



Disnea. Insuficiencia respiratoria

J. A. Nuevo González, D. Sánchez Sendín, A. Segado Soriano y A. Maganto Sancho

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Disnea
- Insuficiencia respiratoria
- Ventilación no invasiva

Keywords:

- Dyspnea
- Respiratory failure
- Non invasive ventilation

Resumen

La disnea se define como aquella experiencia subjetiva de disconfort respiratorio que origina un buen número de alteraciones en la fisiología del individuo. Varía en la percepción de cada sujeto, en su intensidad, y deberemos identificar las causas para un correcto manejo. En su diagnóstico será imprescindible la gasometría arterial para definir la insuficiencia respiratoria, así como otros parámetros de laboratorio como el péptido natriurético cerebral (BNP) que pueden orientarnos hacia una causa cardíaca. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, aportando siempre una fuente de oxígeno, bien mediante mascarilla convencional o gafas nasales o, en casos bien definidos, mediante ventilación mecánica. La aplicación de esta a través de BIPAP se está extendiendo en los Servicios de Urgencias por su potencial eficacia y menor número de riesgos que con métodos invasivos.

Abstract

Dyspnea. Respiratory insufficiency

Dyspnea is defined as any unpleasant respiratory experience which make a lot of disturbances in the patient's physiology. The perception of dyspnea can differ between individuals, and we might to identify the causes to managing properly. Blood arterial gasometry is crucial to diagnosing respiratory failure, and other parameters such as BNP to guide to cardiac aethiology. Treatment must be applied early providing oxygen through mask or nasal cannula, or in certain settings, through mechanical ventilation. The use of BIPAP is been extending to the emergency departments because of its potential efficacy and lower risks than with invasive ventilation.

Definición de disnea

Para definir conceptualmente la disnea, se acepta como universal la definición recogida por la *American Thoracic Society* (ATS) donde se describe como aquella experiencia subjetiva de disconfort respiratorio que conlleva sensaciones cualitativamente distintas y variables en intensidad. Todo ello como consecuencia de múltiples factores orgánicos, psicógenos, sociales y ambientales, y que secundariamente originarán otro buen número de alteraciones en la fisiología y el comportamiento del individuo¹.

Es importante hacer hincapié en el concepto de "sensación subjetiva" en tanto que la intensidad del síntoma se expresará de forma muy diferente de un individuo a otro, sea

cual sea su etiología; y distinguir la dificultad respiratoria o disnea como síntoma (percepción expresada por el paciente), de aquella puesta de manifiesto en la exploración física como signo, en cuyo caso hablaríamos de tiraje, trabajo respiratorio, taquipnea o similares.

Se trata de un motivo muy frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias que requiere de una aproximación rápida y estructurada para un alivio precoz de la misma.

Fisiopatología y grados de la disnea

Como se mencionaba en la definición de la ATS, la disnea se produce como consecuencia de múltiples factores orgánicos.

TABLA 1
Escala de disnea de la *New York Heart Association*

CLASE I

Ninguna limitación de la actividad habitual. Ausencia de síntomas

CLASE II

Ligera limitación de la actividad por disnea (grandes esfuerzos)

CLASE III

Marcada limitación de la actividad habitual por disnea de moderados esfuerzos

CLASE IV

Incapacidad para cualquier actividad por disnea de mínimo esfuerzo o en reposo

De una manera rápida, consideraremos que la alteración en alguna de las funciones pulmonares (“bomba de oxígeno”, intercambio gaseoso, *compliance* pulmonar, etc.) puede causar disnea² y, por otro lado, alguna de las alteraciones cardíacas (contractilidad, frecuencia, isquemia, etc.) que también generan disnea como síntoma principal. Existen otros mecanismos, incluso no patológicos como el ejercicio y patológicos no cardiopulmonares como la anemia, la ansiedad y algunas alteraciones del equilibrio ácido-base que pueden expresarse con disnea.

