

Signos de alarma y complicaciones de consultas frecuentes

Director:

José Luis Almodí Alegre

Coordinador del Centro de Salud de Peñafiel (Valladolid). Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid



Este curso está acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con **2,3 créditos**



AULAIMAYO

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

Los temas del curso y sus **casos clínicos** disponibles en: www.sietediasmedicos.com

TEMA 1
Patología respiratoria aguda
Febrero

TEMA 2
Dermatología
Abril

TEMA 3
Alteraciones del estado de ánimo
Mayo

TEMA 4
Oftalmología
Julio

TEMA 5
Patología digestiva
Octubre

TEMA 6
Patología genitourinaria
Diciembre

Tema 1: Patología respiratoria aguda

Disnea

Tos

Hemoptisis

Dolor torácico (online)

María Sanz Almazán¹, M. Teresa Jorge Bravo², Carmen Sánchez Peinador³

¹Médico de familia. Centro de Salud Riaza (Segovia). ²Médico de familia. Centro de Salud Arturo Eyries (Valladolid).

³Médico de familia. Centro de Salud Cantalejo (Segovia)

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Reconocer los síntomas y signos más importantes dentro de la patología respiratoria.
- Incidir en una anamnesis y una exploración clínica exhaustivas, ya que son la clave para el diagnóstico de la mayoría de las patologías.
- Detectar los signos de alarma que indiquen gravedad, para así realizar un diagnóstico y un tratamiento precoces.
- Manejar las pruebas disponibles en atención primaria para el diagnóstico de enfermedades respiratorias.

DISNEA

Se trata de un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria, ya que representa aproximadamente un 20% del total de las consultas.

La disnea se define como la experiencia subjetiva de falta de aire o sensación de dificultad para respirar. Se puede clasificar según su tiempo de evolución en disnea aguda, si se desarrolla en días u horas, y disnea crónica (semanas,

meses). También puede suceder un empeoramiento agudo de una disnea crónica.

Comorbilidades y situaciones especiales para tener en cuenta

La disnea puede estar producida por múltiples factores, aunque su etiología más frecuente es la respiratoria o cardíaca (tabla 1).

Es importante detectar posibles comorbilidades no respiratorias que aumenten o causen este síntoma (obesidad, embarazo, fármacos, etc.).

Tabla 1. Posibles causas de disnea aguda

Origen respiratorio	Origen no respiratorio
Vía respiratoria superior	Cardiovascular
<ul style="list-style-type: none"> • Epiglotitis • Cuerpo extraño • Infecciones • Traumatismo cervical • Angiodema • Anafilaxia 	<ul style="list-style-type: none"> • IC/EAP • SCA • Arritmias • Pericarditis • Taponamiento cardiaco
Pulmonar	Otras
<ul style="list-style-type: none"> • Agudización de EPOC • Crisis asmática • Infecciones (neumonía, bronquitis) • TEP • Cáncer de pulmón • Enfermedades intersticiales • Neumotórax • Derrame pleural • Patología de la pared torácica 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis de ansiedad • Anemia • Neurológicas (ACV, enfermedad neuromuscular) • Intoxicaciones (CO, salicilatos, etc.) • Alteraciones metabólicas (cetoacidosis diabética, acidosis metabólica, hipertiroidismo) • Sepsis, fiebre • Aumento del perímetro abdominal (ascitis, embarazo, obesidad mórbida) • RGE

ACV: accidente cerebrovascular; CO: monóxido de carbono; EAP: edema agudo de pulmón; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: insuficiencia cardiaca; RGE: reflujo gastroesofágico; SCA: síndrome coronario agudo; TEP: tromboembolia pulmonar. Modificada de: Zubiri y Arichábalá Veintimilla.

