

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA PALIATIVA
4TA UNIDAD

DISNEA

KAREN YURENNI MARTINEZ
SANCHEZ

Dr.ACUÑA DE SAZ RICARDO

INTRODUCCION

Taquipnea no significa disnea. La disnea es una experiencia subjetiva de dificultad respiratoria que consta de sensaciones cualitativamente diferentes que varían en intensidad. Esta definición destaca tres elementos clave de la dificultad respiratoria: **1)** La disnea es subjetiva. Ni su presencia ni su gravedad pueden deducirse a partir de pruebas diagnósticas clínicas o complementarias, **2)** no es simplemente una única sensación que varía sólo en intensidad. El término comprende diferentes percepciones descritas mediante expresiones como hambre de aire, aumento del esfuerzo, opresión torácica, respiración rápida, espiración incompleta o sensación de asfixia y **3)** Al igual que el dolor, la disnea es un síntoma multidimensional, intensamente personal, que es moldeado por las experiencias con los elementos afectivo y físico. Aparece en muchas enfermedades que limitan la vida, y su prevalencia y gravedad aumentan de forma típica en el caso de una enfermedad avanzada.

CIENCIAS BÁSICAS Y FISIOPATOLOGÍA

la coordinación central de la respiración se produce en la médula, la experiencia consciente de la disnea surge de la corteza sensorial, si la corteza sensitiva percibe un desajuste entre la demanda ventilatoria y la capacidad del cuerpo para responder a esta demanda, se experimentará disnea, la disnea puede ser consecuencia de la alteración de la ventilación mecánica debido a **trastornos obstructivos** (asma), restrictivos (enfermedad neuromuscular) o **disminución de la capacidad de difusión** (fibrosis intersticial). Como alternativa, puede ser consecuencia del **incremento de la demanda ventilatoria** (ejercicio físico) o producirse cuando se requiere un esfuerzo superior al normal para mantener una ventilación normal (debilidad muscular debido a caquexia neoplásica).

MANIFESTACIONES CLINICAS

La propia descripción del síntoma del paciente es el único indicador fiable de la disnea. El patrón temporal típico es el de la dificultad respiratoria crónica que se agudiza en determinados episodios, con frecuencia con ansiedad, dolor o un

sentimiento de muerte inminente. Estas impredecibles pero esperables agudizaciones de la disnea son un origen importante de sufrimiento para los pacientes y sus familias. la manifestación clínica más importante de dificultad respiratoria es la afectación del estado funcional general. La reducción de la actividad física para ajustarse a la dificultad respiratoria es una estrategia de afrontamiento empleada por todos los pacientes con disnea⁴. Cuando se evalúa un paciente con disnea, el síntoma debe ser valorado en el contexto de la actividad física.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la dificultad respiratoria es amplio, y la mayoría de los pacientes con enfermedad avanzada tienen muchos factores que contribuyen a su disnea. Es fundamental abordar de forma sistemática las potenciales causas porque ofrece la mejor oportunidad de un buen control de los síntomas.

Causas torácicas. Neoplasias → como lo son tumor pulmonar (primario o metastásico), tumor pleural, derrame pleural o pericárdico, obstrucción de las vías respiratorias principales y oclusión vascular (obstrucción de la vena cava superior, embolismo pulmonar, microémbolos tumorales múltiples y ompresión/oclusión externa de la vascularización pulmonar). Carcinomatosis linfática, infiltración de la pared torácica, parálisis del nervio frénico. Entidades paraneoplásicas → neumotórax, embolismo pulmonar, fístula traqueoesofágica. Entidades no malignas→neumonía, cardiopatía (Cardiopatía isquémica). **Causas asociadas al tratamiento:** esección pulmonar (lobectomía, neumonectomía), entidades inducidas por la radioterapia (neumonitis por radioterapia, fibrosis pulmonar inducida por radioterapiay pericarditis posradioterapia)

TRATAMIENTO

Rehabilitación y entrenamiento físico: puede reducir la producción de la disnea mediante el entrenamiento de los músculos respiratorios, su impacto funcional mediante el desarrollo de estrategias de ajuste y, finalmente, la experiencia del síntoma mediante el aumento de la sensación de control.

Intervenciones cognitivo-conductuales: Dotar a los pacientes con instrumentos prácticos para abordar los episodios de disnea puede evitar el miedo, que es un elemento central del sufrimiento que conlleva la dificultad respiratoria.

Flujo de aire: La estimulación del nervio trigémino mediante receptores cutáneos o nasales reduce la intensidad de la disnea.

Fármacos: ópeaceos → Disminución de la tasa metabólica y de las necesidades ventilatorias, reducción de la sensibilidad medular a la hipercapnia o a la hipoxia, amortiguamiento de la respuesta medular a la hipercapnia o a la hipoxia, alteración de la neurotransmisión en el centro respiratorio medular, sedación cortical (es decir, supresión de la consciencia sobre la respiración), reducción por parte de la analgesia del estímulo respiratorio inducido por el dolor, vasodilatación (es decir, mejoría de la función cardíaca) y efectos ansiolíticos. TX combinados → combinación de morfina pautada y midazolam siempre era significativamente más probable que se volviera a referir disnea. El estudio concluyó que «los beneficiosos efectos de la morfina deberían mejorarse añadiendo midazolam.

BIBLIOGRAFÍA

Caraceni, Fainsinger, Foley, Glare, Gho, Lloyd-Williams, Núñez Olarte, Radbruch. (2010). declan walsh, medicina paliativa. barcelona, españa: ELSEVIER.