

# SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN PACIENTES TERMINALES

ACTUALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN AP.  
ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE DESDE DIFERENTES ÁMBITOS  
ASISTENCIALES  
HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

***Dra. Nuria González Alonso  
CS. Villalba-Estación***



# SECPAL

Sociedad Española de Cuidados Paliativos

[Regístrate](#)

[acceso usuarios](#)

Buscar

SECPAL

Socios

Biblioteca

Directorio

Eventos

Enlaces

Grupos de Trabajo



Guía de Cuidados Paliativos

AECPAL

Grupo Espiritualidad

Descargar Documentación Asociada



Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SECPAL

Guía de Cuidados Paliativos

 **fisterra.com**  
Atención Primaria en la Red

Email/Usuario



[Olvidé mi contraseña](#) | [Prueba gratuita](#)

Guías clínicas

Ayuda en consulta

Medicamentos

Herramientas

Formación

Tienda

[Índice por especialidad](#)

[Índice alfabético](#)

Buscar

[Inicio](#) > [Guías clínicas](#) > [Control de síntomas en cuidados paliativos](#)



ocultar

## Control de síntomas en cuidados paliativos

Fecha de la última revisión: 12/11/2014



GUÍA



ALGORITMOS



IMÁGENES

GUÍAS CLÍNICAS

- + Alergia e inmunología
- + Cardiología
- + Cirugía general
- + Cirugía vascular
- + Dermatología
- + Emergencias
- + Endocrinología y nutrición
- + Enfermedades infecciosas

**DISNEA**

**TOS**

**HEMOPTISIS**

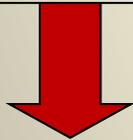
**HIPO**

**DISNEA**

## DEFINICIÓN

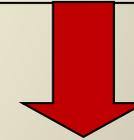
**The American Thoracic**

**Society** : una experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad



## FRECUENCIA

- 30-40% DE PACIENTES CON CANCER AVANZADO
- 65-70% EN TUMORES PULMONARES



Aparece en los últimos días de diferentes enfermedades por **fracaso multiorgánico**

**MAL PRONÓSTICO a corto plazo**

# ETIOLOGÍA

- Relacionada con la enfermedad
- Relacionada con el tratamiento
- Relacionada con enfermedades concomitantes
- Otras causas

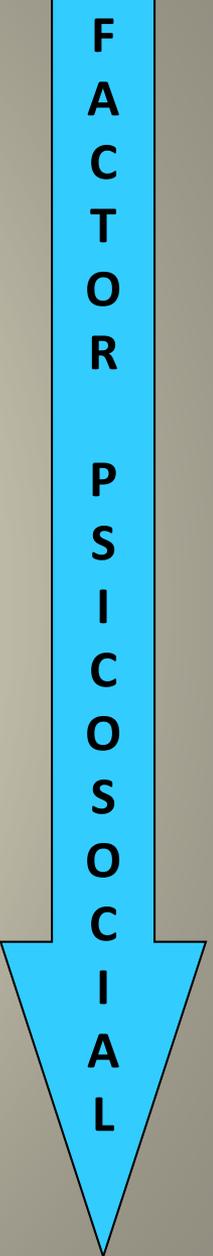
Obstrucción bronquial  
Linfangitis carcinomatosa  
Derrame pleural o pericárdico  
SVCS  
Infiltración parénquima o pared torácica

Cirugía pulmonar  
Fibrosis postratamiento  
(RT o QT)

Enfermedad pulmonar obstructiva  
Insuficiencia cardíaca  
Cardiopatía isquémica  
Arritmias  
Deformidad de pared torácica

