

2.1

Disnea aguda

J. A. Cordero Torres



CONTENIDOS

Objetivos de aprendizaje

Concepto

- Etiología

Diagnóstico

- Anamnesis
- Exploración física
- Exploraciones complementarias

Tratamiento

- Medidas generales
- Medidas específicas

Criterios de ingreso

Conclusiones

Bibliografía



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Reconocer un paciente que presenta disnea aguda y sus principales causas.
- Comprender los principales mecanismos fisiopatológicos que originan la disnea.
- Realizar una anamnesis y exploración física dirigida a lograr una orientación diagnóstica apropiada.
- Clasificar una disnea según su gravedad.
- Distinguir las principales causas de la disnea aguda.
- Solicitar las pruebas complementarias que tengan un grado de coste-eficiencia óptimo para llegar a un diagnóstico etiológico.
- Analizar el resultado de dichas pruebas complementarias y tomar decisiones de acuerdo con ellas.
- Iniciar el tratamiento más adecuado en función de la sospecha clínica y etiológica del cuadro.

CONCEPTO

La disnea es un síntoma y, como tal, una referencia subjetiva que expresa el paciente, en este caso la sensación de falta de aire, para algunos autores «hambre de aire». Por su parte, la *American Thoracic Society* define la disnea como la «vivencia subjetiva de dificultad para respirar, que incluye sensaciones cualitativamente diferentes de intensidad variable. Tal experiencia es producto de interacciones entre factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales diversos, y puede inducir respuestas secundarias de tipo fisiológico y conductual». Además, como síntoma que es, debe diferenciarse de los signos de incremento en el trabajo para respirar, como, por ejemplo, la taquipnea.

Por otro lado, este módulo repasa brevemente los principales mecanismos fisiopatológicos que originan la disnea y que pueden ayudar en el diagnóstico diferencial

Etiología

La disnea es una sensación y, por tanto, la consecuencia de la interacción entre impulsos eferentes o motores (proalimentación), que provienen del encéfalo y llegan a los músculos de la respiración, y los aferentes o sensitivos, que provienen de receptores de todo el organismo (retroalimentación). De la integración de dichos datos que tienen lugar en el encéfalo.

Es decir, este síntoma es la consecuencia de las alteraciones de la función normal en el aparato cardiopulmonar, las cuales producen disnea como resultado del aumento en el impulso respiratorio, el incremento del esfuerzo o trabajo respiratorio, y la estimulación de receptores en el corazón, los pulmones, el sistema vascular o en todos ellas.

La mayor parte de las enfermedades del aparato respiratorio se relacionan con alteraciones en las propiedades mecánicas de los pulmones, la pared torácica o ambos, y algunas estimulan los receptores pulmonares. Por el contrario, los trastornos del aparato cardiovascular, por lo general, causan disnea por el fallo de bomba que impide la adecuada oxigenación de los tejidos y las alteraciones estructurales valvulares que dificultan el intercambio gaseoso por estimulación de los receptores vasculares. En la [figura 2.1-1](#) se expone un modelo que resume los estímulos aferentes y eferentes que se conjugan en la fisiopatología de la disnea.

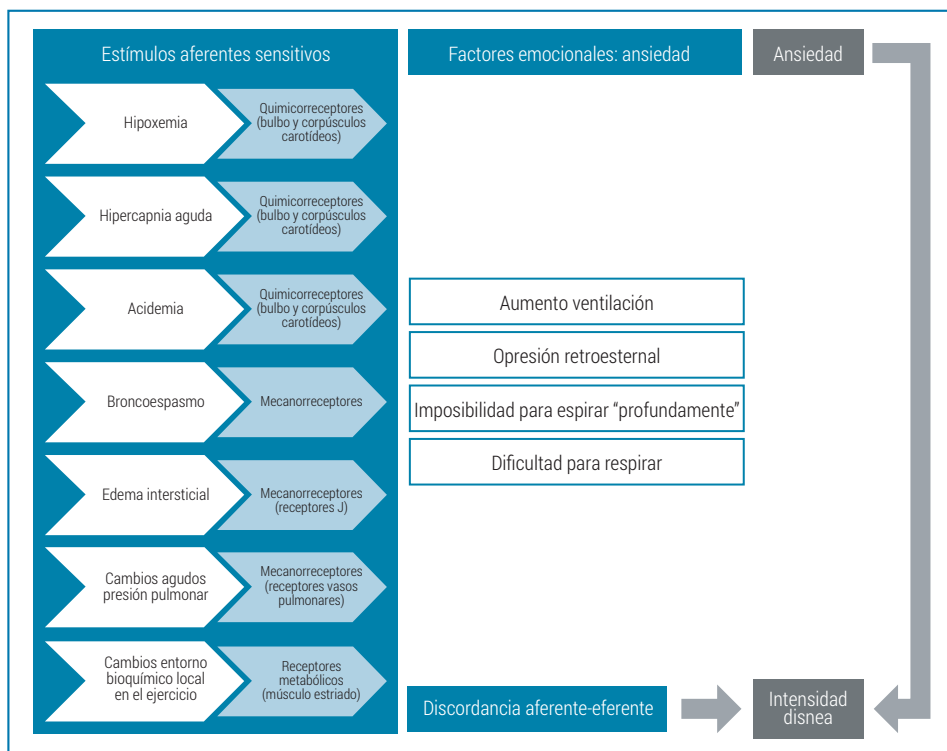


Figura. 2.1-1. Aferentes y eferentes que se conjugan en la fisiopatología de la disnea.

