

Capítulo 3

*E*studio del paciente con disnea

Mercedes Espigares Jiménez
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Universitario Puerta del Mar
Cádiz

Vidal Barchilón Cohen
Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Rodríguez Arias
San Fernando (Cádiz)

Enrique González-Moya Rodríguez
Neumología
Hospital Universitario Puerta del Mar
Cádiz

SÍNTOMAS GUÍA

CAUSAS DE DISNEA AGUDA Y CRÓNICA

La disnea es la sensación subjetiva de falta de aire, difícil de cuantificar y que los pacientes la describen como “una sensación desagradable al respirar, ahogo o asfixia”.

Según la forma de aparición, la disnea la podemos clasificar en disnea aguda, aquella que se desarrolla en un corto período de tiempo (horas o días) y que se suele acompañar de una mala tolerancia clínica, y la disnea crónica, la que dura más de tres meses, su aparición es más progresiva y mejor tolerada y cuyas causas veremos a continuación.

DISNEA AGUDA

Origen pulmonar

- Ocupación de la luz bronquial y/o alveolar:
 - Neumonías
 - Hemorragias
 - Aspiración
- Broncoespasmo
- Ocupación del espacio pleural
 - Derrames
 - Neumotórax
- TEP.

Origen extrapulmonar

- Edema pulmonar cardiogénico
- Edema pulmonar no cardiogénico
- Síndrome de distrés
- Hiperventilación por ansiedad
- Acidosis metabólica.

DISNEA CRÓNICA

Enfermedades obstructivas

- Enfisema
- Bronquitis crónica
- Asma bronquial.

Enfermedades pulmonares restrictivas

- Enfermedad pulmonar intersticial
- Deformidad de pared torácica, obesidad
- Fibrosis pleural
- Enfermedades neuromusculares, parálisis frénica, fatiga muscular.

Otras

- Insuficiencia cardíaca congestiva, valvulopatía, arritmias
- Anemia
- Hipertiroidismo
- Acidosis metabólica
- Enfermedades de vías respiratorias altas
- Neurosis: ansiedad, depresión
- Enfermedades SNC
- Enfermedades vasculares: hipertensión pulmonar. TEP crónico, vasculitis con afectación pulmonar, malformación A-V pulmonar
- Reflujo gastroesofágico (hiperreactividad bronquial)
- Masa abdominal, ascitis, etc.

OTRAS FORMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA DISNEA

Existen **distintos grados** de disnea en función del esfuerzo físico necesario para producirla:

- **Grado I:** con actividad superior de lo normal (subir más de dos pisos)
- **Grado II:** con actividad normal (subir un piso)
- **Grado III:** con actividad inferior de lo normal (andar por terreno llano)
- **Grado IV:** disnea en reposo

Según el **mecanismo fisiopatológico**, el origen de la disnea se puede deber a una mayor demanda de ventilación o bien a un mecanismo anormal del pulmón o de la pared torácica.

- **Mayor demanda de ventilación:**
 - Ejercicio (fisiológico)
 - Embarazo (fisiológico)
 - Grandes alturas (fisiológico)
 - Anemia (patológico)
 - Acidosis (patológico)
 - Alto índice metabólico (patológico)
- **Mecánica anormal del pulmón o de la pared torácica:**
 - Obstrucción de vías aéreas (asma, EPOC)
 - Volumen pulmonar reducido (fibrosis, derrame pleural, neumotórax)
 - Alteración ventilación-perfusión (edema de pulmón, atelectasia, neumonía, embolia pulmonar)
 - Patología neuromuscular (distrofia muscular, alteración SNC, deformidades esqueléticas).

SÍNTOMAS GUÍA

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Para la valoración de un paciente con disnea, es importante hacer una exhaustiva historia clínica así como una completa exploración física. En Atención Primaria estos son los instrumentos más valiosos para orientar al diagnóstico.

ANAMNESIS

Antecedentes familiares: recoger datos sobre enfermedades febriles recientes, alergias, enfermedades respiratorias y cardiopatías.