Anemia, Neumonía, TEP  
Ansiedad, Dolor, Ascitis

F  
A  
C  
T  
O  
R  
  
P  
S  
I  
C  
O  
S  
O  
C  
I  
A  
L



# EVALUACIÓN

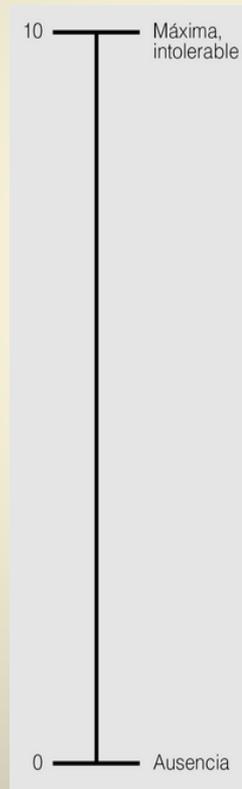
## Valoración clínica

Antecedentes de problemas respiratorios

Forma de comienzo

Severidad del cuadro

Estado general del paciente



**CDS EVA**  
**Cancer Dyspnea**  
**scale**

## Valor grado de intensidad de la disnea

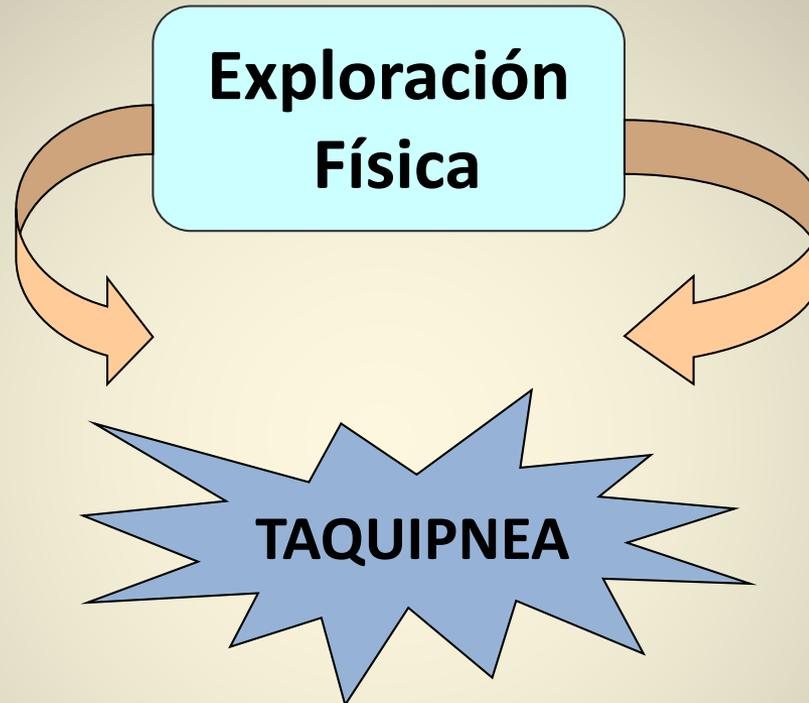
### Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton

Listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

# EVALUACIÓN



**La taquipnea no implica disnea necesariamente**

El uso de la musculatura respiratoria accesoria es el signo más evidente de disnea

# Exploraciones Complementarias



**Pulsioximetría**

**Rx Tórax**

**Analítica**

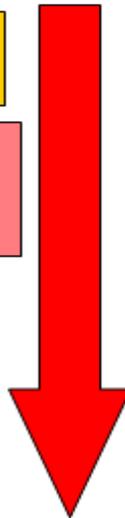
Valorar  
individualmente



La correlación entre la hipoxemia y la disnea es baja (Gallagher R, 2003; NHS, 2009)

