FICHA CONSULTA RÁPIDA SINTOMAS RESPIRATORIOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Autora: Ana Mª Jiménez Martínez. Médico de Familia. Miembro del Grupo de Atención Domiciliaria de la SVMFIC.

TOS

Definición	• Expulsión súbita, ruidosa y violenta de aire de los pulmones. Respuesta refleja a la irritación de las zonas tusígenas como mecanismo de defensa del aparato respiratorio. Puede causar malestar por el síntoma en sí o por empeorar otros como dolor o insomnio, o ser causa de nuevos problemas (cefaleas, síncopes, fracturas, …)
Epidemiología	• Puede presentarse en el 50% de los pacientes oncológicos, llegando al 80% de los pacientes con cáncer de pulmón o SIDA.
Etiología	• Es fundamental buscar la causa subyacente para realizar tratamiento específico.

Tratamiento:

Medidas no farmacológicas

- Explicar al paciente y a la familia las causas y mecanismos por los que se produce la tos con fin tranquilizador.
- Evitar causas externas desencadenantes: humos, olores fuertes, detergentes u otros irritantes ambientales.
- Adecuada hidratación, humidificar el ambiente, inhalación de vapores o suero salino para fluidificar secreciones.
- Recomendaciones posturales: identificar posturas que el enfermo identifique como menos productoras de tos. Fisioterapia respiratoria en caso de secreciones copiosas.

Medidas farmacológicas

- Tratamiento etiológico y sintomático en casos de infección, asma, alergia, …
- Si tos como único síntoma: **dextrometorfano** (antagonista NMDA) 15-30 mg/4-8 h.
- Si tos rebelde, sin dolor: combinar un **opioide con dextrometorfano** 15-30 mg/4-8h.
- Si tos junto con dolor: **opioide**. En función de intensidad del dolor, utilizar opioide débil (codeína 15-60 mg/4-6h/vo) o potente (morfina 5 mg/4h/vo), o incrementar las dosis del opioide utilizado.
- Si paciente no puede expectorar por estar muy debilitado: valorar añadir hioscina sc (20 mg/4-6h) con intención de reducir las secreciones respiratorias.
- Si las anteriores medidas son inefectivas, algunos trabajos señalan la posibilidad de administrar **anestésicos locales** por vía inhalatoria, fuera de ficha técnica: lidocaína al 2% (5 ml/6-8h) o bupivacaína 0.25% (5ml/6-8h).

HIPO

Definición	• Reflejo respiratorio patológico caracterizado por el espasmo del diafragma que produce una rápida inspiración seguida de un brusco cierre de la glotis.
Etiología	• En la enfermedad terminal, la causa más frecuente es la distensión gástrica. Otras causas son la irritación diafragmática o de causa tóxica (uremia, infección).

Tratamiento: En función del mecanismo fisiopatológico que lo produce y la respuesta al tratamiento de ataque. Opciones terapéuticas:

Opciones terapéuticas:

- Procinéticos: combaten el mecanismo más frecuentemente implicado y carecen de efectos secundarios graves. Dimeticona 10 mg/6h o metoclopramida 10 mg/6h.
- Baclofeno, en dosis de 5-10 mg/12-24 h.
- Gabapentina, 900-1200 mg/día (repartir cada 8h). Puede añadirse al baclofeno.
- Si provoca importante malestar: midazolam 2,5 mg sc, repitiendo la administración cada 15 minutos hasta que el hipo desaparezca.

ESTERTORES:

Definición	• Ruido provocado por la respiración al movilizar las secreciones que no pueden ser expectoradas por un paciente en situación de proximidad a la muerte y, generalmente, con disminución del nivel de conciencia.
Pevalencia	• Frecuente en situación de últimos días, aunque variable según series (12-90%). Se ha utilizado como indicador pronóstico de muerte cercana.

Tratamiento no farmacológico

- Cambios posturales laterales o semi-prono para facilitar el drenaje postural de secreciones.
- Extracción manual de secreciones ubicadas en cavidad oral.
- La aspiración de secreciones está indicado en los estertores tipo I (bucales), pero no en los de tipo II (bronquiales).