Antecedentes personales: enfermedades respiratorias previas, Intolerancia al AAS. Importante reflejar la profesión así como las aficiones del paciente, la exposición a animales domésticos así como la existencia o no de hábitos tóxicos. Medicación que se administre o se haya administrado (amiodarona, anorexígenos, etc).

Enfermedad actual: describir las características de la disnea; forma de aparición: en reposo, con el ejercicio, tras un cuadro catarral, tras una inmovilización prolongada; tiempo de evolución; variabilidad en el tiempo; factores agravantes o atenuantes; síntomas acompañantes y forma de presentación que pueden orientar sobre la etiología. (tabla de actitud y orientación clínica).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Es importante recoger en dicha exploración las constantes físicas (temperatura, frecuencia cardíaca y tensión arterial); estado general del paciente; coloración de la piel (palidez, cianosis); signos de esfuerzo respiratorio (estridor, retracción de espacios intercostales, taquipnea, espiración alargada); aumento de presión venosa yugular; edemas periféricos; movilidad disminuida de algún hemitórax. En la auscultación respiratoria ver la existencia de ruidos sobreañadidos tales como roncus, sibilantes, crepitantes, así como zonas con disminución del murmullo vesicular. A la auscultación cardíaca ver el ritmo, la frecuencia, así como la existencia de soplos que nos pueden indicar una valvulopatía de base. Otros datos como el poseer férulas e inmovilizaciones, nos pueden orientar hacia una posible causa tromboembólica de la disnea. La presencia de acropaquias en extremidades puede indicar la existencia de una fibrosis pulmonar idiopática, bronquiectasias o una neoplasia pulmonar.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS BÁSICAS

Inicialmente, son cinco las pruebas complementarias de las que se dispone en atención primaria en una primera valoración de la disnea:

- **Hemograma y bioquímica:** Con una analítica comprobamos la existencia de leucocitosis con neutrofilia, lo que podría indicar la existencia de infección; eosinofilia en enfermedades alérgicas; valoramos la concentración de hemoglobina y el hematocrito, función renal y la concentración de iones. Si hay sospecha de tromboembolismo pulmonar se pueden solicitar los dímeros D.
- **Radiografía de tórax:** En dos proyecciones. Debe realizarse tan pronto como el paciente esté estabilizado. Se buscarán signos de ocupación del parénquima pulmonar, alteraciones pleurales (derrame, neumotórax), morfología de la silueta cardíaca. etc.
- **ECG:** Para descartar patología cardíaca que pueda originar disnea, como arritmias, síndrome coronario agudo, sobrecarga ventricular (alteraciones del segmento ST y de la onda T) y tromboembolismo pulmonar (S1Q3T3).
- **Pulsioximetría:** Mide de forma rápida la saturación arterial de oxígeno. Una saturación del 90% equivale a una (P_aO_2) de 60 mmHg (valor límite de la insuficiencia respiratoria).
- **Espirometría forzada:** Cada vez en más centros de salud se dispone de espirómetros. En la espirometría forzada se evalúan 4 parámetros fundamentales: capacidad vital forzada (FVC), volumen espirado en el primer segundo (FEV_1), cociente FEV_1/FVC y el flujo espiratorio entre el 25 y 75% de la FVC ($FEF_{25-75\%}$). En enfermedades restrictivas el cociente FEV_1/FVC es $> 70\%$ y suele disminuir la FVC fundamentalmente; en enfermedades obstructivas el cociente FEV_1/FVC es $< 70\%$, y suele disminuir el FEV_1 , y en ocasiones la FVC por atrapamiento aéreo.

Del resto de pruebas sólo se puede disponer en la atención especializada: gasometría arterial, ecocardiografía, eco-doppler de MMII, gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión, TAC o RNM, pruebas de esfuerzo cardiopulmonar, etc.

ACTITUD Y ORIENTACIÓN CLÍNICA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL BÁSICO

Sin necesidad de pruebas complementarias, con los datos obtenidos de la realización de una buena historia clínica, podemos establecer el diagnóstico diferencial en un paciente con disnea.

