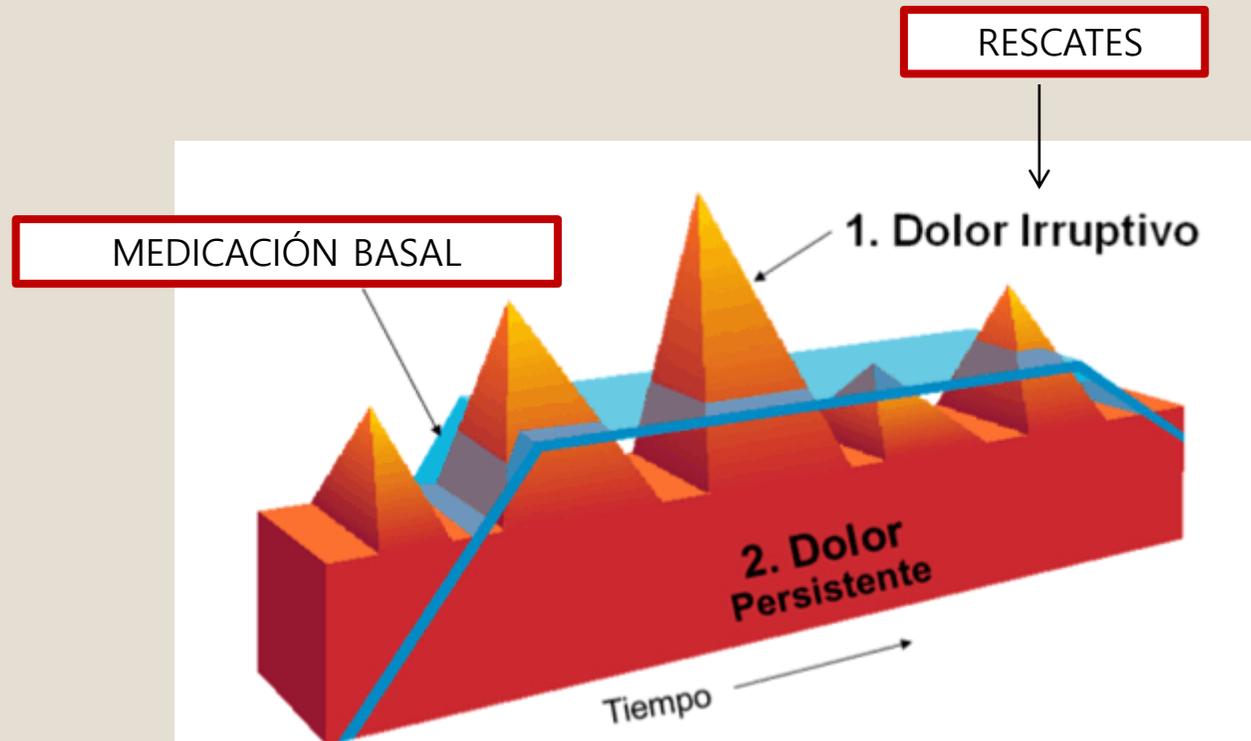


# MCU – DOLOR.

- Anamnesis: localización, temporalidad y **CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR.**



# MCU – DOLOR.



# MCU – DOLOR.

## AJUSTAR ANALGESIA

**ANALGESIA BASAL**

1 Escalón D máx.  
o  
EVA  $\geq 7$

**TERCER  
ESCALON**

No  
rescates

PAUTAR RESCATES  
(1/10 – 1/6 Dosis basal)

