

AUTOR: Eliseo Zaragoza Noguera

1. DEFINICIÓN

Respiración anormal o dificultosa con percepción de mayor trabajo respiratorio que se instaura en un periodo breve de tiempo.

Es un síntoma subjetivo que el paciente define como “falta de aire”, y que puede aparecer en reposo, tras actividad física leve o moderada, cambios en el estado de ánimo o tras disfunción de órganos.

Se puede clasificar según distintos criterios (Tabla 1):

Tiempo de aparición	- Aguda o reciente: aparición en minutos, horas o días - Crónica o progresiva: aparición en semanas o meses - Crónica agudizada (considerar como aguda a efectos prácticos)	
Distribución en el tiempo	- Continua - Paroxística - De reposo - De esfuerzo	
Posición corporal	ORTOPNEA	Decúbito supino
		En IC, parálisis diafragmática y reflujo gastroesofágico
	TREPOPNEA	Decúbito lateral
		En hemiparálisis diafragmática, derrame pleural unilateral e IC
	PLATIPNEA	Al adoptar posición vertical
		En Shunt derecha-izquierda, síndrome hepato-pulmonar o pérdida de tono de la musculatura abdominal
	DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA	Durante el descanso nocturno obligando a sentarse y permanecer erguido
		En IC
	BENDOPNEA	Al inclinarse hacia delante (ponerse zapatos o calcetines)
En IC avanzada		

Tabla 1.	Clasificación de la disnea en función de distintos criterios.
IC: Insuficiencia cardiaca	

Su importancia viene dada por su potencial desenlace fatal, por lo que es necesario un diagnóstico y, si precisa, tratamiento precoces.

04/12/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 AENOR Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 AENOR Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 1 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



2. ATENCIÓN INICIAL TELEFÓNICA

PALABRAS CLAVE	RECOMENDACIONES DESDE CCU
Dificultad Respiratoria Fatiga Ahogo	Preguntar si tiene disponibilidad de un pulsioxímetro para la toma de saturación de oxígeno. Indicar al llamante que el paciente debe estar en reposo, lo más incorporado posible, según tolerancia.

Es importante preguntar si la instauración ha sido brusca, cuánto tiempo lleva con la disnea y estado de consciencia. En caso de inicio agudo y/o disnea de corta duración e intensa, o deterioro del estado neurológico, el CCU catalogará el aviso como A1 y movilizará una UME. En caso contrario se puede movilizar otro recurso.

Posteriormente el CCU, en la medida de lo posible, puede recabar información sobre antecedentes personales (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica –EPOC-, Asma, Cardiopatía, infecciones, situación de cuarentena por contacto con positivo COVID19...), situación basal, edad, y dar recomendaciones de tratamiento según la posible etiología, como postura, toma de broncodilatadores, uso de cafinitrina, etc.

3. RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA EL ACCESO AL LUGAR DEL ACCIDENTE

La fase de aproximación se corresponde con el acceso al lugar del suceso por el camino más seguro y rápido, de tal forma que a la llegada de los equipos intervinientes al punto de asistencia, éstos deben adoptar todas las medidas de protección, tanto activas (rotativos luminosos) como pasivas (guantes, chaleco reflectante, gafas de protección, etc.), necesarias para garantizar su propia seguridad.

Es importante informar de los estados de activación de cada unidad asistencial. En Murcia utilizamos el código del sistema TETRA a través de la emisora. En las unidades que no cuenten con sistema TETRA, se darán los estados a través de línea baja o emisora analógica.

Numero	Descripción
1	ACTIVADO
2	LLEGADA AL LUGAR DEL AVISO
3	EN CARGA PARA TRASLADO AL HOSPITAL
4	LLEGADA AL HOSPITAL
5	LIBRE DISPONIBLE

04/12/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 2 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



En la actualidad se está implantando un sistema de PDA que realiza una localización de la unidad asistencial a través de la aplicación “112 Región de Murcia”. Dicha aplicación geoposiciona la unidad, cambia automáticamente los estados y aporta datos relevantes sobre el suceso ocurrido, facilitando así la preparación del equipo y de los materiales.

