

# Disnea

La siguiente historia de dificultad para respirar es típica de las personas que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o insuficiencia cardiaca congestiva (ICC).

*Carlos es un hombre de 77 años a quien se le diagnosticó EPOC hace 10 años. En los últimos cuatro meses ha estado en el hospital tres veces por exacerbación de la EPOC. Está disminuyendo su fuerza y ha perdido casi 10 kilos. A Carlos le cuesta mucho respirar cuando se esfuerza, no puede cuidar de sí mismo y requiere ayuda para bañarse. Requiere de oxígeno a tiempo completo, 3 L/minuto y se niega a salir de la casa porque hacerlo le resulta demasiado difícil con el oxígeno. Por la noche duerme en la silla reclinable porque es difícil dormir acostado en la cama. Esta noche tuvo otra vez dificultades para respirar y llamó la ambulancia para llevarlo a Urgencias. Cuando fue admitido, expresó sus temores sobre la dificultad que está experimentando para respirar y afirmó que no está seguro de lo que está pasando y por qué no está mejorando.*

## ¿Qué es la disnea?

La disnea es la sensación de tener dificultad para respirar. Disnea es lo que la persona dice que es; es una experiencia subjetiva y no se puede medir únicamente con base en signos objetivos (Pallium Canada, 2013). Las personas que tienen una enfermedad respiratoria que limita su vida citan a la disnea como uno de los síntomas que más temen. La disnea puede ser angustiante tanto para la persona que la experimenta como para la familia que la atestigua; sin embargo, este síntoma puede ser controlado de manera eficaz.

## Prevalencia

Ocurre principalmente en personas con enfermedades pulmonares, 95% de las personas con EPOC experimenta disnea y en 61% de las personas con ICC, las dos causas principales de muerte en adultos. Entre las personas con cáncer de pulmón, 70% reporta disnea, al igual que 50% de las personas con esclerosis lateral amiotrófica (ELA). La disnea también afecta a 70% de las personas con demencia y 37% de las personas que han sufrido un derrame cerebral. La debilidad y la fatiga aumentan a medida que

avanza la enfermedad. También aumenta el riesgo y la gravedad de la disnea (Dudgeon, 2015; Pallium Canada, 2013).

## Causas

La disnea se desencadena cuando se compromete la estructura o función de los pulmones o el intercambio de gases. En una persona con enfermedad avanzada, la disnea, como muchos otros síntomas, puede tener más de una causa. La Figura 7 muestra las causas de la disnea y la Tabla 8 muestra sus características observables (Cancer Care Ontario, 2010; Downing y Wainwright, 2006; ELNEC, 2015).

### Causas pulmonares

Una persona puede experimentar disnea cuando sus pulmones están comprimidos o restringidos cuando se expanden, o cuando se inhibe el intercambio de gases. Las causas incluyen tumores, cardiomegalia y síndrome de vena cava superior que comprimen los pulmones; edema, EPOC, fatiga, debilidad muscular, bronquitis, embolia, enfisema y fibrosis que disminuyen la capacidad pulmonar al restringir la expansión de los pulmones; y neumonía o fibrosis que disminuyen el intercambio de gases.

