

DISNEA**Dra. Ana Silvestre Alcover**

Médica adjunta del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

La disnea se define como una sensación subjetiva de dificultad para respirar, falta de aire o una respiración anormal. Este síntoma es una causa frecuente de demanda de los servicios de urgencias y son presentaciones muy frecuentes tanto la disnea aguda como la agudización de la disnea crónica.

Es una manifestación de muy diversas enfermedades (pulmonares, metabólicas, psicógenas, cardíacas, etc.) por lo que es fundamental una exploración física detallada y una buena historia clínica para orientar la causa de dicho síntoma y así instaurar un tratamiento adecuado y específico.

GRADOS CLÍNICOS

- **Clase I:** No hay síntomas con actividad normal
- **Clase II:** Síntomas con actividad moderada
- **Clase III:** Síntomas con escasa actividad
- **Clase IV:** Síntomas en reposo

VALORACIÓN Y ACTITUD INICIAL

La disnea aguda es siempre una situación potencialmente grave y por tanto requiere una atención urgente y un diagnóstico temprano. En un primer momento el objetivo inicial es descubrir las causas de disnea que puedan poner en peligro la vida del enfermo e instaurar un tratamiento precoz. Debemos valorar datos de potencial extrema gravedad como son:

- Presencia de dolor torácico o síncope
- Disnea o taquipnea extrema (>30 rpm)
- Alteraciones del nivel de conciencia.
- Alteraciones de la tensión arterial.
- Cianosis, mala perfusión periférica o desaturación.

Si aparece cualquiera de estos datos la atención debe ser inmediata. La ausencia de estos datos, permite realizar una historia clínica más detallada y encuadrar al paciente dentro de un perfil clínico y etiológico. Debe recordarse no obstante, que la disnea es una sensación subjetiva y su descripción puede estar mediada por variaciones individuales.

ANAMNESIS

Debemos realizar anamnesis y exploración física valorando el estado hemodinámico del enfermo y la presencia de signos de alarma y si estos existen se iniciarán las medidas de aporte de oxígeno y tratamiento farmacológico. Si no existen estos signos, se realizará la anamnesis y se orientará hacia diagnóstico etiológico en función de los perfiles de disnea.

Es esencial la obtención de una historia antigua ya que en la mayoría de los casos la disnea tiene que ver con la patología de base (en especial en patología respiratoria o cardíaca crónica). En las patologías pulmonares y cardíacas la disnea suele ser de inicio progresivo y asociando otros síntomas. Sin embargo la disnea aislada como síntoma es más frecuente en neumotórax y embolismo pulmonar.

Se debe recoger en la historia clínica los antecedentes personales: EPOC, asma, cardiopatías, enfermedades restrictivas, enfermedades neuromusculares, enfermedades metabólicas como diabetes, etc. junto a la situación basal del enfermo. También fijarnos en los factores de riesgo que predisponen al TEP como hipercoagulabilidad, tratamiento con ACO, encamamiento, cirugía reciente, signos de TVP o historia de neoplasia. Recoger también el tratamiento actual como antihipertensivos, broncodilatadores, etc.

Enfermedad actual: recoger cronológicamente los síntomas y signos para establecer los patrones de disnea. Distinguir entre disnea aguda o de reciente comienzo, disnea crónica o progresiva y disnea crónica reagudizada. Esta diferencia se establece en función del tiempo de aparición.

SÍNTOMAS GUÍA

- **Ortopnea, disnea paroxística nocturna y oliguria:** Insuficiencia cardíaca izquierda.
- **Bradipnea:** Alteración SNC
- **Fiebre:** Infecciones
- **Dolor torácico:** Cardiopatía isquémica, TEP, neumotórax, derrame pleural, traumatismos
- **Tos:** Síntoma inespecífico
- **Expectoración:**
 - Purulenta: infección
 - Sonrosada: ICC
 - Perlada: asma

