

Anamnesis y exploración física del aparato respiratorio

Dra. Ester Marco. *Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital del Mar i de l'Esperança. IMAS. Barcelona.*

El objetivo principal de la Rehabilitación Pulmonar consiste en identificar, valorar y seleccionar las intervenciones necesarias para diseñar programas de rehabilitación de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Para una correcta valoración de los déficits y limitaciones, es fundamental conocer la semiología respiratoria, realizar una anamnesis detallada y recoger los signos objetivos mediante una correcta exploración física.

ANAMNESIS

Para una correcta anamnesis, deben recogerse:

- Antecedentes familiares: Enfermedades hereditarias (déficit de α -1-antitripsina, fibrosis quística, déficit de inmunoglobulinas...), enfermedades infecciosas, asma...
- Hábitos tóxicos: Tabaco, alcohol, otras drogas
- Antecedentes personales: Historia laboral, características de la vivienda, características del lugar de trabajo, exposición de tóxicos inhalantes, contacto con animales, viajes recientes, fármacos, alergias, sensibilidad conocida a alérgenos, contactos de interés epidemiológico.
- Datos relacionados con la enfermedad respiratoria: Síntomas guía y síntomas asociados, situación funcional y clínica de la enfermedad, ingresos hospitalarios previos, frecuentación en Urgencias, medicación que precisa.

Los síntomas de consulta más frecuentes en pacientes con enfermedades respiratorias son la tos (con o sin expectoración), la hemoptisis, el dolor torácico y la disnea. Estos síntomas respiratorios no suelen presentarse de forma aislada sino asociados entre ellos, en combinación con síntomas generales (fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso) y, también pueden asociarse a otros síntomas que propiamente no son respiratorios (disfonía, edema de extremidades, somnolencia, ronquido...)

La **disnea** se define como la dificultad para respirar o sensación subjetiva de falta de aire. Constituye un problema clínico de difícil evaluación debido a su carácter subjetivo, a los numerosos procesos que la desencadenan y a la baja correlación entre la intensidad de percepción de la disnea y la gravedad del proceso que la desencadena. Para su evaluación, debe interrogarse sobre forma de instauración, situación que la desencadena, relación con la posición corporal (trepopnea, ortopnea, platipnea), síntomas asociados e intensidad. La disnea puede aparecer de forma aguda, subaguda o crónica. La evaluación y el manejo de la disnea aguda o

subaguda suponen una urgencia médica que a menudo requiere hospitalización. La disnea crónica es la que presenta más de 3 meses de evolución. Si bien son muchas las causas que pueden producirla, una anamnesis detallada que recoja datos sobre la forma de inicio (progresiva o brusca), las situaciones desencadenantes, la posición corporal en la que aparece, los síntomas que la acompañan y la intensidad de la disnea son esenciales en la evaluación inicial. La cuantificación de la disnea es de especial importancia, no solo porque permite una aproximación a la gravedad del proceso, sino por su utilidad en el momento de evaluar la eficacia al tratamiento. Para ello se utilizan escalas de medición de la disnea: índice de disnea basal y el índice transicional de disnea de Mahler, escala modificada del British Medical Research Council (MRC), escala analógica visual de disnea, escala de esfuerzo percibido de Borg y diagrama de consumo de oxígeno.

Otros datos de las anamnesis importantes en Rehabilitación son:

- Enfermedades asociadas: cardiopatías, enfermedad vascular periférica, enfermedades y procesos osteoarticulares que podrían condicionar el entrenamiento
- Actividades de vida diaria, instrumentadas, laboral y/o lúdicas que no pueden realizarse a causa de la enfermedad, las preferencias del paciente respecto al ejercicio...
- Entorno sociofamiliar

EXPLORACIÓN FÍSICA

De la observación clínica del paciente, así como de ciertos detalles específicos de la exploración física pueden obtenerse datos de interés:

Inspección

- Datos antropométricos: Talla, peso, índice de masa corporal, perímetro de la cintura, medición del pliegue cutáneo...
- Hábito corporal:
 - Blue boated: Tendencia a la obesidad, rubicundez, piel azulada y en ocasiones cianosis asociada, inyección conjuntival, con tendencia a la hipersomnolencia y al cor pulmonale.
 - Pink buffer: Delgadez, tórax en tonel, color sonrosado, disneicos...

No siempre se puede clasificar a los pacientes en uno de estos dos grupos, ya que pueden presentar semiología mixta.

- Caja torácica:
 - Evaluación del tórax en estática: Piel, edemas, atrofiaciones musculares, configuración (columna vertebral, esternón), simetría
 - Evaluación del tórax en dinámica:

- Tipo respiratorio (costal, costoabdominal, abdominal)
- Frecuencia respiratoria (taquipnea > 20x', bradipnea < 12x')
- Amplitud respiratoria (hipernea o hipopnea)
- Expansión de la caja torácica durante la respiración: Amplitud, posibles asimetrías, coordinación entre los movimientos del tórax y abdomen
- Ritmo respiratorio: Normal, Cheyne Stokes, Biot, Kussmaul
- Tiraje: tiraje intercostal, aleteo nasal inspiratorio, retracciones...
- Otros: utilización de la musculatura accesoria, labios fruncidos durante la espiración...

