

DISNEA EN PACIENTE PALIATIVO

Autor: Dra. Alba Nager
Tutorizado por: Dra. Marta Iglesias Vela



**DISNEA**

Se define como la sensación subjetiva, de dificultad para respirar o necesidad de incrementar la ventilación.

**ENFERMEDAD
TERMINAL**

Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, pérdida de autonomía y escasa capacidad de respuesta al tratamiento, con pronóstico de vida limitado.



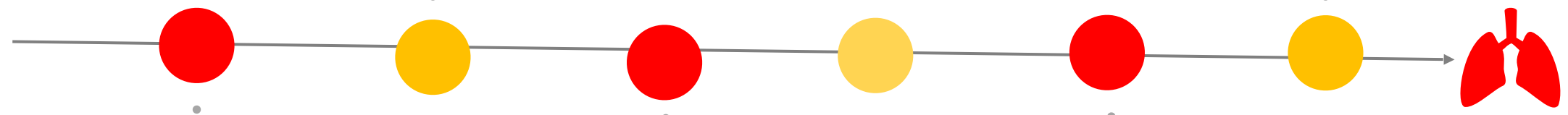
Causas de la Disnea en paciente paliativo

Pulmonares

- Asma
- EPOC
- Neumonía
- Atelectasias
- Neumotorax

- Tumor pulmonar y/o su tratamiento (QT/RT)
- Neumonitis inducida por fármacos y/o radioterapia

- Fibrosis Pulmonar idiopatica
- Derrame pleural que no responde a toracocentesis o pleurodesis



- Tromboembolismo pulmonar
- Insuficiencia cardiaca
- Cadiopatia isquémica
- Arritmias

- Derrame pericárdico
- Síndrome de vena cava superior
- Metastasis Pulmonar
- Ascitis, hepatomegalia, tumor abdominal

- Ansiedad, Hiperventilacion
- Anemia
- Linfangitis Carcinomatosa
- Enfermedad de Neurona Motora
- Enfermedades que produzcan compresión de via respiratoria

Extrapulmonares

- Conceptos
- Etiología
- Diagnostic
- Tratamient
- Situaciones especiales
- Bibliografía

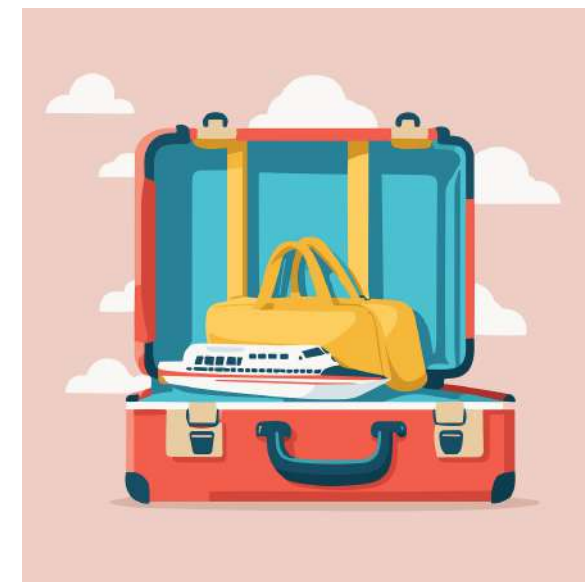
Prevalencia en Cuidados Paliativos

1. 85% en pacientes con Insuficiencia Cardíaca
2. >90% en pacientes con EPOC
3. 30-40% en pacientes con Cáncer Avanzado Terminal
4. 70% en pacientes con Cáncer Broncogénico. Síntoma principal en fase avanzada.
5. Últimos días de enfermedades con fracaso multiorgánico



Diagnostico: evaluación multidimensional de la disnea

1. Identificar las causas subyacentes, mediante una historia clínica detallada, examen físico y pruebas complementarias
2. Caracterizar el tipo de disnea y su intensidad
3. Evaluar el impacto de la disnea en la rutina diaria y calidad de vida del paciente.



