



**Valoración y Manejo
de la Disnea Aguda**

Valoración y Manejo de la Disnea Aguda

9

I	Introducción	1
II	Puerta de Entrada al Protocolo	1
III	Valoración Inicial	1
	Anamnesis	
	Antecedentes Personales	
	Edad	
	Síntomas guía	
	Exploración Física	
	Constantes vitales	
	Estado general	
	Cabeza y cuello	
	Tórax	
	Abdomen	
	Extremidades	
	Exploraciones Complementarias	
IV	Criterios de Gravedad	4
V	Criterios de Derivación Hospitalaria	4
VI	Actitud Terapéutica	5
	Anexo 1. Causas más Frecuentes de Disnea	5

I. Introducción

La **Disnea** es un síntoma que consiste en la sensación subjetiva de “falta de aire”, y que puede expresar una respiración anormal e incómoda (laboriosa, superficial o acelerada), cuyas características pueden variar según la causa que la produzca. No debemos olvidar que 2/3 de los pacientes que presentan disnea, tienen causa pulmonar o cardíaca.

Como la disnea llega a producirse en individuos normales tras ejercicio intenso o sólo moderado, en el caso de individuos no entrenados, únicamente debe considerarse anormal cuando ocurre en reposo o con un grado de actividad física que no deba producirla, siendo su intensidad muy variable según la sensibilidad del paciente.

Existen otros términos que pueden confundirse con disnea, pero que tienen significados claramente diferentes como la **hiperventilación**, que es una respiración excesiva con sensación o no de disnea, **taquipnea**, que es una respiración rápida e **hiperpnea**, que son respiraciones rápidas y profundas.

II. Puerta de Entrada al Protocolo

Todo paciente que acuda a urgencias con disnea de instauración aguda o con incremento rápido de su disnea basal, necesitando un diagnóstico y tratamiento urgente.

III. Valoración Inicial

La valoración inicial debe ir encaminada en un primer momento, a determinar si nos encontramos ante un paciente con fallo respiratorio agudo por la presencia de criterios de gravedad. En estos casos es imprescindible asegurar la permeabilidad de la vía aérea y garantizar una adecuada oxigenación.

Si la disnea debuta sin criterios de gravedad, es necesario realizar una historia clínica más detallada y estableceremos un diagnóstico diferencial que condicionará la actitud terapéutica definitiva.

Anamnesis

Antecedentes Personales

Es importante detectar la presencia de patología respiratoria o cardíaca previa, así como el tratamiento que recibe.

Edad

La edad del paciente nos puede orientar al diagnóstico de presunción, atendiendo a la mayor frecuencia de presentación de las diferentes causas según la edad .

- Lactante: cuerpo extraño, bronquiolitis, epiglotitis, laringitis.
- Escolar: asma, epiglotitis, crup y neumonía.
- Adulto joven: asma, infecciones y traumatismos.
- Adulto-anciano: insuficiencia cardíaca, EAP, enfermedades crónicas, tumores.

Síntomas guía

Existen una serie de síntomas que pueden orientarnos hacia la posible etiología del cuadro disnéico:

- Intensidad de la disnea: inespecífico.
- Ortopnea y disnea paroxística nocturna: cardiopatía.
- Bradipnea: alteraciones del SNC.
- Dolor torácico: cardiopatía isquémica, pericarditis, TEP, neumotórax, derrame pleural, neumonía y traumatismos.
- Fiebre: infecciones.
- Tos: síntoma engañoso y muy inespecífico.
- Expectorcación
 - Purulenta (proceso infeccioso).
 - Sonrosada (insuficiencia cardíaca).
 - Perlada (asma).
 - Hemática (TEP, tumores y TBC).
- Transtornos neuropsíquicos: cefalea, ansiedad, disminución del nivel de consciencia indican gravedad del cuadro.
- Oliguria y edemas: insuficiencia cardíaca izquierda, EPOC, cor pulmonale.

Exploración Física

Constantes vitales

TA, FC, FR, Tª.

Estado general

- Nivel de consciencia.
- Signos cutáneos: palidez, cianosis central y periférica, frialdad, sudoración, tiempo de relleno capilar.
- Frecuencia respiratoria: bradipnea/ taquipnea.