**RESCATES**

1/10 – 1/6 Dosis basal

$\geq 4$ / DÍA

AUMENTAR 20-30%  
ANALGESIA BASAL

# MCU – DOLOR.

DOSIS DE OPIOIDES EQUIPOTENTES							
<b>MORFINA</b> IV / 24H	10 mg	20 mg	30 mg	40 mg	55 mg	80 mg	90 mg
<b>MORFINA</b> SC / 24H	15 mg	30 mg	45 mg	60 mg	80 mg	120 mg	135 mg
<b>MORFINA</b> VO / 24H MST / 12H: 5 - 10 - 15 - 30 - 60 - 100 mg ZOMORPH / 12H: 10 - 30 mg SEVREDOL / 4H: 10 - 20 mg ORAMORPH / 4H: 2mg/ml o 20 mg/ml	30 mg	60 mg	90 mg	120 mg	160 mg	240 mg	270 mg
<b>FENTANILO</b> TD / 72H DUROGESIC, FENDIVIA, MATRIFEN 12 - 25 - 50 - 75 - 100 (mcg/h)	12 µg/h	25 µg/h	37,5 µg/h	50 µg/h	75 µg/h	100 µg/h	112 µg/h
<b>OXICODONA</b> VO / 24H OXYCONTIN / 12H: 5 - 10 - 20 - 40 - 80 mg TARGIN / 12H: 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg OXYNORM / 4H: 5 - 10 - 20 mg OXYNORM SOL. / 4H: 10 mg/ml	15 mg	30 mg	45 mg	60 mg	80 mg	120 mg	135 mg
<b>BUPRENORFINA</b> TD / 72H FELIBEN 35 - 52,5 - 70 mcg/h TRANSTEC: 35 - 52,5 - 70 mcg/h	17,5 µg/h	35 µg/h	52,5 µg/h	70 µg/h	105 µg/h	140	NO ADMINISTRAR DOSIS SUPERIORES
<b>HIDROMORFONA</b> VO / 24H JURNISTA / 24H: 4 - 8 - 16 - 32 mg PALLADONE Continus / 12H: 4 - 8 - 16 - 24 mg	4 mg	8 mg	12 mg	16 mg	24 mg	32 mg	36 mg
<b>TAPENTADOL</b> VO / 24H YANTIL / 12H: 25 - 50 - 100 - 150 - 200 mg PALEXIA / 12H: 50 - 100 - 150 - 200 - 250 mg	100 mg	200 mg	250 mg	300 mg	400 mg	500 mg	-----
<b>TRAMADOL</b> VO / 24H *RETARD / 12H *OROS / 24H	150 mg	300 mg	450 mg	600	NO ADMINISTRAR DOSIS SUPERIORES		

# MCU – DOLOR.

DOSIS DE OPIOIDES EQUIPOTENTES							
<b>MORFINA</b> IV / 24H	10 mg	20 mg	30 mg	40 mg	55 mg	80 mg	90 mg
<b>MORFINA</b> SC / 24H	15 mg	30 mg	45 mg	60 mg	80 mg	120 mg	135 mg
<b>MORFINA</b> VO / 24H MST / 12H: 5 - 10 - 15 - 30 - 60 - 100 mg ZOMORPH / 12H: 10 - 30 mg SEVREDOL / 4H: 10 - 20 mg ORAMORPH / 4H: 2mg/ml o 20 mg/ml	30 mg	60 mg	90 mg	120 mg	160 mg	240 mg	270 mg



