

Actitud urgente ante la disnea aguda en Atención Primaria

J. M. TORRES MURILLO*, H. DEGAYÓN ROJO**, V. PALOMAR ALGUACIL*, L. JIMÉNEZ MURILLO***, E. I. GARCÍA CRIADO****, J. MUÑOZ ÁVILA*, M. DURÁN SERANTES*

*Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba. Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. **Médico del Servicio de Urgencias del Hospital "Cruz Roja" de Córdoba. Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. ***Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba. Jefe de Estudios del Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. ****Médico del Servicio Especial de Urgencias del Ambulatorio de la Avda. América. Córdoba. Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba.

Semergen 24 (9): 743-747

■ Concepto

La disnea aguda es considerada el síntoma principal de múltiples enfermedades que afectan al sistema cardiorespiratorio. Se define como la sensación de "falta de aire", de una respiración anormal que aparece durante el reposo o con un grado de actividad física inferior a la esperada, de aparición en un corto período de tiempo. 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. Su intensidad es variable dependiendo del dintel de sensibilidad del paciente y del grado de afectación (Tabla I).

Existe la tendencia de identificar la disnea con la insuficiencia respiratoria. Aunque coexistan en numerosas patologías, no en todos los casos se sigue de fracaso de la función pulmonar, como, por ejemplo, en el síndrome de hiperventilación alveolar. El diagnóstico de insuficiencia respiratoria, aunque se sospeche por la clínica, se basa en la presencia de sangre arterial de una PaO₂ menor de 60 mmHg y/o de la PaCO₂ mayor de 50 mmHg respirando aire ambiente.

■ Diagnóstico

El objetivo principal en la valoración inicial de la disnea aguda es el despistaje de las causas que puedan poner en peligro la vida del enfermo, con el fin de instaurar un tratamiento precoz.

Dada la limitación de medios complementarios disponibles en la urgencia extrahospitalaria el médico, para cumplir este objetivo, deberá utilizar, de forma racional, los medios que dispongan, a saber:

TABLA I

Grados 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

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

2. Exploraciones complementarias (electrocardiograma, radiología simple, pulsioximetría, peak flow, laboratorio, etc.).

Los pasos a seguir, de forma secuencial, son:

I) Análisis del estado hemodinámico.

II) Diagnóstico sindrómico.

III) Diagnóstico etiológico o, en su defecto, descartar patologías urgentes.

IV) Tratamiento urgente.

V) Destino del paciente.

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 se derivan de la existencia de bajo gasto cardíaco, fallo congestivo o cuadro anginoso.

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, el volet costal y el edema agudo de pulmón (EAP).

