DISNEA: Diagnóstigos diferenciales

SÍNTOMAS

Fiebre + escalofríos.
Disnea.
Dolor pleurítico.
Tos +/- Expectoración.

Disnea súbita.
Dolor pleurítico.
Tos.
Hemoptisis
Mareos.
Síncope.
Hipotensión.
brusca sin causa.

Disnea intensa
Disnea paroxística nocturna
Tos +/- Expectoración espumosa.
Sudoración fría.
Palidez o cianosis.

Disnea súbita.
Dolor torácico en hemitórax afectado.
Tos seca.
Hemoptisis.
Ansiedad.

Disnea progresiva o súbita.
Tos y/o expectoración que cambió de características.
Fiebre Si hay infección asociada.
Alteración del sensorio en casos graves (hipercapnia).
Palidez.
Sudoración.
Síntomas derivados del proceso causante de la agudización.

Disnea intensa.
Habla entrecortada.
Tos persistente.
Dolor torácico difuso.
Ansiedad.

SIGNOS

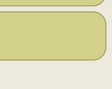
Palpación:
- ↑ Vibraciones vocales en el área afectada
- ↓ Expansión torácica.

Auscultación:
- Rales crepitantes al final de la inspiración.
- Soplo tubárico.

Si hay probabilidad de TVP:
- Edema unilateral de MI Puede haber una diferencia ≥3cm entre ambos miembros.
- Cambio en la coloración del MI afectado.
- Sx de Homans- Olow +.

Palpación:
- Dolor costal localizado → Pleuritis.
- Impulso apical desplazado → Sobrecarga VD en TEP masivo.

Auscultación:
- **Pulmonar**
  Estertores focales.
  ↓MV.
  Frote pleural.
- **Cardiovascular**
  Taquicardia.
  Hipotensión.
  Ingurgitación yugular.
  Galope, R3.



Recuerda realizar el Score de Wells o Ginebra para determinar la probabilidad de TEP y definir el siguiente paso.
↳Alta probabilidad Angio- TC/ Centellograma/ Eco transtorácica
↳Baja/ Moderada probabilidad Dímero D

Inspección:
- Ortopnea
- Cianosis labial o distal.
- Distención de las venas del cuello

Palpación:
- Distensión yugular
- Pulso rápido y débil.
- ABD: Hepatoesplenomegalia.

Auscultación:
- **Pulmonar**
+ Rales crepitantes bibasales en marea ascendente.
- **Cardiovascular**
+ R3 indica falla VI.
+ Soplos → Estenosis o insuf. valvular.

Inspección:
- Asimetría torácica/ Expanción torácica asimétrica
- Mecánica respiratoria alterada.
- Desviación de la tráquea.
- Distensión de las venas del cuello.

} Neumotórax a tensión.

Percusión:
- Hipersonoridad o timpanismo.

- Tórax en tonel.
- Expansión torácica disminuida.
- Si hay *Cor pulmonale* → Ingurgitación yugular, hepatomegalia, reflujo hepatoyugular y edemas en MI.

Percusión:
- Hiperresonancia difusa.
- Descenso del nivel diafragmático.

Auscultación:
- **Torácica:**
+ Roncus y sibilancias difusas que se pueden modificar con la tos.
+ Rales crepitantes difusos en IC izq o localizadas en neumonía.
+ ↓ o ausencia del MV → Enfisema, neumotórax o derrame pleural.
- **Cardiovascular:**
+ Ritmo de galope en IC.
+ Refuerzo de R2 en el *Cor pulmonale.*

Inspección:
- Taquipnea y esfuerzo respiratorio.
- Postura de trípode.
- En casos graves → Alteración del sensorio, Sme. Confusional, cianosis.

Palpación:
Hiperresonancia difusa por hiperinsuflación pulmonar.

Auscultación:
- Sibilancias. En crisis severas puede haber silencio auscultatorio.
- Prolongación del tiempo espiratorio.