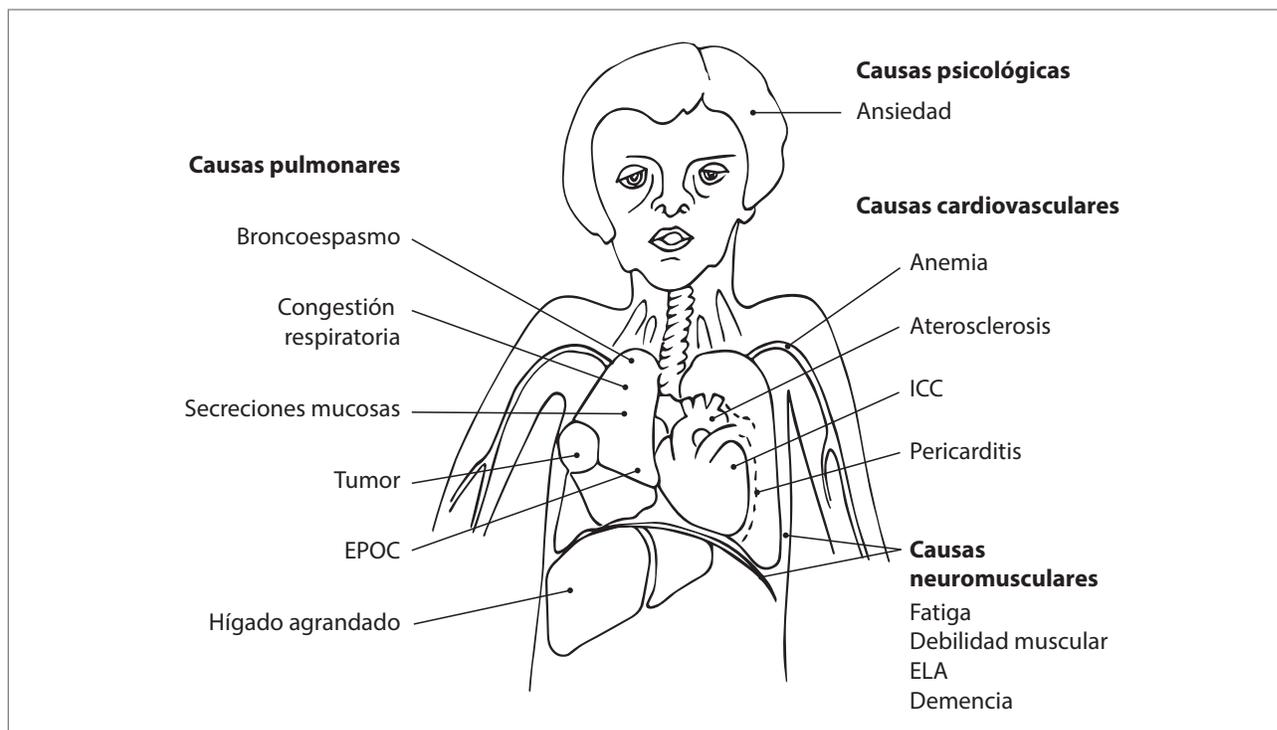
### Causas cardiovasculares

Los problemas que disminuyen la capacidad del corazón para bombear sangre, como la ICC, la enfermedad arterial coronaria y el aumento de la presión arterial pulmonar, pueden causar disnea. Cuando el flujo de sangre a los pulmones disminuye, el intercambio de gases aminora y se transporta menos oxígeno a la sangre y a los tejidos.

### Causas neuromusculares

La disnea puede ocurrir como consecuencia de vivir con enfermedades crónicas que limitan la vida, como ELA, que debilitan los músculos y limitan el movimiento del aire. Los tratamientos de la enfermedad pueden causar disnea temporal, como la anemia inducida por la quimioterapia o disnea crónica, como reducción de la capacidad pulmonar después de la lobectomía. Los tratamientos para el corazón, como la toxicidad a digoxina o radiación para pericarditis puede además resultar en disnea. En algunos casos, el dolor puede exacerbar la disnea.

Figura 8. Causas de la disnea.



Las enfermedades que limitan la vida, como la demencia, causan fatiga, lo que deriva en debilidad muscular que contribuye a la disnea. A medida que el cuerpo trabaja más fuerte para funcionar, el trabajo de la respiración se hace más difícil y comienza la disnea.

#### Causas psicosociales

Los factores psicosociales como la ansiedad y los episodios de pánico pueden causar una respiración rápida y superficial y la sensación de disnea. La falta de aire es una experiencia aterradora y puede precipitar la ansiedad, que en sí misma afectará la respiración.

(Downing and Wainwright, 2006; ELNEC, 2015)



### Experimentar disnea: una actividad

La disnea es una experiencia subjetiva definida como "Lo que dice la persona que es". Experimentenlo a través de este ejercicio.

#### Materiales

Una pajilla/popote

#### Procedimiento

1. Mientras están sentados, coloquen el extremo de la pajilla en su boca, sellen los labios alrededor de ella, cierren sus fosas nasales y respiren usando solo el aire de la pajilla durante un minuto.
2. Continúen apretando sus fosas nasales y respiren únicamente a través de la pajilla, pero ahora aumenten su actividad caminando por la habitación, lentamente al principio y luego a un ritmo más rápido. Dejen de apretar sus fosas nasales y retiren la pajilla de la boca después de un minuto.

3. Respiren profundamente y permitan que su respiración vuelva a la normalidad.

#### Reflexión

1. ¿Cómo se sienten ahora que no están respirando a través de la pajilla?
2. Describan la experiencia de respirar a través de la pajilla. ¿Sintieron que estaban recibiendo suficiente aire? ¿Qué palabras usarían para describir cómo se sintieron?
3. La mayoría de las personas se sienten aliviadas al poder respirar tan fácilmente cuando termina el ejercicio. ¿Cómo se sentirían si tuvieran vías aéreas que siempre limitan su consumo de aire y afectan sus actividades cotidianas?
4. ¿Cómo se sentirían si experimentaran una toma limitada de aire repentinamente, sin previo aviso y sin saber la causa?

## Fisiopatología

La disnea es la sensación de tener dificultad para respirar producida como una respuesta integrada de los centros respiratorios, localizada en la médula y la protuberancia del tronco encefálico (Buchanan y Richerson, 2009; Burki y Lee, 2010; Dudgeon, 2015). Estos centros son activados por señales de los siguientes procesos:

- Los mecanorreceptores en las vías respiratorias superiores o inferiores, parénquima pulmonar o pared torácica indican un aumento en el trabajo respiratorio. La entrada a estos receptores proviene de músculos estirados que respiran (diafragma e intercostal), aumentando la resistencia a la inflación de los pulmones, mayor flujo de aire y mayor presión intersticial y capilar.
- Los quimiorreceptores se encuentran en los vasos sanguíneos y en la médula del tallo cerebral, lo que indica cambios en los niveles de dióxido de carbono, oxígeno y pH en la sangre. Esta información se envía desde los sistemas nerviosos central y periférico a los centros respiratorios. La sensación de falta de aire se desencadena principalmente cuando los quimiorreceptores centrales detectan niveles crecientes de dióxido de carbono y notifican al centro respiratorio que la ventilación es inadecuada. Que la disnea se desencadene cuando los niveles de dióxido de carbono están elevados explica, en parte, por qué el oxígeno suplementario podría no disminuir la sensación de disnea.

