



LICENCIATURA

MEDICINA HUMANA

SEMESTRE

6TO SEMESTRE

MATERIA

MEDICINA PALIATIVA

NOMBRE DEL DOCENTE:

DR. RICARDO ACUÑA DE ZAS

“DISNEA ”

NOMBRE EL ALUMNO:

ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU

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; 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. 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. La disnea disminuye el estado funcional general, las actividades sociales⁴, la calidad de vida⁵ y el deseo de vivir⁶. En un estudio internacional, la disnea promovió la sedación terminal con una frecuencia tres veces superior a la del dolor

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Ningún elemento de la exploración física o de las pruebas complementarias puede explicar de forma fiable la presencia o la intensidad de la disnea. 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. Estas impredecibles pero esperables agudizaciones de la disnea son un origen importante de sufrimiento para los pacientes y sus familias. Quizá la manifestación clínica más importante de dificultad respiratoria es la afectación del estado funcional general. La reducción la actividad física para ajustarse a la dificultad respiratoria es una estrategia de afrontamiento empleada por todos los pacientes con disnea. Cuando se evalúa un

paciente con disnea, el síntoma debe ser valorado en el contexto de la actividad física (p. ej., caminar 1 minuto sobre superficie llana) o en relación a las limitaciones que supone.

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

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

Neumotorax.

Embolismo pulmonar.

Fístula traqueoesofágica.

Entidades no malignas

Neumonía.

Cardiopatía:

Cardiopatía isquémica.

Diagnóstico diferencial de la disnea

Insuficiencia cardíaca congestiva.

Valvulopatía.

Arritmia.

Malformación arteriovenosa pulmonar.

Enfermedad pulmonar obstructiva:

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:

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

Toxicidad pulmonar (bleomicina, ciclofosfamida).

Toxicidad cardíaca (-fluorouracilo, adriamicina).

Otros fármacos (p . ej., amiodarona).

Causas extratorácicas

Entidades paraneoplásica

TRATAMIENTO

El objetivo final del tratamiento sintomático es mejorar la experiencia negativa del síntoma. Como con cualquier síntoma que causa sufrimiento, un abordaje integral puede servirse de varias estrategias.

Oxígeno

Con frecuencia se asume que los suplementos de oxígeno son útiles en la hipoxemia y no son beneficiosos cuando los niveles de oxígeno en la sangre son normales. Ninguna de estas afirmaciones es una verdad universal

Flujo de aire

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

Opiáceos

El principal lugar de acción de los opiáceos en los pacientes con disnea es la médula oblonga, aunque los mecanismos exactos de los efectos de los opiáceos sobre la percepción de la disnea no se comprenden completamente

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. Un estudio cruzado de tolerancia al ejercicio en 1996 en siete varones con EPOC demostró la superioridad de la morfina oral (30 mg) con prometazina (25 mg) en comparación con placebo o morfina oral sola¹⁹. Los autores del estudio defienden que el tratamiento combinado mejora la tolerancia al ejercicio físico mediante el descenso de la intensidad de la disnea y que se tolera mejor que los opiáceos solos a mayores dosis.

Navigante²⁰ comparó tres estrategias terapéuticas en pacientes ingresados en el hospital con cáncer avanzado y disnea no controlada: morfina pautada (con midazolam como rescate), midazolam pautado (con morfina como rescate) o morfina pautada y midazolam pautado (con morfina como rescate). A pesar del hecho de que los cambios en la puntuación de la disnea fueron prácticamente

idénticos en todos los grupos, entre las personas que recibieron la 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.

BIBLIOGRAFIA

WALASH DECLAN (ET AL) "MEDICINA PALIATIVA" (DELIRIUM Y ANSIEDAD)
2010 Elsevier España,