

# Un enfoque práctico de disnea

## *A practical approach of dyspnea*

Jerson Quitian<sup>(1)</sup>, Oscar Sáenz<sup>(2)</sup>, Camilo Manrique<sup>(3)</sup>, Francisco Gonzales<sup>(4)</sup>, Nicolás Rocha<sup>(5)</sup>, Rafael Miranda<sup>(6)</sup>.

### RESUMEN

Revisamos la disnea, aguda y crónica, ya que es el más común de los síntomas de las enfermedades cardiopulmonares y motivo de consulta muy frecuente en los servicios de urgencias. Tenemos en cuenta definición, clasificación, patrones clínicos de presentación así como repercusión hemodinámica, tratamiento y pronóstico. Se revisan algoritmos de enfoque clínico para un óptimo manejo de los pacientes afectados por las múltiples entidades que pueden producir o deteriorar la clase funcional de la disnea.

**Palabras clave:** disnea, urgencias, patrones clínicos, diagnóstico, tratamiento.

### ABSTRACT

We reviewed dyspnea, acute and chronic, as it is the most common symptom of cardiopulmonary disease and frequent reason for consultation in the emergency department. We consider definition, classification, clinical patterns of presentation and hemodynamic consequences, treatment and prognosis. Algorithms are reviewed clinical approach for optimal management of patients affected by multiple entities that may produce or degrade the functional class of dyspnea.

**Keywords:** dyspnea, emergencies, clinical patterns, diagnosis, treatment.

*Rev Colomb Neumol 2011; 23(2): 55-59.*

### DEFINICIÓN

La disnea se define como la sensación de «falta de aire», de una respiración anormal o incómoda con la percepción de mayor trabajo respiratorio que aparece durante el reposo o con un grado de actividad física inferior a la esperada. No se considera patológica cuando surge con el ejercicio extenuante en individuos sanos con buena condición física ni con el ejercicio moderado en personas sanas no acostumbradas al esfuerzo (1)

Es el síntoma cardinal de enfermedades que afectan al sistema cardíaco como respiratorio. Varía en intensidad dependiendo de la sensibilidad del paciente y del grado de afectación del mismo a los esfuerzos (Tabla 1).

Se debe tener en cuenta las distintas formas de presentación (Tabla 2). El paciente la describe como: «tengo fatiga», «no puedo respirar», «no me entra el aire en los pulmones», etc. El médico deberá discernir cuál de las anteriores descripciones, corresponden a una dis-

<sup>(1)</sup> Residente III Medicina Interna Hospital Santa Clara – Universidad el Bosque. jerson.quitianmd@hotmail.com

<sup>(2)</sup> Internista Neumólogo. Coordinador servicio urgencias Hospital Santa Clara. Coordinador servicio medicina interna Saludccop EPS, docente Facultad de Medicina Universidad el Bosque. oasm15@yahoo.com

<sup>(3)</sup> Médico Internista. Coordinador Servicio urgencias Hospital Santa Clara. Docente facultad de Medicina Universidad el Bosque. camiloandresmanrique@gmail.com

<sup>(4)</sup> Farmacólogo. Bioeticista. Servicio urgencias Hospital Santa Clara. Docente facultad de Medicina Universidad el Bosque. farmacologia@yahoo.com

<sup>(5)</sup> Médico Internista. Servicio urgencias Hospital Santa Clara. Fellow I Gastoenterología Fundación Universitaria Sanitas. nicolasrocha@hotmail.com

<sup>(6)</sup> Médico Epidemiólogo. Servicio de urgencias Hospital Santa Clara. rafaelmirandaj@gmail.com

**Correspondencia:** Jerson Quitian. Correo electrónico: jerson.quitianmd@hotmail.com

**Recibido:** 28 de Julio de 2011. **Aceptado:** 30 de Agosto de 2011.

**Tabla 1.** Grado de disnea (New York Heart Association)

Clase I: Ausencia de síntomas con la actividad habitual.
Clase II: Síntomas con actividad moderada.
Clase III: Síntomas con escasa actividad.
Clase IV: Síntomas en reposo.

**Tabla 2.** Disnea: formas de presentación

- Disnea continua
- Disnea accesional (paroxística)
- Disnea de reposo
- Disnea de esfuerzo
- Disnea en decúbito u ortopnea
- Disnea producida en decúbito lateral o trepopnea
- Disnea producida en posición vertical o platipnea

nea real. También conviene diferenciar claramente entre la «dificultad subjetiva respiratoria» y el «trabajo respiratorio aumentado», de otros términos que con facilidad, se confunden, como son la taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y la polipnea o hiperpnea (aumento de la ventilación/minuto, a expensas, sobretodo, de un aumento del volumen corriente).

