



F. Navarro
© CHBA

DISNEA AGUDA

Concepción de Vera Guillén
Medico Adjunto de Urgencias.
Hospital Universitario Infanta Cristina.
Badajoz

Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

INTRODUCCIÓN

- ▣ Causa muy frecuente de consulta en los servicios de urgencias.
- ▣ Se define:
 - “sensación subjetiva de falta de aire”.
- ▣ Es un *SÍNTOMA*.
- ▣ Puede ser manifestación de enfermedades potencialmente graves.

CLASIFICACIÓN

TIEMPO APARICIÓN

- ▣ **AGUDA**
 - Instauración breve (horas/días)
 - Patología aguda o crónica reagudizada
 - Potencialmente grave
 - Atención urgente y diagnóstico precoz
- ▣ **CRÓNICA**
 - Instauración largo de tiempo (semanas/meses)
- ▣ **CRÓNICA REAGUDIZADA**

FORMA PRESENTACIÓN

- ▣ CONTINUA
- ▣ PAROXÍSTICA
- ▣ DE REPOSO
- ▣ DE ESFUERZO
- ▣ ORTOPNEA (en decúbito)
- ▣ TREPOPNEA (en decúbito lateral)
- ▣ PLATIPNEA (en posición erecta)

CLASIFICACIÓN

RELACIÓN CON ACTIVIDAD FÍSICA:

- ▣ CLASE I
 - ausencia de síntomas con actividad habitual
- ▣ CLASE II
 - síntomas con actividad moderada
- ▣ CLASE III
 - síntomas con escasa actividad
- ▣ CLASE IV
 - síntomas en reposo

(Clasificación NYHA)

ETIOLOGÍA

▣ ORIGEN RESPIRATORIO:

- obstrucción de vía aérea extratorácica (cuerpos extraños, edema de glotis)
- obstrucción vía aérea intratorácica (broncoespasmo)
- enfermedades del parénquima pulmonar (atelectasia, neumonía)
- Embolia pulmonar
- Enfermedades de la pleura (derrame y neumotórax)

ETIOLOGÍA

- ▣ *ORIGEN CARDÍACO:*
 - Insuficiencia cardiaca congestiva
 - Cardiopatía isquémica
 - Arritmias
 - Pericarditis
 - Edema agudo de pulmón
 - Valvulopatías

- ▣ *ORIGEN MECÁNICO:*
 - Contusiones
 - Fracturas costales
 - Volet costal

ETIOLOGÍA

▣ ORIGEN METABÓLICO:

- Anemia
- Acidosis metabólica
- Fiebre
- Hipertiroidismo

▣ ORIGEN PSICÓGENO:

- Ansiedad con hiperventilación

VALORACION INTEGRAL EN URGENCIAS

ESTABILIDAD HEMODINÁMICA

SIGNOS ALARMA

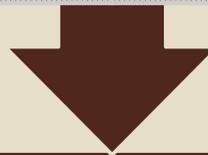
ANAMNESIS
E. FISICA Y P.COMPLEMENTARIAS



OXIGENOTERAPIA

INTUBACIÓN

ANAMNESIS
E. FISICA Y P.COMPLEMENTARIAS



DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

P.CARDIACA

P.METABÓLICA

P.PULMONAR

P.PSICÓGENA

Curso de Urgencias para residentes

Badajoz, mayo/junio 2017

SIGNOS DE ALARMA

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

- TAQUIPNEA
- TIRAJE
- USO DE MUSCULATURA ACCESORIA

SHOCK

- HIPOPERFUSIÓN: CIANOSIS/PALIDEZ/SUDORACIÓN
- NIVEL CONCIENCIA: SOMNOLENCIA/AGITACIÓN
- TAQUICARDIA/BRADICARDIA

AUSCULTACIÓN

- SILENCIO AUSCULTATORIO
- ESTRIDOR

SÍNTOMAS ASOCIADOS

- DOLOR TORÁCICO
- CORTEJO VEGETATIVO (NÁUSEAS, VÓMITOS)

• SÍNCOPE

Curso de Urgencias para residentes.

