

15. DISNEA

Dr. HUGO FORNELLS

● INTRODUCCIÓN

La disnea se puede definir como: la sensación subjetiva de falta de aire y percepción de un mayor trabajo respiratorio. Conviene diferenciar la disnea del simple aumento de la frecuencia respiratoria (taquipnea) o de la profundidad de los movimientos respiratorios (polipnea) que no siempre van acompañados de sensación de falta de aire y de trabajo ventilatorio aumentado.

Es importante mencionar aquí la definición de insuficiencia respiratoria. Esta se define como aquel estado o situación en el que los valores de la presión parcial de O₂ en la sangre arterial están disminuidos (menos de 60 mmHg) o los de la presión parcial de CO₂ están elevados (más de 50 mmHg). La insuficiencia respiratoria es un trastorno funcional del aparato respiratorio y puede cursar sin disnea, por ejemplo: intoxicación con ansiolíticos o barbitúricos.

Luego de las definiciones enumeradas debemos resaltar que disnea es una sensación subjetiva, desagradable que puede cursar con o sin taquipnea o polipnea, que se puede asociar o no a insuficiencia respiratoria y que lo inverso también es cierto; puede ocurrir taquipnea, polipnea o insuficiencia respiratoria sin disnea.

La disnea es un síntoma prácticamente universal en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca en estadio terminal y la presentan un 50% de pacientes con cáncer en general y hasta un 90 % de pacientes con cáncer de pulmón en etapa final de su enfermedad.

Causas de disnea

- + Insuficiencia cardíaca.
- + Derrame pericárdico.
- + Enfermedad de la neurona motora.
- + Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
- + Aflicción psicológico.
- + Tromboembolismo pulmonar (TEP).
- + Anemia.

- + **Cáncer:** puede producirse por efecto directo del tumor primario o metástasis en el pulmón, derrame pleural, síndrome de vena cava superior, linfangitis carcinomatosa, atelectasias, obstrucción traqueal, fístula traqueoesofágica. También como secundarias al tratamiento, podemos encontrar: fibrosis postactínica, postneumonectomía, fibrosis inducida por bleomicina, insuficiencia cardíaca por adriamicina. Puede ser ocasionada también por causas no debidas al tumor sobre el aparato respiratorio ni cardiovascular: anemia, caquexia, asictis, acidosis metabólica, fiebre, síndrome paraneoplásico muscular, TEP. Por último debemos recordar siempre que las aflicciones psicológicas (ansiedad, somatización) puede ser causa de disnea o de aumento de una disnea de causa orgánica. Es muy importante considerar siempre las causas probables de disnea o de su empeoramiento y preguntarse si no habrá una enfermedad intercurrente que esté agravando la patología de base.

● **EVALUACIÓN**

Al igual que con otros síntomas, el objetivo de la evaluación y del tratamiento de la disnea es conseguir que el propio paciente exprese la intensidad, y puede ser valorada utilizando escalas visuales análogas, numéricas y escalas verbales. La intensidad de la disnea es evaluada regularmente en algunas de la herramientas disponibles en cuidados paliativos como el ESAS (Edmonton Symptom Assesment System) o el STASS (Support Team Assesment Schedule). Algunos cuestionarios sobre calidad de vida, como el EORTC QL-30, han desarrollado módulos tales como el de cáncer de pulmón, que permite una evaluación más detallada de la intensidad de la disnea.

Ejemplo: Escala Visual Análoga (EVA) asociada a escala numérica de 0 a 10



(haga un círculo alrededor del número que mejor corresponda a la intensidad del síntoma)

Uno de los inconvenientes es que solo podemos medir la expresión de la intensidad de la disnea y ésta se puede correlacionar con un número de factores como son ansiedad, depresión, somatización, fatiga. Una evaluación multidimensional identificará factores que requieran según el caso terapia con opioides, antidepresivos, terapia ocupacional, etc.

● TRATAMIENTO

El tratamiento óptimo de la disnea estará enfocado a manejar las causas reversibles. Cuando esto no sea posible, se usarán métodos farmacológicos y no farmacológicos para *alivio de síntomas*.