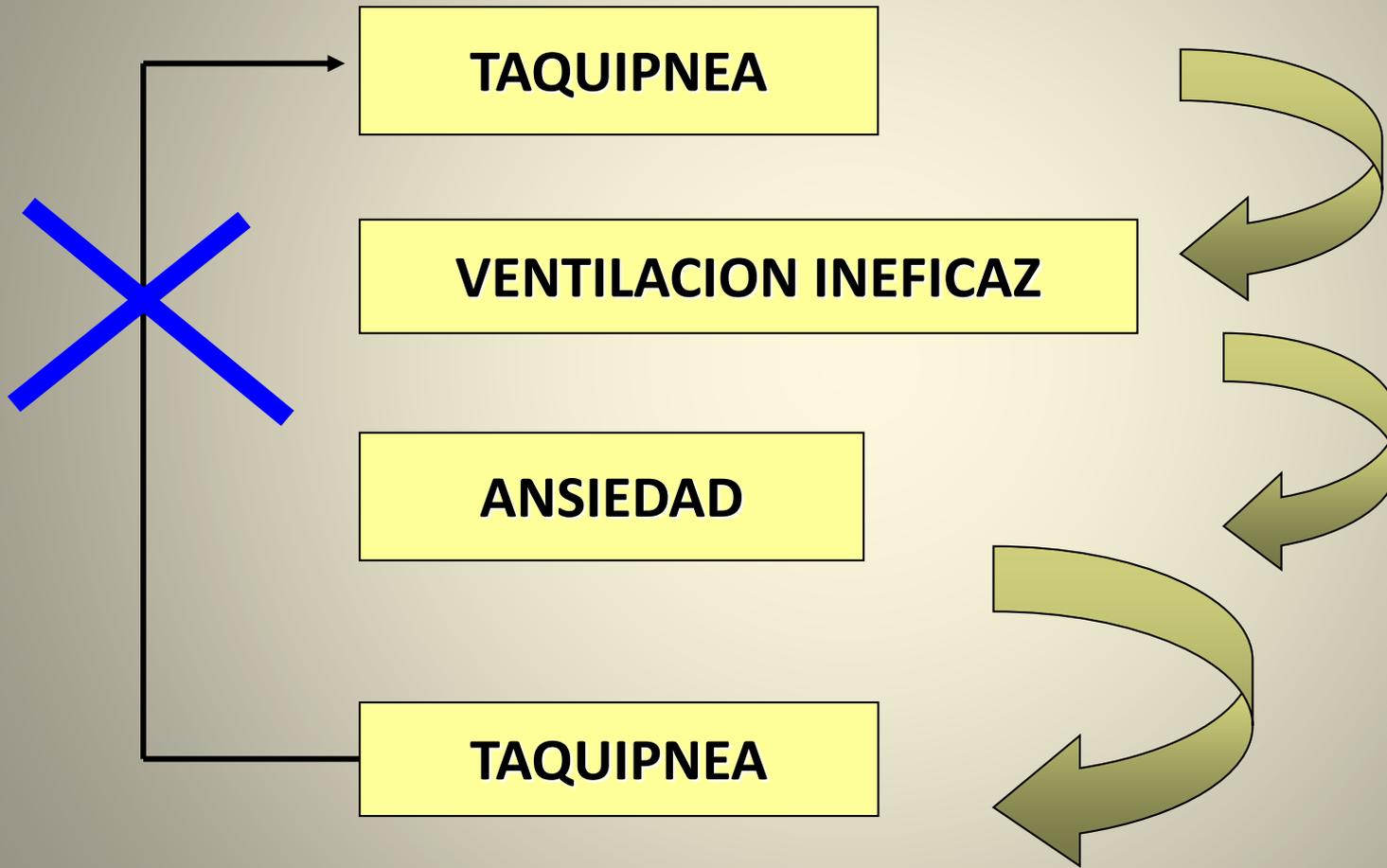
**SaO<sub>2</sub> < 95%:  
hipoxia**

**SaO<sub>2</sub> < 90%:  
insuficiencia  
respiratoria**



SaO <sub>2</sub> (%)	PaO <sub>2</sub> (mmHg)
100	677
98,4	100
95	80
90	59
80	48
73	40
60	30
50	26
40	23
35	21
30	18

# FISIOPATOLOGÍA



# TRATAMIENTO

- **Compañía tranquilizadora**
- **Aire fresco sobre la cara**
- **Ejercicios respiratorios**  
(respiración diafragmática y espiración con labios semiocuidos)
- **Técnicas de relajación**
- **Posición confortable**

**Medidas generales**

**Medidas específicas**



**Según causa desencadenante**

# TRATAMIENTO ETIOLOGICO

- **Antibióticos** → **Infección**
- **Broncodilatadores** → **Broncoespasmo**
- **Diuréticos** → **I. Cardíaca**
- **Corticoides** →

- **Linfangitis carcinomatosa**
- **SVCS**
- **Neumonitis post RT**
- **Broncoespasmo**
- **Obstrucción de vía aérea**

## Dexametasona

**Choque: 10-40mg VO**

**Mantenimiento: 2-12mg/d VO**

## Prednisona

**10-40 mg/d VO**

- **OPIACEOS: MORFINA**

**De elección:** ↓ Frecuencia Respiratoria

↓ sensibilidad del centro respiratorio a la hipercapnia. **NO ALTERA GASOMETRIA**

Componente de taquipnea

**SIN TTO PREVIO**

5-15 mg /4h de morfina de liberación rápida.