Diagnostico: evaluación multidimensional de la disnea

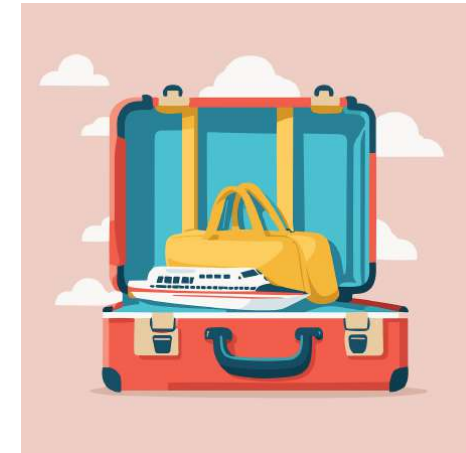
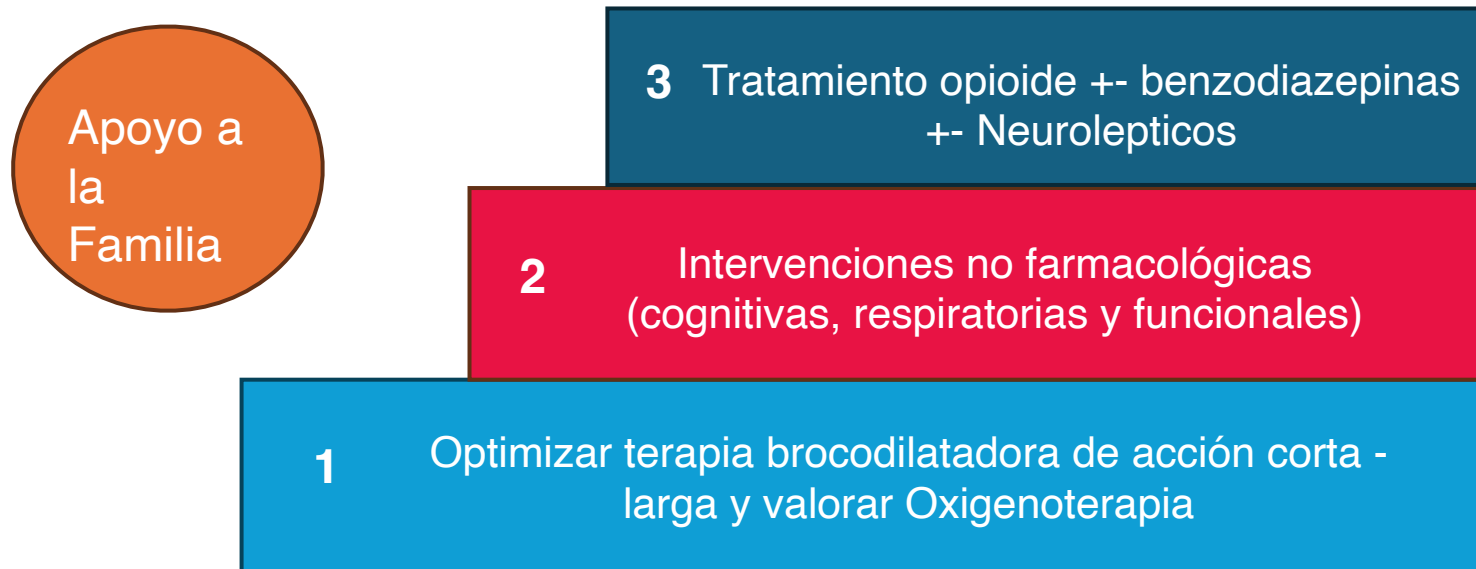
Escala de disnea del Medical Research Council Modificada (mMRC)

Grado	Actividad
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 mts o después de pocos minutos de andar en llano
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Scale Respiratory Distress Observation

Variable	Points		
	0	1	2
Heart rate, beats per min	< 90	90-109	≥ 110
Breathing frequency, breaths/min	≤ 18	19-30	> 30
Restlessness ^a	None	Occasional, slight movements	Frequent movements
Accessory muscle use ^b	None	Slight rise	Pronounced rise
Paradoxical breathing pattern ^c	None	NA	Present
Grunting at end-expiration ^d	None	NA	Present
Nasal flaring ^e	None	NA	Present
Look of fear	None	NA	Eyes wide open, facial muscles tense, brow furrowed, mouth open

Tratamiento del paciente Paliativo con Disnea



Escalera de planificación anticipada de decisiones

Tratamiento Farmacológico

Oxigenoterapia

Si saturacion es <90.