Badajoz, mayo/junio 2017

ANAMNESIS

- ▣ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES
 - historia respiratoria
 - enfermedades subyacentes
 - ▣ cardiacas
 - ▣ vasculares

- ▣ FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
 - HTA
 - DM
 - HPL

- ▣ HÁBITOS TÓXICOS
 - fumador
 - drogas de abuso

ANAMNESIS

▣ ENFERMEDAD ACTUAL:

- Inicio de la clínica
 - ▣ Súbito/Progresivo/Intermitente
- Características de la disnea
 - ▣ Ortopnea/DPN/trepopnea/platipnea
- Síntomas acompañantes
 - ▣ **Tos**/fiebre/edemas en MMII/dolor torácico
- Factores precipitantes
 - ▣ **Reposo**/viajes
 - ▣ ingesta cuerpo extraño/c.catarral/inhalación de gases
 - ▣ traumatismo
 - ▣ situación emocional especial

EXPLORACIÓN FÍSICA

▣ Signos que predicen fracaso ventilatorio inminente

○ **SIGNOS DE ALARMA**

- Fracaso muscular respiratorio
- Taquipnea progresiva
- Disminución amplitud respiración
- Incoordinación toracoabdominal
- Depresión abdominal en inspiración

EXPLORACIÓN FÍSICA

▣ E. GENERAL

- Nivel de consciencia
- Utilización m. accesoria
- Coloración piel y mucosas
- Tolerancia al decúbito
- Hematomas/heridas

▣ SIGNOS VITALES

- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca y respiratoria
- Temperatura
- **Saturación de O2**

GRAVEDAD

Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

EXPLORACIÓN FÍSICA

▣ AUSCULTACIÓN PULMONAR:

- Ambos campos pulmonares comparados
- Murmullo vesicular
- Ruidos sobreañadidos
- Vibraciones

▣ AUSCULTACIÓN CARDÍACA

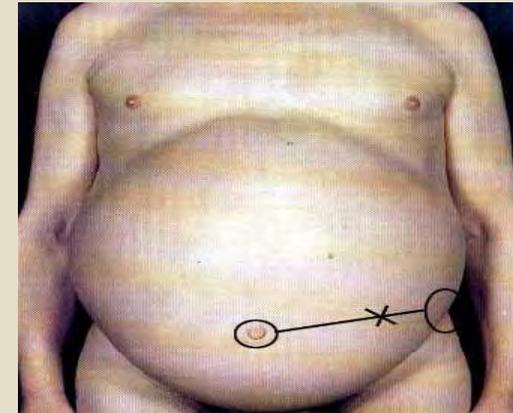
- Ritmo
- Frecuencia
- Tonos
- soplos



EXPLORACIÓN FÍSICA

▣ EXPLORACIÓN ABDOMINAL

- Ascitis/edema pared
- Distensión abdominal
- Hepatomegalia



▣ MIEMBROS INFERIORES

- Edemas
- Patología vascular
- Lesiones dérmicas



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

▣ ECG

- Necesario en TODOS los paciente con disnea
- Valorar:
 - ▣ Ritmo
 - ▣ Frecuencia
 - ▣ Eje
 - ▣ Signos de isquemia
 - ▣ Bloqueos
 - ▣ Sobrecargas e hipertrofias

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

▣ GASOMETRIA ARTERIAL

- Realizar de forma basal, en pacientes seleccionados.

- Nos informa de:
 - ▣ Insuficiencia respiratoria

 - ▣ Alteración ventilación/perfusión

 - ▣ Intoxicación por monóxido de carbono

 - ▣ Alteraciones del equilibrio ácido-base

VALORES NORMALES G. ARTERIAL

PaO₂ > 80 mm Hg

disminuye con la edad

PaCO₂ 35-45 mm Hg

no se modifica con la edad

pH: 7,35-7,45

S_O2 > 90%

94-99%

disminuye con la edad

Carboxihemoglobina (1-5)