Tanto los quimiorreceptores como los mecanorreceptores envían señales a los centros respiratorios a través del músculo respiratorio por medio de aferentes vagales. Los centros responden por cambiar la profundidad y frecuencia de la respiración para satisfacer las necesidades del cuerpo.

Cabe destacar que tres cualidades descriptivas están ahora firmemente vinculadas con la disnea: "necesidad de aire", "esfuerzo" y "estrechez" (Dudgeon, 2015). Estos tres términos pueden representar tres orígenes distintos de disnea, donde la necesidad de aire indica ventilación insuficiente, el esfuerzo informa un aumento en la frecuencia, la profundidad o el impedimento para respirar y la broncoconstricción de señal de opresión.

## Evaluación

"La única medida confiable de disnea es el autoinforme del paciente" (Pallium Canada, 2013). Es esencial aceptar la evaluación de disnea por parte de la persona, independientemente de si las evaluaciones físicas objetivas corroboran este síntoma (Dudgeon, 2015). Las personas que pueden no parecer tener disnea, podrían reportar a la disnea como uno de los síntomas de mayor preocupación.

Las personas a menudo usan términos diferentes, como "sin aliento", "asfixiante", "ahogarse", "jadear" o "falta de aliento", para describir cómo se sienten. No pueden

reconocer su problema como un problema de respiración; pueden simplemente considerar que están “débiles” o “cansadas”. Cuando se les pregunta sobre su respiración, pueden responder: “Oh, me quedo sin aliento cuando hago algo”. Una persona puede responder negativamente a la pregunta “¿Le falta la respiración?” porque han limitado sus actividades lo suficiente como para que no les falte el aliento. En su lugar, pregunten: “¿Tiene dificultad para respirar cuando camina? ¿Haciendo actividades? ¿Comer?” como una forma de determinar si la disnea es un problema.

### Características de la disnea leve, moderada y severa

La Tabla 8 describe las características observables de la disnea leve, moderada y severa. Observen la progresión de la dificultad respiratoria, los cambios en hablar con y sin pausas y la aparición de cianosis a medida que cambia la gravedad de la disnea. Los descriptores de esta tabla pueden ayudar a identificar a una persona que puede tener problemas para respirar y describir su experiencia al documentarlos y reportarlos.

**Tabla 8.** Características observables de la disnea.

Gravedad de la disnea			
Leve	Moderada	Grave	
<p>Síntomas de la persona</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respiración sin esfuerzo</li> <li>Habla sin pausa</li> <li>Sin cianosis</li> <li>Puede sentarse o acostarse sin faltarle el aliento</li> <li>Empeora con el esfuerzo</li> </ul> <p>La disnea es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nueva o crónica</li> <li>Intermitente o persistente</li> </ul>	<p>Síntomas de la persona</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respirar le es un poco difícil pero sin esfuerzo</li> <li>Hace una pausa mientras habla, c30 segundos</li> <li>Sin cianosis</li> <li>Empeora con el caminar o el esfuerzo; disminuye parcialmente con el descanso</li> </ul> <p>La disnea es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nueva o crónica</li> <li>Generalmente persistente</li> </ul>	<p><b>Disnea severa progresiva</b></p> <p>Síntomas de la persona</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La respiración es con esfuerzo cuando está despierta y dormida</li> <li>Hace una pausa mientras habla, c15-30 segundos</li> <li>± cianosis</li> <li>Presencia de ansiedad</li> <li>A menudo se despierta repentinamente con disnea</li> <li>La tos a menudo está presente</li> <li>± Nueva confusión</li> <li>Empeora en pocos días a semanas</li> </ul> <p>La disnea es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aguda o crónica</li> </ul>	<p><b>Disnea severa repentina</b></p> <p>Síntomas de la persona</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La respiración es con esfuerzo</li> <li>Hace pausas mientras habla</li> <li>Presencia de cianosis</li> <li>Tiene altos niveles de ansiedad y miedo</li> <li>Está agitada</li> <li>± Estreñimiento</li> <li>± Dolor en el pecho</li> <li>± Diaforesis</li> </ul> <p>La disnea es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De inicio repentino</li> </ul>

(Cancer Care Ontario, 2010; Downing and Wainwright, 2006)

### Detección de la disnea con el Sistema de Valoración de Síntomas de Edmonton

Utilicen el Sistema de Valoración de Síntomas de Edmonton (ESAS, por sus siglas en inglés) (consulten el Capítulo 4, “Uso de herramientas estandarizadas”) para detectar la disnea cuando sospechen que una persona experimenta problemas respiratorios o reporta que se siente sin aliento. Si la persona no puede completar la ESAS por sí misma, la familia puede compartir sus observaciones sobre la dificultad de la persona para respirar.

### Evalúen con el Instrumento de Valoración de Síntomas adaptado para la disnea

Cuando una persona es identificada con dificultades para respirar, utilicen el Instrumento de Valoración de Síntomas adaptado para la disnea (Tabla 9) para realizar una evaluación

completa. Esta herramienta proporciona preguntas específicas para evaluar la disnea e identificar las posibles causas. Al igual que con otros síntomas, elijan una serie de preguntas de cada sección y no usen preguntas que sean redundantes o que no sean aplicables.

Tengan en cuenta que la disnea de una persona puede interferir con su capacidad para responder preguntas. Si están experimentando un episodio de disnea, puede ser necesario completar una evaluación más detallada después de haber implementado ciertas medidas de confort.

