

NEUMOLOGÍA

MANEJO PALIATIVO DE LA DISNEA (revisión de la literatura y caso clínico)

Gabriel Carvajal Valdy*

SUMMARY

We present the case of a 73 year old referred to our palliative care consultation for metastatic lung cancer not candidate to curative therapy, with dyspnea refractory to treatment. Dyspnea is a common problem for patients with terminal conditions and effective clinical strategies can relieve symptoms in most cases. Symptomatic management can be carried out concomitantly with the correction of the underlying cause when justified.

PRESENTACIÓN
DEL CASO

Masculino de 73 años, con antecedente patológico de cáncer de

pulmón no microcítico estadio T3 Nx M1 con primario en el pulmón derecho diagnosticado 8 meses previo a su referencia, con metástasis a hígado. Video-broncoscopía realizada 1 mes antes, sin lesiones visibles. Con pleurodesis paliativa derecha realizada 2 semanas antes de su referencia. El paciente no era candidato a terapia curativa. Al momento de su llegada el paciente utilizaba ibuprofeno 400mg PRN. Fue referido a nuestro centro para manejo paliativo de su condición. Escala Karnofsky al ingreso: 40%. Como antecedentes personales no patológicos de importancia destacaba una historia de tabaquismo de 2 paquetes-año, inactivo hace

60 años, no había historia conocida de exposición a tóxicos ambientales. Al ingreso el paciente se encontraba afebril, con presión arterial 126/60, pulso de 90 por minuto y 28 respiraciones por minuto, el oxímetro de pulso mostraba una SaO₂ de 93% respirando aire ambiente. Con evidente caquexia, y un índice de masa corporal de 18, disneico en reposo, con aleteo nasal ocasional y uso de su musculatura respiratoria accesoria. A la auscultación, los ruidos cardíacos eran rítmicos, sin soplos auscultables, el murmullo vesicular estaba disminuido en el campo pulmonar derecho, y no había ruidos agregados. El abdomen no estaba distendido, tenía

* Médico General, Clínica de cuidados Paliativos de Barva de Heredia.
gabriel.carvajalvaldy@ucr.ac.cr

peristalsis adecuada, era blando y depresible, no doloroso a la palpación y sin masas o visceromegalias palpables. No había lesiones de importancia a nivel cutáneo ni edemas palpables. Al examen neurológico el paciente estaba ansioso, orientado en las 3 esferas. Pupilas simétricas de 2mm, normorreactivas. Pares craneales sin alteraciones. Sin déficit sensitivo evidente y con fuerza muscular 4/5 a nivel distal y proximal en las 4 extremidades. Reflejos miotáticos sin alteraciones. El electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal, con una frecuencia en 92 latidos por minuto, con hipertrofia del ventrículo izquierdo (índice de Sokolow 36mm) sin otros hallazgos. El recuento leucocitario estaba dentro de la normalidad ($8100/\text{cm}^3$) con un 22% de neutrófilos, 68% de linfocitos, 7,5% de monocitos y 2,5% de eosinófilos. Plaquetas en $368000/\text{cm}^3$. Hemoglobina en 10.1g/dL con volumen corpuscular medio de 90 fL. La radiografía de tórax PA no mostraba hallazgos nuevos hallazgos patológicos. Al utilizar la escala visual análoga en reposo el paciente reportaba una disnea de 6/10. Se decidió iniciar manejo paliativo de la disnea con morfina subcutánea 2 mg iniciales, a los 20 minutos reportaba una disnea de 1/10. Posteriormente se dejó tratamiento con 30mg de codeína/500 mg de acetaminofén cada 4 horas, con una dosis doble

antes de dormir. Se le dieron recomendaciones no farmacológicas para el alivio sintomático. El paciente presentó una evolución satisfactoria reportando a la semana una disnea de 2/10 -sin exacerbaciones- en la escala visual analógica. Su caso continúa siendo seguido en nuestra clínica 3 meses después y mantiene un índice de Karnofsky de 50%.

DISCUSIÓN

La disnea (del latín *dys*:- dificultad y *pneu*:- respirar), se puede definir como una experiencia subjetiva de dificultad respiratoria, que se origina a partir de la interacción de factores fisiológicos, psíquicos, sociales y medioambientales en el individuo, y engloba sensaciones cualitativamente distintas y de intensidad variable [2]. La disnea es un síntoma frecuente: entre 33% y 47% de la población general con cáncer presenta disnea, y su frecuencia aumenta hasta un 55% a 70% en poblaciones con condiciones terminales. [15,17,28,7,18,24,9] Al acercarse el final de la vida, al declinar el status funcional de los pacientes, existe una tendencia al aumento en la frecuencia e intensidad de este síntoma. [28,24] El alivio sintomático satisfactorio de la disnea -incluso por equipos de cuidados paliativos experimentados- se logra con menor frecuencia que en el caso de otros