Alternativa: Oxycodona 5 mg/4h

Dosis superiores a 15 mg/4h no aportan beneficios

**CON TTO PREVIO**

Aumentar dosis previa 30-50% y se recomienda pasar a formas de liberación rápida

**EPISODIO AGUDO**

Dosis de rescate: 5-10 mg SC cada 30 minutos

En algunos estudios se ha visto efecto beneficioso de **morfina** asociada a **midazolam** para control de disnea

Navigante AH, Cerchietti LC, Castro MA, Lutteral MA, Cabalar ME. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe Dyspnea perception in Patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2006;31:38-47.

Diferentes autores están describiendo la efectividad del citrato oral transmucoso de **fentanilo** para el control de la crisis de disnea

Benítez Rosario MA, Feria M. Oral transmucosal fentanyl citrate in the management of dyspnea crises in cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2005;30:395-7.

- ***BENZODIACEPINAS***

No actúan sobre el mecanismo de la disnea

Componente de  
ansiedad

**EFFECTO A CORTO  
PLAZO**

**LORAZEPAM 0,5-2mg/8-  
12h SL**

**EFFECTO MAS  
DURADERO**

**DIAZEPAM  
2-10 mg/ día VO**

**VÍA SUBCUTÁNEA**

**MIDAZOLAN inicio 2,5-5mg, 15 mg/d  
ó 0,4-0,8 mg/h en infusión SC**

## Las benzodiazepinas para el alivio de la disnea en enfermedades avanzadas en adultos

Publicado:

20 enero 2010

Autores:

Steffen T Simon, Irene J  
Higginson, Sara Booth, Richard  
Harding, Claudia Bausewein

Grupo de Revisión Principal:

Pain, Palliative and Supportive  
Care Group

### Conclusiones de los autores:

No existen pruebas de que las benzodiazepinas proporcionen un efecto beneficioso en el alivio de la disnea en los pacientes con cáncer avanzado y EPOC. Hay una tendencia leve pero no significativa hacia un efecto beneficioso, aunque el tamaño general del efecto es pequeño. Las benzodiazepinas causaron más somnolencia como efecto adverso que el placebo, pero menos que la morfina. Estos resultados justifican el considerar a las benzodiazepinas como un tratamiento de segunda o tercera línea dentro de un ensayo terapéutico individual, cuando los opiáceos y las medidas no farmacológicas no logran controlar la disnea. Aunque en esta revisión se incluyeron unos pocos estudios de buena calidad, todavía se necesitan más estudios bien realizados y con poder estadístico adecuado.

- **FENOTIACINAS**

**Clorpromacina :25mg/noche**

**Largactil® comp 25 y 100mg**

**gotas 40mg/ml**

- A menudo se **asocia a la morfina** como tratamiento adyuvante por su efecto ansiolítico y sedante

- **OXIGENOTERAPIA**

Se recomienda si se objetiva  
**HIPOXEMIA SEVERA**

En ocasiones tiene beneficios  
psicológicos, otras veces  
produce ansiedad

**USO CONTROVERTIDO**

## Medicina Paliativa

Vol. 24. Núm. 2. Abril - Junio 2017

[← Documento Anterior](#) - [Documento Siguiente →](#)

MEDIPAL 2017;24:96-8 - DOI: 10.1016/j.medipa.2015.06.001

Artículo especial

**El día a día en cuidados paliativos. ¿Prescribiría usted oxigenoterapia domiciliaria a un paciente con disnea sin hipoxemia?**