Cuando quieran comprender más sobre el trabajo y esfuerzo para respirar, tal vez quieran utilizar la palabra “esfuerzo” en vez de “falta de aliento”. De manera similar, cuando quieran ahondar más acerca de la fatiga relacionada con la falta de aliento, pueden sustituir la palabra “fatiga” por “falta de aliento”.

Tabla 9. Instrumento de Valoración de Síntomas, adaptado para disnea.

Instrumento de Valoración de Síntomas, adaptado para disnea		
<b>O</b>	<b>Origen-Inicio-Aparición</b>	<p>¿Cuándo comenzó la falta de aliento?</p> <p>¿Es algo nuevo o ya le había sucedido antes?</p> <p>¿Comenzó de repente o poco a poco?</p>
<b>P</b>	<b>Provocado por</b>	<p>¿Qué empeora la falta de aliento (por ejemplo, acostarse)?</p> <p>¿Hay algún momento específico del día que sea peor o mejor (por ejemplo, la mañana, el final del día)?</p> <p>¿Cómo afecta la falta de aliento a sus actividades y funciones diarias (por ejemplo, vestirse, moverse, conversar)?</p> <p>¿Puede identificar algún desencadenante de la falta de aliento (por ejemplo, estar de pie, esforzarse, sensaciones específicas, estrés espiritual o emocional, nuevos aromas u olores)?</p> <p>¿Qué ayuda a aliviar su falta de aliento? ¿Descansar? ¿Por cuánto tiempo? ¿Usar almohadas, estar en cierta posición (por ejemplo, sentarse), usar oxígeno o tener aire fresco ayudan a la falta de aire?</p> <p>¿Cómo afecta su falta de aliento a su capacidad para dormir?</p>
<b>Q</b>	<b>Características</b>	<p>¿Cómo se siente (por ejemplo, jadea, siente que se ahoga, que se asfixia) cuando experimenta la dificultad para respirar?</p>
<b>R</b>	<b>Región-Localización</b>	<p>¿Qué cree que origina la falta de aire?</p> <p>¿Su falta de aliento causa otros síntomas? ¿Tiene algún dolor en el pecho?</p> <p>¿Se relaciona la falta de aliento con tos, fiebre, opresión en el pecho, palpitaciones, náuseas, mareos, EPOC, insuficiencia cardiaca, arritmias o anemia?</p> <p>¿Cómo afecta su falta de aliento a su capacidad para cuidarse y participar en actividades?</p>
<b>S</b>	<b>Severidad</b>	<p>¿Puede evaluar la gravedad de su falta de aliento cuando está en reposo en una escala del 0 al 10, en el que 0 significa no tener síntomas y 10 es la peor experiencia de falta de aliento que pueda imaginar?</p> <p>¿Puede evaluar la gravedad de su falta de aliento cuando se está moviendo?</p> <p>¿Alguna vez has tenido una experiencia similar de falta de aliento?</p>
<b>T</b>	<b>Tratamiento</b>	<p>¿Hay tratamientos recientes (por ejemplo, radioterapia) que podrían estar causando su falta de aliento?</p> <p>¿Toma algún medicamento (por ejemplo, esteroides, antibióticos, opiáceos) para ayudar a disminuir la disnea?</p>
<b>U</b>	<b>Interpretación</b>	<p>¿Qué cree que está sucediendo cuando experimenta falta de aire?</p>
<b>V</b>	<b>Expectativas</b>	<p>En cuanto a su falta de aliento, ¿qué nivel de confort está esperando? ¿Cuál es su objetivo?</p>
<b>W</b>	<b>¿Qué más?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación física <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Comprueben los signos vitales (por ejemplo, presión arterial, pulso y frecuencia respiratoria [un minuto completo]).</li> <li>◦ Auscultan pulmones y vías aéreas superiores. ¿Hay sonidos de respiración o gruñidos al final de la espiración?</li> <li>◦ Observen el uso de músculos accesorios (por ejemplo, el uso de músculos de la clavícula en la inspiración, abdomen en movimiento en la inspiración).</li> <li>◦ Observen la tos, el esputo, el edema pedio.</li> <li>◦ Midan la saturación de oxígeno con un oxímetro.</li> <li>◦ Observen el jadeo, la pausa en la conversación, el aleteo nasal.</li> <li>◦ Observen el efecto de la disnea sobre la capacidad de la persona para hablar, caminar o realizar una actividad.</li> <li>◦ Observen la inquietud.</li> </ul> </li> </ul>

## Evaluar la fragilidad e informar sobre las metas de atención

Evalúen la fragilidad de la persona utilizando la Escala de Fragilidad Clínica CSHA o la PPS. Consideren usar GSF PIG, SPICT o herramientas para pronosticar la mortalidad a un año (ver Capítulo 4, “Uso de herramientas estandarizadas”) para registrar las conversaciones sobre metas de atención y determinar si las pruebas de laboratorio son apropiadas.