Tratamiento farmacológico

- No hay evidencia suficiente que demuestre que la intervención farmacológica sea superior a la ausencia de tratamiento. Sin embargo es habitual el uso de fármacos antimuscarínicos para inhibir la producción de secreciones orales y bronquiales (no actúan sobre las ya existentes); por lo que el tratamiento es más efectivo cuanto antes se administre. Fármacos utilizados habitualmente:
- **Buscapina**. Dosis inicial: 20 mg sc. Infusión 24h: 60-400 mg.
- **Escopolamina**. Dosis inicial: 250-400 mcg sc. Infusión 24 h: 1,5 mg.
- **Glicopirrolato**: Dosis inicial: 200 mcg sc. Infusión 24 h: 1,2-2 mg.
- **Atropina**. Dosis inicial: 0,5 mg sc. Infusión 24 h: 3 mg

HEMOPTISIS

Definición y epidemiología	• Expectoración de sangre procedente del árbol bronquial o pulmón. Está presente en el 20% del curso clínico del paciente con CP. En oncológicos oscila entre un 50 y 70% de los casos.
Etiología	• Causas inflamatorias (EPOC, bronquiectasisas, neumonía,..), causas propiamente tumorales y otras como TEP o cuerpos extraños, entre otras.

Tratamiento:

Medidas no farmacológicas

- Mantener la calma.
- Dar explicación adaptada a la situación del paciente y la familia.
- Colocar al enfermo en la postura que le resulte más confortable: decúbito lateral sobre el lado sangrante o sentado.
- Utilizar toallas de color (rojo, verde, azul marino) para disminuir impacto visual de sangre.
- Ofrecer oxigenoterapia en aquellos casos en los que mejore la sintomatología.
- Instaurar una vía venosa en previsión de una hemoptisis masiva que requiera sedar al paciente.

Medidas farmacológicas

- **Si hemoptisis leve o moderada:**
  - Retirar los AINEs o AAS o reemplazarlos por AINEs COX2.
  - Tratar la tos mediante **antitusígenos** (ver apartado de la tos).
  - Usar fármacos **antifibrinolíticos** como: ***Ácido tranexámico*** 1.5 g como dosis inicial seguido de 1g/8h vo o 0.5-1 g/8-12 h por via ev en infusión lenta de 1 ml/min o im. ***Ácido aminocaproico***: 5-10 mg/4-6h vo; 16-24 h ev. Debido a que son fármacos de respuesta muy variable, conviene replantear su uso en 3 días en función de los beneficios obtenidos.
  - **Corticoides**: dexametasona 2-4 mg/24 h o prednisolona 15-30 mg/24 h.
  - **Adrenalina nebulizada**: 1:1000 1 mg en 1 ml diluido con 5 ml de suero salino 0.9% hasta cada 4 horas (fuera de ficha técnica).

- **Si hemoptisis masiva**: considerar la sedación paliativa. Constituye una urgencia en Cuidados Paliativos debido a que conduce a la muerte del paciente por asfixia en un corto periodo de tiempo.
  - Podemos considerar una situación de riesgo de hemoptisis masiva en pacientes con crisis previas de hemoptisis leve o moderada que presenten:
  - - Aumento de la tos.
  - - Signos/síntomas de sobreinfección respiratoria.
  - - Alteraciones de la coagulación concomitantes (hepatopatía, plaquetopenia,…).

DISNEA:

Definición y epidemiología

- Percepción anormal y desagradable de la respiración. Se presenta en el 30-40% de todos los cánceres avanzados y terminales y hasta el 90% de los pacientes con EPOC o insuficiencia cardiaca en fase avanzada.

Evaluación multidemensional

- Identificar causas subyacentes mediante historia clínica detallada, examen físico y pruebas complementarias dirigidas. Es básico descartar las causas de disnea susceptibles de tratamiento causal (anemia, infecciones, insuficiencia cardiaca,…).
- Evaluar el síntoma cualitativa y cuantitativamente:
  - Escalas que incluyen valoración de disnea: la más utilizada es la ESAS (Edmonton Symptom Assesment System). Evalúa nueve síntomas mediante escala numérica.
  - Escalas más frecuentemente utilizadas para medir sólo el síntoma disnea:
    - EVA (Escala Analógico-Visual): línea horizontal en cuyos extremos se sitúa "ausencia de disnea" y "la peor disnea que pueda imaginar".
    - VRS (Verbal Sacale Rating): mide intensidad como ninguna, ligera, moderada o grave.
    - CDS (Cancer Dyspnea Scale): autorregistro de 12 ítems donde se valora respuesta al esfuerzo, ansiedad y molestias.

