



# SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Adela Delgado Álvarez de Sotomayor  
ESAD Cartagena  
Marzo 2009

# SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

- Disnea
- Tos
- Hemoptisis
- Hipo
- Estertores Agónicos



# DISNEA

## Etiología

- Relacionada con el tm:
  - *Intratorácica:*
    - Obstrucción de vía respiratoria
    - SD vena cava superior
    - Linfangitis carcinomatosa
    - Ocupación del parénquima pulmonar
    - Derrame pleural/pericardico
  - *Extratorácicas:*
    - Ascitis a tensión
    - Hepatomegalia
    - Paraplejia alta o tetraplejia
    - Distensión abdominal (fecaloma , íleo)

# DISNEA

## Etiología

- **Relacionada con el tto:**
  - QX: lobectomía, neumectomía
  - Fibrosis postRT/post/QT
- **Relacionadas con la debilidad:**
  - Anemia
  - Atelectasia
  - Neumonía
  - TEP
- **Causas Concurrentes:**
  - EPOC, ASMA, fibrosis pulmonar.
  - Fiebre, ansiedad,
  - Insf C, valvulopatías, deformidades de la caja torácica

# DISNEA

## Tratamiento

- ¿Cuál es la causa o causas? ¿y en qué medida son modificables?.
- ¿Cuál es el estado general del paciente? (expectativa de vida).
- ¿Dónde se encuentra el paciente? (domicilio, hospital).
- ¿Cuál es la opinión del paciente y la familia?(toma de decisiones).
- Por su origen multifactorial = tto farmacológico+ no farmacológico

# DISNEA

## Tratamiento

- **TRATAMIENTO GENERAL**

- **Medidas tranquilizadoras: explicar, ambiente y compañía tranquilizadora.**
- **Adaptar la actividad según la disnea.**
- **Tto preventivo de causas desencadenantes: estreñimiento, fiebre, evitar comidas copiosas, tto de la broncorrea.**

# DISNEA

## Tratamiento

- **TRATAMIENTO ESPECÍFICO:**
  - **Tratamiento no farmacológico:**
    - toracocentesis
    - pleurodesis
    - paracentesis
    - RT en Sd VCS
    - Técnicas de relajación...
  - **Tratamiento farmacológico etiológico:**
    - Diuréticos, IECA, digoxina...
    - Corticoides
    - Broncodilatadores
    - Anticolinérgicos
    - Transfusiones
    - Bzd...

# DISNEA

## Tratamiento

La **morfina** juega un papel muy destacado en el tratamiento sintomático de la disnea. Los mecanismos implicados:

- El efecto depresor sobre el centro respiratorio, reduciendo la respuesta a la hipercapnia.
- El efecto ansiolítico
- Disminución de la precarga
- La reducción del consumo de oxígeno y el aumento de la tolerancia al ejercicio.

El uso de opioides en el tratamiento de la disnea en cáncer avanzado **no empeora la pO<sub>2</sub> ni la pCO<sub>2</sub>**, mientras que disminuye la frecuencia respiratoria y la sensación de disnea.

# DISNEA

## Tratamiento

- **Disnea sin dolor y virgen de opiodes:**
  - Dihidrocodeína: 20 mg/4h vo, retard: 60mg/12h vo.
  - Morfina: de 5 a 15 mg/4h vo. Inicio: 5 mg/4h ( 2.5 mg/4h si paciente anciano, caquéctico) doblando la dosis por la noche. En insf renal espaciar/6h. Vía parenteral: 3mg/4h.
- **Disnea en paciente en tto con morfina por dolor:**
  - Aumentar la dosis previa en un 50%.
- **Crisis de disnea en un paciente tratado con morfina:**
  - Dosis extras de morfina entre un 25-50% de la dosis que toma cada 4h.

# DISNEA

## Tratamiento

- Si ansiedad importante: BZD, neurolépticos:
  - Loracepam: 0.5-1 mg sl (alivio a corto plazo).
  - Diacepam: 2-10 mg vo por la noche o /12h.
  - Midazolam: cuando se desea vía sc en disnea refractaria-  
---sedación.
  - Clorpromazina: dosis de 25 mg nocturna, se asocia como tto coadyuvante, ansiolítico y sedante.