## Pruebas de laboratorio para identificar o confirmar las causas

Las metas de atención de la persona ayudarán al médico y al equipo de atención médica a determinar qué pruebas son las más adecuadas para identificar o confirmar la causa de la disnea. El médico puede ordenar las siguientes pruebas:

- Radiografía de tórax para descartar neumonía, pulmón colapsado o masas en los pulmones.
- Exámenes de sangre, incluido el hemograma completo (CSC), para medir la hemoglobina para detectar anemia, recuento de glóbulos blancos para detectar infecciones y niveles de electrolitos para evaluar la función renal.
- Prueba de espirometría para evaluar cuánto y con qué eficacia la persona puede retener el aire en sus pulmones y vaciar el aire de sus pulmones.
- Electrocardiograma para revisar el músculo cardíaco y determinar si ha habido un evento cardíaco.
- Pruebas menos comunes, como una tomografía computarizada del tórax, broncoscopia y gases en sangre.

Al igual que con todos los síntomas, es esencial registrar su evaluación y reportar cuando se requiera una evaluación o intervención adicional.

Con la disnea, es imperativo responder inmediatamente cuando la persona está luchando por respirar. La disnea grave es una crisis y requiere una respuesta urgente.

## Medidas de confort no farmacológicas

Recuerden que la disnea es lo que la persona dice que es y no puede ser medida solo con instrumentos objetivos. La persona es la experta. Al manejar la disnea, aclaren las esperanzas y objetivos de la persona para este síntoma y después personalicen un plan de atención (Dudgeon, 2015; Pallium Canada, 2013).

## Prevención

Utilicen estas estrategias para prevenir la disnea:

- Muévase lentamente cuando estén brindando cuidados. ¡No se apresuren!
- Enseñen a la familia sobre los beneficios de las actividades de estimulación, las formas de controlar la disnea, el control de la respiración y los ejercicios respiratorios, así como las técnicas de relajación y distracción, según corresponda.
- Calculen las actividades para:
  - Asegurarse de que haya tiempo suficiente para las actividades, incluido el viaje hacia y desde los lugares.
  - Proporcionar estaciones de respiración donde la persona pueda hacer una pausa y sentarse cuando le falte el aire.
  - Asegurar que la persona tenga tiempo suficiente para recuperarse entre actividades.
- Trabajen con la persona para planear las actividades del día: determinen las prioridades de la persona y concéntrense en ellas.
- Animen a la familia a proporcionar un ambiente lo más tranquilo posible.
- Eviten el estreñimiento, ya que la persona puede quedarse sin aliento si tiene que esforzarse.
- Identifiquen y registren los signos tempranos de disnea que requieren intervenciones médicas, farmacológicas o no farmacológicas como un medio para prevenir o minimizar los episodios de dificultad respiratoria.
- Revisen la información en la canasta de confort (consulten la página 114) en este capítulo para explorar o identificar formas de aumentar el confort.

## Controlar el ambiente

Utilicen estas estrategias para controlar el ambiente:

- Identifiquen los factores desencadenantes que causan disnea para esta persona, como el movimiento, los olores, las emociones y el esfuerzo.
- Asegúrense de que el espacio vital de la persona se mantenga libre de perfumes y otros productos perfumados.
- Sugieran que la persona use ropa no restrictiva que esté suelta alrededor del cuello y el pecho.
- Proporcionen suficiente flujo de aire para reducir la sensación de disnea.

## En el momento

Es bueno saber que una persona que tiene dificultad para respirar puede sentirse asustada o ansiosa. Brinden una presencia calmante y validen la experiencia de la persona. Aseguren a la persona que se quedarán con ella hasta que se sienta mejor. La respuesta rápida con medidas de confort no farmacológicas puede disminuir la incomodidad de la disnea y limitar la gravedad del episodio. Después de que se haya controlado la disnea aguda, identifiquen y registren las medidas de comodidad que resultaron útiles.

Prueben estas estrategias para disminuir la disnea en el momento:

- Instruyan a la persona a detener cualquier actividad.
- Guíen o muevan a la persona a una posición (por ejemplo, sentarse erguida con los brazos levantados frente al cuerpo y apoyada sobre almohadas o una mesa) que maximice el espacio pulmonar y la función respiratoria al tiempo que reduce el esfuerzo físico.
- Capaciten a la persona a ayudar a disminuir la respiración (consulten “Cómo capacitar a una persona que tiene dificultades para respirar” en esta página).
- Animen a las personas con EPOC a usar la respiración con los labios fruncidos, lo que disminuye la frecuencia respiratoria y ayuda a evitar que los alvéolos pequeños se colapsen.
- Abran una ventana o brinden un ventilador para aumentar el flujo de aire en la cara de la persona.
- Proporcionen aire húmedo para una tos molesta. Una solución salina puede ayudar a aflojar las secreciones espesas que pueden estar bloqueando las vías respiratorias.
- Proporcionen un paño húmedo y fresco para refrescar la cara de la persona y permitirle sentir mejor el flujo de aire.
- Sean una presencia tranquila y gentil.

