

DEFINICIÓN

- Es un síntoma, no un diagnóstico.
- Se define como la sensación percibida por el paciente, no por el médico, de falta de aire que se puede manifestar como:
 - Aumento del esfuerzo respiratorio
 - Opresión o dolor torácico
 - Sed de aire
 - Dificultad al respirar
- Es precipitado por trastornos cardíacos o pulmonares, pero también puede deberse a trastornos metabólicos, anemia, debilidad muscular, dolor, ansiedad.
- En pacientes que tienen disnea por primera vez, se debe tratar de determinar la causa.
- En pacientes con cuadros anteriores se deben descartar causas nuevas como EPOC exacerbado o TEP

CAUSAS DE DISNEA (Disnea Aguda o Subaguda)

Pulmonar	Cardíaca
Asma Broncoespasmo	Falla Cardíaca
Tromboembolia Pulmonar (TEP)	Síndrome Coronario Agudo
Neumonía	Arritmia Cardíaca
Neumotórax	Otras
Hemotórax	Sepsis
Cuerpo Extraño	Anemia Aguda
Toxina Inhalada	Acidosis Metabólica
EPOC Descompensada	Ansiedad/Hiperventilación

EXAMEN (individualizado)

- Oximetría de pulso
- Rx Tórax (Neumonía, Masa, Neumotórax, Hemotórax, Edema Pulmonar, Derrame Pulmonar)

- Pico flujo (proceso obstructivo: Asma, EPOC)
- Electrocardiograma (Síndrome Coronario Agudo, Arritmias)
- Biometría hemática, PCR
- Péptido natriurético cerebral (CNP)
- Gasometría (acidosis, hipercapnia)
- Dímero D (si es negativo, ayuda a descartar TEP)
- Troponinas (Síndrome Coronario Agudo)
- Angiografía Pulmonar TAC (estándar de oro para TEP)

CRITERIOS DE GRAVEDAD DE LA DISNEA

- Estado mental alterado
- Cianosis
- Choque
- Imposibilidad de toser o hablar.
- Distres respiratoria
- Taquipnea
- SaO₂ < 90% con oxigenoterapia.
- PO₂ < 60 mmHg en Insuficiencia respiratoria aguda
- PO₂ < 50 mmHg en Insuficiencia respiratoria crónica agudizada.
- PH < 7,25
- PaCO₂ mayor 50%

MANEJO (individualizado)

- "ABCD"
- Monitorización cardíaca
- Oxígeno FiO₂ necesaria
- Broncodilatadores
- Diuréticos
- Antiarrítmicos
- Antianginosos (MONA)
- Antibióticos
- Heparina
- Morfina
- Ansiolíticos

PERLAS

- Péptido natriurético cerebral > 500 ng/ml sugiere falla cardíaca y < 100 sugiere una causa no cardiogénica.
- Ortopnea es muy específica para falla cardíaca.
- Se recomienda hospitalizar pacientes con disnea aguda, si no se puede identificar la causa en emergencia.
- Hay que distinguir entre una causa cardíaca, pulmonar, u otra.
- En pacientes con edema agudo de pulmón, la ecocardiografía puede ser útil para distinguir una causa cardiogénica de una causa no cardiogénica cuando una radiografía de tórax no muestra signos de edema agudo de pulmón.
- Es difícil distinguir en ciertos pacientes, entre EPOC, Asma, Falla Cardíaca, y Neumonía. Iniciar un tratamiento que cubra varias posibilidades diagnósticas y valorar la respuesta clínica en las primeras 24 horas ayuda con el diagnóstico.
- El diagnóstico de asma puede iniciar con disnea.
- Disnea psicógena (ansiedad / hiperventilación), es un diagnóstico de exclusión.
- Si la oxigenoterapia por bigotera a 4lts por minuto no mantiene saturación de O₂ > 92%, debe cambiar a mascarilla.
- Disnea más bradipnea hay que descartar alteración neurológica.
- Dímero D negativo excluye TEP.

Disnea mas tos productiva de 15 días de evolución, o presencia de hemoptisis, debe descartarse en primer lugar tuberculosis pulmonar

Rubio M, Álvarez Sala Walter JL. (2002). Disnea .Enfermedades Respiratorias. Aula Médica Ediciones. 1: 143-152.

Ailani RK, Ravakhah K, Digiovine B, Jacobsen G, Thaw Tun , Epstein D, West BC (2009). Dyspnea differentiation Index Chest. 116: 1100- 1104. 10.

Steven De Peuter, Ilse Van Diest, Valentine Lemaigre, Geert Verleden, Maurits Demedts, Omer Van den Bergh. (2004) Dyspnea: the role of psychological processes. Clinical Psychology review; 24: 557-581.

De Miguel Díez J, Nieto Barbero M^a A, Rodríguez Hermosa JL, Calle Rubio M, Álvarez-Sala Walter JL. (2002) : Carlos Villante (ed): Disnea. Enfermedades respiratorias. Madrid: Aula Médica Ediciones: 1:143-152.

Collins SP, Ronan Bentle S, Storrow AB. (2003). Diagnostic and pronostic usefulness of natriuretic peptides in emergency department patients with dyspnea. Ann Emerg Med; 41:532-545.

WitekTJ, Mahler DA. Minimal important difference of the transition dyspnea index in a multinational clinical trial. Eur Respir J 2003; 21: 267-272.

BIBLIOGRAFIA

De Miguel Díez J, Nieto Barbero M, Rodríguez Hermosa JL, Calle