La disnea puede ser aguda o crónica, según el tiempo de evolución. En la práctica de urgencias, tanto la disnea aguda como la agudización de la disnea crónica son las formas de presentación más frecuentes.

### VALORACIÓN EN URGENCIAS DE LA DISNEA AGUDA

El *objetivo principal* en la valoración inicial de la disnea aguda es descartar las causas que puedan poner en peligro la vida del enfermo, con el fin de instaurar un tratamiento precoz, estableciendo al momento de la valoración si hay o no compromiso hemodinámico (Figuras 1 y 2).

Los *medios disponibles en Urgencias* son:

1. Anamnesis y exploración física. Es el medio fundamental para valorar inicialmente el estado hemodinámico del paciente y, posteriormente, para llegar a un diagnóstico orientativo.

2. Exploraciones complementarias (Tabla 11).

Los pasos a seguir, de forma secuencial, son:

- Análisis del estado hemodinámico.
- Diagnóstico sindrómico.

- Diagnóstico etiológico o, en su defecto, descartar patologías urgentes.

- Tratamiento urgente.

Cuando se utiliza en conjunción con la información clínica, la medición rápida de B-péptido natriurético tipo en los niveles servicio de urgencias mejora la atención de los pacientes con crisis de disnea y, por ende, reduce el tiempo de descarga y el coste total del tratamiento (n engl j med 350;7 nejm february 12,2004) JAMA. 2005;294 15.

### Estado hemodinámico

Al igual que en el dolor torácico agudo, el estado hemodinámico se altera de forma directa o indirecta dependiendo de la causa, la aparición de complicaciones y de los antecedentes del paciente.

Los datos clínicos sugestivos de inestabilidad hemodinámica son: disnea, síncope, hipotensión o hipertensión arterial, bajo gasto cardíaco y alteración del ritmo cardíaco.

Las patologías más frecuentes que pueden producir disnea aguda e inestabilidad hemodinámica son: el síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), el tromboembolismo pulmonar (TEP), el neumotórax a tensión, el asma bronquial y el edema agudo de pulmón (EAP).

La medición de la presión en cuña de la arteria pulmonar, es considerada el patrón oro para determinar la causa de edema pulmonar de origen Cardiógeno, en el contexto de los pacientes con disnea aguda en quienes se debe tratar la causa específica de dicha entidad. (2)

### Diagnóstico sindrómico

Se basa en los datos recogidos por la anamnesis (antecedentes familiares, antecedentes personales, enfermedad actual) y la exploración física.

Los patrones clínicos típicos más frecuentes se expresan en las Tablas 3 a 10. El patrón de obstrucción vascular pulmonar corresponde con el del tromboembolismo pulmonar ya descrito en el tema anterior.

### Tratamiento urgente

Los **objetivos** del tratamiento son:

- a) Estabilización del estado hemodinámico.
- b) Tratamiento de la causa desencadenante.
- c) Tratamiento sintomático.

**Estado hemodinámico.** Las medidas a tomar son:

1. Reposo.
2. Permeabilidad de las vías aéreas, oxigenoterapia (mascarillas faciales, gafas nasales, ventilación asistida, controlada).
3. Monitorización de constantes vitales (tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria). Monitorización ECG. Pulsioximetría.
4. Garantizar acceso intravenoso.
5. Administración de drogas vasoactivas, vasodilatadores, analgesia (según la causa), broncodilatadores, corticoides, antiarrítmicos, etc

**Tabla 3. Patrones clínicos de disnea aguda**

I) Obstrucción de la vía aérea
a) Extratorácica
b) Intratorácica
II) Pleura
III) Condensación pulmomar
IV) Edema pulmonar
a) Cardiogénico
b) No cardiogénico
V) Obstrucción vascular pulmonar
VI) Mecánico
VII) Psicógeno

**Tabla 4. Patrón de obstrucción de la vía aérea extratorácica**

<b>Anamnesis:</b>
Referencia de la ingestión de cuerpo extraño por el enfermo o un testigo.
Tos espasmódica.
<b>Inspección:</b>
Tiraje supraclavicular con la inspiración.
Edema de úvula y paladar blando (ocasional)
<b>Palpación:</b>
Disminución de las vibraciones vocales.
<b>Percusión:</b>
Matidez si el obstáculo es total y aumento si es incompleto y hay insuflación enfisematosa compensatoria.
<b>Auscultación:</b>
Disminución del murmullo vesicular.
Estridor inspiratorio.
Sibilancias si se afecta el árbol bronquial.

