Capítulo 34

Disnea aguda

V. Palomar Alguacil, L. Jiménez Murillo, M.C. Palomar Muñoz y J.M. Torres Murillo

CONCEPTO Y ETIOLOGÍA

La *disnea* es, junto al dolor torácico agudo, una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. Es un síntoma, y como tal, una apreciación subjetiva del paciente, que la define como una sensación de «falta de aire». Se trata de una respiración anormal o dificultosa, con la percepción de mayor trabajo respiratorio, que se instaura en un período breve de tiempo y que puede aparecer en reposo o después de una leve o moderada actividad física, tras un cambio del estado de ánimo (miedo, ansiedad) o tras disfunciones de órganos, como el corazón y el pulmón. La disnea no puede medirse adecuadamente con ningún parámetro, pero pueden establecerse diferentes grados o clases según la actividad física necesaria para que aparezca, tales como:

- Escala del Medical Research Council (MRC). Distingue cinco grados:
  - Grado 0: ausencia de disnea, excepto al realizar ejercicio intenso.
  - Grado 1: disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada.
  - Grado 2: incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
  - Grado 3: tener que parar a descansar al andar unos 100 m o a los pocos minutos de andar en llano.
  - Grado 4: la disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades básicas, como vestirse, asearse o peinarse.
- New York Heart Association (NYHA). Establece cuatro clases funcionales de disnea en la insuficiencia cardíaca:
  - Clase I: sin limitación de la actividad física ordinaria.
  - Clase II: ligera limitación de la actividad física ordinaria.
  - Clase III: marcada limitación de la actividad física ordinaria.
  - Clase IV: incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física, aunque sea mínima, incluso en reposo.

La disnea no se considera patológica cuando surge con un ejercicio extenuante en individuos sanos y con buena condición física ni con el ejercicio moderado en personas sanas no acostumbradas al esfuerzo.

Puede presentarse de muy diversas formas, en función de su distribución en el tiempo, su relación o no con la actividad física y su aparición con una determinada posición corporal. Así, puede ser: continua o intermitente (paroxística), aparecer en reposo o tras esfuerzo, en decúbito (ortopnea), en decúbito lateral (trepopnea) o en posición vertical (platipnea).

Las causas más frecuentes de disnea aguda se enumeran en el cuadro 34.1.

VALORACIÓN CLÍNICA EN URGENCIAS

El objetivo principal de la valoración en urgencias del paciente con disnea aguda es el reconocimiento de las causas que originan insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica, ya que pueden poner en peligro la vida del enfermo. Después, se ha de buscar la causa o el síndrome desencadenante del proceso, en función de la identificación del patrón clínico correspondiente.

Gravedad de la disnea

Ante un paciente con disnea aguda es imprescindible detectar los síntomas o signos que implican inestabilidad hemodinámica, como:

- Síncope.
- Hipotensión e hipertensión arteriales.
- Síntomas vegetativos, como náuseas, vómitos o sudoración profusa.
- Signos de insuficiencia respiratoria: taquipnea, taquicardia, cianosis, estridor, tiraje intercostal o supraclavicular, utilización de la musculatura accesoria.
- Signos de bajo gasto cardíaco.
- Arritmicidad del pulso.

En caso de que concurran disnea e inestabilidad hemodinámica, las enfermedades más frecuentes que pueden producirla son las siguientes:

- Síndrome del distrés respiratorio del adulto.
- Tromboembolia pulmonar (TEP).
- Neumotórax a tensión.
- Edema agudo de pulmón.
- *Volet* costal.

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Cuadro 34.1 Causas más frecuentes de disnea aguda

Respiratoria
Obstrucción de la vía aérea extratorácica: aspiración de cuerpos extraños, edema de glotis
Obstrucción de la vía aérea intratorácica: asma bronquial, EPOC, inhalación de gases
Enfermedades parenquimatosas: atelectasia, neumonía
Enfermedad pulmonar vascular oclusiva: TEP
Síndrome del distrés respiratorio del adulto
Enfermedades de la pleura: derrame pleural, neumotórax
Cardiocirculatoria: edema agudo de pulmón, anemia
Acidosis metabólica
Enfermedades neuromusculares
Mecánica: contusiones, fracturas costales, volet costal
Psicógena: síndrome de hiperventilación alveolar

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TEP: tromboembolia pulmonar.

Diagnóstico sindrómico

Se basa en la identificación de uno de los siguientes perfiles clínicos de disnea: obstrucción de la vía aérea (extratorácica o intratorácica), proceso pleural, afección del parénquima pulmonar, edema de pulmón, enfermedad de origen vascular, mecánico o neuromuscular y alteración psíquica. Para una mayor información de cada uno de estos procesos, se remite al lector al capítulo correspondiente.

