



SÍNTOMAS RESPIRATORIOS



DISNEA

- Sensación subjetiva.
- Conciencia desagradable de falta de aire o necesidad de incrementar la ventilación.
- 40-55% de pacientes.
- 70% broncogénicos.
- Síntoma principal en enfermedad avanzada, o signo de mal pronóstico.
- Pluridimensional.





Etiología

- **Debidas al cáncer**
 - Obstrucción vía aérea.
 - Ocupación parénquima pulmonar.
 - Derrame pleural
 - Síndrome de obstrucción de vena cava superior.
 - Ascitis masiva.
 - Distensión abdominal.
- **Debidas al tratamiento**
 - Neumectomía, Radioterapia, Quimioterapia.
- **Otras causas**
 - Atelectasias.
 - Anemia.
 - Ansiedad.
 - Insuficiencia cardiaca.



Cuidados síntomas respiratorios del paciente terminal

* ansiedad *

1. Ayudar al paciente en aquellas actividades que incrementan la disnea.
2. Modificar hábitos del paciente.
3. Ejercicios respiratorios.
4. Humidificadores ambientales.
5. Hidratar fosas nasales.
6. No fumar.
7. Evitar el apoyo continuo de las gafas nasales.
8. Cuidados de la boca.



En caso de crisis disneica:

1. Transmitir tranquilidad, confianza y control de la situación.
2. Adm. Tto médico prescrito.
3. No dejar al paciente solo.
4. Ambiente tranquilo, evitar ruidos.
5. Posición más confortable y que mejore su función respiratoria.
6. Proporcionarle aire fresco en la cara.
7. Enseñar a la familia a controlar la situación y cómo tranquilizar al paciente.



• Medidas farmacológicas

OPIODES

Disminuye:

- frecuencia respiratoria,
- sensibilidad c.rsp. a la hipercapnia
- precarga

Con tto previo: elevar 50% dosis

Sin tto previo: 5 mg./4h



• Medidas farmacológicas

ANSIOLITICOS

Tratamiento coadyuvante, disminuyen la ansiedad y la taquipnea

v.o. Diazepan 5-10 mg/8-12h

s.l. Loracepan 0,5-2 mg

s.c. Midazolán 2,5-5 mg/4h

i.m. Clorpromacina 25-100 mg/24h



• Medidas farmacológicas

CORTICOIDES

Mejora la sensación de disnea asociada a obstr. de vía aérea

Dexametasona 20-40mg/24h,
oral o parenteral



• Medidas farmacológicas

OXIGENOTERAPIA

Si sat O₂ < 90%

ANTIBIÓTICOS

DIURÉTICOS

DIGOXINA

IECAS

TRANSFUSIÓN DE SANGRE



TOS

Expulsión súbita , ruidosa y violenta de aire de los pulmones.

- Incidencia: 50% de pacientes con cáncer avanzado
80% en cáncer broncopulmonar
- Suele exacerbar otros síntomas (dolor, vómitos, insomnio..), incrementando el sufrimiento.



Etiología:

- Diversa y multifactorial:
 - * factores ambientales,
 - * irritación de vías r., serosas o diafragma por el tumor,
 - * infecciones de vías respiratorias,
 - * derrame pleural, I. Cardíaca, EPOC,...
- Debemos descartar siempre: Insufc Cardíaca, Infección Respiratoria, Reflujo G-E y secundarismo a IECA.



Tos. Cuidados.

- ****Aspiración, drenaje postural**** pueden ocasionar más prejuicios que beneficios.
- Explicar al enfermo y familia el motivo de la acumulación de secreciones y los métodos que facilitan su eliminación.
- Aumentar ingesta hídrica.
- Evitar factores que precipitan la tos
- Mejorar la humedad ambiental.



Tos. Cuidados.

- Adm. tto médico para la causa o para los síntomas
- Enseñar a toser de forma adecuada:
 - Nunca en decúbito supino.
 - Elevar la cama, posición sentada.
 - Eliminar prendas constrictivas.
 - Indicar al enfermo que respire tres veces de manera breve para seguir con una inspiración profunda por nariz.
 - Expulsar el aire de golpe, contrayendo los músculos del abdomen con la boca abierta.



Tratamiento farmacológico

- Tos húmeda productiva:
 - Mucolíticos no irritantes
- Tos húmeda no productiva:
 - Codeína(30-60 mg/ 4 horas)
 - Dihidrocodeína (60 mg/ 12horas)
 - Morfina (5-20 mg/ 4 horas)
- Tos seca:
 - Antitusígenos de acción central



HEMOPTISIS

Expulsión de sangre acompañada de tos.

65% de pacientes con Ca de pulmón

Puede provenir de nariz, orofaringe o bronquios.

Causada por plaquetopenia, rotura de un vaso o tos repetitiva.



Tratamiento

1. Tos con poca sangrado y ocasional ---- vigilancia.
2. Si empeora ----- antitusígenos y ácido tranexámico (anchafibrin)
3. Si no cede ----- valorar RT paliativa.
4. Hemorragia masiva y prolongada (más de 200 ml/24h) se considera una situación de urgencia.
 - Si no es posible la hemostasia, SEDAR al paciente (morf y mdzl)
 - Si no cede, mantenerlo sedado hasta el fallecimiento.



Hemoptisis. Cuidados

- Informar al paciente y familia adecuadamente.
- Transmitir tranquilidad y eficacia.
- Comprensión ante sus dudas, temores, inseguridades.
- Vigilancia continuada con frecuentes visitas al paciente.
- Reposo absoluto.
- Adm. tto médico.
- Hemoptisis masiva y terminal: paños verdes o rojos, no dejar solo al pac, sedación prescrita.



ESTERTORES

Sonido estertóreo producido por la oscilación de las secreciones , principalmente en la hipofaringe, asociado a los movimiento respiratorios.

Tratamiento:

Postura semiprono

Hioscina:

- Reduce las secreciones.
- Efecto broncodilatador.



HIPO

Reflejo respiratorio patológico caracterizado por el espasmo del diafragma, que da lugar a una inspiración rápida asociada con un cierre de la glotis.



Etiología

Irritación nervio frénico,
irritación y/o elevación diafragmática
(hepatomegalia, ascitis, masas
subfrénicas)

uremia,

dispepsia,

lesión cerebral...



Tratamiento

Según etiología: Corticoides, Procinéticos...

Tratar causas reversibles.

-- **Clorpromacina (Largactil)** 10-25 mg/8h
inhibe el centro del reflejo del hipo

-- **Valproato Sódico (Depakine)** 500-1000
mg/d

Bacoflen (Lioresal) 5-10 mg/8h



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo

“Sabemos que el tiempo ,la dedicación , es una de las mejores cosas que podemos ofrecer a nuestros enfermos.”