síntomas como el dolor o las náuseas. [18]. El diagnóstico diferencial de la disnea en los pacientes con cáncer es amplio, y la evaluación clínica suele ser compleja. [15,29] El reporte directo por parte del paciente es el único referente confiable, lo cual dificulta su detección en pacientes con deterioro cognitivo. [8]. Como etapa inicial -como en este caso- se debería evaluar la intensidad del síntoma, utilizando un sistema validado como una escala visual análoga, el sistema de evaluación de síntomas de Edmonton o la escala de Borg, para dar un seguimiento más objetivo de este síntoma y evaluar la efectividad de las medidas terapéuticas emprendidas. [5,23,6]. El abordaje terapéutico de la disnea en los pacientes terminales busca resolver las causas implicadas en su aparición y tratar las condiciones potencialmente reversibles, teniendo presente las consideraciones éticas implicadas. En este caso el paciente tenía un pobre estadio funcional, y no era candidato para medidas curativas, en particular quirúrgicas.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Las medidas no farmacológicas deberían considerarse como la primera línea de tratamiento tomando en cuenta su perfil de

seguridad favorable y la ventaja de evitar la polifarmacia, aunque poseen menor evidencia que las apoye que otras modalidades de tratamiento, [3,16,22] no obstante existen datos que sugieren que intervenciones como yoga, ejercicios de respiración y relajación [26,19,14], así como asistencia con andaderas [13] son beneficiosas en poblaciones específicas. Algunas indicaciones utilizadas en este caso pueden

ajustarse a cada caso particular (cuadro 2):

Posición cómoda
Ayudas para la deambulación
Distractores
Presencia de una compañía tranquilizadora
Facilitar un ambiente abierto, tranquilo
Reforzar el entrenamiento muscular
Limitar el número de personas en la habitación
Evitar el estrés emocional.
Corrientes de aire dirigidas a la cara, mediante ventiladores
Cuadro 2 Recomendaciones generales para el manejo de la disnea.

Los tratamientos farmacológicos más frecuentemente utilizados para la disnea en la medicina paliativa incluyen el oxígeno, los opiáceos y las benzodiacepinas. [11].

Oxígeno: La oxigenoterapia a largo plazo ha demostrado mejorar la sobrevida y la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipo-

xemia ($\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$), aunque su uso en pacientes no hipoxémicos no ofrece beneficios en términos de calidad de vida y sobrevida en comparación con aire suplementario [12,25,1]. Su uso debería limitarse a grupos de pacientes que se beneficien de ella. **Opiodes:** Estos constituyen en la actualidad el grupo terapéutico

con mayor evidencia médica en el manejo de la disnea refractaria del enfermo terminal. [30,21,27,4] El medicamento de uso más frecuente es la morfina, pero existen reportes de uso de fentanilo oral. [4]. En el cuadro 1 se resumen los opiodes más frecuentemente utilizados

Opioides* †
Disnea leve
Codeína 30 mg PO q4h o Hidrocodona 5 mg PO q4h
Disnea severa
Morfina 5 mg PO q4h, oxicodona 5 mg PO q4h
Para manejo de exacerbaciones, dar dosis q1–2h
Benzodiacepinas
Lorazepam
0.5–1 mg PO q1h hasta aliviar la disnea, luego q4–6h
Diazepam
5–10 mg PO q1h hasta aliviar la disnea, luego q6–8h
Clonazepam
0.25–2 mg PO q12h
Midazolam
0.5 mg IV cada 15 min hasta aliviar la disnea, luego en infusión SC o IV
Cuadro 1 Dosis de medicamentos frecuentes para manejo paliativo de la disnea. <i>Modificado de (9)</i>
*En pacientes caquéticos o ancianos se recomienda empezar con 2,5 mg cada 4 horas.
†Si el enfermo previamente estaba en tratamiento con opioides se deben incrementar las dosis en un 25% a 50%

Ansiolíticos: La ansiedad es frecuente en la población general y su incidencia es alta en los enfermos respiratorios terminales [11,10]. Una elevada puntuación en la escala de ansiedad aumenta la disnea y esta a su vez contribuye a incrementar la ansiedad, cerrándose así un círculo vicioso [29]. No existe actualmente evidencia que permita obtener conclusiones sobre el uso de ansiolíticos en esta población [20], sin embargo su uso es frecuente. Sugerimos se limite su uso a situaciones en las cuales la ansiedad participe en la patogénesis de la disnea. Se resumen los medicamentos de uso más frecuente en el cuadro 1.

CONCLUSIONES

Presentamos el caso de un paciente de 73 años de edad referido a nuestra consulta de cuidados paliativos por un cáncer de pulmón no candidato a terapia curativa, con disnea refractaria a tratamiento y comentamos las terapias utilizadas. La disnea es un problema frecuente para los pacientes con condiciones terminales y estrategias clínicas efectivas pueden aliviar el síntoma en la mayoría de los casos. El manejo sintomático puede llevarse a cabo mediante estrategias farmacológicas con coadyuvantes no farmacológicos concomitantemente con la corrección de la causa de fondo cuando esté justificada.