- Hemática: TBC, TEP, Tumores
- **Trastornos neuropsíquicos:** Cefalea, ansiedad, disminución del nivel consciencia indican gravedad
- **Edemas y hepatomegalia dolorosa:** Insuficiencia cardíaca derecha o EPOC con cor pulmonale.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Inicialmente se valorará la situación hemodinámica y descartará un posible fallo inminente por hipoxia que nos obligue a realizar RCP o Intubación orotraqueal (signos como taquipnea progresiva, disminución de la amplitud de la respiración, incoordinación toraco-abdominal con depresión abdominal durante la inspiración). Analizaremos y registraremos en la historia las constantes:

- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Saturación de oxígeno

En la exploración tenemos que observar:

- El nivel de conciencia y orientación.
- Coloración de piel y mucosas.
- Perfusión periférica.
- Utilización de la musculatura accesoria y tiraje.
- Incoordinación toraco-abdominal y depresión abdominal durante la inspiración.

SIGNOS GUÍA:

- **Auscultación cardíaca:**
 - Soplos secundarios a cardiopatías de base.
 - Presencia de 3º ruido o ritmo de galope típico de la insuficiencia cardíaca.
- **Auscultación pulmonar** (es fundamental y en ella prácticamente basamos el diagnóstico etiológico):
 - Sibilantes espiratorios y espiración alargada: broncoespasmo (EPOC, Asma)
 - Roncus y espiración alargada: EPOC
 - Crepitantes localizados: Neumonía
 - Crepitantes en bases: insuficiencia cardíaca izquierda
 - Crepitantes diseminados: EAP, Fibrosis pulmonar
 - Abolición del murmullo vesicular localizado: neumotórax, derrame pleural
 - Auscultación pulmonar normal sospechar TEP o causa metabólica.
- **Abdomen:**
 - Valorar hepatomegalia dolorosa de la insuficiencia cardíaca congestiva.
 - Ascitis secundaria a insuficiencia cardíaca congestiva o ascitis a tensión que puede provocar sensación disneaica.
- **Miembros inferiores:**
 - Valorar signos de trombosis venosa profunda (edema, eritema unilateral con Hommans positivo) como sospecha de TEP.
 - Edemas con fovea secundarios a insuficiencia cardíaca congestiva.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **La radiografía de tórax y el electrocardiograma:** Son pruebas esenciales siempre en la valoración inicial, y sólo pueden excusarse en los casos en los que se tenga certeza de que la disnea es de origen psicógeno. Incluso así deberán realizarse ante la más mínima duda diagnóstica, ya que éste es un diagnóstico de exclusión.
- **Hemograma y bioquímica:** Ayudan a establecer otros focos de atención (existencia de anemia, alteraciones iónicas, insuficiencia renal, leucocitosis o leucopenia).
- **Gasometría arterial:** Siempre que el paciente tenga una saturación inferior a 92 %. Si el paciente lleva oxígeno domiciliario, con su oxígeno se realiza la gasometría. Si obtenemos una PO2 inferior a 60 estaremos ante una insuficiencia respiratoria parcial. Si además de esto, tenemos una PCO2 superior a 45 será una insuficiencia respiratoria global.

MEDIDAS GENERALES DE TRATAMIENTO

- **Reposo y Medidas posturales:** Incorporación a 45º.
- **Oxigenoterapia:** Mascarilla tipo Venturi 26-31%. Se administrará el oxígeno necesario para mantener saturación de oxígeno superior a 90% (ya que una saturación del 90% equivale aproximadamente a una P02 de 60mmHg).
 - En ocasiones se necesitará aumentar la FiO2 hasta 50% o incluso utilizar mascarilla reservorio (con FiO2 entre 60-80 %) para mantener una buena saturación.
 - Cuidado con la hipercapnia y la acidosis, ya que la hipoxemia es un estímulo para la hiperventilación y si la corregimos excesivamente, el paciente iniciará la hipoventilación que ocasionará una hipercapnia y su correspondiente acidosis.