Diagnóstico diferencial

Para realizar un correcto diagnóstico diferencial son fundamentales la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias (figura 1). Es importante conocer los antecedentes personales del paciente (empeoramiento de su enfermedad de base), su tratamiento habitual y los posibles desencadenantes de la disnea, como traumatismos, inmovilización prolongada, estímulos externos (exposición ambiental o laboral, contacto con animales, toma de fármacos, etc.). También es esencial determinar las características de la disnea (inicio brusco o progresivo, grado de intensidad, asociada al ejercicio o la ingesta, etc.) y otros síntomas acompañantes. Una vez realizadas la historia clínica y la exploración física, se solicitarán pruebas complementarias, que se elegirán en función de la sospecha diagnóstica.

La pulsioximetría es una prueba rápida, sencilla y útil en la valoración de la disnea. Indica la presencia de hipoxia, su gravedad y la necesidad de oxigenoterapia y monitorización del tratamiento. Se debe utilizar en todos los pacientes con disnea.

Diagnóstico definitivo y orientación terapéutica

En primer lugar, se debe valorar si existen criterios de gravedad e inestabilidad hemodinámica que requieran una atención urgente y la derivación del paciente al hospital.

Independientemente de la causa de la disnea, es necesario establecer una serie de medidas generales:

- Monitorización de la saturación de oxígeno y del resto de las constantes.

- Posición del paciente: cabecera levantada a 45°. Si se sospecha un fallo cardíaco, se debe colocar al paciente sentado con las piernas colgando.
- Oxigenoterapia suplementaria si existe hipoxemia o una saturación de oxígeno <90%, con gafas nasales o mascarilla según la gravedad y la respuesta monitorizada mediante pulsioximetría.
- Manejo de la vía respiratoria si no está permeable: extracción de cuerpo extraño, aspiración de secreciones, etc.
- Tratamiento etiológico de la disnea (si se conoce la causa).

Los fármacos que más se utilizan en el tratamiento de la disnea aguda son los siguientes:

- Broncodilatadores de acción corta inhalados (agonistas β_2 -adrenérgicos y/o anticolinérgicos). Se emplean para el tratamiento del broncoespasmo en la reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la crisis asmática.
- Corticoides. Se pueden utilizar por vía inhalatoria o sistémica en función de la gravedad del broncoespasmo.
- Furosemida. Se usa en el manejo de la disnea de origen cardíaco (insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón).
- Antibióticos. Son el tratamiento de elección en los casos de patología infecciosa.
- Nitroglicerina o morfina. Se utilizan en el síndrome coronario agudo y el edema agudo de pulmón. La morfina es de elección en el tratamiento de la disnea en el paciente terminal.
- Benzodiacepinas. Se usan en la disnea de origen ansioso o psicógeno.