# MCU – DELIRIUM

## CRITERIOS DSM V:

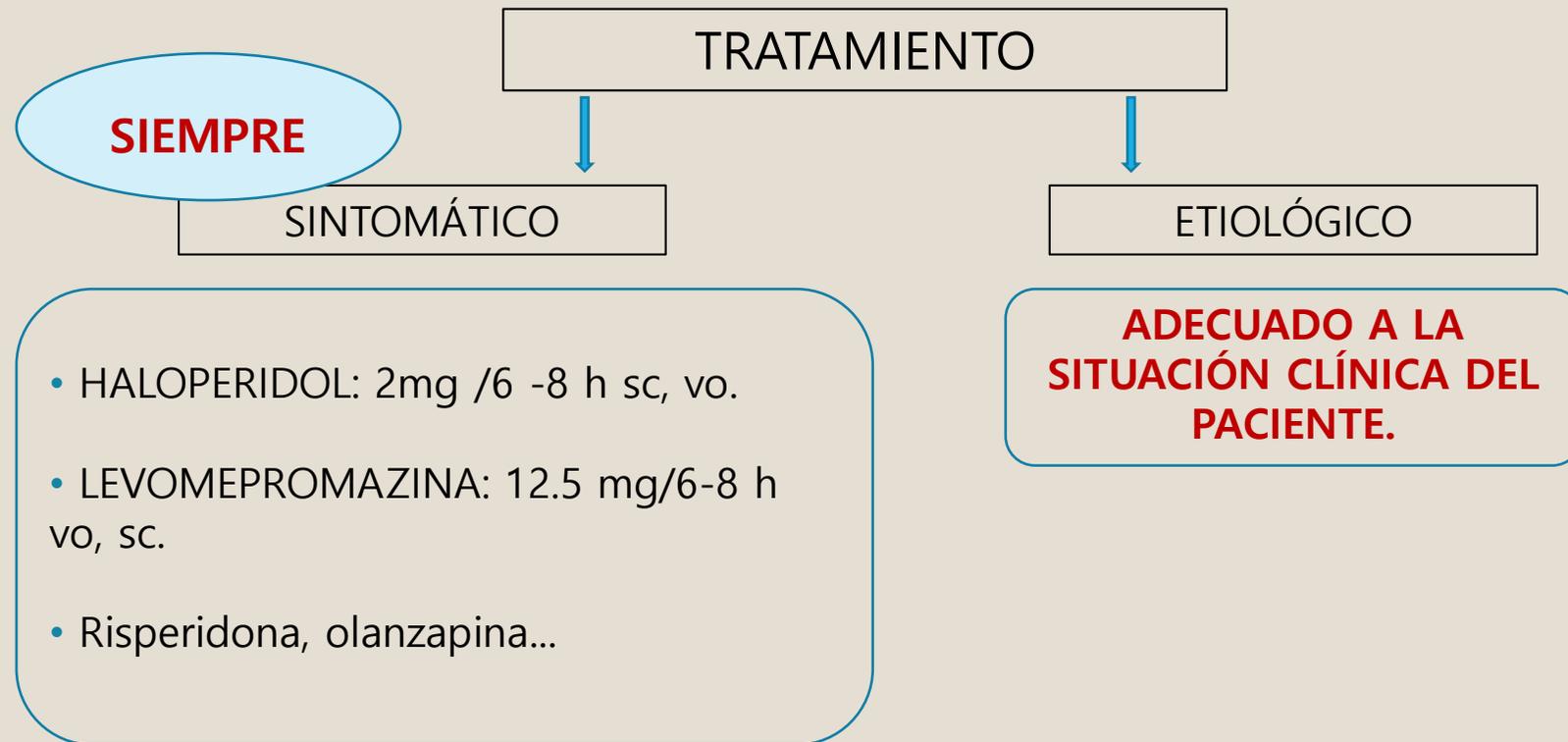
- **ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA Y LA ATENCIÓN.**
- Alteración cognitiva y/o perceptiva.

- **Inicio brusco.**
- **CURSO FLUCTUANTE.**
- **Empeoramiento nocturno.**

- **ANAMNESIS:** fármacos (OPIOIDES, corticoide nocturno, neuroléptico, diuréticos...), ingesta líquidos, fiebre, estreñimiento...
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** RAO, fecaloma...
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** bioquímica, orina, prueba de imagen
  - **¿Producirán un cambio en la actitud terapéutica?**
  - **ADECUADAS A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.**