- Dexametasona: 2-4 mg/6-8h vo
- Prednisona: 10-40 mg diarios vo

Corticoides

Benzodiacepinas

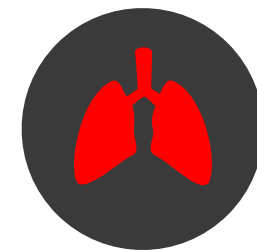
- Diazepam: 5-10 mg/8-12h vo y si es sc de 2 a 5 mg cada 4-6 h
- Lorazepam: 0,5-2 mg
- Midazolam: 2,5-5mg/4h en bolos o 0,5-0,8mg /h en infusion

Broncodilatadores

- Salbutamol: 2,5-5 mg/6 h o 2 inhalaciones de aerosol cada 6 h en camara.
- Bromuro de ipatropio: 25- 500 ug

Opioides

- Morfina
- Oxycodona
- Hidromorfona
- Metadona
- Fentanilo



DISNEA



Disnea de leves esfuerzos Asociada a Cáncer de Pulmón o Infiltración Metastásica, sin proceso intercurrente y SIN tratamiento con Opioides

- **Importante descartar:** Derrame pleural, Anemia, Insuficiencia Cardíaca, neumopatías, infección pulmonar.



Optimizar tratamiento con corticoides orales e inhalados y broncodilatadores de acción corta.



Iniciar tratamiento con Opioides orales de liberación sostenida: morfina-5-10mg/12 h. Como alternativa oxycodona 5mg/12h o hidromorfona 4mg.



Incrementar dosis de opioides en un 30-50%, cada 48-72 horas. Si no hay beneficio con una dosis de morfina oral 30-60 mg/día, puede que no responda a opioides.

Disnea de leves esfuerzos Asociada a Cáncer de Pulmón o Infiltración Metastásica, sin proceso intercurrente y EN tratamiento con Opioides



Tramadol: Sustituir por opioides orales de liberación sostenida.



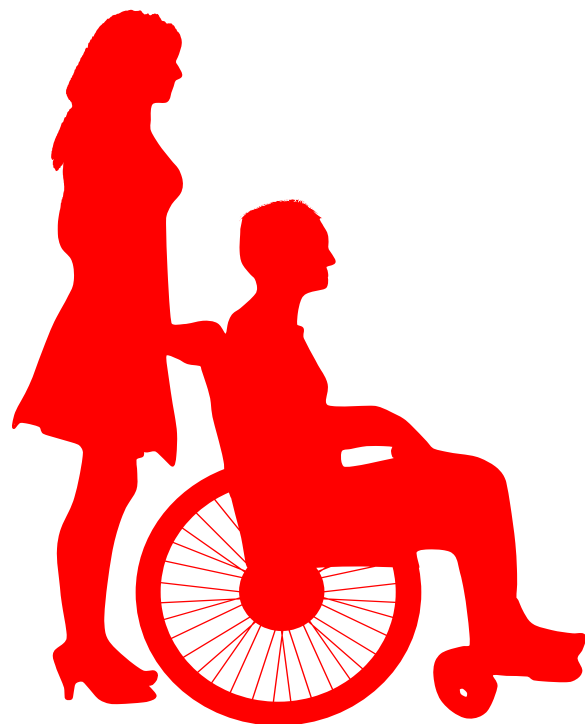
Morfina, Oxycodona, Hidromorfona o Metadona: Aumentar 30-50% la dosis diaria, cada 48-72h hasta alivio completo. *



Fentanilo o Buprenorfina Transdérmica: Sustituirlos por opioides orales de liberación sostenida en dosis equivalentes



Disnea en reposo, Asociada a Cancer de Pulmón o Infiltración Mestastasica, sin proceso intercurrente y SIN tratamiento con Opioides