1_ *Tratamientos específicos*

- + **Cáncer de pulmón o cáncer extrapulmonar con compromiso respiratorio**_Considerar siempre la probabilidad de una respuesta a tratamiento oncológico, sabiendo que existen mayores posibilidades de respuesta en pacientes con *performance status* (PS) bueno (0-1) y muy pocas posibilidades de responder a un tratamiento sistémico si el PS es 3 ó 4 (más del 50% del día en cama/postrado).
- + **Síndrome de vena cava superior**_Altas dosis de corticoides y radioterapia pueden producir un alivio espectacular de síntomas.
- + **Derrame pleural neoplásico**_La toracocentesis puede ser efectiva si no responde al tratamiento sistémico o si la respuesta esperable es lenta. Es necesario evaluar el sellado pleural con tetraciclinas o bleomicina.
- + **Derrame pericárdico neoplásico**_El tratamiento específico consiste en la creación quirúrgica de una ventana pericárdica. Se deben sopesar las ventajas sintomáticas y las molestias causadas por la operación.
- + **Insuficiencia cardíaca**: Tratamiento con fármacos que disminuyan la precarga y diuréticos.
- + **Tromboembolismo de pulmón**_Anticoagulación parenteral.
- + **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica**_Broncodilatadores y corticoides. En general, los pacientes portadores de cáncer de pulmón, cabeza y cuello han sido fumadores importantes y tienen una historia de EPOC, pudiendo beneficiarse con la terapia indicada para esta enfermedad.
- + **Infecciones**_Cuando el paciente terminal presenta una neumonía se deben evaluar las ventajas del tratamiento antibiótico o de solamente procurar el control sintomático si el paciente se encuentra en agonía.

2_ *Tratamiento sintomático*

El manejo sintomático de la disnea se basa en tres elementos principales: *oxigenoterapia, terapia farmacológica y medidas generales de apoyo*.

+ **Oxigenoterapia**_Idealmente debería administrarse oxígeno al paciente hipoxémico, ya que en pacientes sin hipoxemia no existiría ventaja en la administración de oxígeno sobre el suministro de aire. Una muestra de sangre arterial puede determinar una PaO₂ baja y ésta también se puede estimar por métodos no invasivos como la oximetría de pulso cutánea que nos indicará la saturación de la hemoglobina SaO₂.

La administración de O₂ puede hacerse en forma continua. Habitualmente en pacientes EPOC se usa para evitar progresión de la hipertensión pulmonar y en algunos pacientes con cáncer que presentan severa insuficiencia restrictiva, por linfangitis por ejemplo. En estos casos y en el domicilio, se puede utilizar el concentrador de oxígeno que va filtrando el nitrógeno del aire. La administración intermitente de O₂ es más apropiada para el paciente con disnea ante la realización de movimientos o ejercicios, y se puede efectuar antes, durante o posteriormente al ejercicio.

Con respecto al flujo de oxígeno, en general no hay problemas, excepto el paciente EPOC severo, cuyo centro respiratorio ya no responde la hipercapnia y solo está estimulado por la hipoxemia; por lo tanto, no debería administrarse a más de 4l/min.

La vía de administración es también importante para confort. Si bien las máscaras son las que más se usan tradicionalmente, en caso de administración permanente las cánulas nasales son más cómodas.

+ **Terapia farmacológica**_

Opioides. Varios estudios han demostrado su beneficio en el control de la disnea. La dosis de inicio en pacientes que no hayan recibido opioides previamente podría ser de 5 mg de morfina cada 4 hs. Si recibía opioides para el dolor, se sugiere incrementar la dosis, para alivio de la disnea, en un 25% si es leve a moderada o 50% si es severa. En relación a pacientes no oncológicos portadores de EPOC, algunos trabajos no encontraron beneficio con los opioides, presentando efectos colaterales negativos. Los opioides nebulizados podrían reducir los efectos colaterales al suministrarse dosis menores, pero cuatro ensayos randomizados controlados no hallaron alivio de la disnea.

Psicotrópicos. A pesar que las benzodiazepinas son muy utilizadas en el alivio sintomático de la disnea relacionada al cáncer, no se han realizado ensayos clínicos controlados en pacientes con cáncer. En algunos pacientes las benzodiazepinas pueden ser utilizadas cuando la disnea se considera una manifestación somática de una crisis de pánico o cuando coexiste ansiedad severa.