## Cómo ayudar a una persona que tiene dificultades para respirar

Pueden ofrecer una presencia gentil y de apoyo, una voz tranquila y una invitación a concentrarse en tus ojos modelando cómo respirar de manera más lenta y profunda. Al seguir estas instrucciones, cuando guías a una persona con disnea, puede ser una manera efectiva de disminuir su disnea y controlar tu propio estrés:

- Proporcionen una presencia amable y solidaria.
- Reposicionen a la persona para que pueda maximizar su capacidad pulmonar.
- Abran una ventana o enciendan un ventilador si es posible.
- Arrodíllense o inclínense cerca de la persona. Toquen suavemente debajo del brazo o codo si es apropiado.
- Miren a los ojos de la persona y, usando un tono calmado y suave, pídanle a la persona que respire al mismo tiempo:

*Míreme a los ojos... concéntrese en mis ojos, en mi respiración...*

*Respire conmigo...*

*Así es, respire y exhale...*

*Su respiración es cada vez más profunda, más lenta... el oxígeno llega a las puntas de sus dedos de manos y pies...*

*Estoy con usted y me quedaré hasta que se sienta cómodo(a)...*

*Su respiración se está haciendo más lenta...*

## Cuando la disnea se haya resuelto

Hablar con la persona y la familia una vez que se haya resuelto la disnea puede ayudarlos a comprender la experiencia y aprender cómo prevenirla y responder en caso de que se produzca otro episodio. Tomen en cuenta estas estrategias:

- Enseñen a la persona y a la familia los ejercicios de relajación.
- Consulten con los miembros del equipo de atención médica, como un fisioterapeuta, un terapeuta respiratorio, un consultor de cuidados paliativos o un especialista en el tratamiento de la enfermedad o los síntomas.
- Proporcionen a la familia información sobre las actividades de estimulación, cómo controlar la falta de aire, la respiración, los ejercicios de respiración, las técnicas de relajación y distracción, según corresponda.
- Conecten a la persona con su líder espiritual o comunidad para ayudar a abordar las preguntas y la ansiedad, y/o para proporcionar medidas para controlar la disnea, como la oración o la meditación.

### La técnica del resoplido/tos

La técnica de resoplido/tos ayuda a la persona a eliminar el esputo de sus pulmones con menos esfuerzo que la tos normal. Con ella reserva la energía de la persona y ayuda a prevenir infecciones causadas por un aumento de esputo en los pulmones. Animen a la persona a utilizar la técnica, como se describe a continuación:

1. Siéntese en una posición cómoda.
2. Incline su cabeza ligeramente hacia adelante.
3. Coloque ambos pies firmemente en el suelo.
4. Inhale profundamente por la nariz.
5. Exhale en ráfagas cortas y sin forzamiento mientras mantiene su boca abierta, como si estuviera tratando de hacer una neblina en una ventana.
6. Repita una o dos veces.

*(Vivir bien con EPOC, 2008)*

## Medidas farmacológicas

Al implementar medidas de confort no farmacológicas para reducir la disnea, colaboren con el equipo de atención médica acerca de las medidas farmacológicas para tratar la enfermedad subyacente (si corresponde) y controlar la sensación de disnea. Utilice el instrumento QAVR

para comunicar los hallazgos de la evaluación y los objetivos de atención al consultar con el médico.

Los tratamientos agudos pueden incluir antibióticos, terapia de fisioterapia torácica, radioterapia o quimioterapia, punción pleural, paracentesis abdominal y transfusiones de sangre. Tengan en mente los objetivos de la persona cuando consideren tales intervenciones.

Enfermería y otros profesionales de la salud pueden ayudar a mantener abiertas las vías aéreas de la persona al:

- Programar medicamentos para alcanzar niveles sanguíneos óptimos cuando se necesitan, por ejemplo, hacer que la persona use su inhalador al menos 15 minutos antes de una actividad y proporcionar opiáceos lo suficientemente temprano para que sean eficaces durante la actividad.
- Verificar la técnica de inhalación del dispositivo de la persona para garantizar que el medicamento se administre correctamente.

El médico y otros miembros de el equipo de atención médica considerarán la progresión de la enfermedad cuando cambien los medicamentos y exploren si tratar las causas subyacentes de la disnea. Los medicamentos que podrían ser útiles incluyen broncodilatadores para disminuir el broncoespasmo; diuréticos para disminuir el volumen de fluido relacionado a ICC; esteroides para disminuir la debilidad y la inflamación; y oxígeno para aliviar la hipoxia. Si aún no se alivia la disnea después de agregar estos medicamentos o de ajustar las dosis, pueden requerirse opiáceos, fenotiazinas y ansiolíticos. En los últimos días y horas, cuando las metas de atención de la persona pueden estar enfocadas solo al control de síntomas, los opiáceos, las fenotiazinas y los ansiolíticos pueden ser los principales medicamentos utilizados para controlar el síntoma.

### Opiáceos

Los opiáceos pueden tratar eficazmente la disnea causada por cánceres, EPOC, insuficiencia cardiaca, ELA e insuficiencia renal. Twycross y Wilcock sugieren que “el uso temprano de opiáceos, en lugar de acelerar la muerte en pacientes con disnea, en realidad podría prolongar la supervivencia al reducir la angustia física y psicológica y el agotamiento” (Twycross y Wilcock, 2001).

Se cree que los opiáceos alivian la disnea al:

- Reducir la sensibilidad de los receptores de dióxido de carbono en los centros respiratorios, disminuyendo así la sensación de falta de aliento.

- Unirse a los receptores opioides de las vías respiratorias para relajar las vías respiratorias, disminuyendo así la presión del aire y el trabajo requerido para respirar, y aminorando los mensajes de los mecanorreceptores enviados a los centros respiratorios sobre la disnea.
- Aumentar la oxigenación del corazón al causar vasodilatación cardíaca, lo que disminuye las señales de quimiorreceptores enviadas desde la aorta sobre la disnea.