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente de 73 años de edad referido a nuestra consulta de cuidados paliativos por un cáncer de pulmón metastásico no candidato a terapia curativa, que presenta disnea refractaria a tratamiento. La disnea es un problema frecuente para los pacientes con condiciones terminales y estrategias clínicas efectivas pueden aliviar el síntoma en la mayoría de los casos. El manejo sintomático puede llevarse a cabo concomitantemente con la corrección de la causa de fondo cuando esto esté justificado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, Clark K, Herndon JE 2nd, Marcello J, Young IH, Bull J, Wilcock A, Booth S, Wheeler JL, Tulskey JA, Crockett AJ, Currow DC. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;376(9743):784-793.
2. American Thoracic Society. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159(1):321-40.
3. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I. Nonpharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and nonmalignant diseases. 2008.
4. Benitez-Rosario MA, Feria M. Oral transmucosal fentanyl citrate in the management of dyspnea crises in cancer patients. *Journal of Palliative and Symptom Management*. 2005;30:395-397.
5. Borg G. Perceived Exertion as an indicator of somatic stress. *Scandinavian journal of Rehabilitation Medicine*. 1970;2(2):92-98.
6. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The

edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991;7:6-9.

7. Bruera E, Schmitz B, Pither J. The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(5):357-362.
8. Buckholz GT, von Gunten CF. Nonpharmacological management of dyspnea. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2009;3:98-102.
9. Campbell M, Templin T, Walch J. Patients Who Are Near Death Are Frequently Unable To Self-Report Dyspnea. *Journal of palliative medicine*. 2009;12(10).
10. Chang, V.T. et al. Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a veterans affairs medical center. *Cancer*. 2000;88:1175-1183.
11. Chochinov HMC. Psychiatry and the terminally ill. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2000;45:143-150.
12. Clary PL. Pharmacologic pearls for end-of-life care. *Am fam Phys*. 2009;79:1059-1065.
13. Cranston JM, Crockett A, Moss J, Alpers JH. Domiciliary oxygen for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005.
14. Crisafulli E, Costi S, De Blasio F, et al. Effects of a walking aid in COPD patients receiving oxygen therapy. *Chest*. 2007;131:1068-1074.
15. Donesky-Cuenca D, Nguyen H, Paul S, Carrieri-Kohlman V. Yoga Therapy Decreases Dyspnea-Related Distress and Improves Functional Performance in People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pilot Study. *The journal of alternative and complementary medicine*. 2009;15(3):225-234.
16. Dudgeon DJ, Kristjanson L, Sloan JA, Lertzman M, Clement K. Dyspnea in cancer patients: prevalence and associated factors. *J Pain Symptom Manage*. 2001;2:95-102.
17. Hayes AW, Philip J, Spruyt OW. Patient reporting and doctor recognition of dyspnoea in a comprehensive cancer centre. *Intern Med J*. 2006;36(6):381-384.
18. Higginson I, McCarthy M. Measuring symptoms in terminal cancer: are pain and dyspnoea controlled? *J R Soc Med*. 1989;82(5):264-267.
19. Hosakote S, Raghavendra M, Hongasan-

- dra R, et al. Effects of yoga on symptom management in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Int J Yoga*. 2009;2(2):73-79.
20. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004;1.
 21. Jennings AJ, Davies AN, Higgins JPT, et al. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax*. 2002;57:939-944.
 22. Kallet R. The Role of Inhaled Opioids and Furosemide for the Treatment of Dispnoea. *Respir Care*. 2007;52(7):900-910.
 23. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006.
 24. Mador MJ, Kufel TJ. Reproducibility of visual analogue scale measurements of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis*. 1992;146:82-87.
 25. Mercadante S, Casuuccio A, Fulfaro F. The course of symptom frequency and intensity in advanced cancer patients followed at home. *J Pain Symptom Manage*. 2000;20(2):104-112.
 26. Moore RP, Berlowitz DJ, Denehy L, Pretto JJ, Brazzale DJ, Sharpe K, Jackson B, McDonald CF. A randomised trial of domiciliary, ambulatory oxygen in patients with COPD and dyspnoea but without resting hypoxaemia. *Thorax*. 2010.
 27. Pomidori L, Campigotto F, Amatya TM, Bernardi L, Cogo A. Efficacy and tolerability of yoga breathing in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2009;29:133-137.
 28. Thomas JR, von Gunten F. Management of Dyspnea. *J Support Oncol*. 2003;1(1):23-34.
 29. Trescot AM, Datta S, Lee M, Hansen H. Opioid pharmacology. *Pain Physician*. 2008;11:1133-1153.