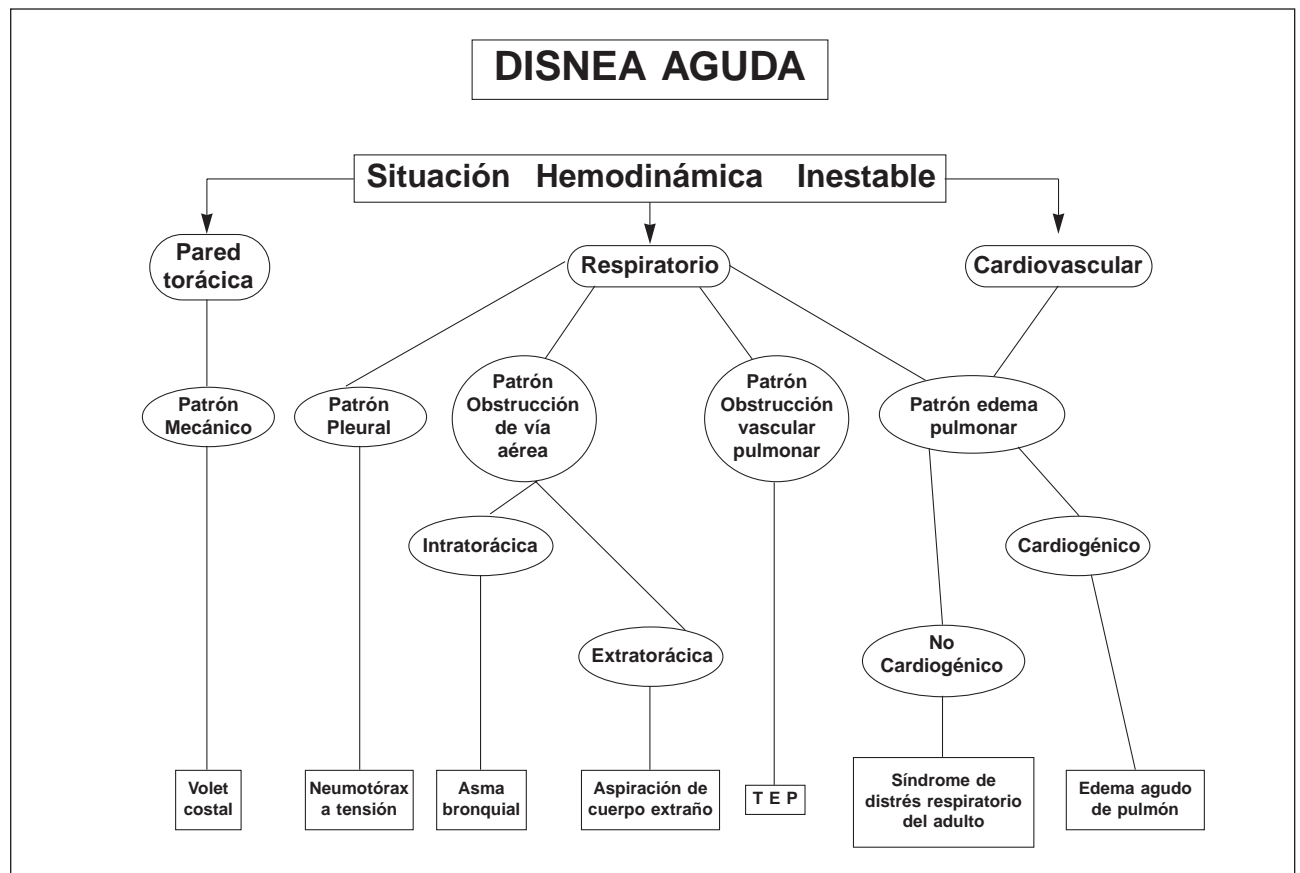


Figura 1. Algoritmos diagnósticos de la disnea aguda.

Diagnóstico sindrómico

Se basa en los datos recogidos por la anamnesis (antecedentes familiares, antecedentes personales, enfermedad actual) y la exploración física, deduciéndose unos patrones clínicos (Tabla II).

Patrón de obstrucción de la vía aérea

a) Extratorácica

Anamnesis

Referencia de la ingestión de cuerpo extraño por el enfermo o un testigo.

Posible pródomos de prurito generalizado y tos espasmódica.

Exploración física

Retracción de la fosa supraclavicular con la inspiración.

Edema de úvula y paladar blando (ocasional).

Roncus palpable localizado y fijo, disminución de las vibraciones vocales.

Disminución de la sonoridad si el obstáculo es total y aumento si es incompleto y hay insuflación enfisematosa.

Disminución del murmullo vesicular. Estridor inspiratorio. Sibilancias si se afecta el árbol bronquial.

b) Intratorácica

Anamnesis

Antecedentes de exposición a alérgeno, humos, gases tóxicos, ejercicio físico, infección respiratoria.

Tos productiva o no. Aparición de fiebre y/o hemoptisis.