DIAGNÓSTICO	ANAMESIS	CLÍNICA	EXPLORACIÓN FÍSICA	AUSCULTACIÓN PULMONAR	EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA
OBSTRUCCIÓN EXTRATORÁCICA VÍA AÉREA	Cuerpo extraño Lesión tumoral Edema glotis Espasmo glótico	Disnea inspiratoria Tos espasmódica	Estridor inspiratorio Retracción supraclavicular Ver si edema úvula	Disminución del Murmullo vesicular	Rx tórax normal Rx cuello lateral: cuerpo extraño Laringoscopia es esencial
CRISIS ASMÁTICA	Antecedentes de asma Tratamiento actual	Disnea intermitente Tos seca Opresión torácica	Según compromiso: Taquipnea o uso de musculatura accesoria	Sibilantes con espiración alargada o silencio auscultatorio si grave	Rx tórax normal o hiperinsuflación Hemograma si infección concomitante. GSA si saturación <92 %
EPOC REAGUDIZADO	EPOC conocido Infección respiratoria	↑disnea habitual ↑tos ↑expectoración	Según compromiso: Cianosis, taquipnea o uso de músculos accesorios	Roncus y/o sibilancias dispersas ↓murmullo vesicular Espiración alargada	HG: Leucocitosis vs leucopenia GSA: Hipoxemia +/- hipercapnia y/o acidosis respiratoria si hipoventilación. Rx tórax: Hiperclaridad pulmonar, aplanamiento diafragma ECG: Signos sobrecarga derecha. Taquicardia auricular multifocal
NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO	Varón, joven, delgado Enfisematoso	Disnea brusca Dolor torácico pleurítico	Si neumotórax a tensión: cianosis e hipotensión	↓murmullo vesicular en lado afecto y abolición de las vibraciones vocales	Rx tórax: línea de pleura visceral con aire y sin trama vascular. A tensión: ↓diafragma lado afecto, mediastino lado contralateral
DERRAME PLEURAL	Etiología variada: Insuficiencia cardiaca, cirrosis, neoplasias, infecciones, TEP	Disnea Dolor torácico pleurítico Tos irritativa o productiva	Según la extensión mayor o menor compromiso	↓murmullo vesicular ↓vibraciones vocales Matidez a la percusión del tórax	Rx tórax: desde pinzamiento del seno costofrénico hasta opacificación de hemitórax, inversión de diafragma. HG, BQ, GSA si satO2 <92 % Toracocentesis diagnóstica
NEUMONÍA	Orientar etiología: EPOC, alcoholismo, VIH, ancianos, convivencia con animales, instituciones, aspiraciones	Disnea progresiva Tos productiva Fiebre Dolor torácico pleurítico	Según la extensión y etiología	Crepitantes localizados	HG: Leucocitosis/leucopenia GSA si satO2 <92 % Rx tórax: condensación con broncograma aéreo
EDEMA PULMONAR CARDIOGÉNICO	Insuficiencia cardíaca crónica conocida IMA FRCV	Disnea brusca DPN Ortopnea Oligoanuria Asma cardial	Diaforesis profusa Ritmo de galope Hipotensión Mala perfusión Si ICD: edemas, ascitis, hepatomegalia	Crepitantes húmedos en ambos hemitórax con hipoventilación en bases si existe derrame pleural	Rx tórax: Redistribución vascular, infiltrados alveolares en alas de mariposa, Líneas de Kerley. ECG: HVI, Fibrilación Auricular, IAM GSA: Hipoxemia +/- hipocapnia HG, BQ, Enzimas necrosis miocárdica
EDEMA PULMONAR NO CARDIOGÉNICO	SDRA: aparición progresiva entre 24-72 h. tras enfermedad grave (sepsis, aspiración, quemaduras) Hipoproteinemia	Disnea	Taquipnea con aumento del trabajo respiratorio, utilización musculatura accesoria, cianosis, sudoración	Estertores húmedos bilaterales difusos	Rx tórax: en 1ª fase hay infiltrados intersticiales st bases 2ª fase infiltrados alveolares bilaterales. Derrame pleural bilateral GSA: 1ª fase sólo hipocapnia, 2ª fase hipoxemia severa
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	Factores hipercoagulabilidad Insuficiencia Venosa Anticonceptivos orales Inmovilización Neoplasia Cirugía reciente TVP	Desde asintomáticos hasta muerte súbita Disnea brusca o insidiosa Dolor torácico pleurítico Síncope	Taquicardia >100 lpm Taquipnea >16 rpm diaforesis A.C. Ritmo galope S3,S4 Edema MMII, signos TVP	Puede ser normal o estertores	GSA: Hipoxemia + hipocapnia ECG: Taquicardia sinusal, BCRDHH, S1 Q3 T3. Rx tórax: normal Dímero D: Si <500 ng/ml excluir diagnóstico TAC helicoidal tórax: confirmación del diagnóstico