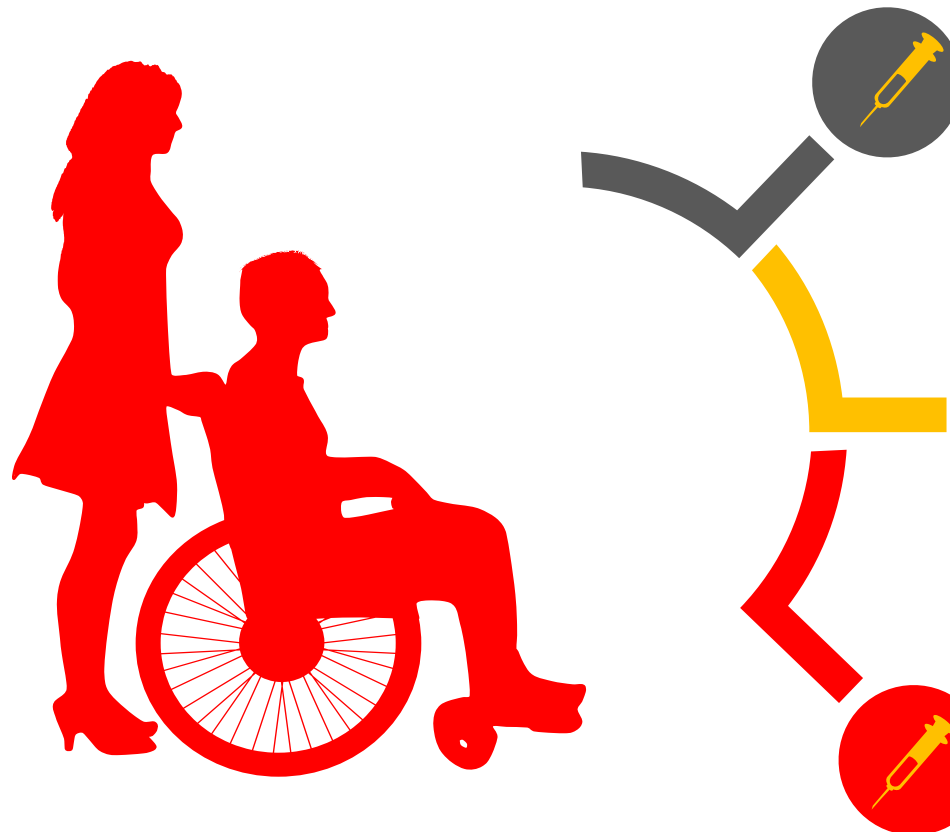
- Iniciar perfusión sc o iv continua 24 horas de 10 mg de cloruro mórfico. Incrementar 30-50% cada 12-24h. Si Insuficiencia renal metadona 1-2 mg cada 8 horas vo/iv/sc o fentanilo 0,1mg/24h



- Utilizar 2,5 mg iv/sc de cloruro mórfico o 0,01 mg de fentanilo, como dosis de rescate para episodios de disnea intensos



Disnea de reposo, Asociada a Cáncer de Pulmón o Infiltración Metastásica, sin proceso intercurrente . EPOC estable. EN tratamiento con Opioides



Tramadol: Iniciar Cloruro mórfico, 10 mg perfusión sc/iv durante 24 horas. Si persiste disnea o tiene Insuficiencia renal?

Morfina, Oxycodona, Hidromorfona o Metadona, Fentanilo o Buprenorfina: : Incrementar 30-50% dosis previa y administrar dosis equivalente iv de cloruro mórfico o fentanilo en 24 horas

Morfina sc/iv: Incrementar 30-50% dosis previa y perfundir en 24 horas. Administrar 1/10 la dosis total de rescate por vía IV.

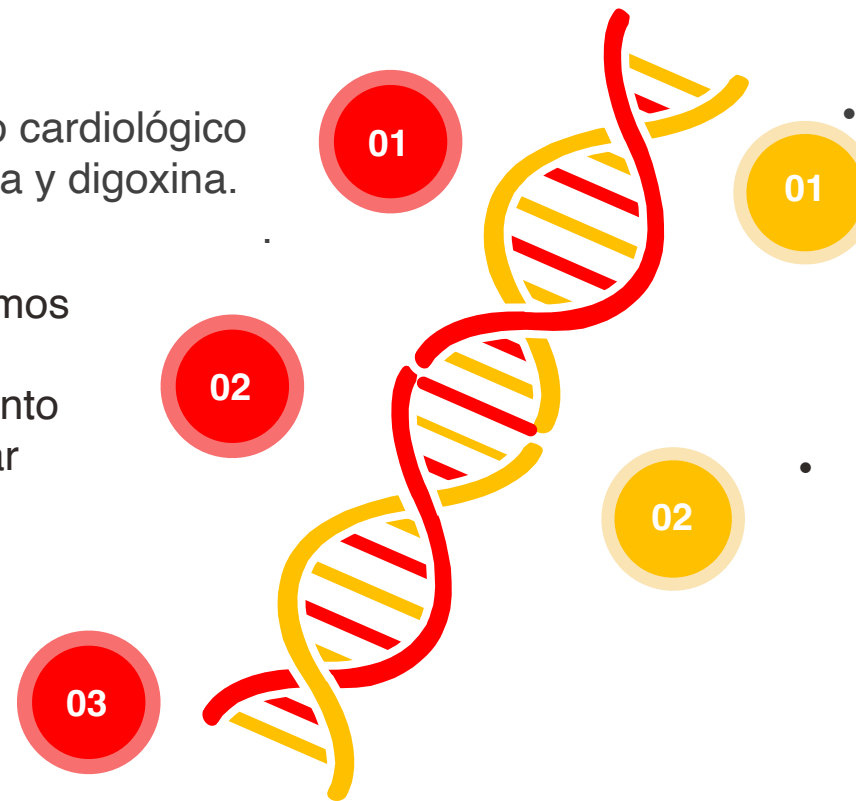
Disnea asociada a Insuficiencia Cardíaca Congestiva VS Anemia