aumenta en fumadores

intoxicación por humo

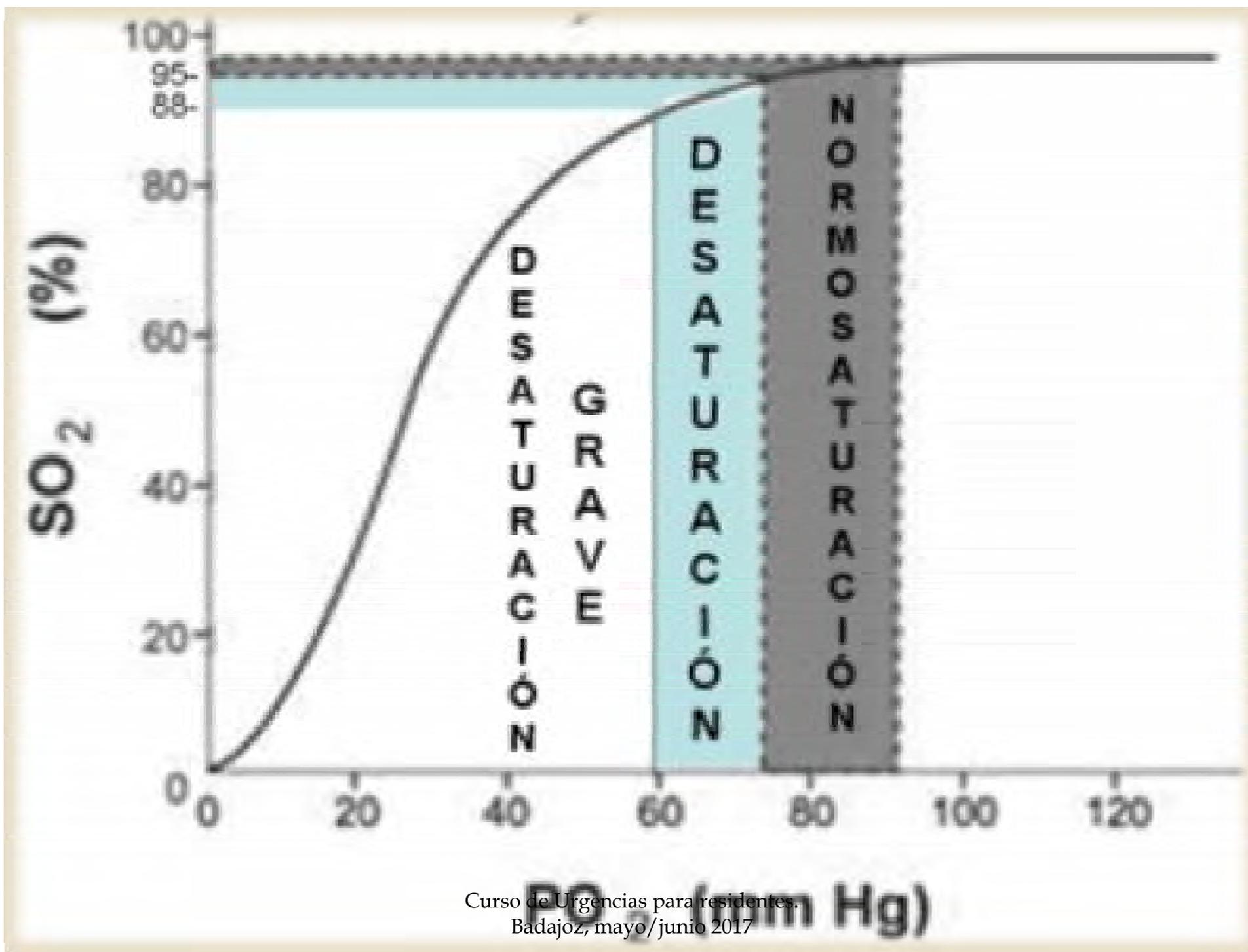
HCO₃: 22-26 meq/l

Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

▣ PULSIOXIMETRÍA

- Útil, rápida, no invasiva
- Eficaz para saturaciones 80-100%
- Menos fiable:
 - ▣ Anemia grave
 - ▣ Mala perfusión periférica
 - ▣ Luz ambiental intensa
 - ▣ Obstáculos a la absorción de la luz(esmalte, hiperpigmentación de la piel)



Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

▣ HEMOGRAMA

- Poliglobulia → fumadores → I.Respiratoria Crónica
- Anemia
- Leucocitosis/leucopenia → infección/ sepsis

▣ BIOQUÍMICA

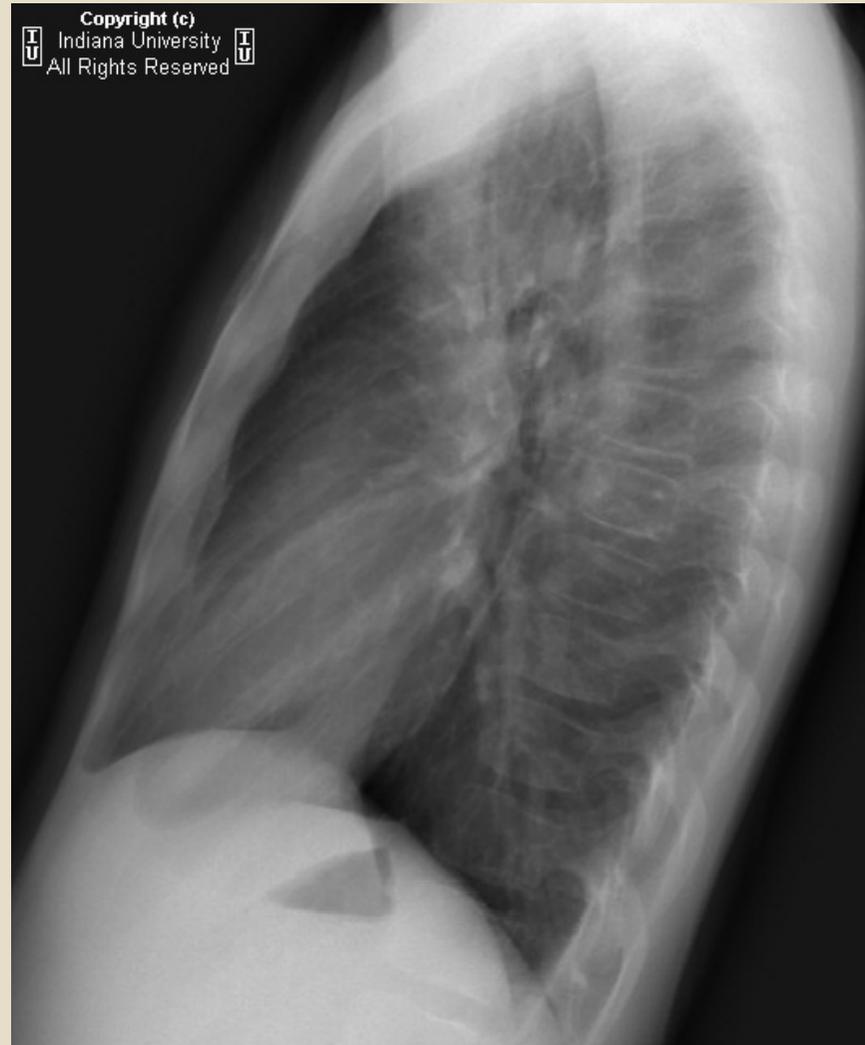
- Glucosa
- Urea/ creatinina
- Sodio/ potasio
- CPK / Troponina I → lesión miocárdica

▣ COAGULACIÓN

- Dímero D → T.E.P → Valor predictivo negativo

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ▣ RADIOGRAFÍA DE TÓRAX
 - **Imprescindible:**
 - Para orientar diagnóstico.
 - Valorar severidad de cuadro.
 - Evolución.
 - Complicaciones de maniobras terapéuticas .
 - Proyecciones:
 - ▣ PA y Lateral
 - ▣ AP con portátil



Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

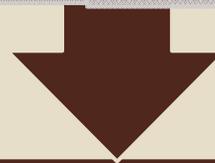
- ▣ Gammagrafía V/P
- ▣ TAC de Tórax
- ▣ Ecocardiografía
- ▣ Toracocentesis diagnóstica

TRATAMIENTO

ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA

PERMEABILIDAD VIA AEREA
CABECERO ELEVADO

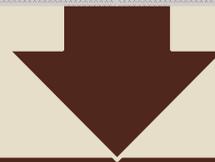
MONITORIZACIÓN CONSTANTES



OXIGENOTERAPIA

ADMINISTRACIÓN/GRAVEDAD

AEROSOLTERAPIA



VIA VENOSA

FLUIDOTERAPIA

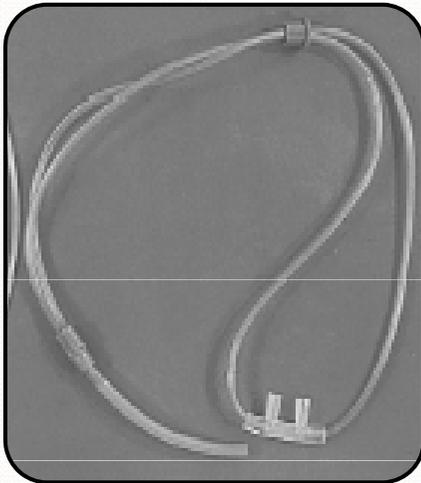
Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

OXIGENOTERAPIA

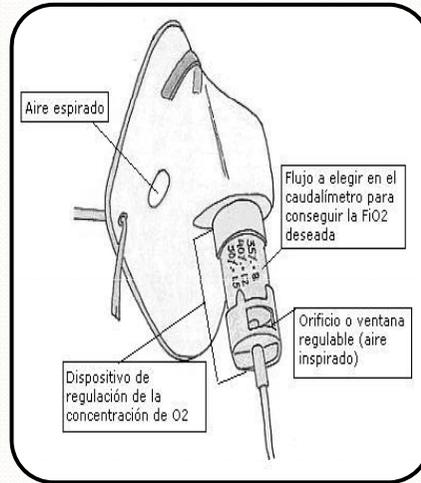


Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017



**GAFAS
NASALES**

1-3 litros
Comodidad
Permiten
alimentación



**MASCARILLA
VENTURI
(Ventimask)**

3-15 litros
De elección en
Insuficiencia
respiratoria
aguda



**MASCARILLA
CON
RESERVORIO**

FiO2 0.80



**VENTILACION
MECANICA:**

FiO2 1
Sustitución
artificial de
función
pulmomar

VM no invasiva
VM invasiva

TRATAMIENTO

ESPECIFICO

Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

BRONCODILATADOR

- ANTICOLINÉRGICOS

BROMURO DE IPRATROPIO (ATROVENT)
500 MCRG/6-8 HORAS (> 12 AÑOS)

- AGONISTA B2 ADRENÉRGICOS

SALBUTAMOL (VENTOLÍN)
0..5CC-1CC/4-6 HORAS

CORTICOIDES

- BUDESONIDA (PULMICORT)

NEBULIZACIÓN EN LARINGITIS

- METILPREDNISONA

URBASÓN/ SOLU-MODERÍN
VIA PARENTERAL
DOSIS INICIO: 1-2 MG/D
MANTENIMIENTO: 2-4 MG/KG

- ACTOCORTINA

PARENTERAL
DOSIS INICIO:4-8 MG/KG
MANTENIMIENO:6-8 MG/KG/D

DIURÉTICOS

- INSUFICIENCIA CARDÍACA
- VIA PARENTERAL U ORAL
- *FUROSEMIDA (SEGUROL)*

ANTIBIÓTICOS

- EN INFECCIÓN RESPIRATORIA
- ELECCIÓN INDIVIDUALIZADA

HBPM

- ***TEP***
 - Dosis: 1 mg/Kg/12 horas
 - Vía subcutánea
- ***PROFILAXIS EN ENFERMEDAD TV***
 - Dosis: 0.5-1mg/Kg/24 horas

CASO CLÍNICO 1

- ▣ Varón de 36 años. Refiere desde hace una semana malestar general, tos con expectoración purulenta, febrícula, astenia y adelgazamiento de unos 5Kg. No dolor torácico, ni disnea.
- ▣ Fumador de 40 cigarrillos/día.
- ▣ PA 107/68 Fc 98 T^a 37,2°C SatO₂ 94% Fr 20 rpm.
- ▣ Consciente y orientado. Muy delgado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo.
- ▣ AC: rítmica sin soplos. AP: crepitantes en hemitórax izquierdo. Resto anodino.



Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

CASO CLÍNICO 1

- ▣ Juicio Diagnóstico: NEUMONÍA en LSI.

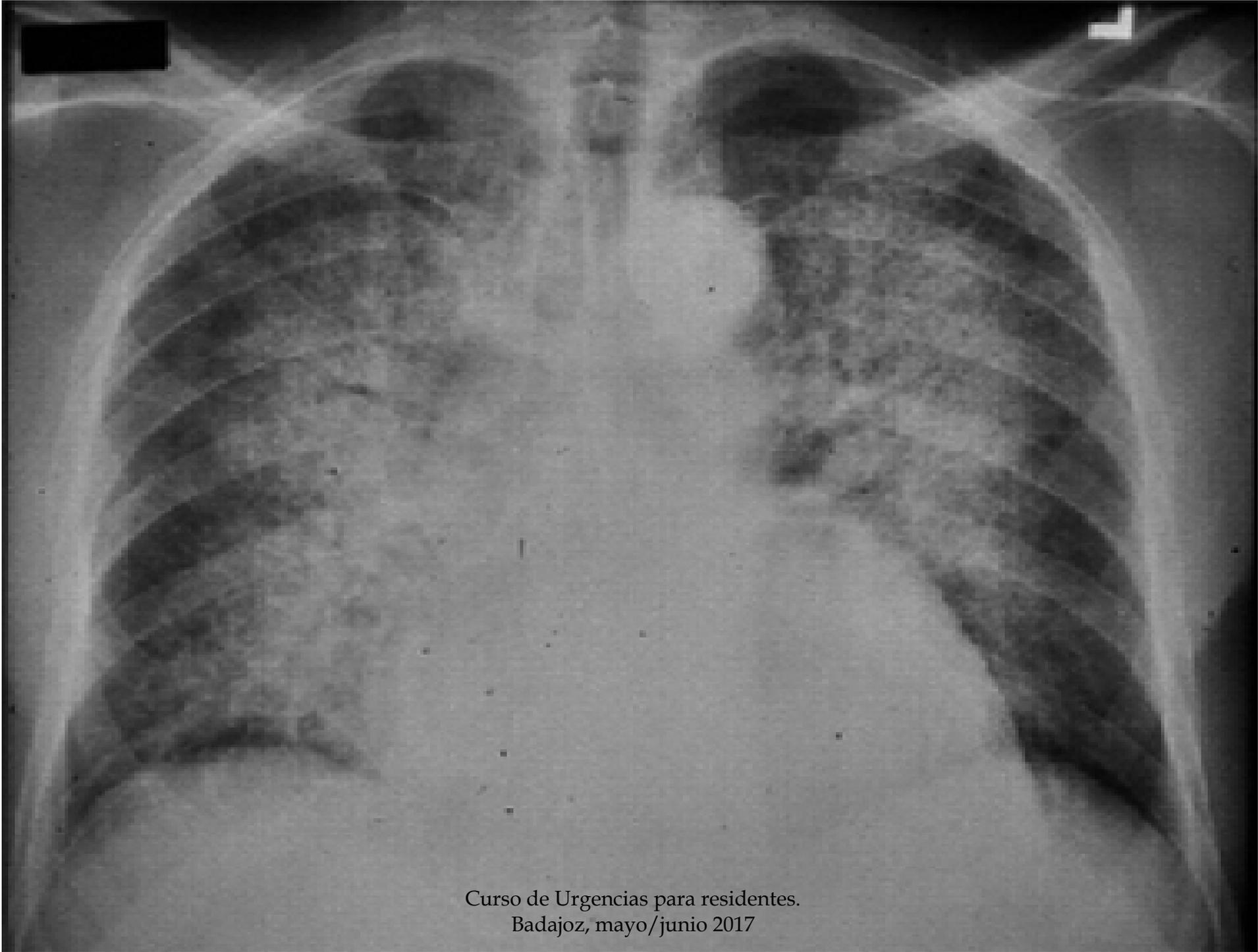
- ▣ Actitud: tratamiento antibiótico y sintomático.

