

## DISNEA

Medina Mesa, Ruperto. Varo Cenarruzabeitia, JJ. Moreno Izco, I. (Urgencias HVC)

### 1. CONSIDERACIONES GENERALES.

#### 1.1 DEFINICIÓN

Disnea es la sensación subjetiva de una respiración difícil, laboriosa o molesta. Es el término que se aplica a la sensación de falta de aliento, así como a la reacción del paciente a esta sensación.

La disnea es consecuencia de múltiples trastornos que van desde los no urgentes hasta los mortales. Su gravedad no se relaciona exactamente con la gravedad de la enfermedad subyacente y puede estar influida por las emociones, la personalidad, la cultura y los estímulos externos.

La disnea se debe distinguir de otros signos y síntomas:

Taquipnea. Ritmo respiratorio más rápido de lo normal. Las cifras normales oscilan desde 44 ciclos/min en el recién nacido hasta 14-18 ciclos/min en los adultos

Hiperpnea. Una ventilación por minuto superior a la normal para adaptarse a las necesidades metabólicas.

Ortopnea. Disnea que aparece en decúbito. En general es consecuencia de insuficiencia ventricular izquierda y en ocasiones se acompaña de parálisis diafragmática o neumopatía obstructiva crónica. Se mide habitualmente por el número de almohadas que el paciente necesita usar en la cama.

Disnea paroxística nocturna (DPN). Aparición brusca de disnea cuando se está acostado por la noche. Se relaciona con insuficiencia cardíaca congestiva.

Hiperventilación. Una ventilación por minuto que supera la demanda metabólica. La gasometría arterial muestra característicamente una PaO<sub>2</sub> normal con una alcalosis respiratoria no compensada (PaO<sub>2</sub> baja y pH elevado).

#### 1.2 CLASIFICACIÓN

De un modo práctico, se puede clasificar considerando sus tres orígenes fundamentales: disnea de causa cardíaca, pulmonar y mixta o no cardíaca ni pulmonar

#### 1.3 FISIOPATOLOGÍA

Se ignoran los mecanismos reales causantes de disnea. La respiración normal está controlada por el centro respiratorio situado en el bulbo raquídeo, por los quimiorreceptores periféricos situados cerca de los cuerpos carotídeos y por los mecanorreceptores situados en el diafragma y los músculos esqueléticos. Cualquier desequilibrio en estos órganos se percibe como disnea, generalmente como resultado de una demanda ventilatoria superior a la capacidad.

Se cree que la sensación de disnea ocurre mediante uno o más de los siguientes mecanismos: aumento del esfuerzo respiratorio, como el aumento de la resistencia pulmonar o la disminución de la distensibilidad que aparece en el asma o en la bronconeumopatía crónica obstructiva, o el aumento de las excursiones respiratorias como ocurre en la hipoxemia grave, la acidosis o los estímulos centrales (tóxicos, trastornos del sistema nervioso central). Se cree que el origen está, en parte, en los receptores de distensión pulmonar.

#### 1.4 ETIOLOGÍA

La disnea es subjetiva y se asocia con muchas causas posibles (**tabla 1**)

CARDIACA	Insuficiencia cardíaca (izquierda, derecha, biventricular) Cardiopatía isquémica (equivalente anginoso) Miocardiopatías. Disfunción valvular.  Hipertrofia ventricular izquierda (disfunción diastólica)
----------	---

	Enfermedad pericárdica. Arritmias.
PULMONAR	EPOC Asma bronquial Obesidad. Deformidades de la caja torácica (cifoesciosis) Enfermedades intersticiales pulmonares Hipertensión pulmonar primaria, vasculitis pulmonares. Neumotórax Derrame pleural. Neumonía Neoplasia bronquial, síndrome de vena cava superior. Traumatismos (fracturas costales, contusión pulmonar). Cuerpos extraños endobronquiales
MIXTA	Cor pulmonale Combinación de las anteriores. TEP
No cardiaca Ni pulmonar	Acidosis metabólica Anemia, dishemoglobinemia (intoxicación por CO). Dolor. Ansiedad ( hiperventilación psicógena). Patología ORL. Enfermedades neuromusculares.

## 2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La historia clínica detallada a menudo permite identificar el problema primario que ocasiona la disnea. Muchos paciente sufren de algún trastorno crónico de base y a menudo se pueden autodiagnosticar de manera específica y precisa sus exacerbaciones.

- Se recogerán **antecedentes** de enfermedad cardiaca, respiratoria ( incluyendo inhalación de tóxicos y hábitos nocivos), factores de riesgo trombótico que puedan predecir la existencia de una trombosis venosa profunda con subsecuente TEP, antecedentes de diabetes mellitus (cetoacidosis) o historia de anemia, patología ORL, enfermedades neuromusculares y antecedentes psiquiátricos. Se recogerá la medicación que el paciente recibía ( ej. Consumo de betabloqueantes puede asociarse a broncoespasmo o a insuficiencia cardiaca en sujetos predispuestos).

**-Anamnesis.** Duración de la disnea. La disnea crónica o progresiva habitualmente reflejan una cardiopatía, enfermedades neuromusculares, como la esclerosis múltiple. Los episodios disneicos agudos pueden ser el resultado de exacerbaciones del asma, infección, causas psicogénicas o inhalación de irritantes, alergenos o cuerpos extraños.