Insuficiencia cardíaca congestiva

- Optimizar tratamiento cardiológico con IECA, furosemida y digoxina.
- Si persiste disnea de mínimos esfuerzos o reposo, considerar iniciar tratamiento con opioides o aumentar dosis
- Valorar iniciar VMNI si episodio esta asociado a edema agudo de pulmon

Anemia

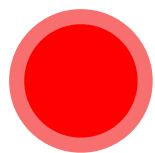
- Transfusión de sangre si disnea de mínimos esfuerzos o de reposo + cifras de hemoglobina < o igual a 7.
- En pacientes con esperanza de vida inferior a 1 semana, transfusión podría ser ineficaz, incrementar dosis de opioides.



- **Descartar:** infección respiratoria, ansiedad

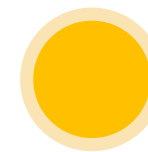


Disnea en reposo, en paciente con respuesta incompleta a Opioides



Considerar añadir benzodiazepinas de vida media corta como Lorazepam 1 mg cada 8 horas o midazolam 15-20 mg en 24 horas

Paciente con crisis grave, de disnea de reposo recurrentes o mantenidas, refractarias al uso de Opioides y benzodiazepinas



Esta indicada la sedación paliativa del paciente. Mantener la dosis de metadona, morfina o fentanilo parenteral (realizar conversión si es preciso).