Obstrucción de la vía aérea extratorácica

- **Anamnesis:** con frecuencia el paciente, o un testigo, refiere el antecedente de la aspiración de un cuerpo extraño. A veces, precediendo a la obstrucción de la vía aérea extratorácica, aparecen prurito generalizado y tos espasmódica, como ocurre en la de origen anafiláctico. La disnea suele ser inspiratoria.
- **Exploración física:**
  - Inspección: se observa retracción de la fosa supraclavicular y estridor laríngeo con la inspiración. Ocasionalmente hay edema de úvula y del paladar blando (angioedema).
  - Auscultación respiratoria: roncus audibles, generalmente localizados, fijos, perceptibles sobre todo en la espiración forzada y que se acentúan con el decúbito lateral del lado obstruido. Asimismo, es frecuente detectar sibilancias cuando se afecta el árbol bronquial (origen anafiláctico).
  - Percusión torácica: puede haber disminución de las vibraciones vocales si la obstrucción es total, o un aumento de las mismas cuando el obstáculo es incompleto.

Obstrucción de la vía aérea intratorácica

- **Anamnesis:** debe indagarse si ha habido exposiciones ambientales recientes (alérgenos, humos o gases tóxicos), la realización de un ejercicio físico extenuante o desacostumbrado, la aparición de síntomas de infección respiratoria y los medicamentos administrados. También debe investigarse la presencia de tos, productiva o no, fiebre y hemoptisis. La disnea suele ser espiratoria.
- **Exploración física:**
  - Deben buscarse: taquipnea, cianosis, *asterixis,* utilización de los músculos accesorios y alteración del estado de conciencia.
  - Auscultación respiratoria: es variable. Pueden detectarse roncus y sibilancias difusas por ambos campos pulmonares, disminución del murmullo vesicular y, si cursa con edema pulmonar, crepitantes bilaterales.

Enfermedad pleural

- **Anamnesis:** se acompaña de dolor torácico de características pleuríticas (v. cap. 23).
- **Exploración física:**
  - Inspección: se observa una disminución de la movilidad en el hemitórax afectado.
  - Percusión: se detecta timpanismo si se trata de un neumotórax, o matidez si hay un derrame pleural.
  - Auscultación respiratoria: revela abolición de las vibraciones vocales, junto a una disminución o abolición del murmullo vesicular en el hemitórax afectado.

Enfermedad del parénquima pulmonar

- **Anamnesis:** puede haber fiebre, tos con expectoración purulenta, hemoptisis, síndrome constitucional previo (astenia, anorexia, pérdida de peso) y dolor torácico de características pleuríticas.
- **Exploración física:**
  - Inspección: puede revelar taquipnea, cianosis y menor movilidad del hemitórax afectado.
  - Percusión: detecta matidez a ese nivel.
  - Auscultación respiratoria: disminución o abolición del murmullo vesicular, crepitantes de pequeña burbuja o soplo tubárico.

Edema agudo de pulmón

- **Anamnesis:** los antecedentes de cardiopatía, la ortopnea y la tos con expectoración espumosa y rosada son datos que orientan hacia el edema agudo de pulmón de *origen cardíaco*. Los antecedentes de sepsis, quemaduras o traumatismo graves e intoxicación por fármacos orientan hacia un *origen no cardíaco.*
- **Exploración física:** la taquipnea, la cianosis y los crepitantes de pequeña y gruesa burbuja son alteraciones casi constantes en ambos tipos de edema agudo de pulmón. Además, en el de origen cardíaco puede detectarse ingurgitación yugular, hepatomegalia, edemas de miembros y, en la auscultación cardíaca, tercer y cuarto ruidos, ritmo de galope y soplos.

Tromboembolia pulmonar

- **Anamnesis:** suele haber factores de riesgo de enfermedad tromboembólica (v. cap. 33). La disnea suele ser

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de comienzo súbito y puede ir acompañada de dolor torácico, tos, hemoptisis, síncope, agitación y ansiedad.
- **Exploración física:** es variable. Puede que no se detecte ninguna alteración hasta que se desarrolle un cuadro clínico de shock. Suele haber taquipnea, taquicardia y febrícula.

Origen mecánico

- **Anamnesis:** antecedentes de traumatismo. Cursa con dolor torácico de características mecánicas (v. cap. 23).
- **Exploración física:** en función del tipo y la gravedad del traumatismo, puede ser desde normal hasta la abolición del murmullo vesicular por la inmovilidad que provoca el dolor del hemitórax afectado. La agitación e intranquilidad son frecuentes en las afecciones graves.

Enfermedad neuromuscular

- **Anamnesis:** historia clínica de patología muscular, ya que la mayoría son hereditarias y tienen un curso progresivo. La disnea suele acompañarse de astenia, fatigabilidad, somnolencia, infecciones respiratorias de repetición, etc.
- **Exploración física:** hipotonía, imposibilidad para emitir frases completas, disminución de la frecuencia respiratoria, taquicardia y cianosis.