Tratamiento:

Tratamiento etiológico: teniendo en cuenta situación clínica, expectativa vital, ubicación y recursos disponibles. Tratamiento broncodilatador, diurético, antibiótico o anticoagulante.

Tratamiento sintomático farmacológico:

Opioides:

- El tratamiento con opioides es eficaz en el control sintomático de la disnea, especialmente con morfina. Iniciar a dosis bajas e incrementar progresivamente en función de resultados y presencia de efectos secundarios.

  Dosis de inicio: Morfina de liberación rápida: 2,5-5 mg/4-6h. Se harán incrementos cada 2-3 días según formulación utilizada, del 30-50% de la dosis diaria, hasta el control de la disnea.
  Posteriormente: la dosis total diaria utilizada puede administrarse cada 12 h con presentaciones de liberación sostenida.
  Si uso previo de opioides: aumentar la dosis diaria total en un 50%.
  Dosis de rescate: usar opiodes de liberación rápida. Puede ser el mismo opioide del tratamiento basal (generalmente el 10% de la dosis total diaria).

- No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de opioides diferentes a la morfina. Hay alguna evidencia de que el fentanilo (transmucoso y subcutáneo) pueda ser superior a placebo en el tratamiento profiláctico de las crisis de disnea.
- No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de opioides nebulizados en el tratamiento sintomático de la disnea.
- Deben acompañarse de la prescripción de laxantes y antiemético (los primeros días).

Otros fármacos:

- **Benzodiazepinas**: solo si coexiste un componente de ansiedad importante. En crisis de pánico respiratorio: midazolam sc (5-10 mg/24h) o ev (2.5 a 10 mg).
- **Corticoides**: prednisona 10-40 mg/24h o dexametasona 4-16 mg/24h. Indicados en broncoespasmo, linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior y tumores obstructivos de la vía respiratoria.
- **Fenotiacinas**: La **clorpromacina** (7,5-25 mg vo o sc cada 6-8 h) puede añadirse a los opioides como tratamiento coadyuvante. Tiene efecto ansiolítico y sedante.

La ***crisis de disnea*** representa una urgencia en Cuidados Paliativos. Debe ser tratada por vía parenteral. Se permite la asociación de benzodiacepinas como el midazolam al cloruro mórfico.

Tratamiento sintomático no farmacológico:

Medidas generales:

- Aire fresco sobre la cara. Uso de ventilador
- Técnicas de relajación y manejo de ansiedad
- Adaptaciones y ayudas para conseguir posición confortable
- Movilización de secreciones respiratorias (física o mecánica)
- Rehabilitación pulmonar y terapia respiratoria (puede no ser apropiada en pacientes con una corta esperanza de vida)
- Educación y soporte al cuidador

Oxigenoterapia :

- Indicada en caso de hipoxemia o baja saturación de oxígeno (<90%) y/o la demostración de que mejora el síntoma.
- No es imprescindible en todas las situaciones. La prescripción excesiva de dosis suplementarias de O2 puede provocar hipercapnia y narcosis.

Bibliografía:

1. Manual Control de Síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. J. Porta Sales, X. Gómez batiste, A. Tuca Rodríguez. ICO. 3ª edición. 2013.
2. Guía de atención al paciente al final de la vida. Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la semFYC. 2008
3. Paliando lo Paliable. Abordaje de síntomas. P. Varillas, J. Blanquer, S. Hernansanz de la Calle, C. Roselló. AMF. Mayo 2014; Vol 10: 248-260
4. Guía de Cuidados Paliativos SECPAL.
5. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2014;50(Supl.1):1-16
6. Cuidados Paliativos en el paciente respiratorio terminal. C. García Polo. Neumosur 2007;19,2:91-108
7. Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con EPOC. J. Escarabill, J.J. Soler Calatuña, C. Hernandez y E. Servera. Arch Bronconeumol. 2009;45 (6): 297-303
8. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. SNS. Ministerio Sanidad y Consumo. 2008