SÍNTOMAS GUÍA

De forma general, según los síntomas que acompañen a la disnea, podemos orientar hacia las causas más frecuentes:

- **Fiebre:**
 - Neumonía
 - Reagudización EPOC
 - Bronquitis aguda

- **Dolor torácico:**
 - Si es retroesternal y opresiva: cardiopatía isquémica
 - Si es costal y se modifica con la dinámica respiratoria (pleurítico): enfermedad pleural, TEP, neumonía o neumotórax.
 - Si es retroesternal y se modifica con la posición del tórax: enfermedad pericárdica

- **Tos productiva:**
 - Neumonía
 - Bronquitis aguda
 - EPOC reagudizado
 - Bronquiectasias sobreinfectadas

- **Tos poco productiva:**
 - Asma bronquial
 - Enfermedades intersticiales
 - Insuficiencia cardíaca

- **Espujo hemoptoico:**
 - Neoplasia de pulmón
 - Bronquitis aguda
 - Bronquiectasias
 - TEP con infarto

- **Espujo espumoso hemoptoico, dilatación venosa yugular y hepatomegalia:**
 - Edema pulmonar cardiogénico o no cardiogénico

- **Palpitaciones:**
 - Ansiedad
 - Arritmias

- **Hinchazón de MMII y/o oliguria:**
 - Insuficiencia cardíaca

- **Empastamiento de MMII:**
 - TEP por TVP

Estudio del paciente con disnea

- **Poliartralgias y poliartritis:**
 - Sarcoidosis
 - Colagenosis
 - Neumoconiosis

- **Retracción de fosas supraclaviculares y alas nasales:**
 - Cuerpo extraño
 - Afectación aguda de la vía aérea superior

- **Ronquera:**
 - Neoplasia de pulmón

- **Acropaquias:**
 - Neoplasia de pulmón
 - Cardiopatía congénita
 - Fibrosis pulmonar
 - Bronquiectasias

- **Palidez:**
 - Anemia

- **Deformidad torácica:**
 - Cifoescoliosis grave
 - Espondilitis

Según los hallazgos en la auscultación:

- **Espiración alargada, sibilantes y roncus:**
 - Asma
 - EPOC
 - TEP

- **Crepitantes húmedos bilaterales de predominio basal:**
 - Insuficiencia cardíaca congestiva

- **Crepitantes secos:**
 - Patología pulmonar intersticial

- **Sibilancias unilaterales:**
 - Tapón de moco
 - Tumor bronquial

SÍNTOMAS GUÍA

- **Murmullo vesicular abolido:**
 - Neumotórax
 - Derrame pleural
- **Murmullo vesicular disminuido global:**
 - EPOC tipo enfisema

Según los hallazgos en la radiografía de tórax:

- **Aumento del espacio intercostal, silueta cardíaca alargada:**
 - Enfisema
- **Aumento de la trama bronquioloalveolar:**
 - Bronquitis crónica
- **Zona de pulmón sin vascularización:**
 - Neumotórax, TEP, bullas.
- **Foco de condensación:**
 - Neumonía
 - Neoplasia

Aumento de la silueta cardíaca con derrame pleural:

- Insuficiencia cardíaca

(Tablas modificadas del libro "Guía de Actuación en AP")

