

ock  
Images™

iStock  
by Getty Images™

iStoc  
by Getty ima

**NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ**

**NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ**

**MATERIA: MEDICINA PALIATIVA**

**TEMA: RESUMEN DISNEA**

**UNIDAD: TERCERA UNIDAD**

**GRADO Y GRUPO: 6° "A"**

**FECHA DE ENTREGA: 27-NOVIEMBRE-2020**

ock  
Images™

iStock  
by Getty Images™

iStoc  
by Getty ima

1210246089

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.

## EPIDEMIOLOGIA 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. La disnea disminuye el estado funcional general, las actividades sociales<sup>4</sup>, 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.

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.

## 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. 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.

## INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

Se ha publicado un resumen de las estrategias cognitivo-conductuales de la disnea crónica o episódica. 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.

### 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<sup>12</sup>.

### Acupuntura

Varios estudios de pequeño tamaño apoyan la hipótesis de que la acupuntura es eficaz para la disnea en diferentes entidades clínicas<sup>11</sup>, 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 temor en relación al uso de los opiáceos para la disnea generalmente está basado en un riesgo percibido de alteración del estímulo respiratorio, por lo que

causaría o agravaría la hipoxia o la hipercapnia. Cada vez más estudios muestran la seguridad de los opiáceos adecuadamente titulados para la disnea.

#### 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.

#### BIBLIOGRAFIA

Declan Walsh. (2010). Medicina Paliativa Walsh. Barcelona, España: Elsevier

.