### **Encontrar la dosis óptima y el horario de los opiáceos**

La frecuencia y dosis de los opiáceos administrados dependerán de la frecuencia y gravedad de la disnea; por ejemplo, si la disnea es persistente, la persona requerirá opiáceos regulares durante las 24 horas. Si la disnea aumenta, la persona requerirá un aumento en la dosis.

Pallium Canada y el End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) proporcionan guías similares para el manejo de la disnea con opiáceos (ELNEC, 2015; Pallium Canada, 2013). Los estudios de caso en la página 151 proporcionan ejemplos de órdenes de opiáceos para una persona con cáncer de pulmón que está recibiendo opiáceos, pero que necesita una dosis mayor, así como para una persona con EPOC sin tratamiento previo con opiáceos.

Los medicamentos para controlar la disnea por lo general se administran por vía oral. Si la persona está en peligro, la vía de administración subcutánea produce una absorción más rápida. Recuerden reducir la dosis de opiáceos a la mitad cuando cambien de vía de administración oral a subcutánea.

### **Medicamentos no opiáceos**

Las fenotiazinas, por ejemplo la metotrimeprazina, se pueden usar para controlar la ansiedad y la agitación que a menudo acompañan la falta de aliento. Las fenotiazinas no deben usarse para controlar la disnea a menos que se usen en combinación con opiáceos.

Los ansiolíticos, como lorazepam o alprazolam, se pueden usar para tratar la ansiedad que a menudo acompaña la experiencia de la disnea. El ansiolítico no se administra de

manera rutinaria a menos que la ansiedad sea un tema clave.

### **Terapia de oxígeno**

Algunas personas creen que se necesita oxígeno para aliviar la disnea; sin embargo, una gran cantidad de personas que experimentan falta de aire en realidad son capaces de llevar oxígeno a los pulmones y tienen suficiente oxígeno en la sangre (Fraser Health Authority, 2009). Como se discutió en la sección sobre la fisiopatología de la disnea, la falta de aliento es causada por muchos factores, y una cantidad insuficiente de oxígeno es solo uno de ellos. Aunque las prácticas pueden variar según el lugar y el entorno de la atención de la salud, proporcionar oxígeno suplementario es principalmente útil para una persona hipóxica que experimenta dificultad para respirar, cuya saturación de oxígeno en la sangre es de 88% a 90% o menos. De acuerdo con Cancer Care Ontario, “el oxígeno suplementario no se recomienda para pacientes no hipóxicos que experimentan disnea” (Cancer Care Ontario, 2010).

Incluso cuando los niveles de oxígeno son bajos, procedan con precaución cuando usen oxígeno para las personas que retienen dióxido de carbono, como las personas con EPOC. En estas personas, el oxígeno puede aumentar la retención de dióxido de carbono, provocando un aumento de la somnolencia, dolores de cabeza y, en casos graves, falta de respiración, lo que puede llevar a la muerte.

Cuando una persona está muriendo, la introducción de la terapia de oxígeno con una mascarilla o una punta nasal puede causar angustia. Estar presente y explicar a la familia los cambios normales en la respiración puede ser más útil.

### **Terapia de sedación paliativa**

Cuando los intentos de ganar control sobre la disnea de una persona en un marco de tiempo aceptable para la persona fracasan, y si la persona está cerca de la muerte, la sedación paliativa puede ser una opción, dependiendo de las políticas de la institución y del entorno. Consulten el Capítulo 7, “Cuidados en los últimos días y horas”, para obtener más información sobre la terapia de sedación paliativa.

## Casos de estudio

Los siguientes casos de estudio resaltan de qué manera la orden del médico para opiáceos difieren dependiendo del diagnóstico y de si la persona no ha recibido previamente

opiáceos. Un plan de cuidado sigue los dos casos e ilustra los puntos en común en la atención enfermería.

### Caso de estudio: Persona con cáncer de pulmón sin experiencia previa con opiáceos

Claudio es un hombre de 74 años con cáncer de pulmón que ha experimentado dificultad respiratoria cada vez mayor durante las últimas tres semanas. Hoy califica su disnea con 2/10 a 3/10 cuando está en reposo, y con 6/10 con esfuerzo. Batalla por brindarse atención personal y le resulta difícil caminar al baño.

Se registra una evaluación exhaustiva y se notifica al médico sobre la incomodidad de Claudio. En colaboración con Claudio, el médico agrega opiáceos a los medicamentos actuales y procede a investigar la causa del aumento de la disnea. Claudio no ha recibido previamente opiáceos.

#### Solicitudes

El médico solicita lo siguiente:

- Dar morfina 2.5 mg VO c4h.
- Dar morfina 1,25 mg VO c1h PRN para la dosis de rescate.

### Caso de estudio: Persona con EPOC sin experiencia previa con opiáceos

Margarita tiene 74 años y es frágil, tiene EPOC y ha experimentado una mayor dificultad para respirar en las últimas tres semanas. No tiene dificultad para respirar en reposo, pero califica la disnea con 2/10 a 3/10 al momento de realizar cualquier tipo de cuidado personal, con 6/10 al caminar y con 8/10 si no puede detenerse y recuperarse después de breves ráfagas de esfuerzo.

