

# Respiratorio y Cardiovascular

Unidad 3 · Dolor torácico, disnea, tos, palpitaciones, síncope

## Dolor torácico — Valoración inicial

■■ SCA: derivar 112/urgencias si dolor opresivo + cortejo vegetativo + cambios ECG + troponina elevada

1	<b>Triaje</b> PA, FC, SatO <sub>2</sub> , ECG 12 derivaciones en < 10 min
2	<b>Anginoso</b> Opresivo, retroesternal, irradiado a brazo/mandíbula, con esfuerzo → SCA hasta demostrar lo contrario
3	<b>Pleurítico</b> Punzante, aumenta con respiración → Rx tórax: descartar neumotórax, TEP, neumonía
4	<b>Musculoesquelético</b> Reproducible a la palpación, postural → tranquilizar + analgesia
5	<b>Otras causas</b> ERGE (pirosis), ansiedad (parestesias), herpes zóster (vesículas)

■■ ECG normal NO descarta SCA. Si alta sospecha clínica → derivar igualmente

## Disnea — Abordaje diagnóstico

1	<b>Aguda</b> SatO <sub>2</sub> , ECG, Rx tórax → IC descompensada, TEP, neumotórax, crisis asmática, neumonía
2	<b>Crónica</b> Espirometría + Rx tórax + hemograma + proBNP → EPOC, ICC, anemia, fibrosis
3	<b>Funcional</b> Susplosos frecuentes, parestesias, ansiedad → hiperventilación funcional

### Red flags (derivar urgente)

- SatO<sub>2</sub> < 90%
- Estridor o tiraje
- Cianosis
- Alteración conciencia
- Dolor torácico asociado

### Escalas útiles

- mMRC para disnea crónica
- NYHA para IC
- Escala de Borg
- Test de marcha 6 min

## Tos — Algoritmo diagnóstico

<b>1</b>	<b>Aguda (&lt; 3 sem)</b> Lo más frecuente: infección viral vías altas → tratamiento sintomático
<b>2</b>	<b>Subaguda (3-8 sem)</b> Post-infecciosa habitual. Si persiste: Rx tórax
<b>3</b>	<b>Crónica (&gt; 8 sem)</b> 3 causas más frecuentes: goteo postnasal, asma, ERGE
<b>4</b>	<b>Estudio crónica</b> Rx tórax + espirometría + test broncodilatación + valorar pHmetría

■■■ Revisar siempre fármacos: IECAs causan tos seca en 5-20% de pacientes. Suspender y esperar 4 semanas

## Palpitaciones y pulso rápido

<b>1</b>	<b>Anamnesis</b> Inicio/fin brusco vs gradual, duración, síntomas asociados, cafeína, fármacos
<b>2</b>	<b>Exploración</b> PA, FC, ritmo regular/irregular, soplos, signos de IC, tiroides
<b>3</b>	<b>ECG</b> Ritmo sinusal, FA, flutter, TPSV, extrasístoles
<b>4</b>	<b>Si paroxísticas</b> Holter 24h. Si muy infrecuentes: registrador de eventos

### Benignas (frecuente)

- Extrasístoles aisladas
- Taquicardia sinusal
- Ansiedad/estrés
- Cafeína/estimulantes

### Potencialmente graves

- FA con respuesta ventricular rápida
- TPSV recurrente
- TV (QRS ancho)
- Asociadas a síncope/disnea

## Síncope — Protocolo de estudio

■■ Derivar urgente si: **síncope de esfuerzo, dolor torácico previo, palpitaciones, soplo, antecedente familiar de muerte súbita**

1	<b>Valoración inicial</b> Anamnesis detallada: pródromos, posición, desencadenantes, testigos, recuperación
2	<b>Exploración</b> PA en ambos brazos, ortostatismo (3 min), FC, ACR, neurológica
3	<b>ECG</b> Obligatorio en todo síncope. Buscar: bloqueos, preexcitación, QT largo, Brugada
4	<b>Vasovagal</b> Pródromos claros, desencadenante, recuperación rápida → tranquilizar, medidas posturales
5	<b>Si duda</b> Ecocardiograma + Holter + tilt test según sospecha

## Enfermedad tromboembólica venosa

■■ TEP: derivar urgente si **disnea súbita + dolor pleurítico + taquicardia + factores de riesgo**

1	<b>TVP sospecha</b> Escala de Wells → si probabilidad alta o intermedia: eco-Doppler venoso
2	<b>D-dímero</b> Solo útil para EXCLUIR si probabilidad baja (valor predictivo negativo alto)
3	<b>TEP sospecha</b> Escala de Wells + angio-TAC pulmonar. Gasometría: hipoxemia + hipocapnia
4	<b>Tratamiento</b> Anticoagulación: HBPM → luego ACOD o acenocumarol según perfil

■■ Factores de riesgo: inmovilización, cirugía reciente, neoplasia, ACO, trombofilia, viajes largos