



Marvin López Roblero

Molina Román Romeo Antonio

Medicina paliativa

Mapa conceptual

6°

“B”

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de abril del 2024.

disnea

Definición
Sensación subjetiva de falta de aire
Muy frecuente en pacientes terminales (25-75%) sobre todo en las semanas previas al fallecimiento.

Etiología
De la enfermedad: Obstrucción bronquial, derrame pleural, Neumonía, Invasión linfática, Derrame pericárdico, Ascitis a tensión, Distensión abdominal
Por el estado del paciente: Anemia, Atelectasias, TEP, Distrés psicológico, Astenia/Caquexia
Del tratamiento: Cirugías, Drogas, Radioterapia

Evaluación y Manejo
Clasificación de la NYHA: I: Sin disnea o de esfuerzos máximos; II: Disnea de moderados esfuerzos; III: Disnea de esfuerzos mínimos; IV: Disnea de reposo. Otros sistemas de cuantificación del síntoma: EORTC QL-30), atenuantes y agravantes
Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo el tipo y los objetivos del tratamiento a realizar
Medidas generales: <ul style="list-style-type: none"> -Compañía permanente del enfermo - Técnicas de relajación - Favorecer drenaje adecuado de secreciones. - Posición Fowler - Ventilador (de hélice) frente al enfermo

Medidas farmacológicas
- Suplemento de O2: Si el paciente está hipóxico y/o contribuye a dar alivio sintomático.
- Opioides: Si el paciente no está recibiendo opioides como analgesia, comenzar con Morfina 2.5-5mg sc c/4-6hrs + refuerzos según necesidad. Si ya está recibiendo opioides, se puede aumentar la dosis entre un 30-50% según necesidad.
- Benzodiazepinas: pueden tener utilidad en pacientes con elevado nivel de ansiedad. Diazepam 5-10mg c/día para adultos. En niños, ancianos y daño hepático crónico. Alprazolam 0.25-0.5mg c/8-12hrs o Lorazepam 1-3mg/día son posibles alternativas.
- Corticoides: Tienen una función claramente demostrada en relación a síndrome de vena cava superior, en EPOC y asma descompensada