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A NEUMOLOGÍA

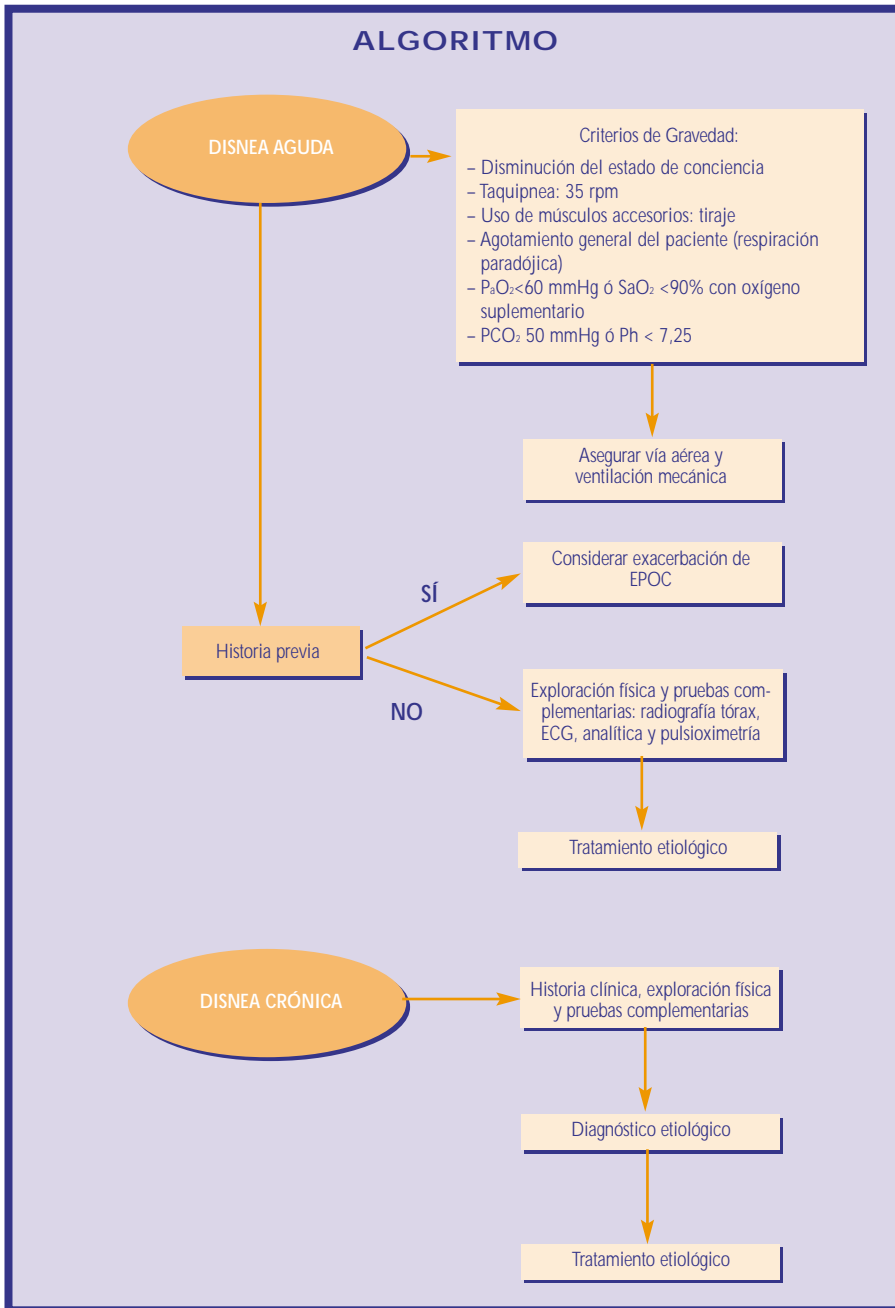
Ante un paciente con disnea aguda, es fundamental valorar los signos de gravedad, estabilizar al paciente y derivarlo a un servicio de urgencias.

Son criterios de derivación urgente:

- **La existencia de disnea aguda con signos de gravedad**
- **Aquellos pacientes que no responden de forma adecuada al tratamiento**
- **Aquellos donde se sospecha patología severa**

De forma preferente, todo paciente con sospecha de algún proceso maligno, o bien, todo paciente mal controlado desde Atención Primaria, debe ser derivado al neumólogo.

Estudio del paciente con disnea



SÍNTOMAS GUÍA

BIGLIOGRAFÍA

- 1.- Díaz De Atauri MJ, Rodríguez de los Ríos JM, et al. Protocolo diagnóstico de la insuficiencia respiratoria crónica. *Medicine*. 2002; 8(74): 4018-4020.
- 2.- Bergardá García J, Riera Sagrera. Protocolo diagnóstico de disnea aguda. *Medicine* 2001; 8(49): 2605-2608.
- 3.- Semfyc. Guía de actuación en Atención Primaria. 2ª Edición 2002. 443-445.
- 4.- De Miguel J. Nieto MA. Disnea. En: Villasante C. *Enfermedades respiratorias* Editorial Aula Médica Vol 1. Madrid 2002. 143-152.