Para cuantificar la disnea, algunas escalas hacen uso de la capacidad para realizar la actividad del individuo, aceptándose habitualmente la de la *New York Heart Association* (NYHA), aunque originariamente se limitaba a disnea cardíaca³ (tabla 1).

Disnea aguda frente a disnea crónica

El inicio de la disnea permite aproximarse también a la posible etiología de esta. Así, las causas más comunes de la disnea de inicio reciente pueden englobarse en infecciones respiratorias, broncoconstricción, cuerpos extraños, embolia pulmonar y ansiedad (tabla 2). También debemos tener en cuenta que patologías crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o la insuficiencia cardíaca (IC) que cuentan como síntoma principal con la disnea de larga evolución, pueden manifestarse agudamente por descompensación de las mismas³.

Disnea cardiopulmonar frente a disnea laríngea

Consideraremos este aspecto brevemente, puesto que la localización de la disnea también permitirá un abordaje adecuado de la patología, centrándose en síntomas como el

estridor, el aumento de salivación, la coloración, etc. Desde un punto de vista terapéutico, algunos eventos laríngeos como el edema de úvula, la obstrucción de vía aérea superior, etc. pueden requerir una intervención más inmediata como la realización de una traqueostomía o cricotirotomía urgente para solucionar el problema³.

Insuficiencia respiratoria. Concepto

Es el resultado de la alteración de la función pulmonar en el intercambio gaseoso para cubrir los requerimientos metabólicos del resto del organismo. Esto se traduce en cifras de oxígeno en sangre disminuidas, y pueden acompañarse de niveles de CO₂ elevados⁴. Hablaremos de insuficiencia respiratoria parcial (IR) o hipoxémica con valores de presión parcial de O₂ por debajo de 60 mm Hg, e insuficiencia respiratoria global o hipercápnica cuando además la presión parcial de CO₂ sea superior a 45 mm Hg. Por tanto, el diagnóstico de la IR es gasométrico⁵.

En cuanto a su correlación clínica con la disnea, podemos afirmar que esta no siempre se refleja como insuficiencia respiratoria, si bien la insuficiencia respiratoria va frecuentemente ligada a un mayor o menor grado de disnea.

Los límites gasométricos de la IR no son arbitrarios, sino que se desprenden de la curva de disociación de la hemoglobina (Hb)⁴. Así, en la sangre arterial, donde la PO₂ es de 90-100 mm Hg, la Hb se encuentra saturada al 97% de O₂. Mientras que en los tejidos donde la PO₂ es de 40 mm Hg, la Hb está saturada en un 72% y si la PO₂ decae hasta 25 mm Hg, la Hb se mantiene con un 50% de saturación (fig. 1).

TABLA 2
Causas de disnea aguda y crónica

	Disnea aguda	Disnea crónica
Origen pulmonar-pleural	Asma-broncoespasmo	EPOC
	Agudización de la EPOC	Asma
	Infección pulmonar. Neumonías	<i>Cor pulmonale</i>
	Neumotórax	Enfermedades intersticiales
	Derrame pleural	Neoplasias
	Traumatismos	Hipertensión pulmonar
Origen cardíaco	Insuficiencia cardíaca	Insuficiencia cardíaca
	EAP	Miocardopatías
	Angor-IAM	Valvulopatías
	Arritmias	Arritmias
	Taponamiento cardíaco	
Origen vía aérea superior	Cuerpo extraño	Laringectomía
	Angioedema	Infecciones
	Estenosis traqueal	Neoplasias
Otras	Ansiedad	Obesidad
	Acidosis metabólica	Anemia
	Intoxicación por CO	Reflujo gastroesofágico
	Anemia	Enfermedades neuromusculares
		Toracoascitis
		Parálisis frénica

CO: monóxido de carbono; EAP: edema agudo de pulmón; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IAM: infarto agudo de miocardio; TEP: tromboembolismo pulmonar.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805332>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805332>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)