4. EVALUACIÓN INICIAL

4.1 EVALUACIÓN RÁPIDA ABCD

4.2 RECOGIDA DE DATOS DE FILIACIÓN COMPLETOS

4.3 ANAMNESIS (Tabla 2):

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	- Historia familiar de enfermedades respiratorias y cardíacas. - Antecedentes personales de enfermedades respiratorias, cardíacas y factores de riesgo cardiovascular. - Escalas de medida de disnea (ANEXO I). - Episodios anteriores: causa, frecuencia, duración, severidad, desencadenantes y factores que lo alivian. - Tratamiento previo, en particular tratamiento empleado en situaciones agudas, así como la respuesta al mismo.
CLÍNICA	- Su forma de presentación es variable, desde episodio agudo con grave deterioro respiratorio y hemodinámico a presentación progresiva con empeoramiento en horas o días, o empeoramiento de su disnea habitual - Inicio: súbito, progresivo, intermitente - Características: posición, disnea paroxística nocturna, relación con actividad física, intensidad,... - Factores desencadenantes: fármacos (antiarrítmicos, sedantes, opioides,...), emociones (miedo, ansiedad,...), ejercicio físico, infecciones, fiebre, tóxicos, vómitos (broncoaspiración), cuerpos extraños, inhalación de gases, traumatismos,... - Los síntomas varían según el mecanismo subyacente y momento evolutivo: ➤ Disnea, taquipnea ➤ Uso de musculatura accesoria, asincronía respiratoria con respiración paradójica abdominal

04/12/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 3 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



- Tos: seca o húmeda, características del esputo
- Fiebre
- Dolor torácico
- Edemas de miembros inferiores
- Alteraciones neurológicas: somnolencia, inquietud
- Cianosis central
- Parada respiratoria

Tabla 2. Anamnesis en Disnea Aguda

4.4 EXPLORACIÓN FÍSICA (Tabla 3) Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (Tabla 4):

EXPLORACIÓN FÍSICA	
CONSTANTES VITALES	TA, FC, FR, Tª y SpO2
INSPECCIÓN	- Tipo de respiración, uso de musculatura accesoria, respiración paradójica - Coloración de piel y mucosas, estado de perfusión cutánea - Tolerancia al decúbito - Ingurgitación yugular - Traumatismos
AUSCULTACIÓN CARDIACA	Ritmo cardiaco, soplos, roce pericárdico
AUSCULTACIÓN PULMONAR	- Estertores, roncus, crepitantes, sibilancias - Distribución (diseminados, aislados) - Intensidad - Duración (momento del ciclo respiratorio) - Hipoventilación/silencio auscultatorio
PULSOS PERIFÉRICOS Y CENTRALES	Pulso carotídeo y/o radial: regularidad/intensidad
EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA	Nivel de consciencia
EXPLORACIÓN ABDOMINAL	Ascitis, distensión abdominal, hepatomegalia
MIEMBROS INFERIORES	Edemas, patología vascular

Tabla 3. Exploración física.

FC: Frecuencia cardiaca; FR: Frecuencia respiratoria; SpO2: Saturación de Oxígeno; Tª: Temperatura; TA: Tensión arterial