TABLA II

Patrones clínicos de la disnea aguda

Obstrucción de la vía aérea
– Extratorácica
– Intratorácica
Pleural
Condensación pulmonar
Edema pulmonar
– Cardiogénico
– No cardiogénico
Obstrucción vascular pulmonar
Mecánico
Psicógeno

TABLA III

Exploraciones complementarias de urgencias

- Hemograma con fórmula y recuento leucocitario.
- Bioquímica sanguínea.
- Pulsioximetría.
- Gasometría de sangre arterial.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax.

Exploración física

Taquipnea. Cianosis flapping tremor y/o somnolencia (según gravedad). Utilización de los músculos accesorios (en los casos graves). Roncus y sibilancias difusas en ambos campos pulmonares. Disminución difusa del murmullo vesicular (en los casos graves). Crepitantes bilaterales si coexiste edema pulmonar.

Patrón pleural*Anamnesis*

Dolor torácico agudo (patrón pleural).

Tos productiva o no.

Cianosis en casos graves.

Exploración física

En el hemitórax afecto, destaca inmovilidad, abolición de las vibraciones vocales. Timpanismo (Neumotórax) o matidez (Derrame pleural). Disminución o abolición del murmullo vesicular.

Patrón de condensación pulmonar*Anamnesis*

Fiebre, escalofríos, tos y expectoración purulenta, hemoptisis.

Dolor torácico agudo (patrón pleural).

Exploración física

Taquipnea y, a veces, cianosis. Inmovilidad del hemitórax afecto. Aumento de las vibraciones vocales y matidez. En la auscultación destaca disminución o abolición del murmullo vesicular, estertores finos y soplo bronquial en la zona afecta.

Patrón de edema pulmonar**a) Cardiogénico***Anamnesis*

Antecedentes de cardiopatía.

Ortopnea, tos con expectoración espumosa y rosada.

Síntomas de bajo gasto si shock asociado.

TABLA IV

Causas más frecuentes de disnea aguda

I) Respiratoria

A) Obstrucción vías aéreas extratorácicas.

- Aspiración de cuerpos extraños.
- Edema de glotis.

B) Obstrucción de vías aéreas intratorácicas.

- Asma bronquial
- Enfermedad obstructiva crónica agudizada.
- Inhalación de gases.

C) Enfermedades parenquimatosas.

- Atelectasia.
- Neumonía.

D) Enfermedad pulmonar vascular oclusiva:

- Tromboembolismo pulmonar (TEP).

E) Síndrome de distrés respiratorio del adulto.

F) Enfermedades de la pleura:

- Derrame pleural.
- Neumotórax.

II) Cardiocirculatoria

- Edema agudo de pulmón (EA).

III) Pared Torácica (Patrón mecánico)

- Contusiones.
- Fracturas costales.
- Volet costal.

IV) Psicógena

- Síndrome de hiperventilación alveolar.

Exploración física

Taquipnea y cianosis. Ingurgitación yugular, hepatomegalia y edemas en miembros inferiores.

Tercer y cuarto ruidos. Soplos. Estertores de pequeña y gruesa burbuja hasta campos superiores. En ocasiones aparecen sibilancias (broncoespasmo).

b) No cardiogénico*Anamnesis*

Antecedentes de sepsis, quemaduras, traumatismo severo, intoxicación por drogas, fármacos, etc.

Exploración física

Taquipnea y cianosis.

Estertores de pequeña y gruesa burbuja difusos.

Obstrucción vascular pulmonar (tromboembolismo pulmonar)*Anamnesis*

Destaca la presencia casi constante de antecedentes de postoperatorio reciente, embarazo, ingesta de anticonceptivos, obesidad, varices, postración, senilidad, fracturas...