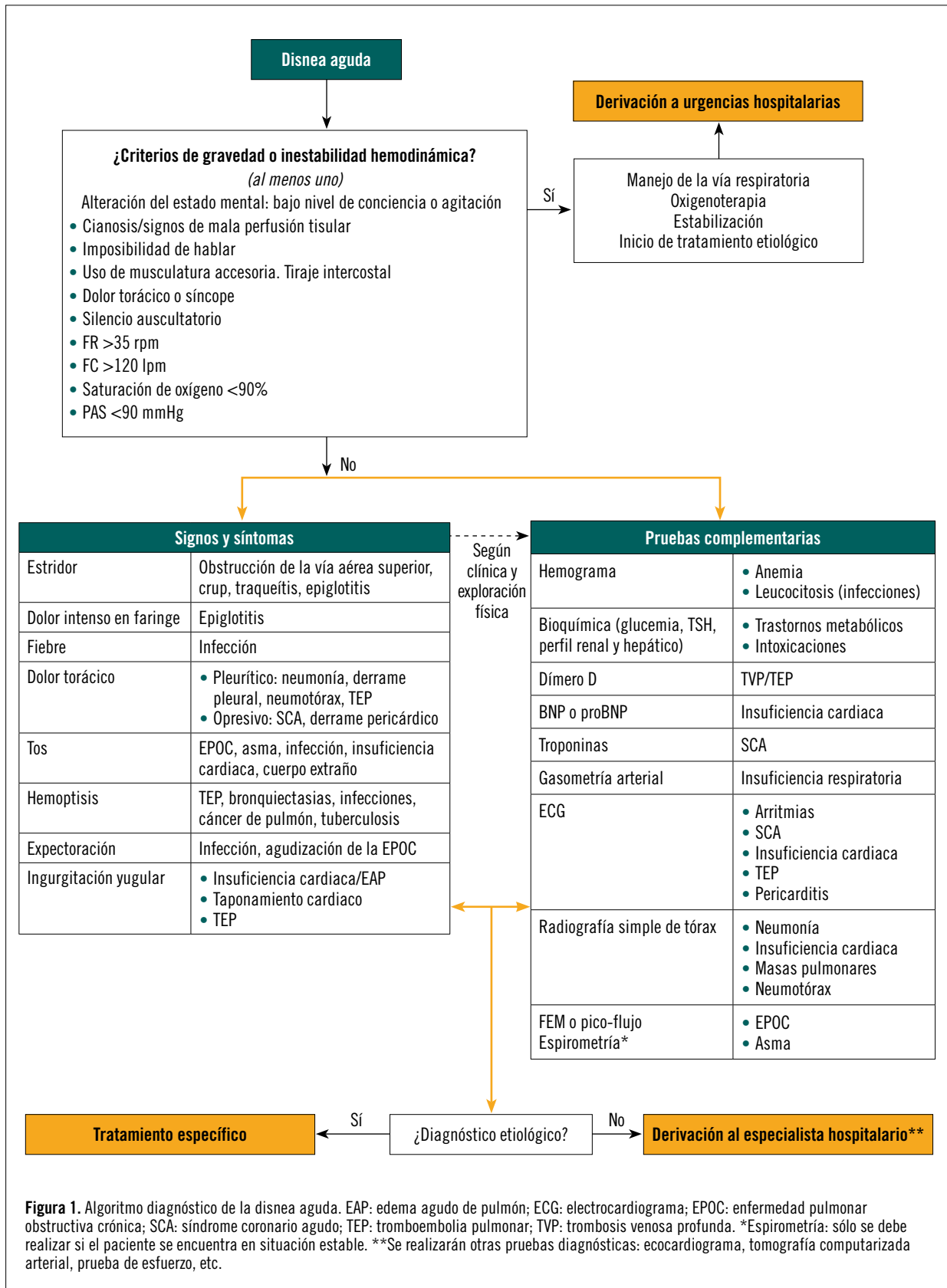


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la disnea aguda. EAP: edema agudo de pulmón; ECG: electrocardiograma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SCA: síndrome coronario agudo; TEP: tromboembolia pulmonar; TVP: trombosis venosa profunda. *Espirometría: sólo se debe realizar si el paciente se encuentra en situación estable. **Se realizarán otras pruebas diagnósticas: ecocardiograma, tomografía computarizada arterial, prueba de esfuerzo, etc.

TOS

La tos es un reflejo protector que permite la expulsión de material extraño y secreciones de la vía respiratoria y la laringe. Según su duración se puede categorizar en tos aguda (menos de 3 semanas), subaguda (3-8 semanas) y crónica (más de 8 semanas).

Comorbilidades y situaciones especiales para tener en cuenta

La tos puede tratarse de un síntoma o tener entidad como enfermedad, en cuyo caso hablaríamos de tos crónica

de larga evolución, y para su abordaje se debe tener en cuenta el circuito neurológico de la tos, con semejanzas anatomofuncionales con el circuito del dolor crónico. Las causas generales de la tos se describen en la tabla 2.

Respecto a las comorbilidades, se deben considerar las siguientes:

- Tos en pacientes con patología cardíaca:
 - Insuficiencia cardíaca: tos seca e irritativa junto con síntomas debidos a congestión venocapilar pulmonar (disnea, ortopnea, hemoptisis, nicturia, etc.).