# DISNEA

## Tratamiento

- **Oxígeno:**
  - En hipoxemia severa:  $PaO_2 < 80$ ,  $Sat O_2 < 90\%$ .
  - En hipoxemia moderada:  $Sat O_2$  90-94%, el beneficio es controvertido. Probar: ¿confort?, ¿mejora el síntoma?
  - Duración:
    - Disnea de esfuerzo: régimen intermitente.
    - Disnea de reposo: continuo.
    - Si EPOC: mínimo 15 h/día.
  - Indicado en GN a flujos bajos: 2-3 lpm .

# DISNEA

## Tratamiento

- **Corticoides:**
  - Broncoespasmo (asma, EPOC)
    - Linfangitis carcinomatosa
    - Neumonitis postRT
    - Tm obstructivos
    - SD VCS
  - Prednisona: 30-60 mg/ día vo en 1 ó 2 dosis.
  - Dexametasona a dosis altas 16 mg/día, en tm obstructivo y linfangitis carcinomatosa.
- **Broncodilatadores:**
  - Nebulizaciones de salbutamol: 2.5-5 mg + bromuro de Ipatropio: 500 µg + 2 cc SF/6-8H

# TOS

- Se da en el 50% de enfermos oncológicos terminales.
- La incidencia aumenta hasta el 80% en neoplasias pulmonares o SIDA.
- Si es persistente = agrava el **disconfort** del enfermo terminal: dolor, insomnio, cefalea, náuseas, vómitos, síncope tusígeno, fx óseas en pacientes con Mtx u osteoporosis.

# TOS

## ETIOLOGÍA

- **Debida al tumor:**
  - Irritación mecánica de vías: faringe, traquea, bronquios.
  - Irritación mecánica de serosas: pleura, pericardio, diafragma, fístula traqueo-esofágica, linfangitis carcinomatosa.
- **Infección respiratoria:** por debilidad, encamamiento, inmunodeficiencia.
- **Debida al tratamiento:** RT, IECAS.
- **Otras:** reflujo G-E, Insf C...

# TOS

## TRATAMIENTO

### 1. Antitusígenos

#### A. *Opioides*

- Codeína
- Dihidrocodeína
- Metadona
- Morfina

#### B. *No opioides*

- Dextrometorfano
- Cloperastina

### 2. Mucolíticos

# TOS

## TRATAMIENTO

- Tos como único síntoma: dextrometorfano
- Tos mas rebelde, sin dolor: opioide +dextrometorfano
- Tos y dolor: opioide débil / opioide potente

# HEMOPTISIS

## MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Mantener la calma
- Explicación adaptada a la situación del paciente y la familia
- Colocar al paciente en postura confortable: decúbito lateral sobre el lado sangrante / sentado
- Utilizar toallas de color
- Valorar vía venosa

# HEMOPTISIS

## MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- Retirar AINE o AAS
- Tratamiento de la tos
- Adrenalina nebulizada
- **Fármacos antifibrinolíticos:** ac aminocaproico / ac tranexámico
- **Corticoides:** dexametasona / prednisolona
- **Sedación paliativa en caso de hemoptisis masiva.**