Cabeza y Cuello

- Buscar la presencia de: masas, ingurgitación yugular, enfisema subcutáneo, estridor inspiratorio / espiratorio.

Tórax

- *Inspección:*
 - Uso de musculatura accesoria:
 - Tiraje supraesternoclavicular.

- Tiraje intercostal.
- Aumento de participación de la musculatura abdominal.
- Descoordinación tóraco–abdominal.
- Espiración larga y ruidosa.
- Deformaciones y/o inestabilidad torácica:
 - Alteraciones de la movilidad.
 - Heridas penetrantes.
 - Deformaciones postraumáticas.
- *Palpación:*
 - Puntos dolorosos.
 - Zonas de crepitación subcutánea.
- *Auscultación:*
 - Pulmonar. Comparando siempre ambos hemitórax:
 - Disminución o abolición del murmullo vesicular.
 - Sibilancias de predominio inspiratorio/espírorio.
 - Estertores crepitantes.
 - Cardíaca: Ritmo: rítmico/arrítmico.
 - Frecuencia cardíaca: bradicardia/taquicardia.
 - Otros ruidos: soplos, roces y extratonos.

Abdomen

- Buscar la presencia de puntos dolorosos, defensa o distensión abdominal.

Extremidades

- Valorar la presencia de pulsos periféricos.
- Acropaquias.

Exploraciones Complementarias

Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU)

Valorar la realización de :

- Pulsioximetría.
- Electrocardiograma de 12 derivaciones.
- Glucemia mediante tira reactiva.

Servicio de Urgencias Hospitalarias

Además de lo anterior se realizará:

- Gasometría arterial.
- Radiografías de tórax (PA y lateral).
- Hematimetría, fórmula y recuento leucocitario.
- Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, Na y CPK–MB en sospecha de IAM/angor inestable.
- Valorar dependiendo de la sospecha clínica: ecocardiografía, angiografía, gammagrafía, TAC, broncoscopia.

IV. Criterios de Gravedad

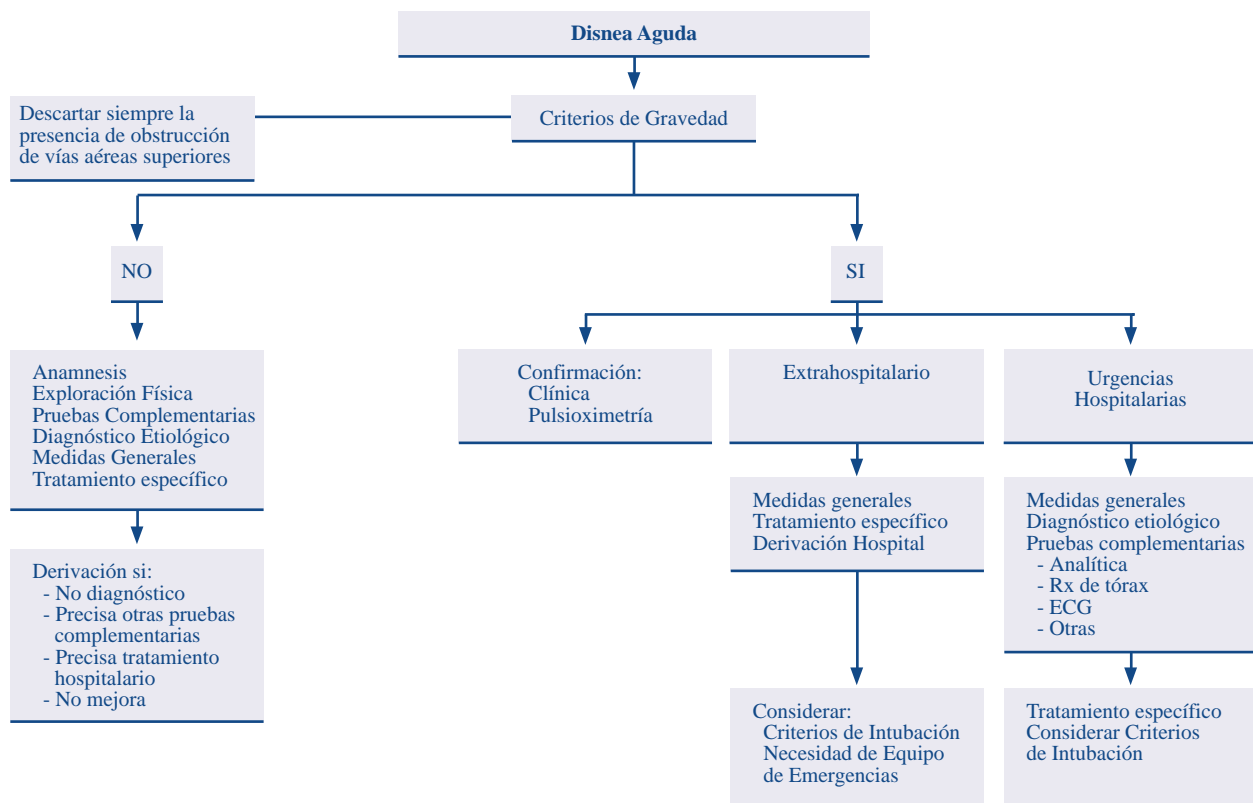
Presencia de **al menos uno** de los siguientes criterios.