04/12/2020

Página 4 de 14

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:
Director Gerente 061.
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS. Para detectar IR y confirmar o descartar el diagnóstico sindrómico	
PULSIOXIMETRÍA	- Eficaz para saturaciones entre 80% y 100%. Una SpO2 del 90% equivale a oxemia de 60 mmHg - Es menos fiable si existe anemia grave (Hb<5gr/dl), mala perfusión periférica, luz ambiental intensa (infrarrojos, fluorescentes, xenón), obstáculo a la absorción de la luz (laca uñas, hiperpigmentación de la piel, dishemoglobinemias (carboxiHb))
ECG 12 DERIVACIONES	Identificar trastornos del ritmo cardíaco, isquemia, TEP, taponamiento cardíaco,...
MONITORIZACIÓN	- ECG, de doce derivaciones si causa cardíaca - TA, FC, FR, SpO2 y capnografía
CAPNOGRAFÍA	- Monitorización dinámica del estado ventilatorio - Eficaz en diagnóstico sindrómico, diferenciar el tipo de IR, estado clínico del paciente, respuesta al tratamiento, ayuda para la decisión de IOT - Diferencia entre EtCO2 y PaCO2 es de 0-5 mmHg
Tabla 4. Exploraciones complementarias. ECG: Electrocardiograma; FC: Frecuencia cardíaca; FR: Frecuencia respiratoria; TA: Tensión arterial; IOT: Intubación orotraqueal; TEP: Tromboembolismo pulmonar; IR: Insuficiencia respiratoria; mmHg: milímetros de mercurio; SpO2: Saturación de oxígeno; Hb: Hemoglobina	

4.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (Tabla 5)

CAUSAS DE DISNEA AGUDA	
Causas frecuentes: IC descompensada; Neumonía, EPOC agudizado; Asma exacerbado; TEP En niños: Bronquiolititis; Crup; Epiglotitis; Crisis de asma; Aspiración de cuerpo extraño	
VÍA AÉREA SUPERIOR	CARDIOCIRCULATORIAS
- Angioedema y anafilaxia - Infecciones faríngeas y cervicales profundas - Cuerpo extraño - Trauma cervical - Trauma de VA: sospechar fractura de laringe si disnea en contexto de dolor de cuello severo y disfonía postraumática - Epiglotitis - Crup	- SCA - IC descompensada y EAP - Arritmias - Taponamiento cardíaco - Derrame Pericárdico/Pericarditis - Valvulopatías - Miocardiopatías

04/12/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 5 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



RESPIRATORIAS	TÓXICO-METABÓLICAS
- EPOC reagudizado - Asma exacerbado/Broncoespasmo - TEP - Neumotórax - Infección respiratoria/Neumonía/Atelectasia - Neoplasia de pulmón - SDRA - Contusión pulmonar - Hemorragia alveolar - Derrame pleural	- Fiebre - Sepsis - Anemia - Acidosis (CAD,...) - Hipertiroidismo - Monóxido de carbono - Organofosforados - Salicilatos - Otros tóxicos
PARED TORÁCICA	NEUROLÓGICAS
- Contusión/Fracturas costales - Volet costal	- ACVA - Enfermedades neuromusculares
MISCELÁNEA	
- Hiperventilación alveolar - Ansiedad - Neumomediastino - Procesos intraabdominales/Ascitis	- Embarazo - Obesidad mórbida - Síndrome torácico agudo (drepanocitosis)
Tabla 5. Diagnóstico diferencial. ACVA: Accidente cerebrovascular agudo; CAD: Cetoacidosis diabética; EAP: Edema agudo de pulmón; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: Insuficiencia cardíaca; SCA: Síndrome coronario agudo; SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo; TEP: Tromboembolismo pulmonar	

4.5 DIAGNÓSTICO O APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

- El objetivo inicial y principal es identificar signos y síntomas que originan insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica, ya que orientan sobre la gravedad de la disnea y ponen en peligro la vida del paciente (Tabla 6).