- ▣ Valorar morbimortalidad:
 - Escala Fine / CURB 65

 - Ingreso / alta a domicilio

CASO CLÍNICO 2

- ▣ Varón de 62 años. Acude a urgencias por disminución de diuresis, edemas en miembros inferiores y “fatiga” nocturna desde hace 2 días.
- ▣ TA: 158/97 Fc: 86lpm T^a 36.3°C SatO₂ 90%
- ▣ Taquipneico en reposo. No tolera decúbito. Normohidratado. Cianosis periférica.
AC: rítmico, soplo sistólico panfocal.
AP: disminución del murmullo. Crepitantes bilaterales.
Abdomen: sin hallazgos. MMII: edemas con fóvea hasta las rodillas.



Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

CASO CLINICO 2

- ▣ Juicio diagnóstico: **EDEMA AGUDO DE PULMÓN**

- ▣ Actitud terapéutica:
 - Medidas generales: incorporar cama. Oxigenoterapia alto flujo, sondaje vesical.

 - Control estricto constantes: TA, satO₂, diuresis.

 - Tratamiento específico: diuréticos, nitroglicerina...

CASO CLÍNICO 3

- ▣ Mujer de 72 años con disnea progresivamente en aumento de dos semanas de evolución asociada a hematuria sin clínica miccional.
- ▣ PA 134/70 Fc 96 T^a 36.4° SatO2 80% Fr 28
- ▣ Taquipnea sin tiraje . AC: normal AP: hipofonesis generalizada. Abdomen: doloroso en hipogastrio. MMII: no edemas
- ▣ Hematuria franca en muestra de orina.

D



Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

CASO CLÍNICO 3

- ▣ Juicio diagnóstico:

METÁSTASIS PULMONARES (“suelta de globos”)

- ▣ Probable Carcinoma vesical.

- ▣ Actitud terapéutica:

- Medidas generales: oxigenoterapia
- Morfina si precisa.
- Ingreso para completar estudio.
- Tratamiento específico de la causa.

CASO CLÍNICO 4

- ▣ Varón de 20 años sin antecedentes de interés. Consulta por cuadro febril, dolor pleurítico intenso de 1 semana de evolución que no mejora con antibióticos y astenia.
- ▣ TA 123/70 T^a 37.6° Fc: 105 SatO₂ 98%
- ▣ Normohidratado y perfundido. Afectado por el dolor.
AC: rítmico, sin soplos.
AP: hipofonesis base izquierda.
ABD: normal. MMII: sin hallazgos.



Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017

CASO CLÍNICO 4

▣ Juicio clínico:

DERRAME PLEURAL IZQUIERDO, de probable origen infeccioso.

▣ Actitud terapéutica:

- Medidas generales: tratamiento sintomático.
- Toracocentesis diagnóstica.
- Tratamiento específico.

VALORACIÓN INTEGRAL EN URGENCIAS

- ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES
- FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
- HÁBITOS TÓXICOS
- E. ACTUAL

ANAMNESIS

- SIGNOS DE ALARMA
- CONSTANTES VITALES
- E.GENERAL
- ACP
- M. INFERIORES

E. FÍSICA

- ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA
- OXIGENOTERAPIA
- ACCESO VENOSO
- TTO ESPECÍFICO

TRATAMIENTO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ECG
- GASOMETRÍA
- RX TÓRAX
- LABORATORIO

M
U
C
H
A
S



G
R
A
C
I
A
S

Curso de Urgencias para residentes.
Badajoz, mayo/junio 2017