



Evaluación clínica de la disnea

A. ÁLVAREZ SUÁREZ^a, A. C. CRUZ GARCÍA^b

^aMédico de Refuerzo del Servicio de Urgencias Las Rozas. Área VI, Insalud, Madrid. Médico General del Centro Médico Alberti, Madrid.

^bEspecialista de I grado en Medicina Interna. Instructor Docente del Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo, La Habana, Cuba.

La disnea constituye uno de los síntomas o signos más frecuentes con que los pacientes acuden al médico. No resulta raro que sea la única queja y el único hallazgo que se obtiene en ciertas oportunidades y constituye un reto a la hora de establecer el diagnóstico causal y la terapéutica apropiada. De aquí se desprende la necesidad de estar adecuadamente familiarizado con las principales afecciones capaces de provocar disnea, y, a la vez, poseer un sistema de reconocimiento que le facilite la actuación frente a ella.

Algunos elementos de orden semiológico son indispensables para abordar al enfermo tanto en el consultorio como en el Servicio de Urgencias. Los datos a recoger deben proporcionar la información imprescindible cuando se realiza la evaluación de la disnea y ellos pueden y deben ser obtenidos por el médico en breves minutos:

- 1- Tiempo transcurrido desde que se inició la disnea.
- 2- Antecedentes personales.
- 3- Síntomas acompañantes
- 4- Tipo o clasificación de la disnea
- 5- Exploración física de los aparatos respiratorio y cardiovascular como mínimo
- 6- Determinados exámenes auxiliares.

■ TIEMPO TRANSCURRIDO: MINUTOS, HORAS O DÍAS

Minutos (súbita):

- Disnea paroxística nocturna.

- Tromboembolismo pulmonar
- Pneumotórax
- Obstrucción de vías aéreas superiores
- Broncoespasmo
- Crisis de hiperventilación (ansiedad).

Horas (menos de 72): EPOC

- Tromboembolismo pulmonar
- Distrés respiratorio
- Trastornos del equilibrio ácido-básico
- Pleurodinia
- Pleuresía
- Pericarditis
- Asma bronquial.

Días (más de 72 horas): insuficiencia cardíaca

- Infecciones respiratorias
- Pleuresía
- Derrame pericárdico
- EPOC
- Síndrome mediastinal
- Trastornos del equilibrio ácido-básico
- Neumoconiosis
- Tromboembolismo pulmonar (TEP)

■ SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES

Hemoptisis:

- Tuberculosis
- Infarto pulmonar
- Estenosis mitral
- Edema agudo del pulmón



- Bronquiectasias
- Neumonía.

Tos seca:

- Disnea paroxística nocturna
- Insuficiencia cardíaca
- Síndrome mediastinal
- Tromboembolismo pulmonar
- Asma bronquial
- Neumoconiosis.

Tos húmeda y productiva:

- EPOC
- Infecciones respiratorias
- Asma bronquial
- Edema agudo del pulmón
- Bronquiectasias.

Dolor torácico en punta de costado:

- Neumotórax
- Neumonía
- Infarto pulmonar
- Pleuresía
- Neuritis intercostal
- Atelectasia

Dolor torácico precordial o retroesternal:

- Cardiopatía isquémica
- Esternocondritis
- Pericarditis
- TEP
- Atelectasia
- Crisis hipertensiva

Otros síntomas:

Intranquilidad:

- Edema agudo del pulmón
- TEP
- Hiperventilación
- Cetoacidosis diabética
- Diaforesis
- Cianosis
- Pseudoparálisis motoras (en crisis de histeria)

Parestesias:

- Infarto agudo del miocardio
- Crisis de ansiedad.

■ CARACTERÍSTICAS DE LA DISNEA

Inspiratoria:

- Cornaje
- Tiraje
- Ortopnea

- Pulmones limpios
- Inicio rápido
- Cianosis

CAUSAS:

- Laringitis inflamatoria.
- Obstrucción (aspiración de cuerpo extraño, edema de la glotis).
- Compresión extrínseca o intrínseca.
- Crisis de ansiedad.