Por su lado, la pericarditis constrictiva y el taponamiento cardíaco se relacionan con el aumento de las presiones intracardíaca y vascular-pulmonar, las cuales causan, probablemente, de disnea. No obstante, en la medida en que quede limitado el gasto cardíaco (en reposo o con ejercicio), si hay disminución del gasto, los receptores metabólicos pueden ser estimulados en el grado en que puede surgir acidosis láctica. Asimismo, se pueden activar los quimiorreceptores.

DIAGNÓSTICO

El objetivo principal de la valoración urgente del enfermo con disnea aguda es el reconocimiento de las causas que originan la insuficiencia respiratoria o la inestabilidad hemodinámica, ya que pueden poner en peligro la vida de éste.

Es imprescindible, por tanto, hacer una aproximación inicial para detectar los síntomas o signos que implican inestabilidad hemodinámica (potencial extrema gravedad). En caso de que concurren disnea e inestabilidad hemodinámica, las enfermedades más frecuentes que pueden producirla son: tromboembolia pulmonar, neumotórax a tensión, síndrome de distrés respiratorio del adulto, volet costal, arritmia cardíaca y edema agudo de pulmón. En estos casos, la atención ha de ser inmediata. La ausencia de datos no permite una elaboración una historia clínica detallada y encuadrar al paciente dentro de un perfil clínico y etiológico más concreto.

Anamnesis

En la anamnesis deben buscarse las causas urgentes que provocan disnea. Así, se puede clarificar la causa respiratoria o cardíaca, en primer lugar, y orientar en la exploración y solicitud de posibles pruebas complementarias, en general.

Este curso se centra en las causas potencialmente urgentes de la disnea y hacia ellas debe estar enfocado el interrogatorio: insuficiencia cardíaca y el edema agudo de pulmón, exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma, neumonía, derrame pleural, tromboembolismo pulmonar, neumotórax y neumomediastino.

Los síntomas principales de la mayoría de las enfermedades respiratorias son la disnea y la tos. En el caso de la primera, son muchas las causas que la producen y algunas, como se ha visto anteriormente, no se deben de forma predominante a la patología pulmonar. Además, el paciente puede utilizar diferentes palabras para describirla, lo cual ayuda a enfocar ciertas etiologías de la disnea. Las personas con enfermedad pulmonar obstructiva a menudo la describen como «opresión en el pecho» o «imposibilidad para hacer respiraciones profundas», mientras que las que padecen insuficiencia cardíaca congestiva indican más bien «falta de aire» o «ahogo».

Por su lado, el tiempo de inicio y la duración de la disnea ayudan a establecer la etiología. De esta forma, la falta de aliento aguda se asocia, en general, con cambios fisiológicos repentinos, como el edema de laringe, el broncoespasmo, la cardiopatía isquémica aguda, el tromboembolismo pulmonar o el neumotórax. Los enfermos con EPOC y fibrosis pulmonar idiopática suelen explicar una disnea progresiva relacionada con el esfuerzo, marcada con exacerbaciones agudas de falta de aliento. Por el contrario, la mayoría de los asmáticos tiene una respiración normal la mayor parte del tiempo y presentan episodios recurrentes de disnea, casi siempre asociados a desencadenantes específicos, como una infección de las vías respiratorias altas o una exposición a alérgenos.

El interrogatorio específico debe centrarse en los factores que incitan la disnea, así como en acciones que ayuden a resolver la falta de aliento del paciente. En el caso del asma, ésta suele exacerbarse con factores desencadenantes específicos, aunque lo mismo puede decirse de la EPOC. Así, muchos individuos con neumatías refieren disnea con el esfuerzo.

Determinar cuánta actividad ocasiona la falta de aire permite al médico calcular el nivel de discapacidad del enfermo, pese a que muchas personas adaptan su nivel de actividad a la limitación progresiva que padecen. Por esta razón es importante, sobre todo en los ancianos, describir las actividades que realizan

y cómo han cambiado éstas con el tiempo. La disnea de esfuerzo es, a menudo, un síntoma temprano de enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente y exige una valoración completa.