**ÚLTIMOS DÍAS**  
**Delirium pre-mortem**

# MCU – DELIRIUM



# MCU – DISNEA.

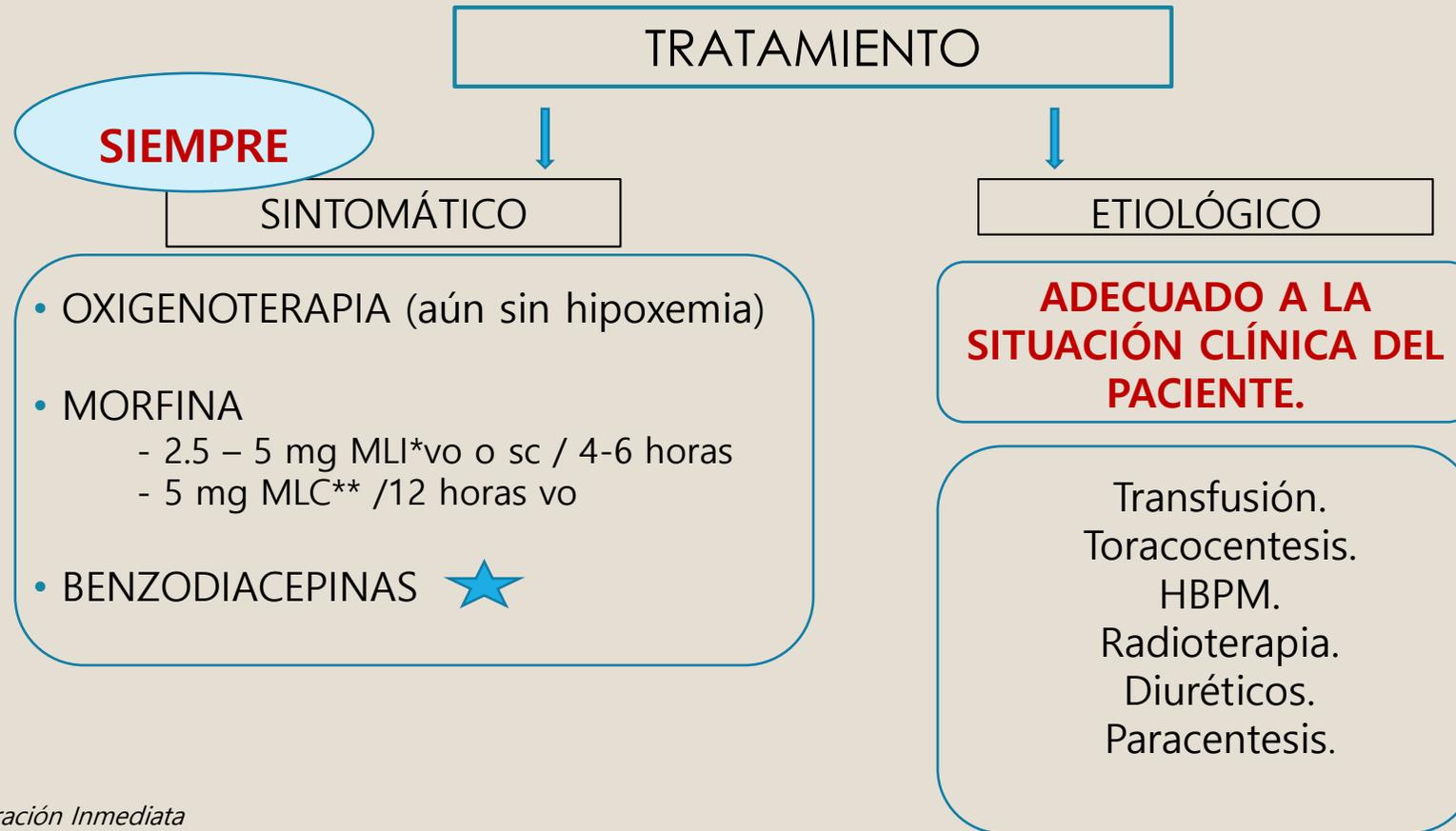
Sensación **SUBJETIVA** de falta de aire.

## FISIOPATOLOGÍA



Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. *Harrison principios de medicina interna*. Vol 1. 19a ed. México: McGraw-Hill; 2015.

# MCU – DISNEA.



\*MLI: Morfina Liberación Inmediata

\*\*MLC: Morfina Liberación Continua

# MCU – PÉRDIDA DE VÍA ORAL.

Dificultad importante o imposibilidad para tragar.

- Candidiasis.
- Intolerancia oral.
- Últimos días.

## MANEJO

### **ADECUADO A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.**

- ❑ Tratamiento etiológico: fluconazol, nistatina, antieméticos, hidratación...
- ❑ Cambio de presentación del fármaco: solución, bucodispersable, transdérmica...
- ❑ Rotación de la vía de administración: subcutáneo , intravenosa, transdérmica.

