

BLOQUE 1:

SÍNDROMES

Capítulo 01: Disnea

Autores

Belén María Navas Bueno Neumología. Hospital General Básico Santa Ana (Motril).

Diego Molina Cabrerizo Neumología. Hospital General Básico Santa Ana (Motril).

Enrique Fernández Romero Médico de urgencias. Hospital de Montilla (Córdoba).

Definición

La disnea es uno de los síntomas más frecuentes por el que consultan los pacientes con enfermedades cardiopulmonares. Es subjetiva, traduciendo sensaciones cualitativamente distintas y de intensidad variable, que se engloban bajo la percepción global de dificultad respiratoria, falta de aire o ahogo.

Diagnóstico

La disnea es una experiencia sensorial compleja, multidimensional y muy personal que traduce la percepción de falta de aire u ahogo por parte del paciente; no es equivalente a insuficiencia respiratoria, lo cual es un concepto gasométrico¹. Cada individuo integrará las señales según factores fisiológicos, fisiopatológicos, psicológicos, sociales² y medioambientales.

La subjetividad del síntoma hace difícil su medición y su comparación entre sujetos, por lo que es necesario cuantificarla mediante escalas de medición de la disnea. En urgencias, las dos más útiles son la mMRC y la NYHA (**Anexo 1**):

- Índices de cuantificación de disnea durante las actividades de la vida diaria³.
 - » Escala de disnea modificada del *Medical Research Council (mMRC)*.
 - » Escala de la *New York Heart Association (NYHA)*.
- Escalas clínicas de valoración de disnea durante el ejercicio.
 - » Escala analógica visual.
 - » Escala de Borg modificada (**Anexo 1**).

A la hora del diagnóstico, es importante diferenciar si la disnea es aguda o se debe a un empeoramiento de un proceso crónico ya existente, de ahí el valor de las escalas de cuantificación de la disnea⁴, así como si requiere una intervención médica urgente por situaciones de riesgo vital. Asimismo, la disnea puede deberse a causas no relacionadas con patología cardiorrespiratoria como puede ser crisis de ansiedad o situaciones de acidosis metabólica donde el paciente puede presentar taquipnea.

En la historia clínica del paciente se recogerán los siguientes datos:

- Antecedentes personales.
- Anamnesis: Grado de disnea, factores que la empeoran (decúbito, sedestación, sitios cerrados), recorte de diuresis, fiebre, tos, expectoración, dolor torácico y características del mismo, sudoración profusa...
- Exploración física: Perfusión distal, auscultación patológica (soplos cardíacos, sibilantes, roncus, crepitantes, abolición del murmullo vesicular), ingurgitación yugular, edemas, taquicardia, taquipnea.

Las pruebas complementarias a solicitar deberán incluir:

- Hemograma, para detectar anemia, inmunodepresión, infección...
- Bioquímica: glucemia, perfil hepático, renal, alteraciones hidroelectrolíticas, troponina, péptido natriurético cerebral, proteína C reactiva, dímero D.
- Gasometría arterial y/o venosa.
- Electrocardiograma para detectar datos de arritmias, síndrome coronario agudo (SCA), miopericarditis.
- Radiografía de tórax para detectar neumonía, neumotórax, derrame pleural, datos de insuficiencia cardíaca...
- TAC torácico o angioTAC torácico para derrame pericárdico, tromboembolismo pulmonar (TEP) u otras dudas diagnósticas en la radiografía de tórax.
- La ecografía torácica a pie de cama en urgencias puede ser de gran ayuda a la hora del diagnóstico de patologías como neumotórax o derrame pleural⁵.

Algoritmo de disnea en urgencias

Las causas más frecuentes de disnea y sus características clínicas se recogen en el algoritmo de la **Figura 1⁴⁻⁶**.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico de disnea en urgencias.

