



Jesús Eduardo Gómez Figueroa

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Medicina Humana

6 A

Medicina Paliativa

Comitán de Domínguez Chiapas 26 de mayo del 2023

DELIRIUM

Sx cerebral orgánico agudo, caracterizado por deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de consciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora

Se presenta en aprox. el 80 de los pacientes terminales

Su prevalencia en el curso de la enfermedad varía entre el 10 y el 27 %

Entre un 30 y un 67 % de los episodios de delirium son reversibles

FX DE RIESGO

- Enfermedad avanzada
- Deshidratación
- Deterioro cognitivo previo

PRESENTACION CLINICA

DELIRIUM HIPERACTIVO

Predominan síntomas de agitación psicomotora y conductual

- Despierto
- Alerta
- Confusión
- Agitación
- Con o sin alucinaciones
- Ilusiones
- Con o sin mioclonos

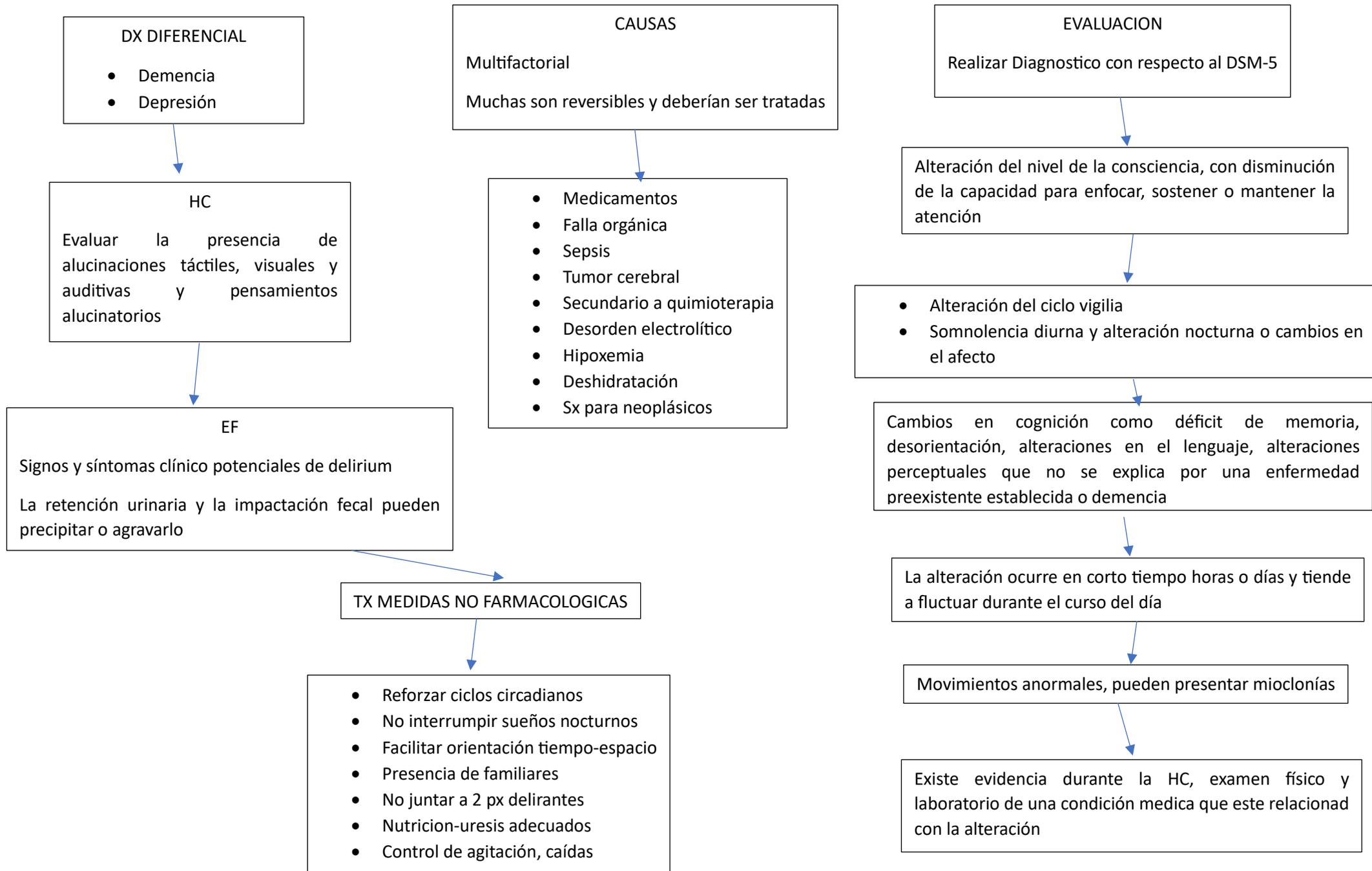
DELIRIUM HIPOACTIVO

Se caracteriza por un estado de somnolencia, pasividad y confusión

- Poco despierto
- Confusión
- Somnolencia que puede simular depresión

DELIRIUM MIXTO

Alterna síntomas de ambos tipos de delirium



TX FARMACOLOGICO

Si el px tiene agitación, alucinaciones controlables con Haloperidol, olanzapina, risperidona, levopromazina