Los pacientes con disnea también suelen asociar otros síntomas como la tos, las sibilancias y los crepitantes. La tos, en general, indica enfermedad del aparato respiratorio pero es un síntoma poco específico. Por ello, es necesario preguntar cuánto dura la tos, si viene acompañada o no de producción de esputo y si hay algún desencadenante específico que la induzca. Una tos aguda productora de flema suele ser un síntoma de infección del aparato respiratorio, como procesos que afectan a las vías respiratorias altas (por ejemplo, sinusitis o traqueítis), las vías respiratorias bajas (por ejemplo, bronquitis y bronquiectasias) y el parénquima pulmonar (por ejemplo, neumonía). Además, se debe determinar tanto la cantidad como la calidad del esputo, incluso si tiene rastros de sangre o si es francamente hemático. Si existe hemoptisis, ésta exige valoración en todos los casos. No obstante, si no se trata de una hemoptisis masiva, no requiere medidas de urgencia.

En cuanto a la tos crónica (definida como persistente > 8 semanas), ésta se asocia normalmente con enfermedades pulmonares obstructivas, en particular asma y bronquitis crónica, así como con enfermedades no respiratorias, como el reflujo gastroesofágico y el goteo posnasal. Las enfermedades pulmonares parenquimatosas difusas, en especial la fibrosis pulmonar idiopática, suelen presentar tos persistente no productiva.

Al igual que la disnea, no todas las causas de tos tienen un origen respiratorio y en la valoración se debe considerar un amplio diferencial que incluya enfermedades cardíacas y gastrointestinales, así como causas psicógenas. En general, una tos crónica es susceptible de actuación urgente y, por tanto, debe ser estudiada en otros ámbitos asistenciales.

Otros síntomas

Los pacientes con enfermedad respiratoria pueden quejarse de sibilancias, lo que sugiere una enfermedad de vías respiratorias, en particular asma. Si va a ser objeto de atención médica, en caso de asociarse con disnea de instauración aguda, opresión torácica y taquipnea intensa, es posible que se esté ante una probable exacerbación asmática en la que habrá que actuar con diligencia. Los crepitantes sugieren la presencia de neumonía, insuficiencia cardíaca y edema agudo de pulmón.

Por otro lado, la hemoptisis puede ser síntoma de una variedad de neumopatías, como infecciones de vías respiratorias, carcinoma broncogénico y embolia pulmonar, pero, como ya se ha señalado, no es objeto de actuación urgente en la mayoría de los casos. En el caso del neumotórax, la clínica suele consistir en dolor localizado en el hemitórax colapsado, que aumenta con la respiración profunda y los movimientos asociados o no a la disnea en función del tamaño, la localización y que se trate o no de un neumotórax a tensión, el cual debe considerarse de manera independiente.

Exploración física

La exploración física comienza durante la anamnesis. La incapacidad del individuo para completar frases antes de detenerse y tomar aire sugiere un cuadro que culmina en estimulación del centro regulador o deficiencia de bomba respiratoria con una menor capacidad vital. Los indicios de aumento en el trabajo respiratorio (retracciones supraclaviculares, uso de músculos accesorios de la ventilación, la posición en trípode, sentado con el tronco inclinado hacia delante, el cuello hiperextendido, el mentón hacia delante, característicos de la epiglotitis o de una obstrucción pulmonar grave, la posición en cuclillas típica de la tetralogía de Fallot y la atresia tricuspídea) indican un aumento en la resistencia de las vías respiratorias o rigidez de los pulmones y la pared torácica.

Hay que tener presente que la exploración física debe estar orientada al diagnóstico diferencial en la disnea aguda y partir de la base de que la etiología cardiovascular y la respiratoria constituyen las principales causas de disnea, sobre todo en los pacientes de mayor edad. Los principales hallazgos y su orientación diagnóstica son:

- La ortopnea y sobre todo la Disnea paroxística nocturna (DPN), que son más específicas de la insuficiencia cardíaca.
- El broncoespasmo, el aumento del trabajo respiratorio y la disminución de ruidos respiratorios indican reagudización asmática y de la EPOC
- La presencia de crepitantes, fiebre, aumento de vibraciones vocales y soplo tubárico orientan hacia la neumonía.
- Los edemas, la ingurgitación yugular, la presencia de tercer ruido y crepitantes señalan insuficiencia cardíaca.
- Disnea, dolor torácico tipopleurítico, hemoptisis, síncope, tos, taquicardia, taquipnea e hipotensión son síntomas de tromboembolismo pulmonar.
- La hipoventilación significa derrame pleural y neumotórax.
- El estridor en la inspiración y el ronquido orienta hacia una obstrucción de la vía aérea superior.
- La presencia de suspiros o inspiraciones profundas, presión torácica y parestesias periorales indican disnea de origen psicógeno.