Espiratoria:

- Cornaje (ocasionalmente)
- Tiraje
- Ortopnea
- Estertores secos
- Cianosis
- Instalación gradual habitualmente.

CAUSAS

- Bronquitis crónica y enfisema.
- Asma bronquial.
- Neumoconiosis.

Disnea sine materia: (sin causa aparente)

- Desequilibrio ácido-básico
- TEP
- Pericarditis
- Hiperventilación.

Arritmias respiratorias:

- Biot
- Hiperventilación neurógena central
- Cheyne-Stokes
- Kussmaul

CAUSAS

- Lesiones centrales (tallo y encéfalo).
- Desequilibrio ácido-básico.
- Insuficiencia cardíaca.

■ EXPLORACIÓN FÍSICA

Disnea cardiovascular, de esfuerzo, paroxística, nocturna:

- Cianosis
- Edemas
- Pulso paradójico
- Ingurgitación yugular
- Estertores húmedos
- Diaforesis
- Hemodinamia inestable

Disnea respiratoria:

- Cianosis
- Pulso paradójico en ciertas afecciones
- Tiraje
- Cornaje
- Estertores secos; húmedos en ocasiones
- Prolongación del tiempo espiratorio
- Hemodinamia estable casi siempre

Disnea central, metabólica o tóxica:

- Polipnea superficial
- Tiraje ocasional (Kussmaul)
- Cianosis en estadios avanzados
- Degradación de conciencia frecuente
- Auscultación irrelevante
- Hemodinamia variable; tiende a ser inestable.

Disnea funcional:

- Polipnea (hiperventilación)
- Opresión o dolor precordial atípico
- Auscultación normal
- Hemodinamia estable
- Estrechamiento de conciencia
- Parestesias o parálisis motoras mal definidas

NOTA: No hay que darse prisa para dar este diagnóstico e iniciar una terapéutica que quizá esté mal fundada. Debe ser un diagnóstico cuidadoso y en no pocas ocasiones es por exclusión.

■ INVESTIGACIONES

Disnea respiratoria:

- Radiografía de tórax
- Recuento leucocitario
- Gasometría arterial
- Espirometría forzada

Disnea cardiovascular:

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma (ECG)
- Ecocardiograma puede ser necesario
- Gasometría arterial, gammagrafía pulmonar de perfusión, si se sospecha TEP
- Enzimas (CK-MB, ASAT, LDH) pueden ser necesarias

Disnea tóxico-metabólica:

- Gasometría arterial
- Aneón gap
- Glucemia
- Creatinina
- Ionograma
- Estudio toxicológico (contenido gástrico, sangre, orina)
- Amoniemia

Disnea funcional:

- Excepcionalmente ECG y gasometría; si existiese alguna duda es preferible indicarlos.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. **Llanio NR y cols.** Propedéutica clínica y fisiopatología. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1982.
2. **Wyngaarden.** Cecil, Textbook of Internal Medicine, WB Saunders. Co, McGraw-Hill, XX Edit., 1994.
3. **Medicine on call.** Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut, 1991; p. 91-94.
4. **Medicine.** Edit. IDEPSA, 7ma serie, CD-ROM, versión 2.0, Enero 1997.

5. **Harrison's.** Principles of Internal Medicine, CD-ROM 14 th Edit., Mc Graw Hill, 1997.
6. **Stein HJ.** Respiratory Failure and Congestive Heart Failure. Internal Medicine, Fourth Ed. St. Louis, Missouri. Mosby-Year Book Inc. 1994, p.116 and 1563.
7. **Rozman C.** Compendio de Medicina Interna. Edit. Harcourt Brace de España S.A. Madrid, 1997.

8. **Taylor, George J.** Cardiología en atención primaria, Una revisión para internistas y médicos de familia. Edit: Mayo S.A, 1998.
9. **U.S. Department of Health and Human Services.** Public Health Services, National Institutes of Health: Guía para el diagnóstico y manejo del Asma. Edit: Comunidad de Madrid, 1994.