

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA DEL APARATO RESPIRATORIO

Ponente:

Dra. Ester Marco

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital del Mar I de l'Esperança. IMAS.
Barcelona.

Resumen

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 los pacientes. Cuando un paciente con una enfermedad respiratoria es remitido al médico rehabilitador, es fundamental para proceder a la valoración del déficit, de la limitación a la actividad y de la participación, recoger los síntomas subjetivos mediante una anamnesis meticulosa y detallada, y posteriormente proceder a 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, otras
- 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 por los que con más frecuencia consultan los pacientes con enfermedades respiratorias son la tos con o sin expectoración, la hemoptisis, el dolor torácico y la disnea, siendo la disnea el síntoma que más relevancia adquiere para el médico rehabilitador. Debemos tener presente que 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 como la disfonía, edema de extremidades, somnolencia, ronquido...

La disnea es un síntoma frecuente que puede definirse como la dificultad para respirar. 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 su presentación 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 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 que la desencadenan, 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 de 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
- Diagrama de consumo de oxígeno

Otros datos de la anamnesis importantes en Rehabilitación son:

- Enfermedades asociadas: Cardiopatías, enfermedad vascular periférica, enfermedades y procesos osteoarticulares que podrían condicionar el entrenamiento
- Soporte familiar
- 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...

EXPLORACIÓN FÍSICA

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

- Datos antropométricos: Talla, peso, perímetro de la cintura, medición del pliegue cutáneo, el índice de masa corporal...
- Inspección:
 - Hábito corporal:
 1. Blue boaded: Tendencia a la obesidad, rubicundez, piel azulada y en ocasiones cianosis asociada, inyección conjuntival, con tendencia a la hipersomnolencia y al cor pulmonale.
 2. 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.
 - Anatomía de la caja torácica: Columna vertebral (cifosis, escoliosis), esternón (pectus excavatum, pectus carinatum), alteraciones de la piel
 - Expansión de la caja torácica durante la respiración: Amplitud, posibles asimetrías, coordinación entre los movimientos del tórax y los del abdomen
 - Patrón respiratorio: Frecuencia respiratoria (taquipnea > 20x', bradipnea < 12x'), tipo de respiración (utilización de músculos accesorios, tiraje intercostal, respiración paradójica, aleteo nasal inspiratorio, labios fruncidos durante la espiración). Los enfermos disneicos suelen adoptar una postura inspiratoria de su tórax y respiran con labios fruncidos y en posición semisentada.
- 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.

Los ruidos respiratorios normales son: el murmullo vesicular, los ruidos traqueales, bronquiales, broncovesicular y vesicular. Los ruidos respiratorios anormales son:

- **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.
- **Roncos:** 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 roncos de obstrucción menor que 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 roncos de obstrucción mayor que son ruidos sonoros, de tono bajo, crujientes o sibilantes, que pueden ser abolidos o alterados por la tos.
- **Ruidos respiratorios traqueales y bronquiales** son anormales si 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.
- Datos hemodinámicas: 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