**Everyday palliative care. Would you prescribe home oxygen therapy to a dyspnoeic non-hypoxaemic patient?**

Joaquim Julià i Torras <sup>a</sup>, <sup>b</sup>, <sup>c</sup>, <sup>d</sup>, , Josep Porta-Sales <sup>b,c,d</sup>



# DISNEA

Causa tratable

Causa no tratable

Valorar  
Oxígeno

Valorar  
Oxígeno

Tratamiento  
Específico

Morfina de acción  
rápida

No mejoría

Mejoría

Asociar  
Benzodiazepinas/Cl  
orpromacina

No tomaba opioides:  
morfina a demanda

Si tomaba opioides:  
aumentar dosis 25%-50%

**TOS**

**INCIDENCIA:** - 30%

- En cáncer broncopulmonar:80%

**EVALUACIÓN:** buscar **causa subyacente**, **características de la tos** y situación clínica del paciente



# ETIOLOGÍA

- **Por el cáncer**

Irritación traqueal, bronquial,  
pleural, pericárdica  
y/o del diafragma

- **Por el tratamiento**

Fibrosis postradioterapia  
Fármacos:IECAs

- **Por procesos  
no relacionados  
con tumor**

Neumonía, EPOC, Asma, RGE  
Insuficiencia cardiaca

# TRATAMIENTO

- **Específico:** tratamiento de la causa
- **Sintomático**

**TOS PRODUCTIVA**  
Capaz de toser

Humedificación del ambiente/ Fisioterapia respiratoria  
Antitusivos: **cloperastina** (10-20mg/8h)  
**levodropropizina** (60mg/8h) menos somnolencia

**TOS PRODUCTIVA**  
Incapaz de toser

**CODEINA:** 30-60mg/4h VO  
**MORFINA:** 5-10mg/4h ó MST 10mg/12h VO  
**HIOSCINA:** 10-20mg VO, SC  
Nebulización de suero

**TOS SECA**

## **ANTITUSIVOS CENTRALES**

- **Codeina: 30-60mg/4h**
- **Morfina: 5-20mg/4h**
- **Dextrometorfano:15-30/6-8h**

## **CORTICOIDES**

**Dexametasona 2-4mg/d VO**

## **ANESTESICOS**

**lidocaina nebulizada 2% 5ml/6h**

**Bupivacaina 2ml al 0,25%/8h**

**RUIDOS CON LA  
RESPIRACION POR  
SECRECIONES  
PULMONARES EXCESIVAS**

# **ESTERTORES PREMORTEM**

- Poner al paciente en decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones

***LA ASPIRACIÓN  
NO ESTÁ  
RECOMENDADA***

- **METILBROMURO DE HIOSCINA**

Buscapina® 20mg/4-6h SC

amp 20mg/1ml

- **SEDACION** con morfina,  
hioscina y midazolam



**INFORMACIÓN  
A LA  
FAMILIA**

# HIPO

## CAUSAS

Reflejo respiratorio patológico caracterizado por el **espasmo del diafragma**



Inspiración rápida asociada con un cierre de la glotis

- Distensión gástrica
- Irritación diafragmática
- Irritación del nervio frénico
- Tumor cerebral
- Infección
- Alteraciones metabólicas

