SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN ATENCIÓN PALIATIVA

AUTORES:

FICHAS DE CONSULTA RÁPIDA
Título del trabajo SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN ATENCIÓN PALIATIVA
Autores (nombre y dos apellidos) Autora: Elena Mª Carrasco Ibáñez.
Miembro del grupo de Atención Domiciliaria y Paliativa de la SOVAMFIC.

TOS

Definición: expulsión súbita de aire de los pulmones que puede causar malestar, insomnio y otros síntomas (fracturas, cefalea, etc.).

Etiología:

- Relacionado con patología tumoral: derrame pleural/pericárdico, linfangitis carcinomatosa, complicaciones de radio/quimioterapia.
- No relacionadas con la patología tumoral: goteo postnasal, iatrogenia, asma/EPOC, insuficiencia cardíaca, ERGE, etc.

Medidas no farmacológicas:

- Explicar al paciente y los cuidadores las causas y mecanismos para tranquilizar.
- Evitar posibles desencadenantes: humos, olores fuertes u otros irritantes.
- Adecuada hidratación, humidificadores, inhalación de vapores/suero salino. Uso de caramelos.
- Recomendaciones posturales según se desencadene la tos y fisioterapia respiratoria si hay abundantes secreciones.

Medidas farmacológicas:

- Manejo etiológico si es conocido: asma, infección, alergia, etc.
- **Dextrometorfano** 30 mg/6-8h vo.
- Si persiste se puede asociar a:
  - **Cloperastina** 10 mg/8h vo.
  - **Codeína** 15-60 mg/6-8h vo.
- Si presenta muchas secreciones se puede asociar: **Butilescopolamina bromuro (Buscapina ®)** 20 mg vo o sc.
- Si las medidas anteriores son ineficaces puede administrarse fuera de ficha técnica: **Lidocaína** 2% (5 ml/6-8h) nebulizada.

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. Aparecen hasta en un tercio de pacientes en situación agónica.

Medidas no farmacológicas:

- Informar a los cuidadores sobre las causas de este fenómeno incidiendo en la baja probabilidad de que sea molesto para el paciente.
- Cambios posturales que faciliten el drenaje, laterales y semiprono.
- Extracción manual no agresiva de las secreciones en cavidad bucal.

Medidas farmacológicas:

- Debe emplearse de manera precoz para conseguir beneficio, que no ha demostrado evidencia franca.
- **Buscapina ®**: 20 mg sc. Infusión en 24 de 60-400mg.
- **Escopolamina**: 250-400 mcg sc. Infusión en 24 horas de 1,5 mg.

HIPO

Definición: reflejo respiratorio caracterizado por espasmo del diafragma que produce rápida inspiración y brusco cierre de glotis.

Etiología:

- Relacionada con la patología tumoral: irritación mediastínica por linfomas, distensión gástrica, etc.
- No relacionada con la patología tumoral: uremia, infección, enfermedades sistémicas como la esclerosis múltiple, etc.

Medidas no farmacológicas:
Estimulación manual del paladar blando, dar sorbos de agua helada, maniobra de Valsalva, apneas, etc.

Medidas farmacológicas:

- **Omeprazol** 20 mg/d vo + metoclopramida 10 mg/8h vo.
- **Baclofeno** 5-10 mg/12-24h vo (que puede aumentarse hasta 60 mg/d).
- Si persiste se puede asociar a: **Gabapentina** 300.600mg/8h vo.
- Si provoca gran malestar se puede asociar: **Midazolam** 2,5 mg sc.

HEMOPTISIS

Definición: salida de sangre procedente de las vías respiratorias.

Etiología:

- *Relacionado con patología tumoral:* infiltración tumoral, efectos secundarios de la quimio/radioterapia.
- *No relacionado con patología tumoral:* TEP, infección, coagulopatías, etc.

Medidas no farmacológicas:

- Intentar detectar pacientes de riesgo de sufrir esta complicación para anticipar la actuación.
- Intentar mantener la calma.
- Postura confortable, normalmente sobre el lado afecto o semisentado.
- Usar toallas de color oscuro.

Medidas farmacológicas:

- Asegurar que el sangrado no es procedente de vías respiratorias altas.
- Retirar AINES o anticoagulantes.
- Antitusígenos (ver apartado previo).
- Antifibrinolíticos: **Ácido tranexámico** 1,5 g como dosis inicial y posteriormente 1g/8h vo o 0,5-1g/8h ev.
- **Adrenalina nebulizada** 1:1000 1 mL diluido con 5 mL de SF, cada 4 horas.
- Si hemoptisis masiva: **sedación paliativa.**

DISNEA

Definición: sensación subjetiva de falta de aire.

Etiología: enfermedad neoplásica avanzada, EPOC, insuficiencia cardíaca, acidosis metabólica, anemia, etc.

Clasificación:

- **EVA**: escala visual analógica puntuada de 0 a 10 según gravedad de la disnea.
- **VRS** (Verbal Scale Rating): clasificada en ninguna, ligera, moderada o grave.

Medidas no farmacológicas:

- Técnicas de relajación y respiración. Adquirir una posición cómoda. Uso de ventilador.
- Distracciones y compañía agradable.
- Ayuda para movilizar secreciones y rehabilitación pulmonar.
- Ropa de cama ligera.
- Adaptación física para las movilizaciones.

Medidas farmacológicas:

- Buscar tratamiento etiológico si es posible.
- Opioides (de elección).
    - **Morfina**:
        - Inicio de liberación rápida en dosis de 2,5-5 mg/4-6h vo. Incrementos cada 2-3 días del 30-50% del total de dosis diaria.
        - Cuando se alcance el control se pasará a dividir la dosis diaria en dos tomas con la formulación de morfina de liberación sostenida.
        - Los rescates serán de dosis igual al 10% de la dosis total.
- Si ansiedad puede asociarse a **Midazolam** 5-10 mg sc.
- Si broncoespasmo, neumonitis post-radioterapia, linfangitis carcinomatosa o síndrome de vena cava superior, se puede asociar corticoides: **Dexametasona** 2-8 mg/d.
- **Oxigenoterapia**: indicada en casos de hipoxemia siempre que produzca mejoría sintomática. En casos en los que no haya hipoxemia puede hacerse prueba terapéutica y si hay mejoría, está recomendado mantenerla.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guía de Práctica clínica sobre Cuidados Paliativos. SNS. Ministerio de Sanidad. 2021
2. Cuidados paliativos para Atención Primaria. SNS. Ministerio de Sanidad. 2021
3. I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Servicio Extremeño de Salud. 2020
4. Recomendaciones para Profesionales de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos . SECPAL-AECPAL .Marzo 2020