Si no hay ninguno de estos, dar midazolam

DISNEA

Experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. The American Thoracic Society

Muy común en px oncológicos

La prevalencia varía con la localización del tumor primario y el estadio de la enfermedad

Se estima entre un 19 a un 64 % en pacientes con neoplasias de diferentes orígenes

Fue la causa más frecuente de sedación en nuestra población

CAUSAS

CANCER

Comprensión del tumor sobre un bronquio principal

Debilidad y fatiga muscular respiratoria, Linfagitis carcinomatosa

PULMONARES

- Fibrosis pulmonar
- Derrame pleural
- EPOC
- Asma

MAYOR O MENOR PRESION ABDOMINAL

- Ascitis a tensión
- Crecimiento abdominal

CARDIOVASCULARES

- Sx de VCS
- Arritmias

OTROS

- Ansiedad
- Anemia grave
- Sx de anorexia-caquexia-astenia

Tx de quimioterapia o radioterapia o quirúrgicos

CLASIFICACION

DISNEA EPISODICA
Aparición o incremento de una crisis de disnea caracterizada por una dificultad respiratoria transitoria y desproporcionada, ocasionada por un desencadenante conocido y con la presencia o no de disnea en reposo

EVALUACION

- HC
- EF
- Pruebas complementarias como pulsioximetria, gasometría arterial, Rx de tórax, TC de tórax, hemograma , BS

ESCALAS

VRS- Verbal scale rating
Mide la intensidad como, ninguna, ligera, moderada o severa
Su aplicación es más fácil en la mayoría de las ocasiones

Canche Dyspnea scale- CDS
Se le ha validado para el cáncer de pulmón. Escala auto aplicable a través de 12 items valora la respuesta al esfuerzo, la ansiedad y el malestar

TX MEDIDAS FARMACOLOGICAS

- Opioides Pacientes con enfermedad avanzada
- Dosis de rescate del 25 % tan buena como el 50 % de dosis
- oral o subcutánea de morfina administrada cada 4 horas
- benzodiazepinas no se aconseja su uso rutinario
- Clorpromazina disminuye la disnea sin afectar a la ventilación
- Corticoides dexametasona con buenos resultados

MANEJO NO FARMACOLOGICO

Identificar factores físicos, ambientales y emocionales para poder intervenir de manera multidimensional

Objetivo es mejorar la sensación de falta de aire

Evitar las exacerbaciones de sensación de falta de aire por miedo o ansiedad

MEDIDAS EN CASO DE CRISIS DE DISNEA

Permanecer siempre acompañado de un familiar que le transmita tranquilidad, seguridad y control

Facilitar una fuente de aire fresco en la cara

Colocar al px en una posición confortable, sentado o semisentado, con el cabecero elevado o con almohadas

Procurar que el px realice ejercicios de respiración y-o relajación

OXIGENOTERAPIA

Regularmente en px oncológicos, saturaciones basales menor a 90 %,es importante individualizar la situación

MANEJO NO FARMACOLOGICO

- Adaptar el estilo de vida a la nueva situación
- Instruir y educar al px con técnicas de relajación y ejercicios respiratorios como respiración diafragmática y espiración con labios semiocuidos
- Intentar modificar aquellas actividades o causas que le puedan precipitar crisis de disnea

ADMINISTRACION DE O2

Indicación controvertida en px con hipoxemia no necesariamente obtienen alivio de disnea, debido al carácter multidimensional del síntoma

TOS

La tos de intensidad moderada a severa ocurre en el 13 de los pacientes con enfermedad tumoral y casi la mitad de casos de cáncer de pulmón

CAUSAS DE LA TOS EN CANCER

NO MALIGNAS

- Sx de goteo posnasal
- Asma
- Reflujo gastroesofágico
- Bronquitis crónica
- Postinfecciosa
- Tx con IECA
- Bronquitis eosinofílica
- Bronquiectasias
- Insuficiencia cardíaca

RELACIONADAS CON EL TUMOR

- Lesiones Endo bronquiales
- Derrame pleural, mesotelioma
- Infiltración parénquima pulmonar
- Aspiración por fistula traqueoesofágica u otros
- Linfagitis carcinomatosa
- Derrame pericárdico
- Fibrosis inducida por radiación
- Fibrosis por quimioterapia
- Neumonía

La tos es un mecanismo fisiológico que se produce para expulsar mucosidad y partículas del tracto respiratorio con una alta presión espiratoria

MANEJO DE LA TOS

Opiáceos

Todos tienen efecto antitusígeno el mas utilizado es la codeína en dosis de 15-30 mg cada 4 horas

Dextrometorfano

De acción central en dosis de 15-30 mg con pocos efectos adversos

Anestésicos locales

Inhalación de lidocaína o bupivacaina