

¿QUÉ ES LA DISNEA?

La *disnea* es una incómoda sensación de respiración alterada y es un síntoma subjetivo comunicado por los pacientes. Las causas más frecuentes de disnea incluyen la sobrecarga de líquidos relacionada con la sobrecarga de líquidos debida a insuficiencia cardíaca o renal, asma, neumonía, enfermedades pulmonares obstructivas, enfermedad pulmonar intersticial y ansiedad.¹

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El autoinforme del paciente es el patrón de oro para la evaluación de la disnea. Se puede utilizar una escala de valoración numérica (NRS, por sus siglas en inglés) de 0-10 para obtener la gravedad del síntoma.²⁻⁴

“0” = sin disnea “10” = disnea grave

- Los pacientes pueden describir la respiración como difícil, dificultosa, incómoda, angustiada o dolorosa tanto con la inspiración como con la espiración.

- Los pacientes pueden quejarse de sensación de falta de aire, incapacidad para respirar profundamente, “hambre de aire” y opresión torácica, y pueden presentar respiración con los labios fruncidos.

- Los pacientes pueden expresar ansiedad, miedo o sentimientos de pánico.

- La respiración puede ser corta, rápida, superficial, dificultosa, irregular y jadeante.

- Los pacientes pueden manifestar o notificar una disminución de la tolerancia a la actividad con deterioro de la capacidad para completar las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y deterioro del estado funcional.

- Pacientes no verbales o que se acercan al final de su vida: observe si hay inquietud, uso de músculos accesorios, patrón respiratorio paradójico (irregular), gruñidos, aleteo nasal y expresiones de miedo.

INTERVENCIONES

Identificar la etiología subyacente y el estadio de la enfermedad. Aplicar medidas para reducir el sufrimiento inmediato de la dificultad respiratoria.²⁻⁴ Revisar los objetivos de los cuidados con el paciente y la familia y debatir los beneficios y las cargas del tratamiento (por ejemplo, uso de oxígeno suplementario, oxígeno de alto flujo, uso de soporte ventilatorio no invasivo y soporte ventilatorio) para reducir la intensidad de la disnea progresiva. Tener en cuenta los objetivos y deseos del paciente y su familia y la definición de calidad de vida al evaluar las opciones de tratamiento.²⁻⁴

- En la enfermedad avanzada, según sea culturalmente apropiado, debatir el cambio de objetivos de los cuidados para reducir la carga de los síntomas y mejorar la capacidad de afrontamiento del paciente cuando la optimización de la etiología subyacente no es alcanzable.
- Continuar el seguimiento continuo de los síntomas y el impacto en el estado funcional.