Una vez valorados los síntomas, se procede a medir los signos vitales, en los cuales se valora con exactitud la frecuencia respiratoria y se mide el pulso paradójico (descenso anormal de la presión sistólica y de la amplitud del pulso durante la inspiración); si es > 10 mm Hg, se considera la presencia de EPOC, asma aguda, taponamiento cardíaco, derrame pericárdico, embolia pulmonar o pericardiopatías. Asimismo, en la exploración general, hay que buscar signos de anemia (palidez de conjuntivas), cianosis y cirrosis (telangiectasias y ginecomastia). En la exploración del tórax hay que detectar simetría de movimientos. Además, debe realizarse percusión (la matidez denota derrame pleural y la hiperresonancia es signo de enfisema) y, por último, auscultación (sibilancias, crepitantes, crepitantes gruesos y prolongación de la fase espiratoria, así como disminución de ruidos respiratorios, que denotan la posibilidad de trastornos de las vías respiratorias; también se debe investigar si hay edema intersticial o fibrosis).

Por lo que respecta a la exploración del corazón, se buscan signos de presiones mayores en las cavidades derechas (distensión venosa yugular, edema, intensificación del componente de la pulmonar en el segundo ruido cardíaco), disfunción del ventrículo izquierdo (la presencia de un tercer y cuarto ruido: S3 y S4) y valvulopatías (soplos).

Cuando se examina el abdomen con el paciente en decúbito dorsal, debe notarse si hay movimiento paradójico: descenso durante la inspiración o signo de debilidad diafragmática. La elevación del abdomen durante la espiración sugiere edema pulmonar. El hipocratismo digital, también llamado acropaquía, puede denotar la presencia de cardiopatía congénita, neumopatía intersticial, cáncer de pulmón o hepatopatías. La presencia de edema o deformación articular y los cambios compatibles con la enfermedad de Raynaud pueden orientar hacia la posibilidad de un cuadro de enfermedades del tejido conjuntivo que guarde relación con la neumopatía.

Si el paciente manifiesta disnea con el ejercicio, es conveniente solicitarle que camine delante del profesional para, así, reproducir los síntomas. De esta forma se pretende buscar nuevos signos que no estaban presentes en reposo y también valorar la saturación de oxígeno.

Una vez terminada la anamnesis y la exploración física, es posible que sea evidente el diagnóstico; de no ser así, se continuará la valoración. En este punto es interesante la evaluación de la gravedad mediante el grado de disnea (Tabla 2.1-1), para lo cual se deben solicitar las pruebas complementarias que se consideren imprescindibles con el fin de confirmar el diagnóstico de presunción. En el caso del neumotórax, la exploración física se objetiva disminución del murmullo vesicular y de la transmisión de las vibraciones vocales. En el neumotórax a tensión, el paciente presenta mal estado general, normalmente con hipotensión, taquicardia, disnea y saturación menor del 90 %. Este diagnóstico debe sospecharse en enfermos con antecedente de traumatismo torácico reciente o en aquéllos que se han sometidos a pruebas diagnósticas (por ejemplo, punción aspiración con aguja fina). En este caso se trata de una emergencia médica (es mortal si no se resuelve) y no se pueden esperar a pruebas complementarias.

Tabla 2.1-1. Clasificación de la disnea según gravedad

Grado I	Limita ligeramente la actividad física: disnea al subir uno o dos pisos o caminar 200 metros a paso normal
Grado II	Limitación importante en la actividad física: disnea al subir menos de un piso o caminar 100 metros a paso normal.
Grado III	Incapacidad para realizar cualquier mínimo esfuerzo sin disnea (vestirse, peinarse).
Grado IV	Disnea en reposo.



En la exploración física, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Aspecto general: observar si termina frases largas, usa músculos accesorios, presenta cianosis y qué color de piel tiene.
- Signos vitales: revisar si tiene taquipnea, pulso paradójico, desaturación o neumotórax a tensión.
- Auscultación pulmonar: sibilancias, estertores, crepitantes o murmullo vesicular disminuido.
- Auscultación cardíaca: tercer ruido o soplos.
- Extremidades: edemas o cianosis.
- Al terminar anamnesis y exploración, revisar el grado de disnea.



RECUERDE

Aspectos a recordar. Preguntas de reflexión:

- ¿La disnea ha sido tenido un comienzo brusco o progresivo?
- ¿Ha habido algún desencadenante relacionado?
- ¿Se asocia con tos y/o sibilancias?
- ¿Aumenta o disminuye con el decúbito?
- ¿Se asocia a edemas o ingurgitación yugular?

