



Medicina humana

Medicina paliativa
"Disnea"
4to Parcial

Doctor Ricardo Acuña Del Saz

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

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; se debe preguntar sobre ella.
2. La disnea 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.
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.

Epidemiología y prevalencia

La disnea 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

Clínicamente, la disnea puede ser consecuencia de la alteración de la ventilación mecánica debido a trastornos obstructivos (p. ej., asma), restrictivos (p. ej., enfermedad neuromuscular) o disminución de la capacidad de difusión (p. ej., fibrosis intersticial). Como alternativa, puede ser consecuencia del incremento de la demanda ventilatoria (p. ej., ejercicio físico) o producirse cuando se requiere un esfuerzo superior al normal para mantener una ventilación normal (p. ej., debilidad muscular debido a caquexia neoplásica).

Manifestaciones clínicas

La frecuencia respiratoria, los valores de la gasometría arterial y las pruebas de función pulmonar se correlacionan de forma escasa con los síntomas de dificultad

respiratoria referidos por el paciente. 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.

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 disnea.

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.

Cuadro 159-1 Diagnóstico diferencial de la disnea	
Causas torácicas	
Neoplasias	
Tumor pulmonar (primario o metastásico).	
Tumor pleural.	
Derrame pleural o pericárdico.	
Obstrucción de las vías respiratorias principales.	
Oclusión vascular:	
Obstrucción de la vena cava superior.	
Embolismo pulmonar.	
Microémbolos tumorales múltiples.	
Compresión/oclusión externa de la vascularización pulmonar.	
Carcinomatosis linfática.	
Infiltración de la pared torácica.	
Parálisis del nervio frénico.	
Entidades paraneoplásicas	
Neumotórax.	
Embolismo pulmonar.	
Fistula traqueoesofágica.	
Entidades no malignas	
Neumonía.	
Cardiopatía:	
Cardiopatía isquémica.	
Insuficiencia cardíaca congestiva.	
Valvulopatía.	
Arritmia.	
Malformación arteriovenosa pulmonar.	
Enfermedad pulmonar obstructiva:	
Asma.	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	
Enfermedad pulmonar restrictiva:	
Enfermedad pulmonar intersticial.	
Deformidad de la pared torácica.	
Causas asociadas al tratamiento	
Resección pulmonar:	
Lobectomía.	
Neumonectomía.	
Entidades inducidas por la radioterapia:	
Neumonitis por radioterapia.	
Fibrosis pulmonar inducida por radioterapia.	
Pericarditis posradioterapia.	
Entidades inducidas por la quimioterapia:	
Toxicidad pulmonar (bleomicina, ciclofosfamida).	
Toxicidad cardíaca (p. ej., 5-fluorouracilo, adriamicina).	
Otros fármacos (p. ej., amiodarona).	
Causas extratorácicas	
Entidades paraneoplásicas	
Debilidad de los músculos respiratorios:	
Síndrome paraneoplásico.	
Alteraciones de electrolitos o metabólicas.	
Miopatía esteroidea.	
Caquexia neoplásica.	
Anemia.	
Parálisis diafragmática.	
Ascitis.	
Hepatomegalia.	
Entidades no malignas	
Acidosis metabólica.	
Alteraciones de electrolitos (p. ej., hipercalcemia).	
Trastornos neuromusculares.	
Estados o crisis de ansiedad.	
Síndrome de hiperventilación.	
Obesidad.	
Anemia.	
Debilidad muscular, disminución de la eficacia aerobia debida al descondicionamiento.	

Tratamiento

El objetivo final del tratamiento sintomático es mejorar la experiencia negativa del síntoma.

Oxígeno

Los pacientes hipoxémicos no necesariamente obtienen un alivio de su disnea debido a los suplementos de oxígeno, lo cual subraya el carácter multifactorial del síntoma.

Rehabilitación y entrenamiento físico

Un abordaje de la dificultad respiratoria orientado a la rehabilitación 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.

Flujo de aire

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

Fármacos

Opiáceos

Cuadro 159-2. Mecanismos por los que los opiáceos pueden reducir la disnea
<ul style="list-style-type: none">• 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).• Efectos ansiolíticos.

El uso de los opiáceos sistémicos para la dificultad respiratoria en los pacientes con enfermedad avanzada está apoyado por estudios de calidad.

Los opiáceos orales y parenterales es pequeño pero clínicamente significativo en el tratamiento de la disnea.

La morfina oral de liberación mantenida en pacientes disneicos con diferentes diagnósticos demostró un beneficio estadísticamente significativo de la morfina comparada con placebo (9,5 mm en una escala visual analógica de 100 mm).

Los estudios sobre disnea con fentanilo, diamorfina, glucurónido-6-morfina e hidromorfona sugieren un efecto de clase.

Los efectos secundarios más frecuentes en aquellos que utilizan opiáceos para la disnea son el estreñimiento, las náuseas y la sedación.

Benzodiazepinas

Aunque las benzodiazepinas tienen su función en el tratamiento combinado, no existen pruebas de que tengan beneficio directo sobre la disnea.

Tratamientos combinados

Un pequeño número de estudios defienden la combinación de un no opiáceo con un opiáceo.

Los estudios han concluido en que «los beneficiosos efectos de la morfina ... deberían mejorarse añadiendo midazolam.

Bibliografía

Declan Walsh. (2010). Medicina paliativa. España: Elsevier.