**-Inicio de la disnea.** El inicio brusco debe hacernos sospechar una embolia pulmonar o un neumotórax espontáneo. La disnea que se instaura lentamente en horas o días puede corresponder a una neumonía, una insuficiencia cardiaca congestiva o una neoplasia maligna.

**-Dolor asociado.** El dolor torácico acompañante puede indicar una embolia pulmonar o un infarto de miocardio, especialmente si es constante, sordo o visceral. Si el dolor es agudo y empeora con los movimientos y/o con la inspiración profunda, debe sospecharse un origen musculoesquelético, o derrame pleural o pleuritis. El neumotórax espontáneo puede también producir un dolor agudo con la inspiración profunda, pero no empeora con los movimientos. Cambios posturales. La ortopnea puede ser consecuencia de una insuficiencia cardiaca izquierda., de un EPOC o de trastornos neuromusculares.

Disnea precipitada por traumatismos. Sugiere la posibilidad de fracturas costales, volet torácico, hemotórax, neumotórax, derrame pericárdico o taponamiento cardiaco.

Síntomas sistémicos. La fiebre sugiere una causa infecciosa. La ansiedad puede apuntar a un ataque de pánico o a una disnea psicógena, si no puede encontrarse una causa orgánica.

**-Exploración física.**

Una exploración física detallada puede sugerir el diagnóstico y ayuda a descubrir causas poco evidentes. Se puede obtener hallazgos exploratorios que nos orienten al origen de la disnea (tabla 2).

Disnea de origen cardiaco	Distensión venosa yugular. Crepitantes húmedos (sibilantes en asma cardial). Taquicardia, taquiarritmia. Ritmo de galope (S3). Soplos, roces. Sudoración profusa, palidez, ansiedad. Intolerancia al decúbito. Hipoperfusión. Cianosis. Hepatomegalia, reflujo hepatoyugular, edemas. Inquietud. Pulso paradójico (taponamiento cardiaco).
Disnea de origen pulmonar	Roncus, sibilantes espiratorios. Hallazgos auscultatorios unilaterales. Aumento del diámetro anteroposterior del tórax Asterixis, somnolencia (retención carbónica). Taquicardia. Acropaquias (bronquiectasias, fibrosis pulmonar) Hipoperfusión. Cianosis. Inquietud, ansiedad. Pulso paradójico (asma grave, neumotórax a tensión)
Disnea de otro origen	Auscultación pulmonar normal. Palidez, taquicardia (anemia). Respiración de Kussmaul (acidótica). Fetor cetónico (cetoacidosis). Espasmo carpopedal (hiperventilación). Estridor (obstrucción alta).

**-Pruebas Complementarias.** Los hallazgos específicos obtenidos de la anamnesis y la exploración física deben utilizarse para determinar las pruebas complementarias necesarias.

Las mediciones de la saturación de oxígeno a la cabecera de la cama, apoyadas por el uso selectivo de la gasometría, son útiles para determinar el grado de hipoxia, así como la necesidad de oxigenación suplementaria o ventilación asistida. El electrocardiograma puede ser útil si la etiología es cardiaca o se sospecha una hipertensión pulmonar aguda.

La Rx de Tórax permite detectar anomalías pleuro-parenquimatosas, tamaño cardiaco y alteraciones esqueléticas.

El hemograma o los electrolitos puede sugerir etiologías menos frecuentes como la hipopotasemia, la hipofosfatemia, la cetoacidosis diabética, la anemia grave o la septicemia. Las pruebas especiales, como las gammagrafías de ventilación-perfusión, el TAC de tórax o la angiografía pulmonar, pueden confirmar el diagnóstico de embolia pulmonar. Si se cree que la disnea se origina en las vías respiratorias superiores, pueden ser útiles la laringoscopia directa, la broncoscopia o una radiografía cervical lateral de tejidos blandos.

### 3. TRATAMIENTO

El tratamiento primario de los pacientes con disnea consiste en identificar y tratar la enfermedad subyacente.

En la disnea acentuada la finalidad principal del tratamiento es conservar la permeabilidad de las vías respiratorias y la oxigenación con una PaO<sub>2</sub> mayor de 60 mmHg (saturación de oxígeno arterial de cerca de 90 % o más).

Los pacientes inestables o con diagnósticos críticos son ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Los pacientes de urgencias que han sido estabilizados pueden ser ingresados en una unidad de telemetría.

Los pacientes con enfermedades urgentes en riesgo de empeoramiento si no se hace un tratamiento apropiado, o aquellos con enfermedades estables y comorbilidades como la diabetes, inmunosupresión o cáncer, deben ser ingresados para someterlos a observación y tratamiento. La mayoría de los pacientes considerados no urgentes pueden ser tratados de forma ambulatoria si se consigue organizar un buen seguimiento médico.

Si persiste disnea a pesar del tratamiento y no se ha encontrado una causa definitiva, la mejor actuación es el ingreso hospitalario para mantener al paciente en observación y seguir la evaluación.

Si no se puede lograr un diagnóstico definitivo y los síntomas han desaparecido, el paciente puede ser dado de alta con un buen seguimiento médico e instrucciones para regresar si los síntomas reaparecen.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Marx. Hockberger. Walls. Rosen Medicina de Urgencias. Conceptos y práctica clínica. Quinta edición; Vol.1:155-162.
2. García Gil, D. Manual de Urgencias 2000. 197-201.
3. Tintinalli, J. Medicina de Urgencias. 5ª edición; 501-507.