EX. COMPLEMENTARIOS

Rx Tx frente

Neumonía típica
Hallazgo: Opacidades homogéneas lobares o segmentarias.

Neumonía atípica
Hallazgo: Opacidades heterogéneas en vidrio esmerilado.

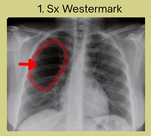
Laboratorio
Hemograma.
Función renal.
Función hepática.
Glucemia.
Ionograma.
PCR/ VES.

Otros estudios
Ecografía → Sospecha de derrame
TAC → Sólo si la Rx es dudosa, en sospecha de complicaciones o mala evolución.
Esputo (Gram y cultivos)
Hemocultivo.
Ag. Bacterianos urinarios.

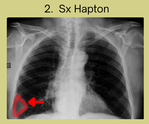
} Pacientes internados

Rx Tx frente
Puede ser normal, tener derrame pleural o presentar alguno de los siguientes signos:

1. Sx Westermark



2. Sx Hapton



3. Elevación de Hemidiafragma

4. Sx Palla

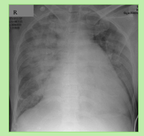
Laboratorio
Hemograma
Función renal.
Función hepática.
Coagulograma.
Glucemia.
Ionograma.
PCR/VES.
Gasometría arterial: Hipoxemia- Hipercapnia.
Dímero D → Sólo en caso de probabilidad baja/media.

ECG
Taquicardia Sinusal, patrón S1-Q3-T3, BRD completa o incompleta.

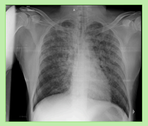
En px con TEP alto o probable
Angio- TC pulmonar: Gold Standard (Usar con resultado de probabilidad alta en los scores).
Centellograma V/Q: Usar cuando hay Contraindicación de Angio-TC *(alergia al iodo/embarazo).*
Ecocardiograma transtorácico: Usar cuando hay Inestabilidad hemodinámica.

Rx Tx Frente

- Origen cardíaco
Hallazgos: Cardiomegalia, Infiltrado central, Derrame pleural, Líneas de Kerley.



- Origen no cardíaco
Hallazgos: Sin Cardiomegalia, Infiltrado periférico o parcheado, distribución normal de vasos.

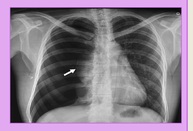


Laboratorio
Hemograma con fórmula
Recuento leucocitario
Ionograma.
Función renal.
Función hepática.
Amilasa/ lipasa → Descarta Pancreatitis Aguda.
BNP/Pro- BNP
Enz. Cardíacas → Descarta SCA.
Gasometría arterial

ECG
Ayuda a confirmar el origen cardiogénico → Sx de HVI, arritmias supraventriculares, taquicardia ventricular, etc.

Rx Tx frente.

Neumotórax espontáneo.
Hallazgos:
- Línea pleural visible.
- Hiperlucidez del hemitórax afectado.
- Colapso pulmonar total o parcial.
- Ausencia de trama broncovascular.



Neumotórax a tensión.
Hallazgos:
- Desviación de la tráquea y del mediastino hacia el lado contralateral.
- Aplanamiento o inversión del diafragma ipsilateral.

Laboratorio
Hemograma con fórmula y recuento leucocitario.
Glucosa.
Función renal.
Ionograma
Coagulograma.
Gasometría arterial → Indicada cuando SaO2 <92%, en px con patología pulmonar o en sospecha de retención de CO

Eco Fast
Se utiliza (siempre y cuando esté disponible) en casos de pacientes graves que requieren un Dx. rápido

TC Torácica
Sólo en caso de duda Dx o ante la posibilidad de herniación gástrica.

Rx Tx frente y perfil.
Permite identificar la existencia de neumonía, neumotórax, derrame pleural o IC izq.