SIGNOS DE GRAVEDAD	- Síncope - Dolor Torácico - Hipoxia (SpO₂<90%) - Hipotensión(TAS<90mmHg) o HTA - Taquicardia (FC>120lpm) o bradicardia - Síntomas Vegetativos: náuseas, vómitos, sudoración profusa - Signos de IR: taquipnea (>30rpm), cianosis, estridor, tiraje intercostal o supraclavicular, uso de musculatura accesoria - Silencio auscultatorio - Signos de bajo GC: mareo, palidez, mala perfusión periférica
--------------------	--

04/12/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 6 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



	- Arritmicidad del pulso - Habla entrecortada, intolerancia al decúbito¹
FRACASO VENTILATORIO INMINENTE	- Fracaso de la musculatura respiratoria - Taquipnea progresiva - Disminución de la amplitud respiratoria - Incoordinación toraco-abdominal - Depresión abdominal durante la respiración
SIGNOS DE RIESGO VITAL	- Deterioro del nivel de consciencia - Bradipnea - Bradicardia extrema - Taquipnea ≥ 40rpm - Instauración aguda - Respiración irregular - Parada respiratoria
Tabla 6. Signos de gravedad, fracaso ventilatorio inminente y signos de riesgo vital. FC: Frecuencia cardiaca; GC: Gasto cardiaco; HTA: Hipertensión arterial; IR: Insuficiencia respiratoria; lpm: latidos por minuto; rpm: respiraciones por minuto; SpO2: Saturación de oxígeno; TAS: Tensión arterial sistólica. ¹Excepto Sd hepato-pulmonar, están mejor en decúbito	

- Las enfermedades más frecuentes que producen disnea e inestabilidad hemodinámica son:

- SDRA
- TEP
- Neumotórax a tensión
- EAPC
- Volet costal

- Posteriormente se busca la causa desencadenante, siendo la clínica y exploración física los elementos fundamentales para el diagnóstico diferencial (Tabla 7):

04/12/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 7 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



ENTIDAD	SÍNTOMAS CLAVES	EXPLORACIÓN FÍSICA
Obstrucción vía aérea superior	- Disnea inspiratoria brusca - Voz gangosa o disfonía - AP: Alteración motilidad esofágica, disfagia, anillo de Schatski,...	- Estridor - Retracción de fosas claviculares - Disminución MVN
Fractura de Laringe	- Trauma cuello - Disfonía postraumática	- Dolor cuello severo
Angioedema	- Inflamación labios, lengua, faringe y laringe	- Afectación piel no pruriginosa
Anafilaxia	- Inflamación VA superior y /o lengua, oclusión VA - Antecedente de exposición a alérgeno	- Afectación de piel y mucosas - Compromiso cardiovascular y gastrointestinal
Crisis Asma	- Antecedentes previos - Opresión torácica	- Tos paroxística - Dificultad para hablar
Exacerbación EPOC	- Antecedentes de EPOC y/o tabaquismo - Aumento de la tos, cantidad y purulencia del esputo	- Sibilancias y espiración alargada/Silencio auscultatorio - Taquipnea - Tiraje
Neumonía	- Tos - Dolor pleurítico	- Roncus - Disminución MVN
TEP	- Inicio brusco - Dolor pleurítico - Toma de ACHO	- AP: Fracturas previas - Embarazo
IC aguda/EAP	- Disnea de reposo - Expectoración rosada	- DPN y ortopnea - Sudoración profusa

CRITERIOS DE WELLS*:

Datos sugestivos de TVP:	3	Inmovilización≥3d;Cirugía≤4semanas	1.5
No diagnóstico alternativo:	3	Hemoptisis:	1
FC>100lpm:	1.5	Malignidad:	1

04/12/2020

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ªPlanta
30005 Murcia



Puesto y firma:
Director Gerente 061.
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)

Página 8 de 14



Una copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>

SCA	- Dolor torácico típico - Síntomas vegetativos	
Taponamiento Cardíaco	- Dolor torácico - Empeoramiento en decúbito	- Hipotensión arterial - Tonos cardíacos apagados - Ingurgitación yugular - Roce
Neumotórax	- Disnea y dolor pleurítico súbito - AP: joven, delgado, tabaco, trauma o cirugía reciente,...	- Taquipnea - Timpanismo - Disminución del murmullo alveolar
Acidosis Metabólica	- Deterioro del nivel de consciencia	- Taquipnea
Disnea Psicógena (Diagnóstico por exclusión)	- Intranquilidad/Nerviosismo - Mareo - Parestesias EESS, EEII y peribucal - Dolor torácico atípico - Suspiros	- Espasmo carpopedal - Patrón respiratorio irregular - MVN normal

Tabla 7. Elementos clave en el diagnóstico diferencial de las causas más frecuentes de disnea aguda.