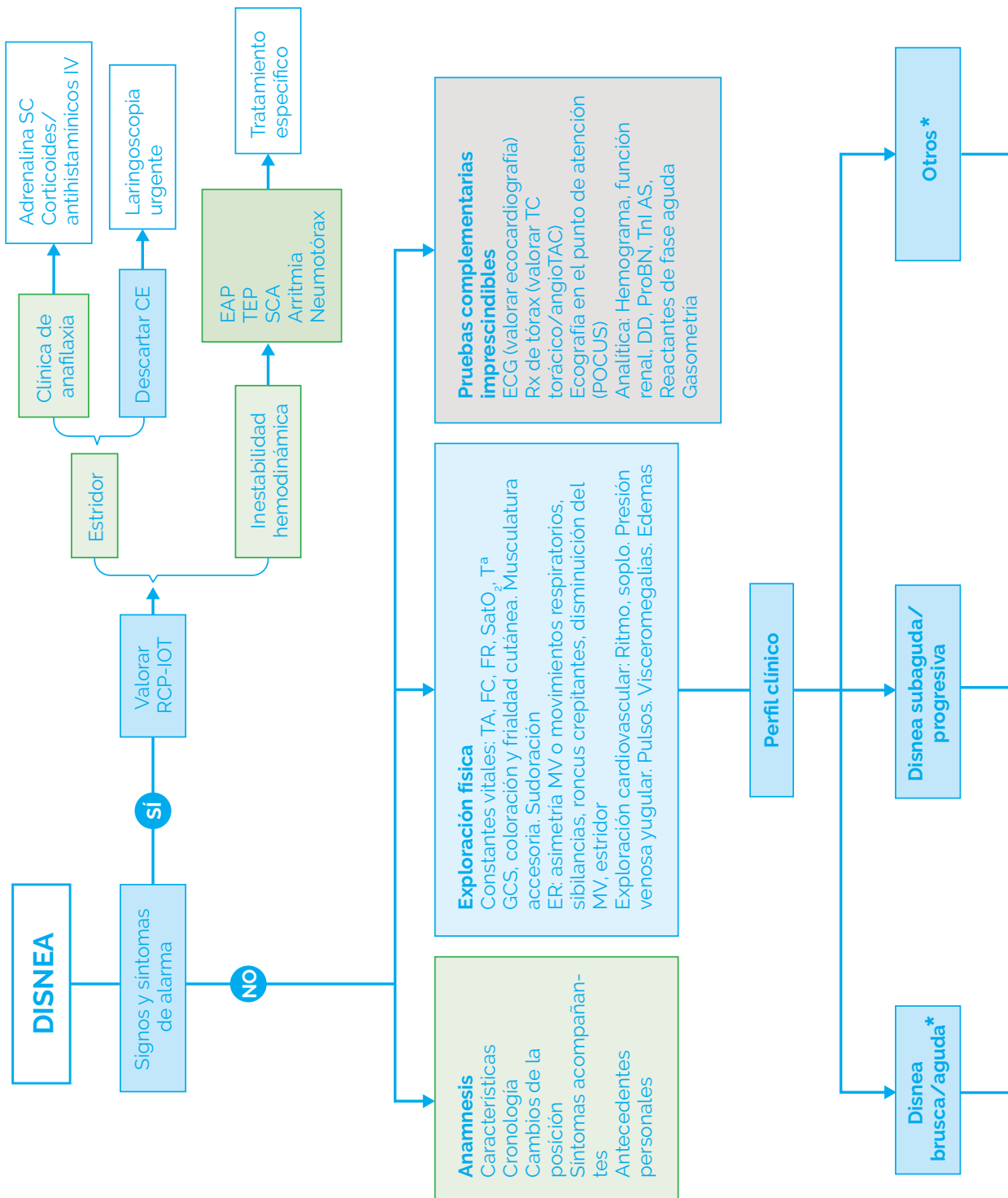
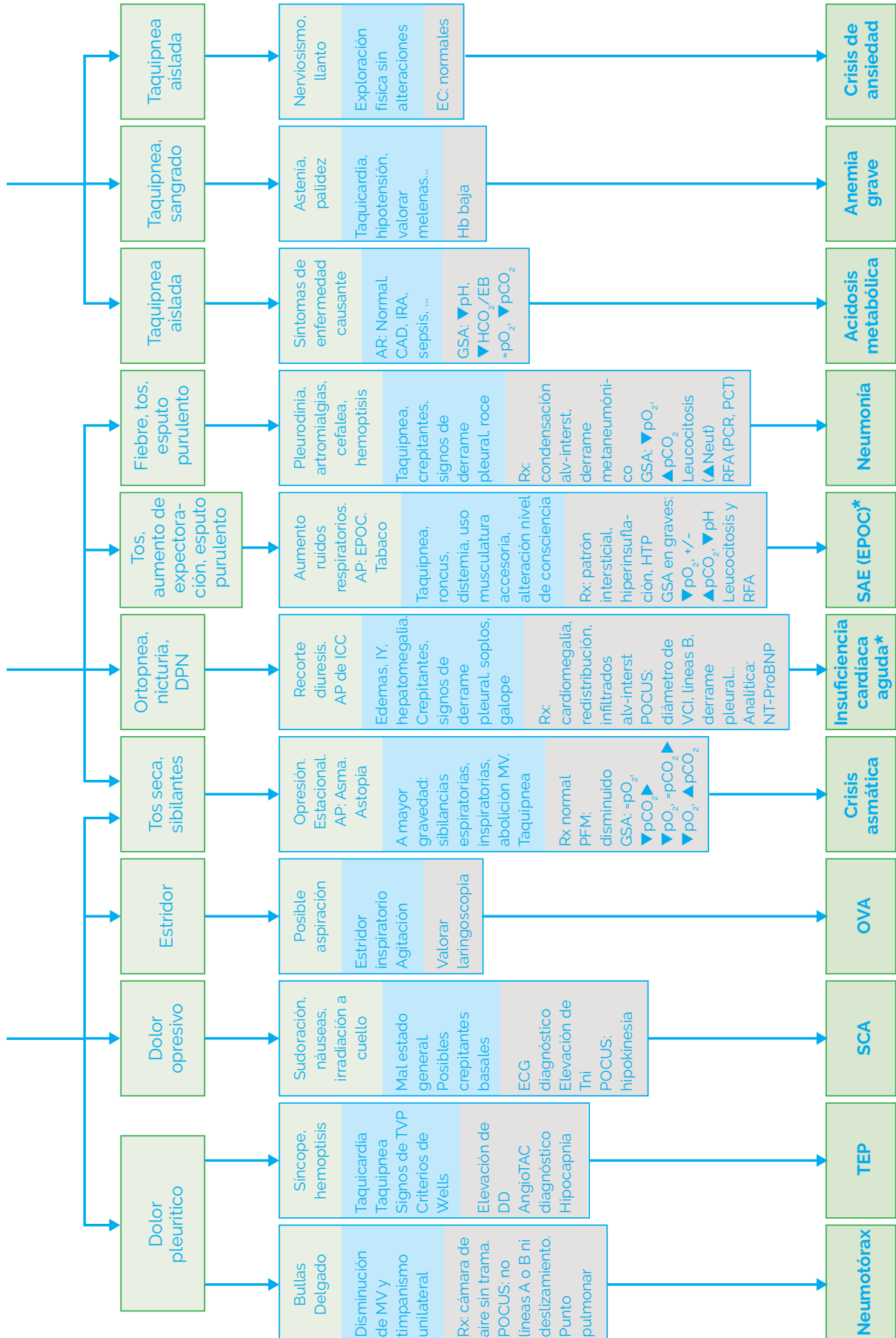