Exploraciones complementarias

Dentro de las exploraciones complementarias, los facultativos deben tener una serie de parámetros **iniciales** en cuenta:

- **Electrocardiograma (ECG):** permite identificar arritmias (fibrilación auricular, taquiarritmias, bloqueos AV, cardiopatía isquémica aguda, etc.), así como un patrón de sobrecarga derecha (S1Q3T3) sugestiva de tromboembolismo pulmonar.
- **Radiografía de tórax:** prueba obligada en caso de disnea aguda (en la [tabla 2.1-2](#) se resumen los principales patrones y el diagnóstico diferencial de la disnea aguda).
- **Pulsioximetría:** mide la saturación arterial del oxígeno y se valora la proporción de hemoglobina saturada por oxígeno; se correlaciona muy bien con la tensión alveolar de oxígeno (PaO_2) en valores entre el 90-100 % (una saturación del 90 % es equivalente a una PaO_2 de 60 mm Hg). Por debajo del 90 %, la correlación es peor por la configuración de la propia curva de disociación de la hemoglobina; también hay que tener precaución en las intoxicaciones por monóxido de carbono que pueden dar las saturaciones normales, ya que el saturómetro no distingue entre oxihemoglobina y carboxihemoglobina (algunos monitores-desfibriladores modernos vienen ya equipados con módulos que distinguen la carboxihemoglobina y la metahemoglobina).
- **Peak flow** en caso de crisis asmática.

Tabla 2.1-2. Diagnóstico de sospecha según hallazgo radiológico	
Normal	Tromboembolismo pulmonar, asma, disnea de origen neurológico
Broncograma aérea	Neumonía
Atelectasia	Patología obstructiva: cuerpo extraño, neoplasias, tapón de moco, etc
Patrón alveolar localizado	Neumonía, infarto pulmonar, contusión pulmonar
Patrón alveolar difuso	Edema pulmonar
Patrón intersticial	Neumonía atípica, inhalación de polvos orgánicos
Patrón miliar	Tuberculosis miliar, neumoconiosis, silicosis, colagenosis, metástasis
Patrón en «panal de abeja»	Fibrosis pulmonar, neumoconiosis, sarcoidosis, colagenosis
Hiperclaridad pulmonar	Enfisema pulmonar, tromboembolismo pulmonar, hipertensión pulmonar
Patología extrapulmonar	Neumotórax, fracturas costales, derrame pleural, cardiomegalia

Adaptada de Guía de actuación en Atención Primaria. 4ª edición. Barcelona: semFYC ediciones, 2011.

Según la **sospecha clínica** que exista, se realizará:

- **Gasometría arterial:** identifica hipoxia, hipercapnia, acidosis, alcalosis, acidemia y alcalemia.
- **Analítica:** hemograma (anemia o policitemia, leucocitosis o leucopenia, y trombocitosis), iones y función renal y hepática.
- **Dímero D:** se hace en los casos en los que se plantee tromboembolismo pulmonar (TEP) como posibilidad diagnóstica.
- **CK-troponina:** cuando hay sospecha de isquemia aguda.
- **Péptido natriurético tipo B (BNP), pro-BNP o MR pro-ANP:**
 - BNP < 100 pg/mL, pro-BNP < 300 pg/mL o MR pro-ANP < 120 pg/mL refleja una baja probabilidad de insuficiencia cardíaca aguda.
 - BNP > 400 pg/mL o pro-BNP >900 pg/mL es signo de una alta probabilidad de insuficiencia cardíaca aguda.

Otras exploraciones también necesarias son: ecocardiograma, espirometría, ecografía-Doppler MMII, tomografía computarizada (TC) torácica y/o ecocardiografía transesofágica, gammagrafía de ventilación/perfusión y arteriografía pulmonar. La mayoría de ellas se llevan a cabo en caso de sospecha de TEP como causante de la disnea aguda.

TRATAMIENTO

Medidas generales

En primer lugar, se valoran las posibles causas que sean emergencias vitales o una urgencia y, ante todo, identificar el **riesgo vital** inminente, para lo que hay que identificar signos de alarma (Tabla 2.1-3). Para ello, se debe proceder del siguiente modo:

- 1) Situar al paciente en una sala de críticos donde pueda ser monitorizado y recibir soporte vital avanzado si se diera el caso, con acceso a monitorización cardíaca, oxigenoterapia y canalización de vías venosas.

- 2) Si se prevé la necesidad de transporte medicalizado, se tiene que ir gestionando su activación.
- 3) Valorar la necesidad de intubación orotraqueal (IOT) al principio y periódicamente durante la atención al paciente. Además, hay que tener presente:
 - Indicaciones de IOT: apnea, hipoxemia grave ($\text{PaO}_2 < 60$ mm Hg) a pesar de oxigenación adecuada ($\text{FiO}_2 > 40$ %), depresión del nivel de consciencia.
 - Contraindicaciones de IOT: inexperiencia, paciente terminal no susceptible de reanimación.
- 4) Monitorizar con monitor-desfibrilador el ritmo cardíaco, la presión arterial y la saturación de oxígeno.
- 5) Asegurar la adecuada oxigenación mediante gafas nasales o mascarilla tipo Venturi. Se debe tener en cuenta que:
 - En caso de antecedentes de insuficiencia respiratoria crónica, hay que administrar FiO_2 del 24-28 % en gafas nasales. El objetivo es garantizar una saturación > 90 %.
 - En caso de sospechar asma, patología cardíaca o TEP, se tienen que administrar concentraciones de oxígeno más altas (40-50 %) o incluso superiores para asegurar saturaciones $> 94-96$ %.
- 6) Cateterizar vía venosa al menos 18 G.
- 7) Si se sospecha neumotórax a tensión, es necesario drenaje inmediato (ver vídeo técnica).