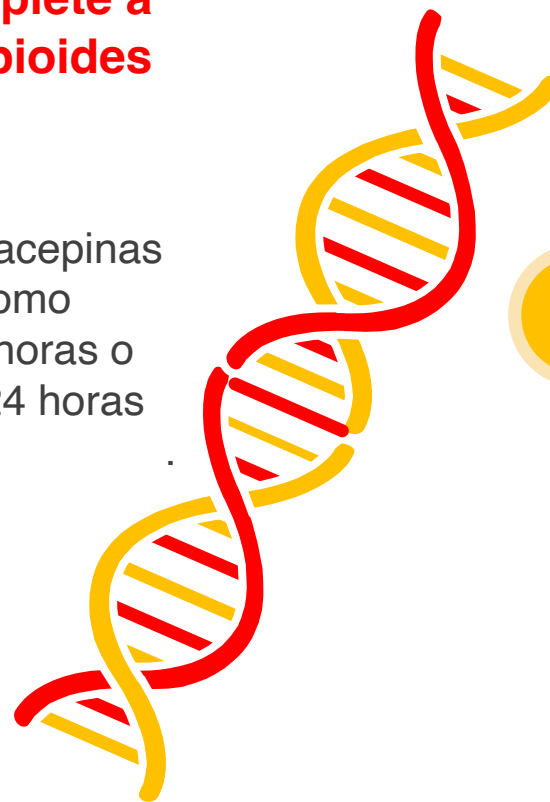
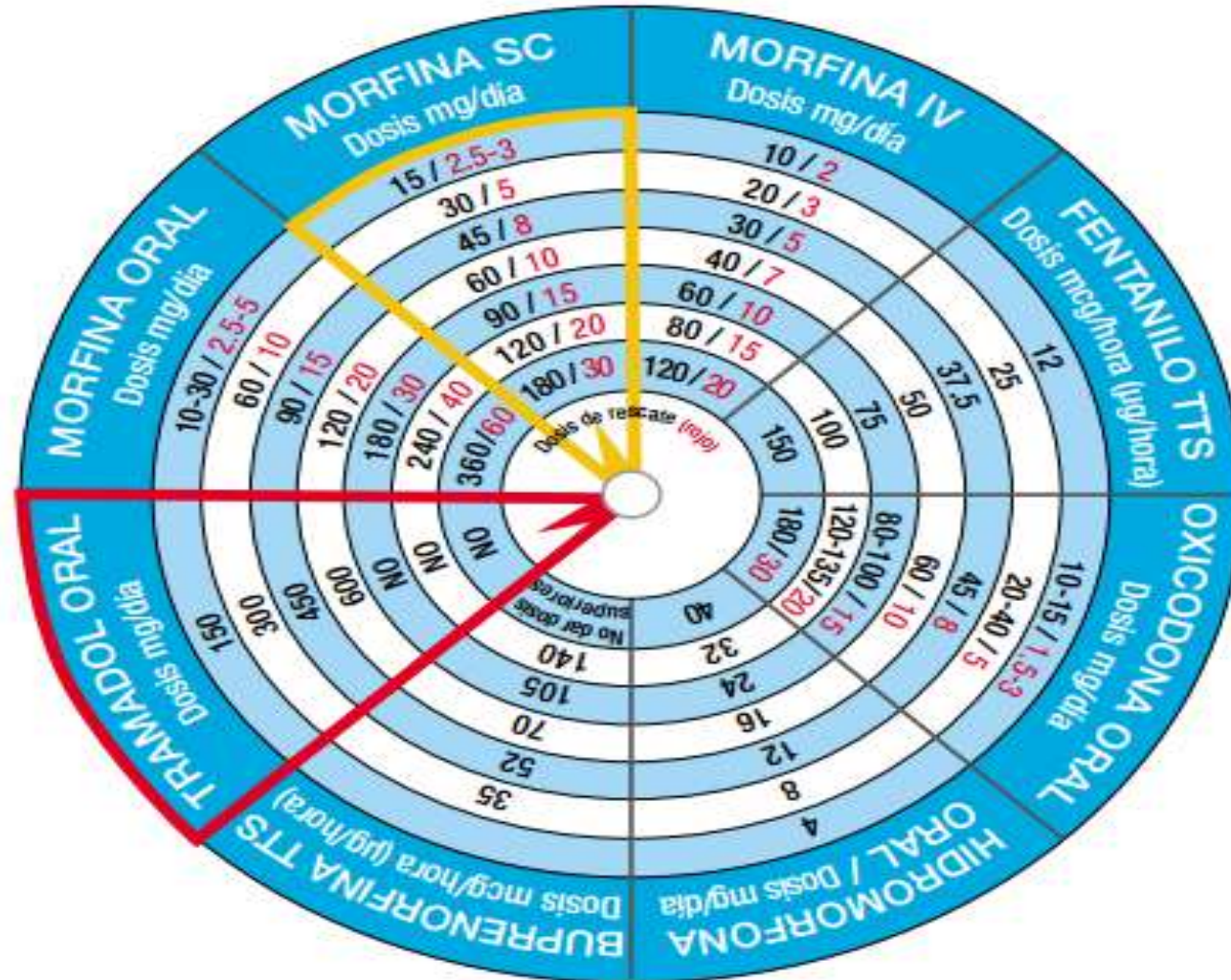