Laboratorio
Hematocrito con fórmula y recuento leucocitario.
Glucosa.
Función renal.
Ionograma.
Gasometría arterial.
Según sospecha clínica: Troponina +/- Pro- BNP, Dímero D, etc.

ECG.
Podemos detectar HVD, arritmias o isquémica miocárdica.

Se pueden solicitar **otros estudios** según la **sospecha etiológica.**

Rx Tx frente.
Se solicita en caso de sospecha de neumonía, enfisema subcutáneo, dolor pleurítico o falla en el tto.

Laboratorio.
(No se pide rutinariamente)
Hemograma con fórmula y recuento leucocitario.
Gases en sangre → Indicado en px. con SpO2 ≤90% → Hipoxemia, hipocapnia con alcalosis respiratoria.

VEF1 y PFE.
Son de utilidad para identificar el grado de obstrucción de la VA.

TRATAMIENTO

Ambulatorio <65 años sin comorbilidades:
- **NAC TÍPICA:** Amoxicilina 1gr/12 hs VO.
- **NAC ATÍPICA:** Azitromicina 500mg/ 24hs o Claritromicina 500mg/12 hs o Doxiciclina 100 mg/12 hs VO
x 5-7 días.

Ambulatorio >65 años o con comorbilidades:
- Amoxicilina- Ác. Clavulánico 875- 125mg/ 12hs VO.
x 5-7 días.

Internado en sala general:
- Ampicilina/Sulbactam 1.5gr/ 8hs EV.
Rotar a VO si: Afebril >48 hs + Estabilidad clínica + SatO2>94%.

Internado en UTI (NAC grave):
- Ampicilina- Sulbactam 1.5gr/ 8hs + Claritromicina 500mg/ 12hs EV.

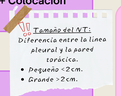
***CONSIDERAR*:**
- Px con TTO ATB reciente, EPOC, internación reciente, bronquiectasia → *Pseudomona.*
- Considerar noción de foco + para inicial tto correspondiente
↳ *Influenza, Legionella, psitacosis, etc.*

Riesgo bajo/ intermedio:
HBPM: Enoxaparina 1mg/kg/12hs SC.
+
Anticoagulación VO

Riesgo alto:
- Trombólisis: Alteplase 100mg.

- Px semisentado (45°-90°)
- Oxigenoterapia.
- Sulfato de morfina: Sólo en caso de dolor o disnea, ya que ayuda a disminuir esta sintomatología.
- Según el fenotipo:
+Caliente y húmeda: Diuréticos de asa y NTG.
+Fría y seca: Inotrópicos +/- vasopresores, y si es
+Fría y húmeda: Inotrópicos +/- vasopresores + diuréticos de asa

Neumotórax espontáneo
Neumotórax pequeño (<2cm) en Px asintomáticos o con mínima sintomatología: Conducta expectante → Reposo + Control Rx en 24 hs.
Neumotórax grande (>2 cm): Medidas generales + Colocación de drenaje pleural.



Neumotórax a tensión
Descompresión inmediata con aguja gruesa en el 2°EIC, a nivel de la línea hemiclavicular.

Oxigenoterapia
- Objetivo → SpO2 88-92% o PaO2 60-65mmHg.
- Comenzar con *Máscara de Venturi*, inicialmente al *24-30%*, ajustándose para conseguir el objetivo.

LEVE: Sólo requerimiento de SABA → Salbutamol en nebulización 5 mg/ml, 20 gotas en 3 ml de SF x3 (1 c/20min) o 2-4 puff c/20 min y evaluar (se puede agregar o no ipratropio).

MODERADAS: Salbutamol nebulizado + Ipratropio 40 mg (40 gotas) + Corticoides sistémicos y/o ATB (Meprednisona 40 mg/día por 5 días/Hidrocortisona EV y luego Prednisona 30 mg día por 7 días).