Medidas específicas

En este apartado se presentan de forma esquemática los tratamientos en cada una de las situaciones previstas. En los respectivos capítulos que componen el módulo se puede ver una descripción más exhaustiva de tratamientos, dosis y vías de administración. Las medidas específicas son las siguientes:

- 1) En caso de sospechar **broncoespasmo por asma**, preparar:
 - Broncodilatadores beta-adrenérgicos.
 - Corticoides i.v.
 - Sulfato de magnesio.
- 2) En el caso de sospechar **descompensación de EPOC**:
 - Broncodilatadores betaadrenérgicos (si no presenta insuficiencia cardíaca o taquicardia).
 - Broncodilatadores anticolinérgicos.
 - Teofilina.
- 3) Si el cuadro se orienta hacia **insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón**:
 - Posición sentado.
 - Diuréticos intravenosos (furosemida).
 - Nitroglicerina.
 - Morfina.
 - Considerar digoxina.
- 4) Si el cuadro hace sospechar **anafilaxia o edema de glotis**, considerar:
 - IOT precoz.
 - Adrenalina intramuscular.
 - Antihistamínicos intravenosos.
 - Corticoides intravenosos.
- 5) Ante la sospecha de **TEP**:
 - Calcular probabilidad clínica (escala de Wells) ([Tabla 2.1-3](#)).
 - Administrar heparina bajo peso molecular en caso de probabilidad alta, según escalas.
 - Oxígeno a alto flujo si se dan saturaciones bajas.

En los capítulos correspondientes, se hablará con más detalle de las dosis y medidas de tratamiento.

Tabla 2.1-3. Escala de Wells

Hallazgos clínicos	Puntos
Signos clínicos de TVP	3
Cirugía reciente o inmovilización	1,5
Fc > 100	1,5
Historia previa de TEP/TVP	1,5
Hemoptisis	1
Neoplasia maligna activa	1
TEP como 1ª alternativa diagnóstica	3

CRITERIOS DE INGRESO

En cada capítulo de este módulo se abordarán los criterios de ingreso específicos pero, en general, se ingresa a todos los pacientes disneicos que presenten:

- Signos de alarma (Tabla 2.1-4)
- Los que no respondan de forma adecuada al tratamiento inicial administrado.
- Aquéllos que presenten disnea leve-moderada en los que se sospeche patología potencialmente severa (TEP, taquiarritmias, cardiopatía isquémica).

Éstos pueden ser observados durante unas horas y dar el alta en los siguientes casos:

- Disnea que se ha controlado y se trata de paciente asmático o con EPOC sin criterios de gravedad.
- Neumonías no complicadas.