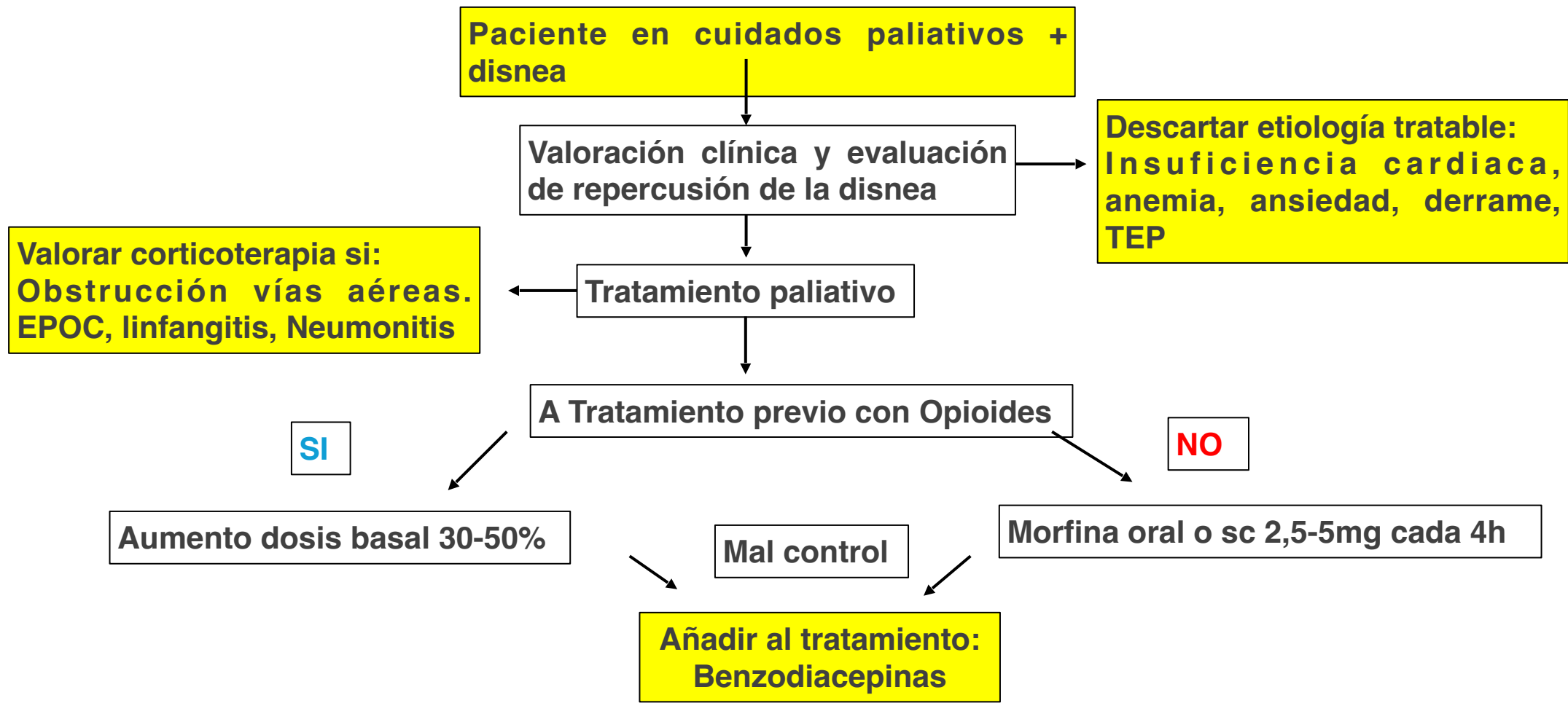
Tabla de Conversión de OPIOIDES



Conceptos
Etiología
Diagnostic
Tratamiento
Situaciones especiales
Bibliografía

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed

Algoritmo del Manejo de Paciente en cuidados Paliativos



- Conceptos
- Etiología
- Diagnostic
- Tratamiento
- Situaciones especiales
- Bibliografía



Manejo de disnea grave en los últimos días y horas de vida

Via de elección subcutánea:

- **Opioides:** morfina: 2,5-5 mg cada 4 horas o dosis equianalgesica del opioide que tomaba por via oral. Con dosis de rescate.

. **Benzodiacepinas:** Midazolam 2,5-5 mg cada 4 horas hasta control adecuada de la disnea. Dosis de inducción de 5-10 mg.

. **Si estertores o respiración ruidosa:** N-butilbromuro de hioscina: 20 mg sc inmediatamente, 20-60 mg en 24 horas sc.



Como saber si esta en situación de últimos días ? Agonía?



Bibliografía

- NHS Scotland. Home. Scottish Palliative Care Guidelines.
- González M. Disnea en cuidados paliativos. Pontevedra-España : Finesterra.com; Guías Clínicas en Atención Primaria; 2020.
- Benítez-Rosario, M., Alonso, A., Gonzalez, T. PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN CUIDADOS. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Primera Edición. (2023):175-96





GRACIAS