AP: Antecedentes personales; ACHO: Anticonceptivos hormonales orales; DPN: Disnea paroxística nocturna; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EEII: Extremidades inferiores; EESS: Extremidades superiores; FC: Frecuencia cardíaca; IC: Insuficiencia cardíaca; MVN: Murmullo vesicular normal; SCA: Síndrome coronario agudo; TEP: Tromboembolismo pulmonar; TVP: Trombosis venosa profunda; VA: Vía aérea

*Criterios de Wells: >2 (baja probabilidad); >2 y <6 (probabilidad media); >6 (alta probabilidad)

Códigos CIE asociados a DISNEA

786.09 Disnea y Anomalías Respiratorias

780.7 Astenia/Malestar y Fatiga

04/12/2020

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:
Director Gerente 061.
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)

Página 9 de 14



La copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>

5. TRATAMIENTO

- El objetivo inicial y principal es mantener la estabilidad hemodinámica y respiratoria, identificando síntomas y signos que obliguen a IOT.

5.1 MEDIDAS GENERALES:

- Posición del paciente. Generalmente se deben incorporar, incluso sentar, aunque esto depende de la causa subyacente.
- Monitorización cardiorrespiratoria.
- Vía venosa para hidratación y estabilización hemodinámica.
- Control de la fiebre.
- Evitar fármacos depresores del sistema nervioso central.
- Profilaxis de enfermedad tromboembólica y hemorragia digestiva.

5.2 MEDIDAS ESPECÍFICAS:

5.2.1 CONTROL DE LA VÍA AÉREA. Mantener permeable la vía aérea (posición, aspiración de secreciones), valorar cánula orofaríngea e IOT.

5.2.2 CORREGIR HIPOXEMIA. Usar la menor FiO2 necesaria para asegurar el objetivo de SpO2:

- Objetivo SpO2 > 90-95%, incluso en pacientes con hipercapnia crónica.
- Si disnea leve, incluso con SpO2 normal podemos usar gafas nasales 2lpm.
- En SCA sólo O2 si SpO2 <95%.

5.2.3 CORREGIR HIPERCAPNIA CON SOPORTE VENTILATORIO: Uso de ventilación mecánica (VM) si está indicada.

- No Invasiva: ICA (CPAP de elección, también puede usarse BIPAP, sobre todo si presentan hipercapnia) y EPOC (BIPAP). Resto patologías no claro, siendo preferible, generalmente, usar BIPAP si decidimos aplicar VMNI.
- Invasiva: La hipercapnia suele ser criterio de fatiga muscular e indicación urgente de IOT y VM.

5.3 TRATAMIENTO ETIOLÓGICO: (Ver protocolo específico)

- Precoz, de su control dependerá la agresividad de las medidas anteriores.
- Descartar causas potencialmente reversibles:

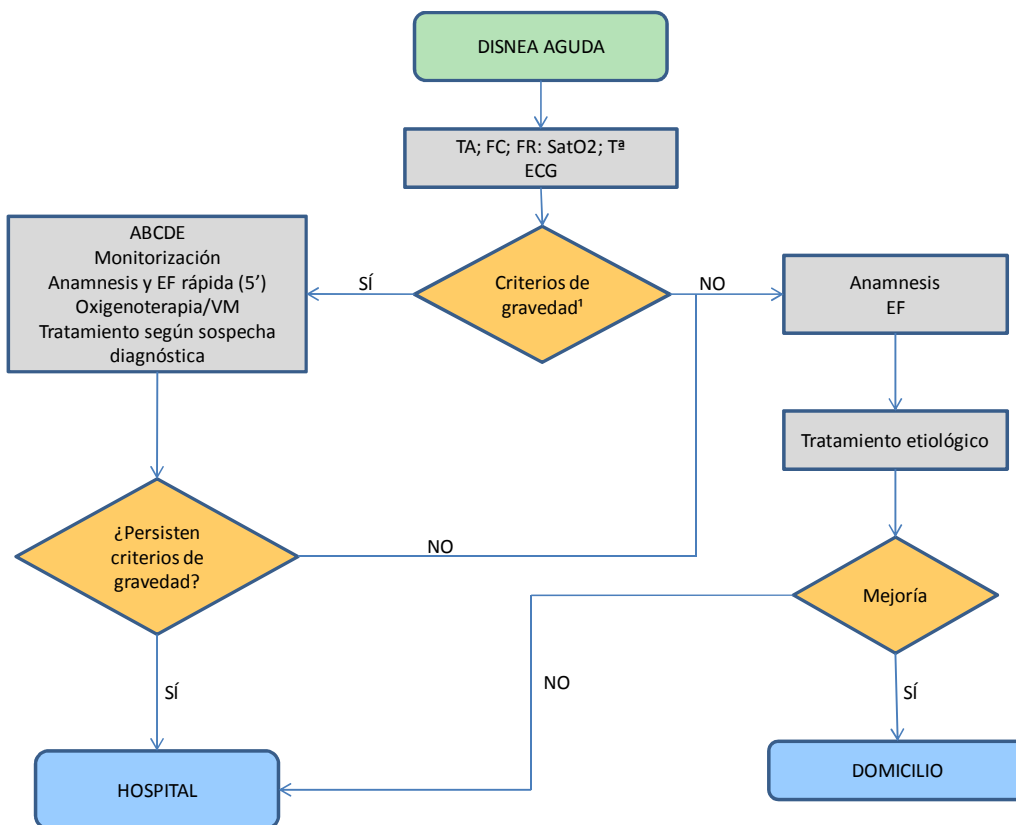
04/12/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 10 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



- Neumotórax a Tensión
- Taponamiento cardiaco
- Obstrucción por Cuerpo Extraño Vía Aérea superior
- Anafilaxia
- Arritmias graves

Figura 1. Algoritmo de actuación ante Disnea Aguda.



¹Ver tabla 6 (signos de gravedad)

5.4 PROCEDIMIENTO:

El tratamiento se implementa siguiendo los pasos de la Figura 1 y prestamos especial atención a los signos de compromiso respiratorio y hemodinámico ya expuestos en el apartado 4.6.

04/12/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 11 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



Este protocolo está relacionado con los de todas sus posibles etiologías y con el de insuficiencia respiratoria.

6. CRITERIO DE DERIVACIÓN

Deben ser trasladados en ambulancia medicalizada al hospital de referencia los casos de disnea con inestabilidad hemodinámica o IR.

Los casos que tras tratamiento mejoren de forma insuficiente se pueden trasladar a hospital en ambulancia medicalizada o en ambulancia no asistencial según criterio médico.

El resto se pueden remitir a su médico de atención primaria para control y seguimiento.

7. INDICADORES

GRUPO 1. INDICADORES DE ACTIVIDAD	
1.01	Número de asistencias de las unidades móviles.
1.02	Tiempo de activación de las unidades asistenciales.
1.03	Tiempo de llegada al aviso.
GRUPO 2. SEGURIDAD.	
2.01	Adecuación de la actuación al procedimiento.
2.02	Tasa de mortalidad "in situ".
GRUPO 3. CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA	
3.01	Cumplimentación correcta de la Historia Clínica.
3.02	Tasa de pacientes con IR en los que se registra la FR.
3.03	Tasa de pacientes con IR en los que se registra SpO2.
3.04	Tasa de pacientes con IR en los que se registra Capnografía.
3.05	Tasa de pacientes con IR derivados a hospital.
GRUPO 4. SATISFACCIÓN.	
4.01	Nivel de calidad percibida por el usuario (encuesta de satisfacción).
4.02	Tasa de reclamaciones.