Figura basada en tablas de referencias 4, 5 y 6. Alv: alveolar; AP: antecedentes personales; CDA: cetoacidosis diabética; CE: cuerpo extraño; DD: dímero D; DPN: disnea paroxística nocturna; EC: exploraciones complementarias; ECG: electrocardiograma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ER: exploración respiratoria; FC: frecuencia cardíaca; FR: frecuencia respiratoria; GCS: escala de Glasgow; GSA: gasometría arterial; Hb: hemoglobina; ICC: insuficiencia cardíaca crónica; Interst: intersticial; IOT: intubación orotraqueal; IRA: insuficiencia renal aguda; IY: ingurgitación yugular; MV: murmullo vesicular; NT-proBNP: N-terminal de propéptido natriurético tipo B; OVA: obstrucción de vía aérea; PCR: proteína C reactiva; PCT: procalcitonina; PFM: *peak flow meter*; POCUS: ecografía en el punto de atención; RCP: reanimación cardiopulmonar; RFA: reactantes de fase aguda; Rx: rayos X; SAE: síndrome de agudización de EPOC; SatO₂: saturación de oxígeno; SCA: síndrome coronario agudo; T^a: temperatura; TA: tensión arterial; TEP: tromboembolismo pulmonar; TVP: trombosis venosa profunda. * También puede presentarse como disnea aguda.