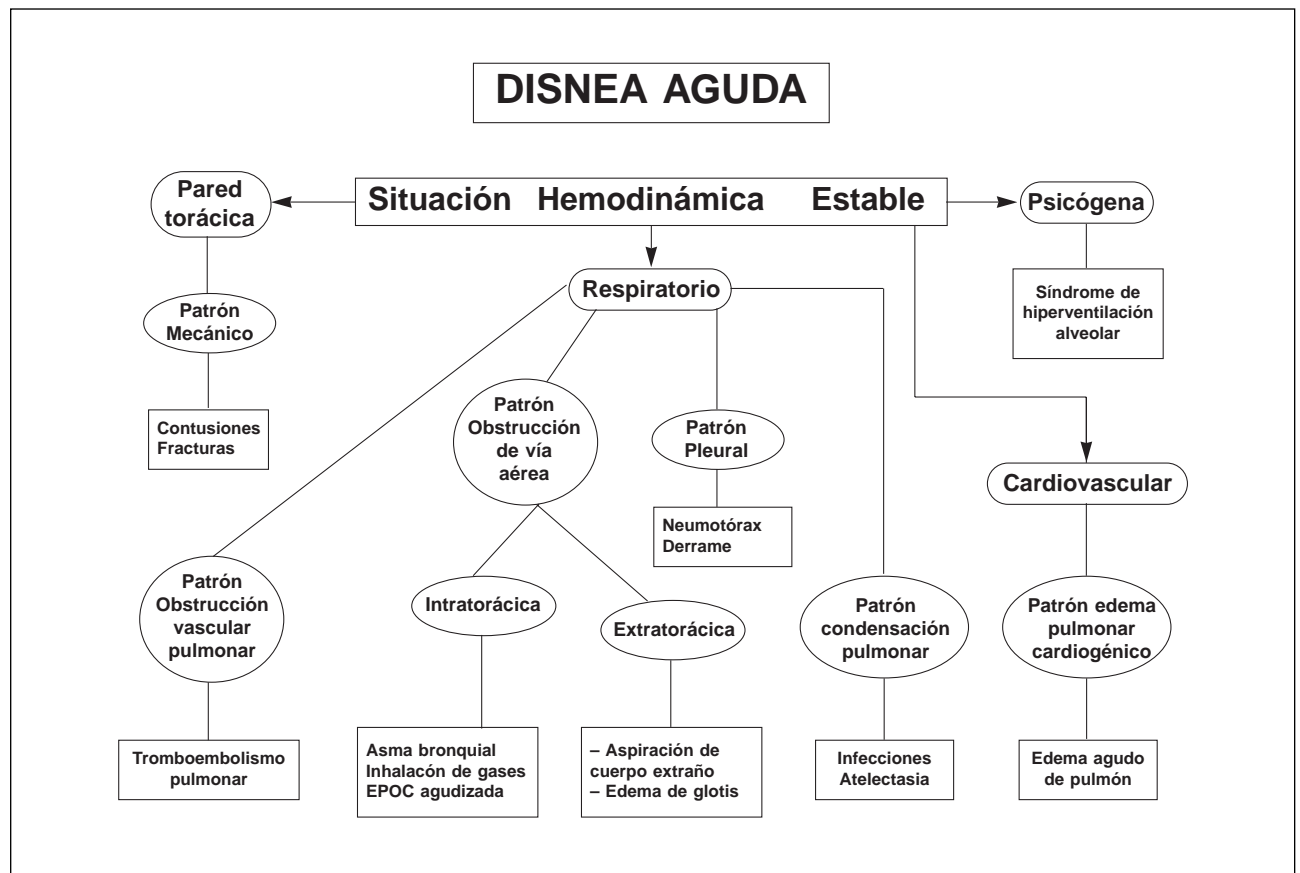


Figura 2.

Dolor torácico agudo. Se caracteriza por su localización (en región torácica lateral), se irradia hacia el resto del tórax, cuello y hombro. Es de inicio súbito, evoluciona de forma estable, disminuyendo de forma progresiva. Su intensidad es variable. Falta hasta en un 20% de los casos. La duración varía desde horas a días. En cuanto a su calidad puede presentarse como un dolor pleurítico, isquémico (similar al coronario) o mecánico.