# TRATAMIENTO

- **PROCINETICOS:**

si distensión gástrica

**METOCLOPRAMIDA:** 10mg/4-6h VO  
**DOMPERIDONA:**10-20mg/6h VO

- **CORTICOIDES:** si tumor cerebral

**DEXAMETASONA**

**HIPO PERSISTENTE (>48h) INTRATABLE (>1 mes)**

**HALOPERIDOL:** 0,5mg/8h VO, SC,IM

**CLORPROMACINA:** 25mg/8h VO IM

**GABAPENTINA:** 300-600mg/8h VO

**BACLOFENO:**5mg/6-8hVO

Medida Invasiva



Bloqueo del nervio frénico/Marcapasos estimulador del nervio frénico

# HEMOPTYSIS

# TRATAMIENTO

LEVE y MODERADA

+ SUPRIMIR LA TOS

+ ANTIFIBRINOLITICOS

**Ácido Tranexámico:** Amchafibrin® 1-1'5 gr/  
8 horas

+ NEO pulmonar: **RT paliativa**

MASIVA

+ **MORFINA**

+ **MIDAZOLAN:** 2,5mg SC o IV se repite  
hasta una sedación adecuada

APOYO A LA FAMILIA Y PACIENTE



# CASO CLINICO

**Pedro 68 años**

**AP: Asma y Tabaquismo**

**Diagnosticado de**

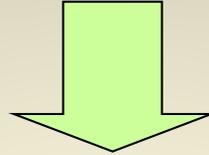
**ADENOCARCINOMA PULMONAR**



**NO OPERABLE  
TRATAMIENTO PALIATIVO  
con RADIOTERAPIA**



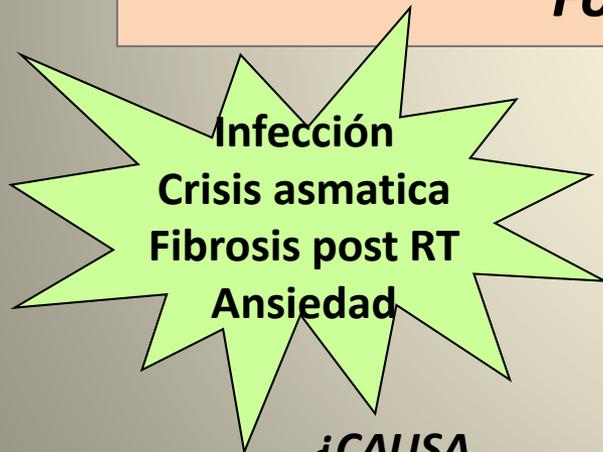
# Nos avisan porque Pedro ha presentado aumento de su disnea y empeoramiento



➤ *Estado general aceptable, taquipneico, coloración normal*

➤ **TRATAMIENTO: MST 20<sup>®</sup> 1/12h VO**

**Fortecortin<sup>®</sup> 4-0-4 VO**



¿CAUSA

DESENCADENANTE?

REPASAR

ANTECEDENTES

¿Qué  
hacemos?



¿TRATAMIENTO  
CORRECTO?

- **OPIACEOS: MORFINA**

**De elección:** ↓ Frecuencia Respiratoria

↓ sensibilidad del centro respiratorio a la hipercapnia. **NO ALTERA GASOMETRIA**

Componente de taquipnea

**SIN TTO PREVIO**

5-15 mg /4h de morfina de liberación rápida.

Alternativa: Oxycodona 5 mg/4h

Dosis superiores a 15 mg/4h no aportan beneficios

**CON TTO PREVIO**

Aumentar dosis previa 30-50% y se recomienda pasar a formas de liberación rápida

**EPISODIO AGUDO**

Dosis de rescate: 5-10 mg SC cada 30 minutos

¿Qué hacemos?

- Iniciamos **aumento de Morfina**

**MST 20<sup>®</sup> 1/12h 30%-50% más de dosis, fórmulas de liberación rápida**

40mg

Cambiamos a **Sevredol<sup>®</sup> 10mg/4 horas**

60mg

CONTROLADO **MST 30<sup>®</sup> /12 horas**

**No mejora de forma importante**

- ***BENZODIACEPINAS***

No actúan sobre el mecanismo de la disnea

Componente de  
ansiedad

**EFEECTO A CORTO  
PLAZO**

**LORAZEPAM 0,5-1mg SL**

**EFEECTO MAS  
DURADERO**

**DIAZEPAM  
2,5- 5mg/ 8h VO**

**VÍA SUBCUTÁNEA**

**MIDAZOLAN inicio 2,5-  
5mg, 15 mg/d ó 0,4-0,8  
mg/h en infusión SC**

¿Qué hacemos?

- Iniciamos **aumento de Morfina**

**MST 20<sup>®</sup> 1/12h 30%-50% más de dosis, fórmulas de liberación rápida**

40mg

Cambiamos a **Sevredol<sup>®</sup> 10mg/4 horas**

60mg

CONTROLADO **MST 30<sup>®</sup> /12 horas**

**Diazepam 2,5mg/8h**