Corticosteroides. Si bien algunos autores sugieren que estas drogas son efectivas en la disnea asociada a linfangitis carcinomatosa, no hay trabajos randomizados controlados que evalúen su rol en esta condición clínica. Los corticosteroides son usados frecuentemente en el síndrome de vena cava superior y son altamente efectivos en el broncoespasmo asociado a asma y EPOC. Se debe tener cuidado con el uso crónico, ya que existe evidencia de que inducen alteraciones funcionales y patológicas en muchos grupos musculares y pueden ser pronunciadas en el diafragma.

Broncodilatadores. Administrados por vía oral o nebulizados, los broncodilatadores son útiles para el manejo del broncoespasmo asociado con asma y EPOC. Como un gran porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón tienen historia de tabaquismo y EPOC, se justifica evaluar la terapia con broncodilatadores. La aminofilina, teofilina y cafeína mejoran la contractilidad del diafragma en voluntarios normales y en EPOC. Debería evaluarse en ensayos clínicos prospectivos el efecto beneficioso que podrían tener estos fármacos sobre la contractilidad muscular respiratoria ante la presencia de astenia y debilidad muscular generalizada.

+ **Medidas generales de apoyo_**

Varias medidas de apoyo pueden utilizarse para el paciente y su familia. La comunicación adecuada con el paciente y la familia es un aspecto principal en cuidados paliativos. Disminuir la ansiedad y el miedo del paciente y de su familia es parte de la tarea que debemos realizar. Una manera de lograrlo es brindar un apoyo psicológico y permitir a los pacientes expresar sus miedos.

Es importante educar al paciente y a su familia para que puedan reconocer el tipo de maniobras asociadas con disnea episódica, para poder evitarlas. En esta área el *terapista ocupacional* puede cumplir un importante rol. Si la maniobra o acción que incrementa la disnea no se puede evitar, se podrá administrar una dosis extra de medicación sintomática (opioides) 30 a 45 minutos antes de la actividad que incrementa la disnea, por ejemplo antes de la movilización para la higiene.

Lecturas recomendadas

- 1_Anmedzai S. (1998)
Palliation of respiratory symproms. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford En Doyle D., Hanks G, Mac Donald N. University Press: 583-616.
- 2_Bruera E. and Ripamonti C. (1998)
Dyspnea in patients with advanced cancer. En Berger A., Portenoy R, Weissman D. Principles and Practice of Supportive Oncology, Lippincott-Raven publishers: 295-308.
- 3_Ojeda Martín M, Navarro Marrero M. (1999) *Sintomas respiratorios.* En Gómez Sancho M. Medicina paliativa en la cultura latina. Editorial Aran: 723-730.
- 4_Ripamonti C., Fusco F. (2002) *Respiratory problems in advanced cancer.* Support Care Cancer 10: 204-216.
- 5_Ripamonti C. (1999)
Management of dyspnea in advanced cancer patients. Support Care Cancer 7:233-243.

La *kinesioterapia respiratoria* permitirá en algunos casos manejar más adecuadamente las secreciones. En pacientes con fatiga muscular respiratoria, las técnicas de ventilación con presión positiva continua o intermitente a través de máscaras faciales o nasales podrán formar parte del arsenal terapéutico.

En relación a *transfusión sanguínea*, sería lógico indicarla para aquel paciente no postrado, con cierta capacidad funcional, con nivel de Hb menor de 8g/dl, en quien clínicamente se considere que la anemia juega un rol en su disnea, fatiga y/o sensación de bienestar.

Últimos días: Insistiremos en que la única evaluación que podremos hacer con respecto de la expresión del síntoma es la subjetiva, es decir, la que el propio paciente puede hacer. Es importante que la familia observe que, a pesar de la taquipnea, el paciente refiere no estar agitado. En el enfermo en agónico, en estado de inconciencia, ya no habrá disnea, pero es éticamente aceptable tratarlo con anticolinérgicos como la l-hioscina para disminuir las secreciones y continuar con los opioides, en consideración a la familia.

CONCLUSIONES

La disnea es un síntoma de extrema importancia en cuidados paliativos por la alta incidencia y la aflicción que ocasiona en el paciente, la familia y sus cuidadores. En el paciente con enfermedad terminal múltiples causas pueden ocasionar disnea y muchos factores la pueden agravar. Es necesario realizar una evaluación multidimensional, conocer las medidas terapéuticas hoy disponibles y realizar una evaluación crítica de la literatura sobre el tema.