- Educar sobre un plan de manejo de la disnea de alta calidad para pacientes con riesgo de crisis de disnea. Un plan de disnea puede incluir tratamientos tanto no farmacológicos como farmacológicos y rituales para promulgar cuando se produzca una crisis de disnea.
- Considerar a los especialistas en trabajo social, psicología, asesoramiento y cuidados espirituales para el apoyo y las intervenciones paliativas y de cuidados de hospicio para abordar las preocupaciones relativas al apoyo del cuidador, el miedo, la ansiedad, la culpa, la depresión, los rituales espirituales y culturales y las preocupaciones financieras.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS	INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS
<p>Investigar las causas reversibles mientras se busca alcanzar la calidad de vida o el tratamiento de los síntomas.</p> <p>Considerar la interrupción o reducción de los fluidos intravenosos y la alimentación por sonda, especialmente si el paciente está muriendo activamente.</p> <p>Posición cómoda y óptima expansión pulmonar.</p> <p>Intervenciones cognitivo-conductuales: abordar los problemas psicosociales y espirituales o existenciales subyacentes.</p> <p>Fatiga: promover la conservación de la energía, el descanso, el uso de dispositivos de ayuda y la disciplina OT/PT si corresponde.</p> <p>Explorar estrategias de relajación.</p> <p>considerar la musicoterapia que ha demostrado mejorar la disnea, especialmente en pacientes con EPOC. Un musicoterapeuta elegirá una canción con el mismo ritmo que la frecuencia respiratoria del paciente, la ralentizará y el paciente acompañará su respiración al ritmo ralentizado.⁵</p> <p>Utilizar ventiladores y ajustar el entorno (por ejemplo, habitación fresca).</p> <p>Tratamiento de la disnea en la insuficiencia cardíaca</p> <p>Dieta: recomendar una dieta baja en sal y restricción de líquidos.</p> <p>Los procedimientos pueden incluir toracocentesis/colocación de drenajes, aspiración y percusión de la pared torácica.</p>	<p>Síndrome de la vena cava superior (SVCS): corticosteroides</p> <p>EPOC, asma: broncodilatadores, corticosteroides</p> <p>Secreciones: expectorantes para disminuir las secreciones, suero salino nebulizado, anticolinérgicos</p> <p>Insuficiencia cardíaca: diuréticos. Se puede considerar el uso de inhibidores de la ECA, inotrópicos, vasodilatadores, bloqueantes de los receptores de angiotensina, betabloqueantes, aunque estos medicamentos pueden disminuir la morbilidad o mortalidad, pero solo los diuréticos ayudan con la disnea/gestión del volumen.</p> <p>Fibrosis pulmonar: opioides, oxígeno suplementario y benzodiacepinas. Considerar el uso de agentes antiinflamatorios/antifibróticos, aunque el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos suele estar limitado en estos pacientes dados los riesgos de su uso con insuficiencia renal, hepática y cardíaca.</p> <p>Dolor o disnea: opioides y no opioides</p> <p>Hipoxemia: oxígeno, oxígeno de alto flujo</p> <p>Ansiedad: ansiolíticos</p> <p>Infeción: antibióticos</p> <p>Anemia: transfusiones de sangre</p>

DEBATES EN FAMILIA Y EN EQUIPO

Educación y apoyo a pacientes y familiares

- Dar instrucciones sobre la etiología subyacente de la disnea, las opciones de tratamiento, los medicamentos y los efectos previstos.
- Explorar expectativas realistas para la trayectoria de los síntomas con educación tranquilizadora sobre estrategias de manejo continuado para disipar los temores.
- Proporcionar instrucción sobre estrategias de gestión de la medicación.
- Aclarar los objetivos.
- Proporcionar instrucción sobre estrategias no farmacológicas apropiadas.
 - Ejemplos: técnicas de posicionamiento, elevar la cabecera de la cama, ambiente fresco en la habitación, técnicas de relajación.⁶

Equipo interprofesional:

Las intervenciones de éxito en la atención a pacientes con disnea se benefician de múltiples perspectivas para tratar los aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales de la atención.

EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN DE SÍNTOMAS

1. **Hombre de 78 años con cáncer de pulmón en estadio III** que refiere en los últimos 7 días empeoramiento de la disnea y fatiga 8/10 al deambular 15 pies con un valor basal habitual de 25 pies. El uso previo de O₂ era de 2 litros a demanda al acostarse, ahora usa 2 litros de O₂ continuo vía cánula nasal con alivio moderado.
2. Esta semana, **una mujer de 86 años con EPOC** ha sufrido una caída: “Me faltaba el aire, me mareé en la ducha y tuve que sentarme. Por suerte, mi marido estaba allí para ayudarme”. Ahora utiliza un andador con asiento para deambular y conservar la energía. En la actualidad, el cónyuge también ayuda a la paciente con algunas actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y todas las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés). Escala de valoración paliativa (PPS, por sus siglas en inglés) de un 50 % que disminuyó del 60 % de la consulta del mes pasado. Sigue tomando sus medicamentos, incluidos los inhaladores y el nebulizador, según lo prescrito. Su uso a demanda de nebulizador de albuterol se incrementa de 2 veces por día a 4 veces por día. Niega cualquier informe de aumento de la tos por encima del valor basal, aumento del esputo, hemoptisis, fiebre, escalofríos o sudores nocturnos.
3. **56 años con ELA bulbar** diagnosticada hace 1 año. Hace una semana, refirió dificultad respiratoria 10/10 y fatiga 7/10, sobre todo por la mañana, y sensación de mareo. Mayor dificultad para realizar las AVD y todas las AIVD. No puede comer ni hablar debido a la falta de aire. Ahora está en BiPAP por la noche, con un corto período en el medio del día. Se despierta con más energía y capacidad para realizar las actividades cotidianas. No más mareos ni dolores de cabeza. Puede comer más. Mejoró la calidad de vida.

