

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“DISNEA”

**ALUMNO: ALEJANDRA VELÁSQUEZ
CELAYA.**

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

UNIDAD: 3

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, OCTUBRE
2020**

La disnea es «una experiencia subjetiva de dificultad respiratoria que consta de sensaciones cualitativamente diferentes que varían en intensidad».

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 sociales, la calidad de vida y el deseo de vivir.

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.

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.

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.

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.

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.

- Walsh, D. (2010). Medicina paliativa. Barcelona, España: Elsevier.