SEVERAS: Requieren hospitalización o admisión a la guardia. *(disnea de reposo, FR >30, Sat <92%, alt del sensorio)* → Salbutamol + Ipratropio + Hidrocortisona 300 mg EV + Enoxaparina (si hay riesgo de trombosis).
+
TTO del factor desencadenante (IC, neumonía, neumotórax, etc).

Evaluación inicial.
Datos clínicos- Medición basal PFE o VEF1- SpO2.

Leve.
VEF1 o PFE >70%
Spo2 >95%
Sin signos de severidad
- **Salbutamol:** 200 ug (aerosol con cámara) c/20 min.
- **Meprednisona:** 40 mg VO.

Moderada.
VEF1 o PFE 40- 59%
Spo2 90- 95%
Con signos clínicos de crisis moderada
- **Oxigenoterapia:** Objetivo SpO2 >92%.
- **Salbutamol:** 400 ug (aerosol con cámara) o 5 mg (nebulizado) c/20 min.
- **Ipratropio:** 80 ug (aerosol con cámara o 0.25 mg (nebulizado) c/20 min.
- **Corticoides:** Meprednisona 40 mg VO o Hidrocortisona 200 mg EV.

Severa.
VEF1 o PFE <40%
Spo2 90%
Con signos clínicos de crisis severa
- **Oxigenoterapia:** Objetivo SpO2 >92%.
- **Salbutamol:** 5 mg (nebulizado) c/20 min.
- **Ipratropio:** 0.25 mg (nebulizado) c/20 min.
- **Hidrocortisona:** 200 mg EV.
- Considerar **Sulfato de magnesio:** 2 gr EV en 20 min.

Solicitar Rx Tx + EAB.

Paro respiratorio inminente.
Somnolencia/ Confusión.
Respiración paradojal.
Silencio auscultatorio.
Bradicardia.
- **Oxigenoterapia:** Objetivo SpO2 >92%.
- **Salbutamol:** 5 mg, nebulización continua.
- **Ipratropio:** 0.25 mg, nebulización continua
- **Hidrocortisona:** 200 mg EV.
- **Sulfato de magnesio:** 2 gr EV en 20 min.

Solicitar Rx Tx + EAB.

INTERNACIÓN EN UTI

Evaluación dinámica cada 1-3 hs.
Datos clínicos- Medición basal PFE o VEF1- SpO2.

BUENA RESPUESTA
PFE o VEF1 >60%
SpO2 >92%
Px estable, sin signos de severidad.

ALTA
- **Salbutamol:** 200 ug c/4-6 hs (aerosol).
- **Meprednisona:** 40-60 mg VO/día x 7-10 días.
- **Budesonide:** 800 ug/día (aerosol) o equivalente.
- **Plan de acción escrito**
- **Cita por consultorio externo dentro de los 10 días.**

MALA RESPUESTA
PFE o VEF1 <60%
SpO2 <92%
Px inestable, con signos de severidad.

INTERNACIÓN
- **Oxigenoterapia: Objetivo SpO2 >92%**
- **Salbutamol:** 200 ug c/4-6 hs (aerosol) o 5 mg (nebulizado) c/5-6 hs.
- **Ipratropio:** 40 ug (aerosol) o 0.25 mg (nebulizado) c/4-6 hs.
- **Hidrocortisona:** 100 mg EV c/6 hs.
Solicitar Rx Tx + EAB.

Iniciar precozmente:
Budesonide: 800 ug (aerosol) o equivalente.

BUENA EVOLUCIÓN

MALA RESPUESTA
Empeora a pesar del tto óptimo.
Signos de paro respiratorio inminente.

BIBLIOGRAFÍA:
- Guardia Médica. Roberto Parodi- Gastón Ghiganer- Javier Sosa- Alcides Greca. 1° Edición.
- Medicina de urgencias y emergencias. F. Javier Montero Pérez- Luis Jiménez Murillo. 7° Edición.

FCM Facultad de Ciencias Médicas
Hospital de Simulación