Otros síntomas. Dolor en pantorrilla, aumento de temperatura y de su diámetro. Disnea, tos, hemoptisis, ansiedad, febrícula, taquipnea, hasta hipotensión, shock y muerte súbita.

Exploración física

Taquipnea y cianosis. Signos de bajo gasto cardíaco.

La auscultación es normal o soplo continuo, que se acentúa con la inspiración.

Patrón mecánico

Anamnesis

Antecedentes de traumatismo previo.

Dolor más o menos intenso de características mecánicas.

Exploración física

Agitación e intranquilidad.

La auscultación puede ser normal hasta la abolición del murmullo vesicular, dependiendo del tipo y gravedad del traumatismo.

Patrón psicógeno

Anamnesis

Mujeres jóvenes tras una crisis emocional fuerte.

Disestesias peribucales, dolor torácico agudo de patrón no orgánico y mareo.

Exploración física

Intranquilidad, taquipnea y tetania carpopedal.

Taquicardia. Auscultación pulmonar normal.

Diagnóstico etiológico

Una vez analizado el estado hemodinámico del enfermo y realizado un diagnóstico sindrómico mediante la anamnesis y la exploración física, se investigará la entidad etiológica, ayudándonos de las pruebas complementarias disponibles (Tabla III).

Las causas más frecuentes de disnea aguda se detallan en la Tabla IV.

■ Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son:

- Estabilización del estado hemodinámico.
- Tratamiento de la causa desencadenante.
- Tratamiento sintomático.

Estabilización del estado hemodinámico

Las medidas a tomar son:

- Reposo.
- Permeabilidad de las vías aéreas, oxigenoterapia (mascarillas faciales, gafas nasales, ventilación asistida o controlada).
- Monitorización de constantes vitales (tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria). Monitorización ECG. Pulsioximetría.
- Fluidoterapia intravenosa.
- Administración de drogas vasoactivas, vasodilatadores, analgesia (según la causa), broncodilatadores, corticoides, antiarrítmicos, etc.

■ Destino del paciente

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

Criterios de traslado urgente al centro hospitalario de referencia

- Disnea aguda con inestabilidad hemodinámica.
- Disnea aguda subsidiaria de estudio urgente y no disponer de las pruebas complementarias adecuadas.
- Necesidad de tratamiento urgente no disponible en su medio de trabajo.
- Ausencia de diagnóstico e inestabilidad hemodinámica.

Criterios de ingreso

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

Bibliografía

- BERLANGO A. Edema agudo de pulmón cardiogénico. Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ. Mosby/Doyma Libros S.A. Barcelona 1996: 19-23.
- BRAUNWALD E. Disnea. En: Braunwald E. Tratado de Cardiología, 4.ª ed. Madrid Interamericana McGraw-hill. 1993: 2-4.
- INGRAM RH. Disnea y edema pulmonar. En: Braunwald E. Tratado de Cardiología. 4.ª ed. Madrid. Interamericana McGraw Hill 1993: 620-640.
- JURADO B. Crisis asmática. Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ. Mosby/Doyma Libros S.A. Barcelona 1996: 77-81.
- MARTÍNEZ J. Tromboembolismo pulmonar. Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ. Mosby/Doyma Libros S.A. Barcelona 1996: 65-69.
- MUÑOZ JA. Manejo del dolor torácico agudo. Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ. Mosby/Doyma Libros S.A. Barcelona 1996: 289-297.

Correspondencia: Dr. D. José Torres Murillo. C/Antonio Maura, n.º 29, 4º I. 14004 Córdoba.

PENSAMIENTO

Hay que reivindicar el valor de la palabra, poderosa herramienta que puede cambiar nuestro mundo, aun en esta época de satélites y ordenadores.

(Willian Golding)

PROVERBIO

El amor es como la luna, cuando no crece es que mengua.

REFRÁN

Para torear y para casarse hay que arrimarse.

(Robus)