Tratamiento

Se debe tener en cuenta si la disnea es aguda o crónica y se debe tratar la causa subyacente si esta es conocida; es decir, un tratamiento sintomático. En este último caso, cobran importancia diferentes tipos de tratamientos como:

- Oxigenoterapia continua, que reduce el impulso ventilatorio central a través de los quimiorreceptores carotídeos, y mejora la función ventilatoria muscular dado que se necesita menor estímulo eferente para un mismo patrón de ventilación⁷ (Capítulo 2).
- Ventilación mecánica no invasiva (Capítulos 29 y 30).
- Necesidad de técnicas invasivas como colocación de drenaje pleural en caso de neumotórax o toracocentesis evacuadora en caso de derrame pleural masivo como origen de la disnea (Capítulo 20).
- Tratamiento farmacológico como opiáceos, los cuales han demostrado ser útiles en forma de opioides de acción corta en caso de crisis de disnea y preventivamente para la disnea de esfuerzo, pero no se recomienda su uso de forma crónica debido a la aparición de efectos secundarios⁸ (Capítulo 27).
- Tratamiento farmacológico con benzodiazepinas.
- Tratamiento psicológico cognitivo-conductual. La disnea es una sensación subjetiva y dependiente a su vez de factores emocionales, psicológicos, educacionales¹. Basándonos en esto, se han desarrollado tratamientos que modulan la respuesta afectiva al síntoma y tratan de cambiar la percepción del paciente hacia el síntoma de la disnea. En urgencias también es importante detectar si la disnea pudiera deberse a algún factor de este tipo.

Resumen



RECORDAR QUE

- Se debe intentar realizar un diagnóstico diferencial de la disnea para personalizar el tratamiento.
- Realizar tratamiento sintomático, especialmente oxigenoterapia y soporte respiratorio, como ayuda al tratamiento específico del cuadro.



QUÉ NO HACER

- Realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea, salvo en el caso de enfermedad crónica para valoración de soporte ventilatorio o presencia de saturación de oxígeno baja.

1. Laviolette L, Laveneziana P. Dyspnoea: A multidimensional and multidisciplinary approach. *Eur Respir J*, 2014;43:1750-62.
2. De Peuter S, Van Diest I, Lemaire V, Verleden G, Demedts M, Van den Bergh O. Dyspnea: the role of psychological processes. *Clinical Psychology Review* 2004; 24:557-81.
3. Ruiz de Ocaña Lacaste JM, Puente Maestu L, Rodríguez Hermosa JL, Talay Martí E, Cubilo Marcos JM. Comparación de varias escalas de medicación para valorar la disnea en las actividades diarias en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2000;36:25-8.
4. Postigo A, Mombiola T, Bermejo J, Fernández-Avilés F. Protocolo diagnóstico de la disnea aguda. *Medicine* 2021;13(41):2399-2404.
5. Montero Pérez FJ, Reyes Vallejo R, Jiménez Murillo L. Disnea Aguda. En: Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España SLU; 2023. p.268-272.
6. Cruz Rueda JJ, Fulgencio A, Sáez G. Valoración del paciente con disnea. Escalas de medición. En: Soto Campos JG. *Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología*. 4ª ed. Barcelona: Ergón-Neumosur; 2022. p: 219-230.
7. An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2012;185(4):435-452.
8. Kallet RH. The role of inhaled opioids and furosemide for the treatment of dyspnea. *Respir Care*. 2007; 52: 900-10.