**Tabla 5. Patrón de obstrucción de la vía aérea intratorácica**

<b>Anamnesis:</b>
Antecedentes de exposición a alérgeno, humos, gases tóxicos, ejercicio físico, infección respiratoria.
Tos productiva o no
Aparición de fiebre y/o hemoptisis
<b>Inspección:</b>
Taquipnea. Cianosis y/o somnolencia (según gravedad)
Utilización de los músculos accesorios (en los casos graves)
<b>Auscultación:</b>
Roncus y sibilancias difusas en ambos campos pulmonares
Disminución difusa del murmullo vesicular (en los casos graves)
Crepitantes bilaterales si coexiste edema pulmonar

Med Clin N Am 90 (2006) 453–479; Harrison, Principios de Medicina Interna. 16 ed. Madrid. Interamericana McGraw Hill, pág. 1527-1549

**Tabla 6. Patrón pleural**

<b>Anamnesis</b>
Dolor torácico agudo pleurítico.
Tos productiva o no; Cianosis en casos graves
<b>Exploración Física (hemitórax afecto)</b>
Inspección: no expansibilidad
Palpación: Abolición de las vibraciones vocales
Percusión: Neumotórax (Timpanismo)
Derrame pleural (matidez)
Auscultación: Disminución o abolición del murmullo vesicular

**Tabla 7. Patrón de condensación pulmonar**

<b>Anamnesis:</b>
Fiebre, escalofríos, tos y expectoración purulenta, hemoptisis
Dolor torácico agudo (patrón pleural)
<b>Inspección:</b>
Taquipnea y, a veces, cianosis
Inmovilidad del hemitórax afecto
<b>Palpación:</b>
Aumento de las vibraciones vocales
<b>Percusión:</b>
Matidez
<b>Auscultación:</b>
Disminución o abolición del murmullo vesicular
Esteriores finos en la zona afectada
Soplo bronquial

Med Clin N Am 90 (2006) 453–479

**Tabla 8. Patrón de edema pulmonar**

	Edema Pulmonar Cardiogénico	Edema Pulmonar o Cardiogénico
Anamnesis	Antecedentes de cardiopatía Ortopnea, tos con expectoraciónespumosa y rosada Síntomas de bajo gasto si shock asociado	Antecedentes de sepsis, quemaduras, traumatismo severo, intoxicación por drogas, fármacos, etc.
Inspección	Taquipnea y cianosis Ingurgitación yugular, hepatomegalia y edemas en miembros inferiores	Taquipnea y cianosis, no IY.
Auscultación	Presencia de S3 y/o S4 además de soplos Estertores de pequeña y gruesa burbuja hasta campos superiores. En ocasiones aparecen sibilancias (broncoespasmo)	Estertores de pequeña y gruesa burbuja difusos

**Tabla 9. Patrón mecánico**

<b>Anamnesis</b> Antecedentes de traumatismo previo Dolor más o menos intenso de características mecánicas.
<b>Inspección:</b> Agitación e intranquilidad, disociación toracoabdominal con la respiración.
<b>Auscultación:</b> Desde normal hasta la abolición del murmullo vesicular, dependiendo del tipo y gravedad del traumatismo

**Tabla 10. Patrón psicógeno**

<b>Anamnesis</b> Mujeres jóvenes tras una crisis emocional fuerte Disestesias peribucales, dolor torácico agudo de patrón no orgánico y mareo
<b>Inspección:</b> Intranquilidad, taquipnea y tetania carpopedal
<b>Auscultación:</b> Taquicardia. Auscultación pulmonar normal

BMJ September 6, 2003; Harrison, Principios de Medicina Interna. 16 ed. Madrid. Interamericana McGraw Hill, pág. 1527-1549.

### Destino del paciente

Se determina por la gravedad de la patología que se trate y los medios disponibles.

Los *criterios de traslado urgente* al centro hospitalario de referencia son:

- a) Disnea aguda con inestabilidad hemodinámica.

- b) Disnea aguda subsidiaria de estudio urgente y no disponer de las pruebas complementarias adecuadas.

- c) Necesidad de tratamiento urgente no disponible en su medio de trabajo.

- d) Ausencia de diagnóstico e inestabilidad hemodinámica.

