



**Alumno: Raul Gibran Gallegos Merlín**

**Grado: 6º**

**Grupo: A**

**Asignatura: Medicina paliativa**

**Dr. Ricardo acuña Del Saz**

Experiencia subjetiva de dificultad respiratoria que consta de sensaciones cualitativamente diferentes que varían en intensidad, que estaca tres elementos clave de la dificultad respiratoria. 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. 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.

La disnea es un síntoma multidimensional, intensamente personal, que es moldeado por las experiencias con los elementos afectivo y físico, 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 sociales, la calidad de vida y el deseo de vivir.

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. 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.

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, 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.

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. 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

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. 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, las actividades alternativas las técnicas de respiración, la movilización de los apoyos sociales o el contacto con los cuidadores formales.

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, 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 enferme. La disnea es un síntoma debilitante que causa secuelas importantes funcionales, emocionales, psicológicas y sociales. Los estudios intervencionistas proceden sobre todo de la literatura de la EPOC, y los estudios de cuidados paliativos son de pequeño tamaño edad avanzada está apoyado por estudios de calidad.

## Bibliografía

García, R. M. (2006). *Medicina paliativa*. México: Mc Graw Hill.