

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TERCER PARCIAL.

TEMA: DISNEA

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.



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; 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 valoración clínica y de laboratorio se aborda en otro lugar. La comprensión de la complejidad multidimensional de la experiencia de la dificultad respiratoria es fundamental para aliviar el síntoma. El tratamiento eficaz del síntoma debe valorar y abordar todos los factores relevantes en la experiencia del paciente.

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 vida y el deseo de vivir. En un estudio internacional, la disnea promovió la sedación terminal con una frecuencia tres veces superior a la del dolor.

Ciencias básicas y fisiopatología: Normalmente, la respiración es una actividad involuntaria que es controlada por grupos de neuronas en la médula. Reciben impulsos aferentes de varios tipos de mecanorreceptores en los músculos respiratorios, las vías respiratorias y el parénquima pulmonar, y los quimiorreceptores, en los cuerpos aórticos y carotídeos y en la médula. Las órdenes motoras de la médula o la corteza motora descienden por la médula a los músculos respiratorios mediante neuronas motoras eferentes. Aunque la coordinación central de la respiración se produce en la médula, la experiencia consciente de la disnea surge de la corteza sensorial. Además de las proyecciones que parten de los mismos mecanorreceptores y quimiorreceptores que informan al centro respiratorio

medular, la corteza sensitiva recibe instrucciones motoras que son enviadas a los músculos respiratorios desde la corteza motora o la médula, o ambas. Esta confluencia de información sensitiva y motora permite a la corteza sensitiva valorar el esfuerzo necesario para lograr la función muscular respiratoria y el equilibrio homeostático indicado por las señales aferentes de los mecanorreceptores y quimiorreceptores. Si la corteza sensitiva percibe un desajuste entre la demanda ventilatoria y la capacidad del cuerpo para responder a esta demanda, se experimentará disnea.

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). En la práctica, la disnea con frecuencia está causada por muchos procesos fisiológicos contribuyentes que son modificados por factores cognitivos y afectivos.

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 de 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.

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. 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. Es imposible predecir, incluso en función de la saturación arterial de oxígeno, quién se beneficiará. Los ensayos de un solo paciente pueden identificar pacientes que responderán a la oxigenoterapia.

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. En los pacientes ambulatorios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el entrenamiento físico mejora los síntomas, el estado funcional general y la calidad de vida. Aunque se carece de estudios específicos de cuidados paliativos, aquellos que se beneficiarán con mayor probabilidad del entrenamiento físico son las personas capaces de participar en ejercicios regulares de resistencia durante varias semanas.

Intervenciones cognitivo-conductuales: Una intervención esencial es ayudar al paciente a formular estrategias para las agudizaciones esperables, pero con frecuencia impredecibles. Además del oxígeno y de las intervenciones farmacológicas, estas estrategias pueden comprender la distracción (p. ej., música, visualización guiada), las actividades alternativas (p. ej., una ducha, un paseo en coche, una oración), las técnicas de respiración, la movilización de los apoyos sociales o el contacto con los cuidadores formales. 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. Los individuos sanos refieren una disminución en la intensidad de la disnea inducida experimentalmente mediante un chorro de aire fresco aplicado contra la mejilla.

Acupuntura: Varios estudios de pequeño tamaño apoyan la hipótesis de que la acupuntura es eficaz para la disnea en diferentes entidades clínicas, aunque los resultados son poco consistentes. Son necesarios estudios de mayor tamaño con grupos de control adecuados.

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

Bibliografía:

Joshua Shadd y Deborah Dudgeon. (2011). DISNEA. En Medicina paliativa de Walsh (877-881). España: Elsevier Saunders