Los criterios de ingreso son:

- a) Patología potencialmente grave con riesgo vital: Area de Observación o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

- b) Patología no vital que requiera estudio y tratamiento reglados. Dependiendo de los criterios de cada tipo de patología ingresará en planta de hospitalización o será dado de alta para estudio y tratamiento ambulatorio.

### REFERENCIAS

1. Joseph R. Shiber, MDa,b,c,\* , Jose Santana, MDb Med Clin N Am 90 (2006) 453-479
2. Lorraine B. Ware, M.D., and Michael A. Matthay, M.D. N engl j med 353;26 www.nejm.org december 29, 2005 (2788 -2795)
3. Swan HJ, Ganz W, Forrester J, Marcus H, Diamond G, Chonette D. Catheterization of the heart in man with use of a flow-directed balloon-tipped catéter -N Engl J Med 1970;283:447-51
4. Christian Mueller, M.D., André Scholer, Ph.D., Kirsten Laule-Kilian, B.Sc., Benedict Martina, M.D., Christian Schindler, Ph.D., Peter Buser, M.D., Matthias Pfisterer, M.D. and André P. Perruchoud, M.D. N Engl J Med 2004;350:647-54.
5. Ingram, R. H.; Braunwald, E.: Disnea y edema pulmonar. En: Isselbacher KJ et al. Harrison, Principios de Medicina Interna. 16 ed. Madrid. Interamericana McGraw Hill, pág. 1527-1549.
6. Braunwald E. Disnea. En: Braunwald E. Tratado de Cardiología. 4ª ed. Madrid Interamericana McGraw Hill. 1993, pág. 2-4.
7. Braunwald, E.: Manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardiaca. En: Braunwald E. Tratado de Cardiología. 4ª ed. Madrid. Interamericana McGraw Hill, 1993, pág. 497-519.
8. JAMA. 2005;294(15):1944-1956