Tabla 2. Causas de tos*

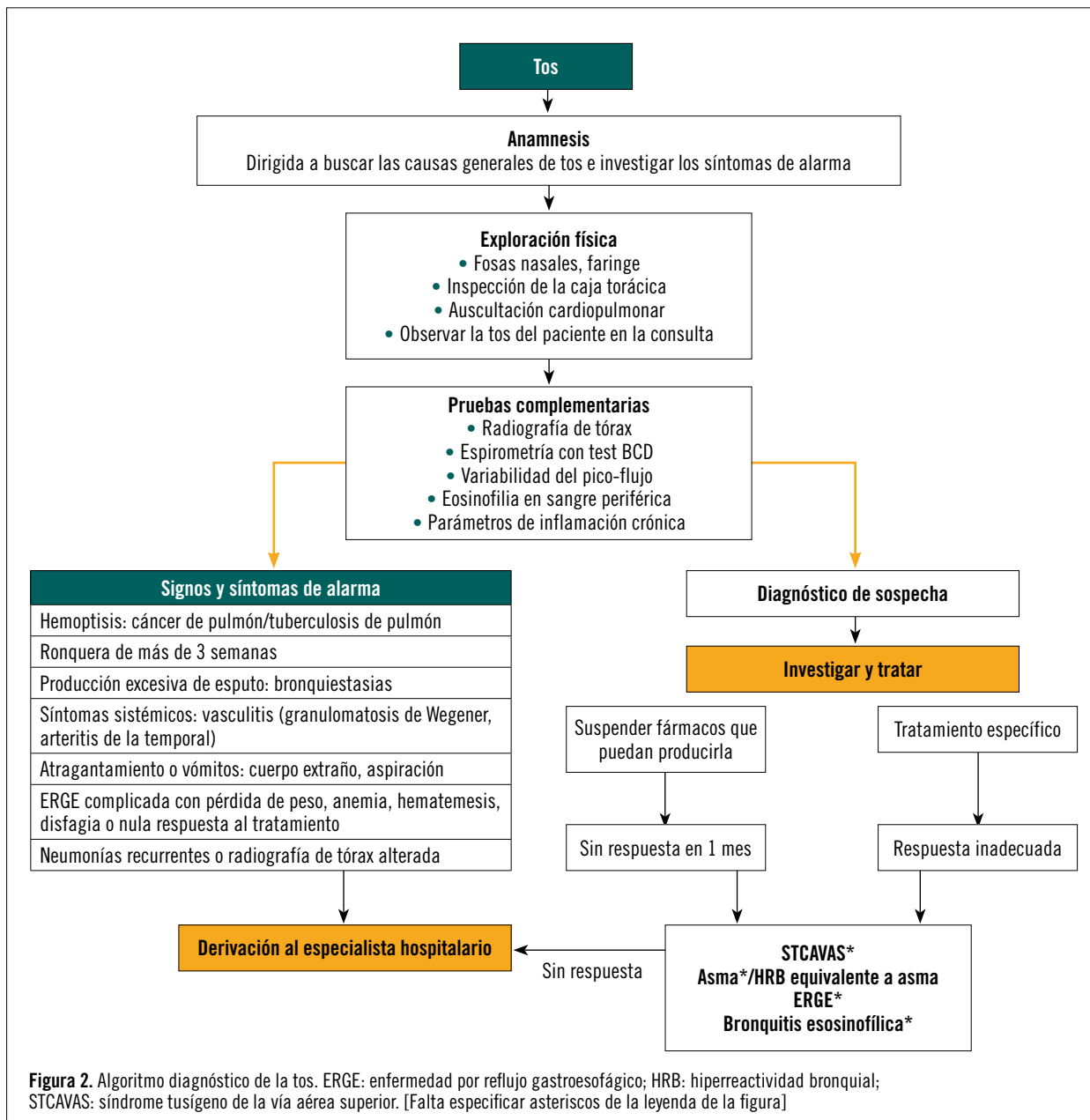
- Afecciones de la vía respiratoria superior y ORL: rinitis alérgica, rinosinusitis, SAHOS, DCV, **STCAVAS**, síndrome de hipersensibilidad laríngea (SHL), reflujo laringofaríngeo (RLF), irritación del meato auditivo externo
- Afecciones de la vía respiratoria inferior: bronquitis bacteriana prolongada, asma, HRB-equivalente asmático, bronquitis eosinofílica
- Cuerpos extraños en la vía respiratoria
- Enfermedades cardíacas: AAT, dilatación de la aurícula izquierda (estenosis mitral, SCV), insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar
- Enfermedades digestivas: **ERGE**, divertículo de Zenker, acalasia, EI
- Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, ELA, Guillain-Barré, miopatías, Parkinson, miastenia gravis
- Enfermedades sistémicas: vasculitis (granulomatosis de Wegener, arteritis de la temporal) y proceso oncológicos (metástasis)
- Enfermedades del parénquima pulmonar: EPOC, fibrosis intersticial difusa, sarcoidosis
- Infecciones de las vías respiratorias agudas y crónicas: procesos catarrales y gripales, bronquitis, tos ferina, bronquiectasias, tuberculosis pulmonar, fibrosis quística
- Fármacos: **IECA**; menor frecuencia: ARA II, bloqueadores beta, aspirina, ACA, estatinas, amiodarona, IBP
- Exposición ocupacional, doméstica y ambiental: trabajadores del vidrio, minería, amianto, labores de granja, industria alimentaria, madera, química, textil, asbesto, empresas de limpieza, micobacterias ambientales, polución atmosférica, radón en edificios, etc.
- Tumores: cáncer de pulmón, tumores benignos de la vía respiratoria y tumores mediastínicos
- Otras: tabaco, tos crónica postinfecciosa, psicógena