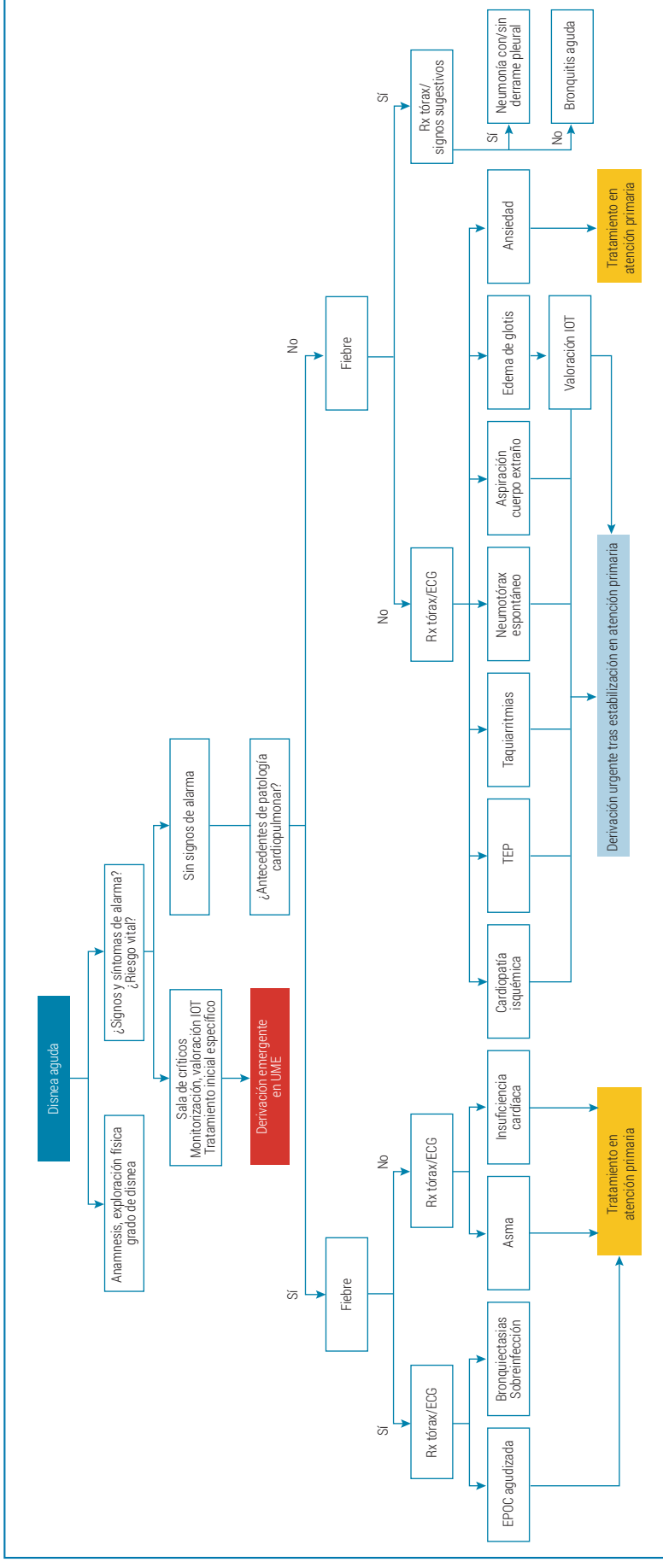
Tabla 2.1-4. Signos de alarma en la disnea aguda

• Estridor	• Alteración del nivel de consciencia, bradipsiquia, somnolencia o agitación
• Tiraje intercostal y/o supraclavicular	• Pulso paradójico
• Taquicardia: Frecuencia cardíaca >120/min	• Cianosis
• Taquipnea: Frecuencia respiratoria > 30 /min o bradipnea < 10 min	• Sudoración profusa
• Hipotensión	• Silencio auscultatorio
• Saturación oxígeno < 90%	• Peak flow < 50% del teórico
• Incapacidad para hablar	• Gasometría: PCO ₂ > 40 mmHg, PO ₂ < 60 mmHg



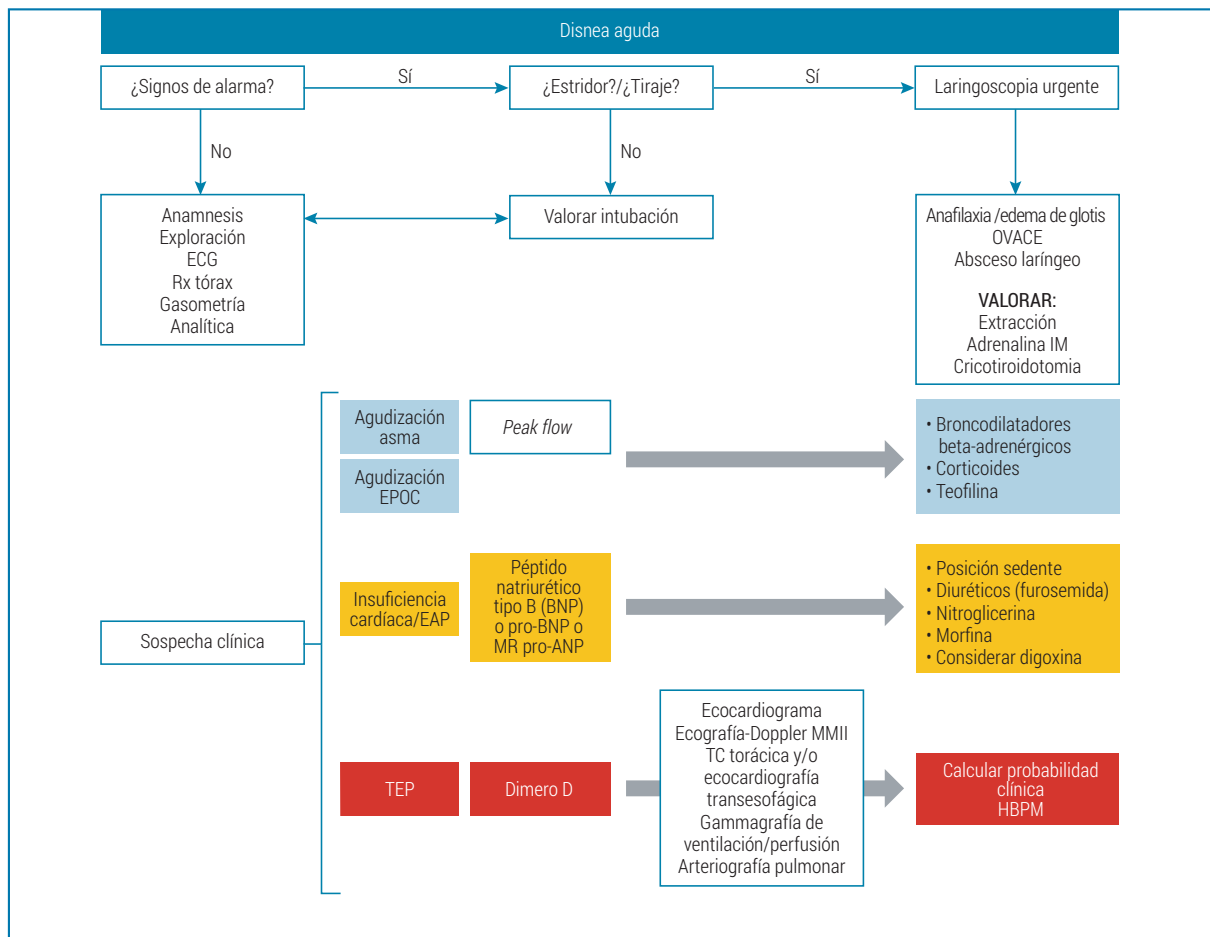
- El centro debe contar con un área de urgencias con monitor-desfibrilador, electrocardiógrafo, pulsioximetría, oxigenoterapia y material para acceso y control de vías venosas.
- El personal facultativo debe mantenerse entrenado en la revisión y utilización de dicho material.
- Es necesaria la organización del personal y la logística para posibles traslados.
- Hay que valorar adecuadamente los síntomas y signos de gravedad ante un paciente con disnea.