DIAGNÓSTICO	ANAMESIS	CLÍNICA	EXPLORACIÓN FÍSICA	AUSCULTACIÓN PULMONAR	EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA
MECÁNICO	Antecedente de traumatismo o fractura costal	Disnea con dolor torácico características mecánicas. Si contusión pulmonar: hemoptisis	Agitación e intranquilidad en afecciones graves. Hematoma o contusiones externas	En función del tipo y la gravedad A.P. normal o hipoventilación o abolición del murmullo vesicular por inmovilidad antiálgica	Rx tórax: descartar fractura costal e infiltrados localizados, en caso de contusión pulmonar
PSICÓGENO	Más frecuente en mujeres jóvenes ante situación emocional especial	Disnea Parestesias MMSS y MMII Mareo Dolor torácico atípico	Saturación O2 normal Taquipnea, taquicardia, intranquilidad	Auscultación cardíaca y pulmonar normales	ECG: Normal Rx tórax: normal
COMPROMISO NEUROLÓGICO	Antecedente tóxico medicamentoso. Ictus compromiso cortical. Miastenia gravis	Disnea Imposibilidad de expectorar	Bradipnea. Pausas respiratorias	Disminución de amplitud de movimientos A.P. Hipoventilación generalizada	HG + BQ + Hemostasia ECG + Rx tórax GSA
INSUFICIENCIA CIRCULATORIA	Hipovolemia, Anemia importante, Shock séptico	Polipnea no percibida por el enfermo	Taquipnea	A.P. Normal	Hemograma
ISQUEMIA MIOCÁRDICA	Factores de riesgo cardiovascular. Diabetes	Disnea y cortejo vegetativo. Dolor torácico típico o atípico en diabéticos	Sudoración profusa, palidez, mala perfusión periférica	Normal o A.C. Soplo sistólico 2º a insuf. Mitral 3º tono si Insuf. cardíaca	ECG: SCACEST: Supradesnivelación ST o T negativa simétrica SCASEST: Infradesnivelación ST o T positiva simétrica Rx tórax valorar si insuficiencia cardíaca: IAM Killip III Analítica con enzimas necrosis miocárdica y coagulación
DERRAME PERICÁRDICO TAPONAMIENTO CARDIACO	Acúmulo de líquido espacio pericárdico. Causas: Neoplasias, infecciones virales, uremia.	Disnea mínimos esfuerzos o reposo, ortopnea, disnea paroxística nocturna (si subagudo)	Ingurgitación yugular, pulso paradójico y deterioro hemodinámico: hipotensión, oligoanuria, cianosis	<u>Triada Beck</u> : hipotensión arterial sistólica, ingurgitación venosa yugular y tonos cardíacos apagados. <u>Pulso paradójico</u> (si ↓ >10 mmHg PA sistólica en la inspiración). <u>Signo Kussmaul</u> : ↑ IY con inspiración	HG + BQ con enzimas necrosis miocárdica GSA ECG: Pueden observarse alteraciones pericarditis aguda con disminución de voltaje o alternancia eléctrica de voltajes. Rx tórax: Aumento de silueta cardíaca de nueva aparición Ecocardiografía: técnica de confirmación
TRASTORNOS METABÓLICOS	Acidosis metabólica. Hiperventilación compensadora para eliminar CO2.	Taquipnea no percibida por el enfermo	Saturación normal	Auscultación pulmonar normal	GSV: ph o GSA. HG + BQ + Hemostasia Causas: cetoacidosis diabética, acidosis láctica, acidosis por insuficiencia renal, acidosis exógena por intoxicación de acidificantes (AAS, metanol) o por pérdida de bicarbonato