# MCU – CLAUDICACIÓN FAMILIAR

Sensación de agotamiento físico y/o psíquico de los cuidadores de un paciente, que los lleva a sentirse incapaces de continuar proporcionando una atención adecuada al enfermo.

- ❑ Gran impacto emocional.
- ❑ Sensación de pérdida.
- ❑ Aparición de nuevos síntomas o síntomas mal controlados.
- ❑ Situación de últimos días.

CRISIS DE CLAUDICACIÓN FAMILIAR



HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE

- Garantizar atención y cuidados.
- Proporcionar descanso al cuidador.

# URGENCIAS EN MEDICINA PALIATIVA.

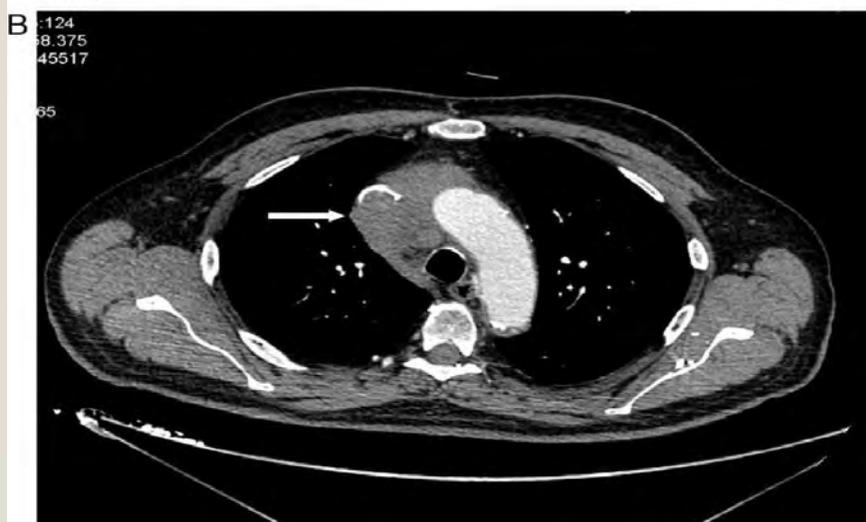
- ❖ SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR (SVCS).
- ❖ HIPERCALCEMIA.
- ❖ CONVULSIONES
- ❖ COMPRESIÓN MEDULAR
- ❖ HEMORRAGIA.

## URGENCIAS – SVCS.

Signos y síntomas derivados de la obstrucción parcial o total del flujo a través de la VCS hacia la aurícula derecha.

**Tumoral en 90%:** pulmón no microcítico (50%), pulmón microcítico, LNH, metástasis mama o esófago, primario mediastínico.

# URGENCIAS – SVCS.



ón parcial o  
0%), pulmón



la

# URGENCIAS – SVCS.



- “Edema en esclavina.”
- Cianosis facial.
- Ingurgitación yugular +/- circulación colateral toracobronquial



- **Clínica:** disnea (empeora en decúbito), edema facial, dolor torácico, mareo, cefalea, somnolencia, vértigo...
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** rx tórax, TC tórax...

# URGENCIAS – SVCS.

## TRATAMIENTO

- ❖ ETIOLÓGICO:
  - QT en microcítico de pulmón, LNH y tumor células germinales.
  - Stent: trombosis.
  
- ❖ RT: urgencia médica, tratamiento paliativo.
  
- ❖ SINTOMÁTICO: **SIEMPRE**
  - ✓ Reposo en cama con cabecero elevado.
  - ✓ Oxigenoterapia.
  - ✓ Corticoides :1 mg/kg/día iv. (\*\*LNH, timoma)
  - ✓ Diuréticos.

# URGENCIAS – HIPERCALCEMIA.

Complicación metabólica más frecuente en pacientes oncológicos (mieloma, pulmón, mama, riñón).