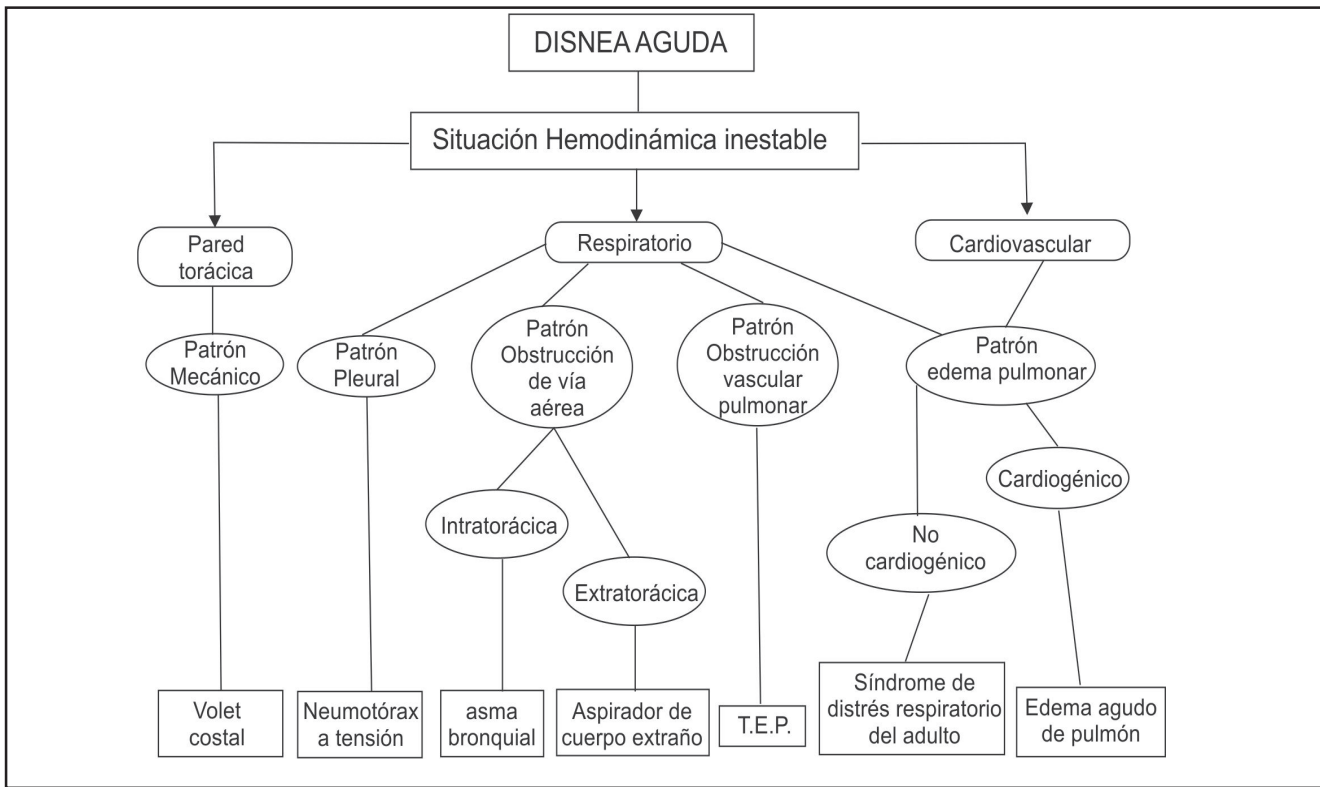


Figura 1. BMJ September 6, 2003; Harrison, Principios de Medicina Interna. 16 ed. Madrid. Interamericana McGraw Hill, pág. 1527-1549

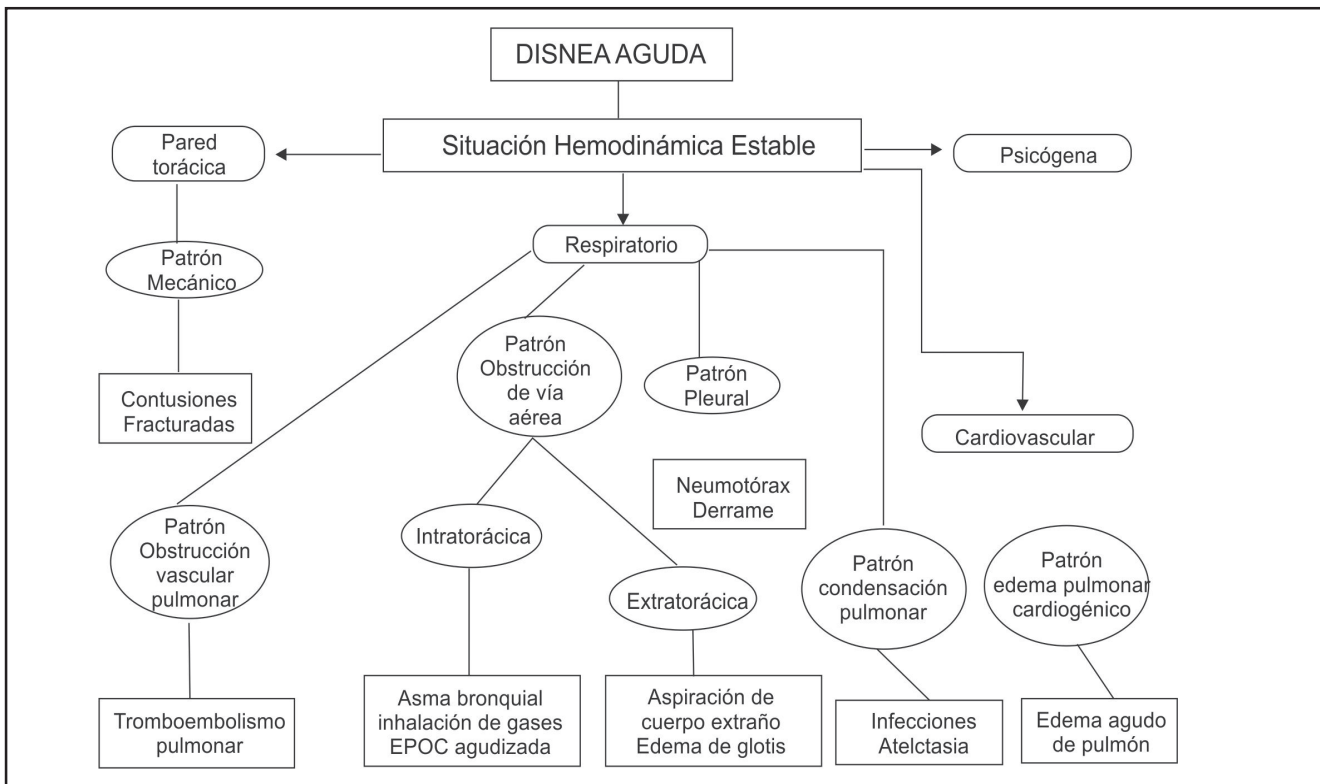


Figura 2. BMJ September 6, 2003; Harrison, Principios de Medicina Interna. 16 ed. Madrid. Interamericana McGraw Hill, pág. 1527-1549.