RESULTADOS DE ENFERMERÍA DESEADOS

Mejorar el estado respiratorio del paciente para que su bienestar físico, funcionalidad y calidad de vida alcancen un nivel aceptable para el paciente.²⁻⁴

- Promover una comodidad óptima.
- Maximizar el estado funcional y la calidad de vida tanto del paciente como de su familia en el contexto de la progresión de la enfermedad del paciente.
- Promover debates sobre los objetivos de los cuidados para incluir el uso de soporte ventilatorio (ventilación no invasiva y mecánica) además del estado y la tecnología de la reanimación. Aclarar las circunstancias en las que el paciente desearía iniciar o interrumpir el soporte ventilatorio.
- Garantizar y documentar que los responsables de la toma de decisiones y la familia conocen las preferencias del paciente.

REFERENCIAS

1. Bass J., *Dyspnea (Disnea)*. En: Ediciones de Walker HK, Hall WD, Hurst JW, *Clinical Methods: History, Physical, and Laboratory Examinations (Métodos clínicos: historia clínica, exploración física y pruebas de laboratorio)*. 3.^a ed. Boston, MA: Butterworths; 1990. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK357/>. Consultado el 14 de febrero de 2020.
2. Donesky D. *Dyspnea, cough, and terminal secretions (Disnea, tos y secreciones terminales)*. En: Ediciones de Ferrell B. y Paice J., *Oxford Textbook of Palliative Nursing (Manual de Enfermería de Cuidados Paliativos de Oxford)*. 5.^a ed. Nueva York, NY: Oxford University Press; 2019:217-229.
3. Ediciones de Whitehead P, Dahlin C., *Compendium of Nursing Care for Common Serious Illnesses (Compendio de cuidados de enfermería para enfermedades graves comunes)*. 3.^a ed. Pittsburgh, PA: Asociación de Enfermeras de Hospicios y Cuidados Paliativos (Hospice and Palliative Nurses Association).
4. McDevitt AZ, Donegan M., Muchka S. *Symptom management (Manejo de los síntomas)*. En: *Core Curriculum for the Hospice and Palliative Registered Nurse (Currículo Básico para el Enfermero con Licencia de Cuidados Paliativos y de Hospicio)*. 4.^a ed. Pittsburgh, PA: Asociación de Enfermeras de Hospicios y Cuidados Paliativos (Hospice and Palliative Nurses Association); 2015:99-177.
5. Huang J., Yuan X., Zhang N., Qiu H., Chen X. *Music Therapy in Adults With COPD (Musicoterapia en adultos con EPOC)*. *Respir Care*. 2021 Mar;66(3):501-509. doi: 10.4187/respcare.07489. Epub, 3 de noviembre de 2020. PMID: 33144384
6. *National Consensus Project for Quality Palliative Care (Proyecto de consenso nacional para unos cuidados paliativos de calidad)*. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care (Guía de práctica clínica para unos cuidados paliativos de calidad)*. 4.^a ed. Richmond, VA: Coalición Nacional para los Cuidados Paliativos (National Coalition for Palliative Care); 2018.