Palpación

Permite confirmar algunos datos recogidos por la inspección, así como otras constataciones de interés:

- Palpación de las fosas supraclavicular, infraclavicular, supraesternal
- Maniobra de Merlo (palpación de la superficie torácica)
- Elasticidad y expansión torácica
- Vibraciones (percepción del frémito, sensación vibratoria)
- Ruidos palpables (enfisema subcutáneo, pleura con exudado, estenosis bronquial)

Percusión

Consiste en provocar sonidos mediante golpes breves y repetidos sobre distintas zonas del tórax. Es de utilidad para el diagnóstico de procesos intratorácicos.

Auscultación pulmonar

Es una parte esencial de la exploración física. En la actualidad, el fonendoscopio sigue siendo el instrumento de diagnóstico más utilizado por los médicos, aunque en las últimas décadas se han introducido estetoscopios electrónicos que reproducen y analizan la señal emitida por los sonidos respiratorios. Aunque su uso no está extendido, su disponibilidad ha permitido mejorar nuestros conocimientos sobre el significado de los ruidos respiratorios y sus mecanismos de producción.

- Ruidos respiratorios normales: el murmullo vesicular, los ruidos traqueales, bronquiales, broncovesicular y vesicular.
- Ruidos respiratorios anormales:

- Estertores: Es un ruido similar al que se produce al frotar el cabello con los dedos cerca del oído. Se originan en la tráquea, bronquios o pulmones. Son producidos por vibración de líquido, exudado o moco dentro del árbol respiratorio.
- Estertores crepitantes: Se denominan también estertores húmedos, son estertores que son como crujidos. Se deben al líquido en los alveolos, en particular si se presentan al final de la inspiración.
- Roncus: Son ruidos sonoros, continuos que provienen de la tráquea o los bronquios, producidos por la vibración del moco espeso en los bronquios. Indican obstrucción parcial de las vías aéreas por líquidos en alguna parte del árbol respiratorio. Pueden ser: a) roncus de obstrucción menor (ruidos finos y de alto tono) que en el asma se presentan característicamente en la espiración, mientras que en la bronquitis ocurren en la inspiración; y b) roncus de obstrucción mayor (ruidos sonoros, de tono bajo, crujientes o sibilantes, que pueden ser abolidos o alterados por la tos).
- Sibilancias: Ruido agudo, similar a un silbido. Predomina en la espiración. Se produce por estenosis de un bronquio de pequeño calibre.
- Ruidos respiratorios traqueales y bronquiales cuando se escuchan fuera de su área torácica
- Broncoespasmos: Estertores sibilantes escuchados predominantemente durante la inspiración. Puede ser debido a retención de secreciones, edema de la mucosa bronquial, colapso de vías aéreas, espasmo muscular o una combinación de estos trastornos.
- Frote pleural por fricción: Ruido de tono bajo, grueso, frotante o áspero. Se escucha durante ambas fases de la respiración. Desaparece si el paciente contiene la respiración e indica inflamación de la pleura
- Ruidos transmitidos: Ruidos bronquiales o tubulares, finamente audibles, que se escuchan sobre áreas de pulmón que producen típicamente murmullo vesicular. Se encuentran cuando alguna región pulmonar se consolida por reacción inflamatoria.
- Ausencia de ruidos o ruidos respiratorios disminuidos que se presentan cuando el aire no penetra a esa porción del pulmón por obstrucción de vías aéreas o por acumulación de líquido pleural o aire entre la pared torácica y el pulmón adyacente.
- Soplos: Resultan de la transmisión del ruido laringotraqueal a zonas torácicas en las que normalmente se ausculta murmullo vesicular (tubárico, pleural, cavernoso, anfórico)
- Auscultación de la voz: Resonancia vocal normal, broncofonía, pectoriloquia, egofonía, anforofonía)
- Datos hemodinámicos: Tensión arterial, frecuencia cardíaca en situación basal y con el ejercicio
- Signos de cardiopatía

- Valoración y balance articular
- Valoración muscular:
 - Musculatura respiratoria: Presión inspiratoria máxima, presión inspiratoria mínima
 - Musculatura periférica: Balance muscular global, dinamometría manual y/o digital
- Otros signos:
 - Acropaquias: Absceso pulmonar, carcinoma bronquial, asbestosis, alveolitis fibrosante, neumonía descamativa
 - Lesiones cutáneas: Sarcoidosis, fibrosis pulmonar, esclerodermia, lupus eritematoso sistémico
 - Flapping tremor: Acidosis respiratoria aguda.

NOTAS