- Obnubilación.
- Agitación psicomotriz.
- Cianosis.
- Signos de mala perfusión tisular.
- Imposibilidad de toser o hablar.
- Tiraje intercostal. Participación de musculatura accesoria.
- Incoordinación tóraco–abdominal.
- Frecuencia respiratoria > 30 r.p.m.; FC >125 l.p.m..
- Silencio auscultatorio.
- SaO₂ < 90% con oxigenoterapia .
- PO₂ < 60 mmHg en I.R.A. y PO₂ < 50 mmHg en I.R.C. agudizada.
- pH < 7,25.

V. Criterios de Derivación Hospitalaria

Todos los pacientes **con criterios de gravedad**, deberán ser valorados por el servicio de urgencias hospitalaria, con un tratamiento que garantice el soporte vital avanzado, filiar el origen de dicha disnea e instaurar el tratamiento definitivo en función de la etiología. No debemos olvidar que disnea no es igual a hipoxia (hay pacientes disneicos no hipóxicos y viceversa).

DIAGRAMA 14 MANEJO DEL PACIENTE CON DISNEA AGUDA



VI. Actitud Terapéutica

No es el objetivo de este protocolo, abordar el tratamiento de cada patología, pues este dependerá de la diferente etiología responsable del cuadro. A continuación se indican una serie de medidas generales para todos los pacientes.

Medidas Generales

- Incorporar al paciente 45°.
- Canalización de una vía venosa periférica y/o central con suero glucosado al 5% a ritmo de 7 gotas/minuto.
- Oxigenoterapia: debe de ponerse inmediatamente y no se debe demorar por la gasometría. Como norma, poner mascarilla de efecto Venturi al 24–28% en IRC agudizada y al 50% en IRA.
- Intubación endotraqueal en caso de presentar alguno de los siguientes criterios:
 - Apnea.
 - Escala de Glasgow < 8.
 - Agotamiento físico. Trabajo respiratorio excesivo.
 - FR > 35–40 /min.
 - Respiración caótica o irregular.
 - PO₂ < 50–60 mmHg con oxigenoterapia al 50% y/o PCO₂ > 50 mmHg y pH < 7,2 en IRA.
 - SaO₂ < 90% con oxigenoterapia al 50% en IRA.

ANEXO I

Causas más Frecuentes de Disnea

Obstrucción de vía aérea

Cuerpo extraño, angioedema, estenosis traqueal.

Patología pulmonar o pleural

E.P.O.C, asma (crisis aguda, estatus asmático), infección de vías respiratorias altas y bajas, neumotórax, traumatismo torácico: (neumo–hemotórax, tórax inestable, taponamiento cardíaco), derrame pleural, atelectasias, deformidad de la caja torácica.

Patología cardiovascular

Insuficiencia cardíaca secundaria a cardiopatía isquémica, valvulopatía, cardiopatía hipertensiva, miocardiopatía alcohólica. Arritmias cardíacas. Pericarditis y taponamiento cardíaco. Enfermedad tromboembólica.

Otras causas

Neurosis de ansiedad, alteraciones metabólicas, shock, intoxicación por CO, anemia.