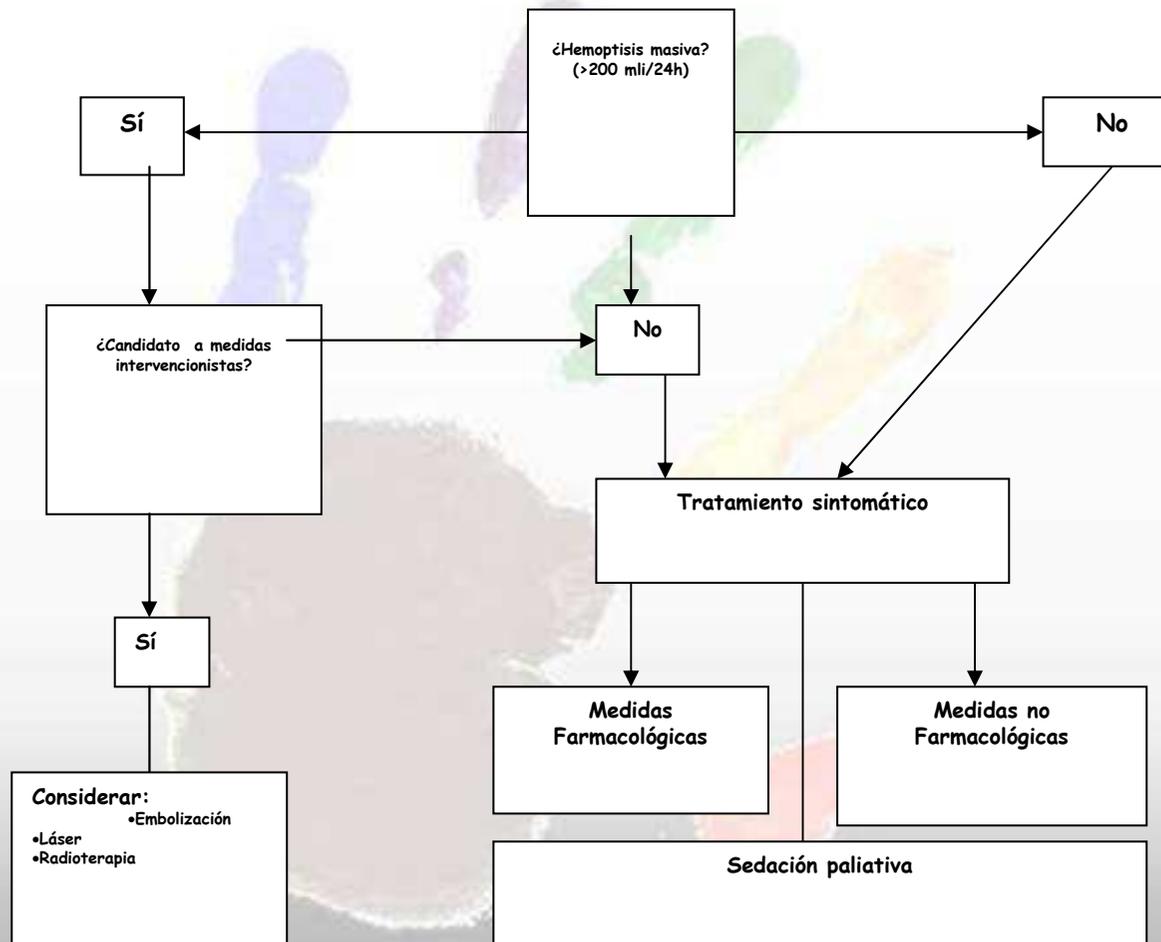
# HEMOPTISIS

## MEDIDAS INTERVENCIONISTAS

- Embolización arterial bronquial
- Laserterapia y electrocoagulación
- Radioterapia. Braquiterapia endobronquial (en hemoptisis leve )

El manejo de la hemoptisis dependerá de la severidad del sangrado, la causa y localización del foco sangrante, la situación global y expectativas de vida del enfermo y la experiencia y medios disponibles.

# HEMOPTISIS



# HIPO

- Reflejo respiratorio patológico caracterizado por el espasmo del diafragma que produce una rápida inspiración seguida de un brusco cierre de la glotis.
- Las causas son múltiples; las más frecuentes:
  - Distensión gástrica
  - RGE
  - Irritación del diafragma o del nervio frénico
  - Alteraciones hidroelectrolíticas
  - Tumores del SNC
  - Fármacos: corticoides, BZD, ATB....

# HIPO

## TRATAMIENTO

- **Metoclopramida:** reducción de la distensión gástrica y antagonista dopaminérgico
- **Clorpromacina:** inhibidor central
- **Baclofen:** relajante muscular e inhibidor central

# ESTERTORES

- Ruido producido por las secreciones respiratorias en el árbol bronquial y que se producen en la fase de agonía.
- Produce más disconfort en la familia y equipo que en el propio paciente.
- Abordaje preventivo:
  - ajuste del aporte de líquido
  - Fármacos anticolinérgicos: N- butil bromuro de escopolamina: 20 mg /6-8h sc
- La utilización de sistemas de aspiración en situación de agonía no estaría indicada por generar disconfort.