El hecho de que ella es frágil, tiene EPOC, no ha recibido antes opiáceos y está muy preocupada por tomarlos se revisa nuevamente en una consulta con el médico. Ella acepta probar con una dosis muy baja de opiáceos, que se aumentará muy lentamente y se reevaluará regularmente. Ella tiene claro que seguirá tomando el medicamento solo si no experimenta efectos secundarios.

Margarita nunca ha tomado opiáceos. Hasta ahora, ha dudado en tomar opiáceos debido a las preocupaciones sobre los efectos secundarios. En la actualidad, se siente cada vez más incómoda y le ha pedido morfina al médico/enfermera.

El médico sigue el protocolo de la guía de práctica de la Canadian Thoracic Society "Manejo de la disnea en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada" (Canadian Thoracic Society, 2011). Este es un enfoque muy cauteloso que es apropiado teniendo en cuenta el proceso de la enfermedad de Margarita, sus preocupaciones y sus metas de atención.

#### Solicitudes

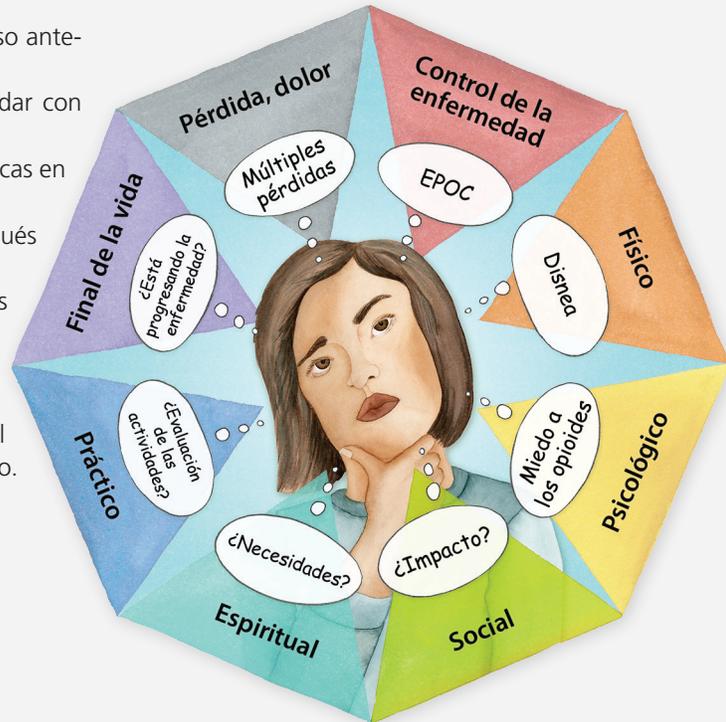
El médico solicita lo siguiente:

- Dar morfina 0.5 mg VO c12h por dos días.
- Después dar morfina 0.5 mg VO c4h al despertar durante cuatro días y reevaluar.
- Evaluar regularmente y monitorear si aparecen eventos adversos.

## Plan de atención para ambos casos de estudio

El plan de atención para los dos estudios de caso anteriores es el siguiente:

1. Completar una evaluación completa y ayudar con las pruebas de laboratorio.
2. Integrar medidas de confort no farmacológicas en el cuidado.
3. Volver a evaluar una hora y tres horas después de administrar la medicación.
4. Si la disnea no mejora o si se repite antes de la siguiente dosis, proporcionar una dosis de rescate (si se solicita) y notificar al médico.
5. Monitorear los patrones intestinales, seguir el protocolo intestinal y prevenir el estreñimiento.





### Perla Ética Provisión 4

El personal de enfermería tiene autoridad sobre su práctica clínica y es responsable de la misma, toma decisiones y las pone en práctica de manera consistente con su obligación de promover la salud y brindar una atención óptima.

*Código de ética para enfermeras (ANA, 2015a)*

¿Qué piensan sobre el uso de opiáceos para controlar la disnea? ¿Tiene algún temor o inquietud?

¿Cuáles son las guías o protocolos para controlar la disnea en su lugar de trabajo?

Si tienen temor de administrar una dosis de rescate de opiáceos para controlar la disnea, ¿cuáles son sus opciones? ¿Con quién lo podrían consultar?



## Evaluación y confirmación

Debido a que la disnea puede ser angustiante para la persona, es importante evaluarla para confirmar la efectividad de las medidas de confort y los tratamientos farmacológicos que se utilizan. Cuando se estén evaluando las causas o desencadenantes de la disnea, será necesario continuar evaluando la frecuencia de episodios de disnea para determinar si las medidas preventivas están abordando las causas. Recuerden que la disnea es una experiencia subjetiva y que existe cuando la persona dice que sí, independientemente de cualquier medida objetiva (por ejemplo, saturación de oxígeno).



### Perla Ética

*Parte I: A. Brindar atención segura, compasiva, competente y ética, 4*

El personal de enfermería identifica, cuestiona, interviene y reporta aquellas prácticas que sean inseguras, poco éticas o incompetentes, así como condiciones que interfieran con su capacidad para brindar cuidado seguro, compasivo, competente y ético, y apoya a aquellos que hacen lo mismo.

*Código de ética para enfermeras registradas (CNA, 2017)*

¿Cómo podrían abordar prácticas o condiciones que interfieren con el alivio de los síntomas de una persona o con otros objetivos de su atención?