



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Síndromes urgentes en Cuidados Paliativos





**Es necesario su conocimiento
porque, de la rapidez de actuación
va a depender la calidad de vida
del paciente.**

Cuidados Paliativos



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Hipercalcémia



Calcio>10,5 mg/dl.

Si el paciente tiene una **hipoalbuminemia** (cosa muy frecuente en estos pacientes), la concentración total del **calcio** en plasma puede dar la **falsa** impresión de **normalidad**



Diagnóstico diferencial

- clínica del propio tumor,
- efectos secundarios de los opioides,
- debilidad en el paciente terminal,
- exceso de sedación etc.



- 10 a 30% de pacientes con cáncer.
- La mayor frecuencia se da en los cánceres con afectación ósea:
 - pulmón
 - ca. cabeza y cuello.
 - mama
 - mieloma múltiple.
 - riñón.



HIPERCALCEMIA. Factores potenciadores:

- Inmovilidad.
- Deshidratación.
- Insuficiencia prerrenal.
- Tratamientos hormonales (estrógenos, antiestrógenos, andrógenos..)
- Diuréticos tiazídicos.
- Tto. Con vitamina D. o calcio.



HIPERCALCEMIA. CLÍNICA

- Aumento moderado del calcio:

- Fatiga.
- Letargia.
- Debilidad.
- Anorexia.
- Estreñimiento.

- Aumento elevado del calcio:

- Nauseas y vómitos.
- Parálisis intestinal.
- Estado confusional.
- Exacerbación del dolor.



HIPERCALCEMIA. Tratamiento

- Calcio sérico > 13 mg/dl—Ingreso hospitalario
- Hipercalcemia severa: ¿ justificado la corrección de una complicación, potencialmente mortal en un enfermo moribundo?.



HIPERCALCEMIA. Tratamiento

1. Hidratación más furosemida (Seguril) cada 6-8 horas y potasio parenteral en caso de hipokaliemia. Suero fisiológico 2-3 l/dia.
2. Corticoides. En tumores hematológicos o hipervitaminosisD.Prednisolona:40-100 mg/día (VO)
3. Bifosfonatos (IV). Se utilizan en los casos de hipercalcemia por destrucción ósea. Posteriormente se pasará a la vía oral (2 comp.cada 12 horas)., para evitar la recidiva. (ácido zolendrónico o pamidrónico)
1. Calcitonina por vía sc. o im. durante las primeras horas.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Síndrome de compresión medular





- Es la principal urgencia en oncología, ya que de la rapidez con que se instaure el tratamiento dependerá la calidad de vida del paciente.**
- 5% de los pacientes con cáncer.



- Se da sobre todo en los mielomas y en los tumores de **mama, pulmón y próstata** (Son los que más metastatizan a nivel óseo).
- El nivel de compresión es:
 1. Torácico (70% de los casos)
 2. Cervical (10%)
 3. Lumbar(20%)
 4. Mixta.



Clínica:

- Dolor (puede preceder a las manifestaciones neurológicas).
- Paraplejia.
- Alteraciones sensitivas.
- Incontinencia de esfínteres.



Diagnóstico.

- Historia.
- Hallazgos clínicos.
- Rx que demuestre lesión metastásica vertebral o colapso en el nivel correspondiente (80% de los casos)
- La RMN es la técnica de elección.



Actitud terapéutica.

Ante la más mínima sospecha, se instaura tratamiento con dexametasona a dosis altas y se remite urgentemente al hospital.

- El hecho de que se dejen pasar 8-10 horas puede ser decisivo para que el cuadro sea o no reversible.



Tratamiento.

Dexametasona:

- 100 mg IV al empezar y 24 mg. VO cada 6 horas (durante 3 días). Luego reducir a 4 mg. cada 6 horas.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo

Cuidados Paliativos
Servicio de Salud

Terapia radiante:

Simultáneamente.



□ Laminectomia descomprensiva

1. Los síntomas y signos (otros que no sean dolor) empeoran progresivamente a pesar de radioterapia y altas dosis de dexametasona.
1. Recidiva tras dosis máxima de radiación.
1. Metástasis solitaria a nivel vertebral.
1. Diagnóstico es dudoso.



Pronóstico

- La cirugía con radioterapia mejora la supervivencia, la capacidad y el tiempo de deambulación en comparación con la radioterapia sola.
- Los pacientes con un bloqueo incompleto son los más beneficiados.
- La recuperación es más probable en las lesiones parciales de la zona cauda equina.
- La pérdida de la función esfinteriana es un signo de mal pronóstico.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Síndrome de compresión de la vena cava superior



- Es un conjunto de síntomas y signos derivados de la oclusión parcial o total de la luz de la vena cava.

Se puede manifestar por la triada clásica:

1. **Edema en esclavina** (cara, cuello y ambas regiones supraclaviculares)
2. **Cianosis** en cara y extremidades superiores.
3. **Circulación colateral** tóraco braquial.



□ Otros síntomas:

- Somnolencia.
- Cefalea.
- Vértigo.
- Acúfenos.
- Crisis convulsivas.



Tratamiento

1. Radioterapia.
2. Quimioterapia.
3. Corticoides a altas dosis.



Hemorragia masiva

1. Es imprescindible la **presencia física** del profesional sanitario junto al paciente y la familia.
2. **Sedación** hasta conseguir la inconsciencia:
En domicilio: dejar preparada una palomilla y jeringa con 5-10 mg. por vía subcutánea.
diazepam 5-20 mg rectal o IV.
midazolam 20-40 mg. IM o IV.
3. **Soporte emocional** inmediato a los familiares.



Claudicación familiar

- En el transcurso de la evolución pueden aparecer crisis de descompensación del enfermo y/o sus familiares, en las que se acentúan los problemas o su impacto.
- Aparecen sobre todo ante síntomas mal controlados o la aparición de nuevos síntomas tales como: disnea, hemorragia, dolor.
- Sentimientos de pérdida , miedos, temores o incertidumbre.



Dolor urgente

- Existen urgencias que cursan con dolor, entre ellas están, por ejemplo las perforaciones de vísceras huecas, metástasis epidurales o meníngreas y fracturas óseas patológicas.
- El tratamiento indicado depende del proceso.
- En cuanto a la analgesia, están indicados los opioides por vía IV o si no fuese posible los opioides por vía oral de acción rápida.