Origen psicógeno

- **Anamnesis:** es más frecuente en mujeres jóvenes después de una crisis emocional. La disnea se acompaña de dolor torácico de características psicógenas, mareo, disestesias peribucales y espasmos carpopedales.
- **Exploración física:** intranquilidad, taquipnea, taquicardia y espasmo carpopedal. Las auscultaciones cardíaca y respiratoria son normales.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Las exploraciones complementarias están encaminadas a detectar la insuficiencia respiratoria y a confirmar o descartar el diagnóstico sindrómico realizado. Se solicitan con carácter urgente las exploraciones que se exponen a continuación.

Pulsioximetría

Valora la saturación arterial de oxígeno (SaO_2) y es muy eficaz para saturaciones de entre el 80 y el 100%. Sin embargo, es menos fiable si hay anemia grave (hemoglobina <5 g), mala perfusión periférica, luz ambiental intensa (infrarrojos, fluorescente, xenón) u obstáculos a la absorción de la luz (laca en las uñas, hiperpigmentación de la piel, dishemoglobinemias, carboxihemoglobinemia). Además, tiene el inconveniente de no medir el pH ni la $PaCO_2$.

Cuando la SaO_2 es inferior al 90% es indicación de oxigenoterapia, ajustando la FiO_2 para mantener una saturación superior al 90%.

Gasometría arterial

Informa de:

- Insuficiencia respiratoria (PaO_2 <60 mmHg).
- Alteración de la relación ventilación/perfusión, a través del cálculo de la diferencia alveoloarterial de oxígeno (v. cap. 8).
- Intoxicación por monóxido de carbono (PaO_2 normal o incluso elevada, SaO_2 baja y aumento de los niveles de carboxihemoglobina).
- Alteraciones del equilibrio acidobásico (acidosis metabólica o respiratoria).

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios

Puede encontrarse:

- Poliglobulia en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica.
- Anemia, que puede ser la causa de la disnea.
- Leucocitosis o leucocitopenia en cuadros de origen infeccioso.

Bioquímica sanguínea

Se solicita la determinación de glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio. Si se sospecha síndrome coronario agudo se determina, además, la troponina; y si se sospecha TEP, el dímero D. Puede detectarse:

- Hiperglucemia. No debe olvidarse que la cetoacidosis diabética puede manifestarse como disnea.
- Insuficiencia renal: elevación de urea y creatinina.
- Hiponatremia por síndrome de secreción inadecuada de vasopresina (SIADH) en procesos de origen pulmonar.
- Elevación de la troponina en caso de infarto agudo de miocardio.
- Elevación del dímero D si hay TEP.

Radiografía de tórax

Es obligada su realización para detectar afección torácica (v. cap. 10), aunque la ausencia de alteraciones no la descarta. Pueden observarse: fracturas, atelectasias, condensación, derrame pleural, neumotórax, edema pulmonar, cardiomegalia, etc.

Electrocardiograma

Puede revelar alteraciones del ritmo, trastornos isquémicos, patrón S_1 Q_3 T_3, si bien la mayoría de las veces es normal.

Otras exploraciones

Ante una determinada y fundada sospecha clínica deben solicitarse con carácter urgente:

- Angiotomografía computarizada (angio-TC) cuando se sospecha TEP.
- Gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión cuando se sospecha TEP y la angio-TC esté contraindicada.
- Ecocardiografía si se sospecha derrame pericárdico o TEP con inestabilidad hemodinámica.
- TC torácica en pacientes politraumatizados con insuficiencia respiratoria y normalidad en el resto de las exploraciones.

CRITERIOS DE INGRESO

Se debe proceder al ingreso de todos los pacientes con disnea acompañada de inestabilidad hemodinámica o insuficiencia respiratoria, independientemente del proceso que la cause.

Si la disnea no se acompaña de inestabilidad hemodinámica ni de insuficiencia respiratoria, el criterio de ingreso se define por la supuesta enfermedad causante.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Lam LL, Cameron PA, Schneider HG, et al. Meta-analysis: effect of B-type natriuretic peptide testing on clinical outcomes in patients with acute dyspnea in the emergency setting. Ann Intern Med 2010;153:728.

Nici L, ZuWallack R. An official American Thoracic Society Workshop Report: The integrated Care of COPD patient. Proc Am Thorac Soc 2012;9:9-18.

Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med 2012;185:435-52.

Parsons JP, Hallstrand TS, Mastronarde JG, et al. An official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Exercise-induced bronchoconstriction. Am J Respir Crit Care Med 2013;187:1016-27.

Yorke J, Moosavi SA, Shuldham C, Jones PW. Quantification of dyspnea using descriptors: development and initial testing of the Dyspnea-12. Thorax 2010;65:21.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.