04/12/2020

Página 12 de 14

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:
Director Gerente 061.
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



8. ANEXOS

Anexo 1. Escalas de medida de disnea:

Medical Research Council (MRC):

- **Grado 0:** Ausencia de disnea salvo ejercicio intenso
- **Grado 1:** Disnea al andar deprisa o subir cuevas poco pronunciadas
- **Grado 2:** Incapacidad para mantener el paso de personas de la misma edad, caminando en llano, debido a dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso
- **Grado 3:** Tener que parar a descansar al andar unos 100 metros o a pocos minutos de andar en llano
- **Grado 4:** Disnea que impide salir de casa o aparece con actividades básicas como vestirse, asearse o peinarse

New York Heart Association (NYHA): Más indicada en disnea por insuficiencia cardiaca. Da idea de gravedad.

- **Clase I:** Sin limitación de la actividad física diaria
- **Clase II:** Ligera limitación de la actividad física ordinaria
- **Clase III:** Marcada limitación de la actividad física ordinaria
- **Clase IV:** Incapacidad para hacer cualquier actividad física, aunque sea mínima, incluso en reposo

04/12/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 13 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



9. BIBLIOGRAFÍA

Palomar Alguacil V, Jiménez Murillo L, Palomar Muñoz MC, Torres Murillo JM y Montero Perez FJ. Disnea aguda. En: Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ, editores. Medicina de urgencias y emergencias. 6ª ed. Madrid: Elsevier, 2018: 248-251, Cap. 36.

Teigel Muñoz F. J., Duarte Burgos M. A. Disnea e Insuficiencia Respiratoria. En: Suárez Pta D, et al, editores. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital 12 de Octubre. 8ª ed. Madrid: 2017: Cap. 7

Ortega Herruzo L, Pinagua Orrasco R, Mir Montero M. Disnea. En: Bibian Guillén C, editor. Manual de Urgencias, 3ª ed. Madrid: 2018: 147-151, Cap. 17. Disponible en <http://www.semes.org>

Gerencia de emergencias sanitarias Castilla y León. Disnea aguda en emergencias. En: Manual de actuación clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencia (vol. 1). Valladolid: 2019:179-184

López Díaz J, Cambrero Galache JA. Valoración de la Insuficiencia Respiratoria Aguda. En: Montejo JC, ediciones Elsevier. Manual de Medicina Intensiva, 5ª ed. 2017: 161-165, Cap. 4.1

Azeemuddin A, Graber MA. Evaluation of the Adult with dyspnea in the emergency department. Uptodate, actualización 13-04-2020. Disponible en <http://www.uptodate.com>

Hyzy RC, McSparron JI. Noninvasive ventilation in adults with acute respiratory failure: Practical aspects of initiation. Uptodate, actualización 15-04-2020. Disponible en <http://www.uptodate.com>

Hyzy RC, McSparron JI. Noninvasive ventilation in adults with acute respiratory failure: Benefits and contraindications. Uptodate, actualización 17-04-2020. Disponible en <http://www.uptodate.com>

Krauss B, Falk JL, Ladde JG. Carbon dioxide monitoring (capnography). Uptodate, actualización 05-11-2018. Disponible en <http://www.uptodate.com>

Irizar Aramburu MI, Martínez Eizaguirre JM. Disnea aguda. Fistera, actualización 13-04-2016. Disponible en <http://www.fistera.com/guias-clinicas>

04/12/2020

Página 14 de 14

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia

AENOR
ER
Empresa Registrada
UNE-EN ISO 9001

AENOR
ER
Transporte Sanitario
UNE 179002

Puesto y firma:
Director Gerente 061.
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>