*En negrita se resaltan las causas más frecuentes en la práctica clínica del médico de familia. AAT: aneurisma de la aorta torácica; ACA: antagonistas del calcio; DCV disfunción de las cuerdas vocales; EI: enfermedad intestinal inflamatoria crónica; ELA: esclerosis lateral amiotrófica; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; HRB: hiperreactividad bronquial; IBP: inhibidores de la bomba de protones; ORL: otorrinolaringología; SAHOS: síndrome de apnea-hipopnea del sueño; SCV: síndrome cardiovocal, disfonía secundaria a la paresia de la cuerda vocal izquierda, causada por la dilatación de la aurícula izquierda; STCAVAS: síndrome tusígeno de la vía aérea superior.

Tabla 3. Orientación terapéutica de la tos

Entidad	Tipo de tratamiento
Tos aguda (tratar sólo si afecta a la calidad de vida)	Tos seca: antitusígenos (cloperastina, dextrometorfan) ^a Tos productiva: mucolíticos
Tos coqueluche	Antibióticos: azitromicina, administrada precozmente
Tos postinfecciosa (PBB) (tos húmeda >4 semanas o edad pediátrica)	Antibióticos durante 2-4 semanas
Tos asociada a síntomas de alarma	Tratamiento específico según la etiología
Asma	Corticoides y BCD inhalados. ARLT. Otros ^b
ERGE	MHD ^c . Retirar fármacos que estimulan el reflujo ^d Dosis altas de IBP/12 h durante 2 meses
RLF: reflujo laringofaríngeo. Clínica atípica (extraesofágica)	MHD. IBP a dosis dobles/12 h durante 3 meses. Alginatos. Sucralfato. Logopeda
STCAVAS: rinosinusitis	Lavados nasales. Descongestionantes nasales (<3 días). Corticoides nasales. Si dura más de 7 días, valorar la administración de antibióticos