**Calcio corregido > 10,5 mg/dl.**

- ✓ *Calcio corregido proteínas: calcio medido (mg/dl) - [proteínas totales (g/dl) x 0,675 ] + 4,87*
- ✓ *Calcio corregido albúmina: Calcio medido (mg/dl)+ 0,8 x [4- albúmina plasmática (g/dl)]*

- St. Neurológicos: letargia, cefalea, hipotonía, depresión, alt comportamiento
- St Urinarios: poliuria, nicturia, nefrocalcinosis
- St Cardiológicos: acortamiento QT y depresión de la onda T
- St Digestivos: náuseas, vómitos, epigastralgia, estreñimiento.

# URGENCIAS – HIPERCALCEMIA.

## TRATAMIENTO

### ❖ Hidratación + diurético asa:

- SSF 2000-4000 cc iv/24 horas.
- Furosemida 20-40 mg iv /6-8 horas.

**ADECUADO A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.**

### ❖ Bifosfonatos:

- Ácido zolendróico (Zometa®) : 4 mg en 100cc SSF a pasar en 15 minutos iv.
- Pamidronato (Aredia®): 90 mg en 50 cc SSF a pasar en 2 horas iv.

# URGENCIAS – CONVULSIONES.

Alteración de la actividad cerebral brusca y transitoria, que se manifiesta como un cambio en la conciencia o un síntoma motor, sensorial o conductual.

Si duración > 5 min (continua o crisis repetidas sin recuperación)  Estatus convulsivo.

## MANEJO

- Anamnesis
- Exploración Física:
  - DD otros trastornos del movimiento
- Pruebas Complementarias: analítica, ***PRUEBA DE IMAGEN***
  - ¿Producirán un cambio en la actitud terapéutica?
  - **ADECUADAS A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.**

- Primario cerebral (20-50%) o metástasis (pulmón, mama, melanoma, colon).
- Fármacos (opioides, QT...).
- Alt. Metabólica.
- Infecciones SNC.
- RT.
- Sd deprivación alcohólica.

# URGENCIAS – CONVULSIONES.

## TRATAMIENTO

- ❖ Medidas generales
- ❖ Tratamiento farmacológico
  - Diazepam 5-10 mg rectal.
  - Midazolam 5 mg sc.
  - Diazepam 10-20 mg iv a pasar en 5-10 min.

Si no cede:

- Levetiracetam: 1.500 mg en 100 ml SSF iv durante 15 minutos.
- Lacosamida : 100-200 mg iv /12 horas

- No indicada profilaxis.
- Anticomiales desde la primera crisis.
- Adiestramiento de la familia.

# URGENCIAS – COMPRESIÓN MEDULAR.

Correcto manejo inicial condiciona evolución posterior. - RM.

- ❑ Dolor radicular (90%): empeora con los movimientos y Valsalva y mejora al sentarse.
  - dorsal (59-70%)
  - lumbar (15-20%)
  - cervical (10-15%).
- ❑ Pérdida de fuerza (75%): tetraplejía, paraplejía o espasticidad según el nivel afectado.
- ❑ Alteración esfinteriana.
- ❑ Alteraciones sensitivas: espasticidad, hiperreflexia, RCP extensor bilateral.

# URGENCIAS – COMPRESIÓN MEDULAR.

## TRATAMIENTO

- ❖ Analgésicos
- ❖ Dexametasona: 8 mg iv /8 horas. \*\*\* No evidencia de mejores resultados con dosis mayores.
- ❖ Prevención estreñimiento + sondaje vesical.
- ❖ Cirugía: laminectomía. \*\*\*
- ❖ Radioterapia precoz.
- ❖ Quimioterapia: tumor germinal, linfoma y mieloma

# URGENCIAS – HEMORRAGIA MASIVA.

Sangrado > 250 ml

Disección grandes vasos, metrorragia, hemoptisis, hematemesis, melena.

## MANEJO

- Informar y tranquilizar a la familia.
- Presión sobre la zona con paños oscuros.
- **MEDIDAS ADECUADAS A LA SITUACIÓN DEL PACIENTE.**
- Valorar indicación de sedación.

# ¡MUCHAS GRACIAS!