- Algoritmo prehospitalario (en el que se incluyan criterios de derivación y cómo derivar) (Fig. 2.1-2).
- Algoritmo manejo hospitalario (Fig. 2.1-3).



ECC: electrocardiograma. TEP: tromboembolismo pulmonar. IOT: intubación orotraqueal.

Figura 2.1-2. Algoritmo prehospitalario.



ECG: Electrocardiograma. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EAP: edema agudo de pulmón. TEP: tromboembolismo pulmonar. TC: tomografía computarizada. OVACE: Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño. HBPM: heparinas de bajo peso molecular.

Figura 2.1-3. Algoritmo del manejo hospitalario.



CONCLUSIONES

- La disnea es, junto con el dolor torácico, uno de los motivos de consulta más frecuente en urgencias, tanto hospitalarias como extrahospitalarias.
- Es la sensación subjetiva de falta de aire y abarca numerosas patologías de diferente índole, por lo que es imprescindible una buena anamnesis y exploración física para llegar a una orientación diagnóstica apropiada.
- Es importante valorar la posibilidad de situaciones de riesgo vital (obstrucción de vía aérea, edema de glotis o neumotórax a tensión) y actuar de forma enérgica e inmediata.
- Antes de iniciar tratamiento sintomático, es conveniente clasificar el grado de disnea.
- El paciente debe estar en un lugar apropiado y debe gestionarse su traslado adecuado en caso de ser necesario.



BIBLIOGRAFÍA

- Bueno H, Lobos JM, Murga N et al. Procesos asistenciales compartidos entre atención primaria y cardiología. Sociedad Española de cardiología y Sociedad española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semFYC ediciones, 2015.
- Casado V, Cerdón F, García Velasco G. Manual de exploración física. Barcelona: semFYC ediciones, 2012.
- Cordero JA, Hormeño R, eds. Manual de urgencias y emergencias. Los 10 problemas que salud que solicitan asistencia urgente. Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Barcelona: semFYC ediciones, 2008.
- Cordero JA, Hormeño R. eds. 30 decisiones rápidas ante situaciones urgentes. Barcelona: semFYC ediciones, 2018.
- Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) - Guía española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. Arch Bronconeumol. 2017;53.
- Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la semFYC. Manual de enfermedades infecciosas en atención primaria. Barcelona: semFYC ediciones, 2017.
- Guía de actuación en Atención Primaria. 4ª edición. Barcelona: semFYC ediciones, 2011.
- Guías para la consulta de atención primaria. Barcelona: Fistera, Elsevier, 2008.
- Jiménez Murillo L. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª ed. Barcelona: Elsevier, 2018.
- Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 19ª ed. New York: McGraw Hill, 2016.
- Marzal Martín D, López-Sendón Hentschel JL, Rodríguez Padial L. Proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardíaca. Sociedad Española de Cardiología. 2016.
- Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clarà P et al. Comité Ejecutivo de la GEMA. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Madrid: Luzán5, 2017.
- Tormo C, Andreu J. Algoritmos de medicina de urgencias: diagramas de flujos a aplicar en situaciones de urgencia. 2ª edición. 2008.