ARLT: antileucotrienos; BCD: broncodilatadores; ERGE: reflujo Gastroesofágico; IBP: inhibidores de la bomba de protones; MHD: medidas higiénico-dietéticas; PBB: bronquitis bacteriana prolongada infecciosa; STCAVAS: síndrome tusígeno de la vía aérea superior. ^aAntitusígenos: contraindicados durante el embarazo y la lactancia. ^bOtros: ver Guía GEMA. ^cMHD: evitar sobrepeso, comidas copiosas, grasas, tabaco, café, bebidas carbonatadas. Elevar la cabecera de la cama, posición en decúbito lateral izquierdo, acostarse 3 h después de la cena. ^dFármacos: benzodiazepinas, anticolinérgicos, antagonistas del calcio, serotonina, nitratos, alendronato, AINE, etc. *Si el paciente sólo tiene tos, ensayar tratamiento empírico y secuencial para las 5 afecciones.



- Hipertensión pulmonar: tos seca, acompañada de otros síntomas (disnea, taquicardia, fatiga, mareo, cianosis, edemas en piernas, tobillos, etc.).
- Aneurismas aórticos torácicos grandes: tos, disnea, dificultad para deglutir, disfagia o disfonía secundaria a una parálisis del nervio laríngeo izquierdo en lesiones que avanzan rápidamente.

- Síndrome cardiovocal: disfonía secundaria a la paresia de la cuerda vocal izquierda, causada por la dilatación de la aurícula izquierda.
- Tos en relación con la patología digestiva, o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): clínica atípica con síntomas extraesofágicos, como faringitis, laringitis, irritación de la garganta y tos crónica.

- Tos y síndrome tusígeno de la vía aérea superior (STCAVAS): rinitis alérgica perenne y rinosinusitis.

Diagnóstico diferencial

Dada la etiología múltiple, principalmente en el caso de la tos crónica, es necesario realizar una historia clínica detallada, una exploración física completa y las pruebas complementarias pertinentes para llegar a un diagnóstico (figura 2). Es importante detectar los síntomas de alarma.

Es preciso diferenciar 2 entidades frente al asma:

- Bronquitis crónica eosinofílica, que cursa con tos crónica, eosinofilia en esputo, respuesta a los corticoides y ausencia de atopia, hiperreactividad bronquial (HRB),

variabilidad en el pico-flujo y respuesta a los broncodilatores.

- HRB equivalente asmático: mismos síntomas, características y respuesta terapéutica que el asma, excepto ausencia de variabilidad del pico-flujo.

Diagnóstico definitivo y orientación terapéutica

La tos aguda es benigna, autolimitada en el tiempo y, en general, es consecuencia de las infecciones de la vía aérea superior. A veces se convierte en tos crónica, que puede estar ocasionada por una ERGE, un STCAVAS, la toma de fármacos o una inflamación crónica de la vía aérea, como el asma o la bronquitis eosinofílica. El tratamiento para la tos se resume en la tabla 3.

HEMOPTISIS

La hemoptisis es la expulsión de sangre por la boca proveniente del árbol traqueobronquial. Las arterias bronquiales son el origen de la mayoría de las hemoptisis.

Comorbilidades y situaciones especiales para tener en cuenta

Las comorbilidades asociadas son:

- Respiratorias: tos, expectoración, broncorrea, EPOC, bronquiectasias, neumonía, hemoptisis previa, neoplasia, etc.
- Otras patologías: cardiopatía, enfermedad tromboembólica venosa, inmunosupresión, enfermedad renal, digestiva, hematológica, autoinmune o sistémica.

Ante un paciente con sospecha de hemoptisis, en primer lugar debe confirmarse su existencia, establecer su grave-

dad, localizar el origen y determinar su causa. La «hemoptisis amenazante» es la que entraña un riesgo para la vida del paciente. Como indicadores de riesgo hay que considerar la cuantía de la hemoptisis (>100 mL) y la presencia de obstrucción de la vía aérea, insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica.

Diagnóstico diferencial

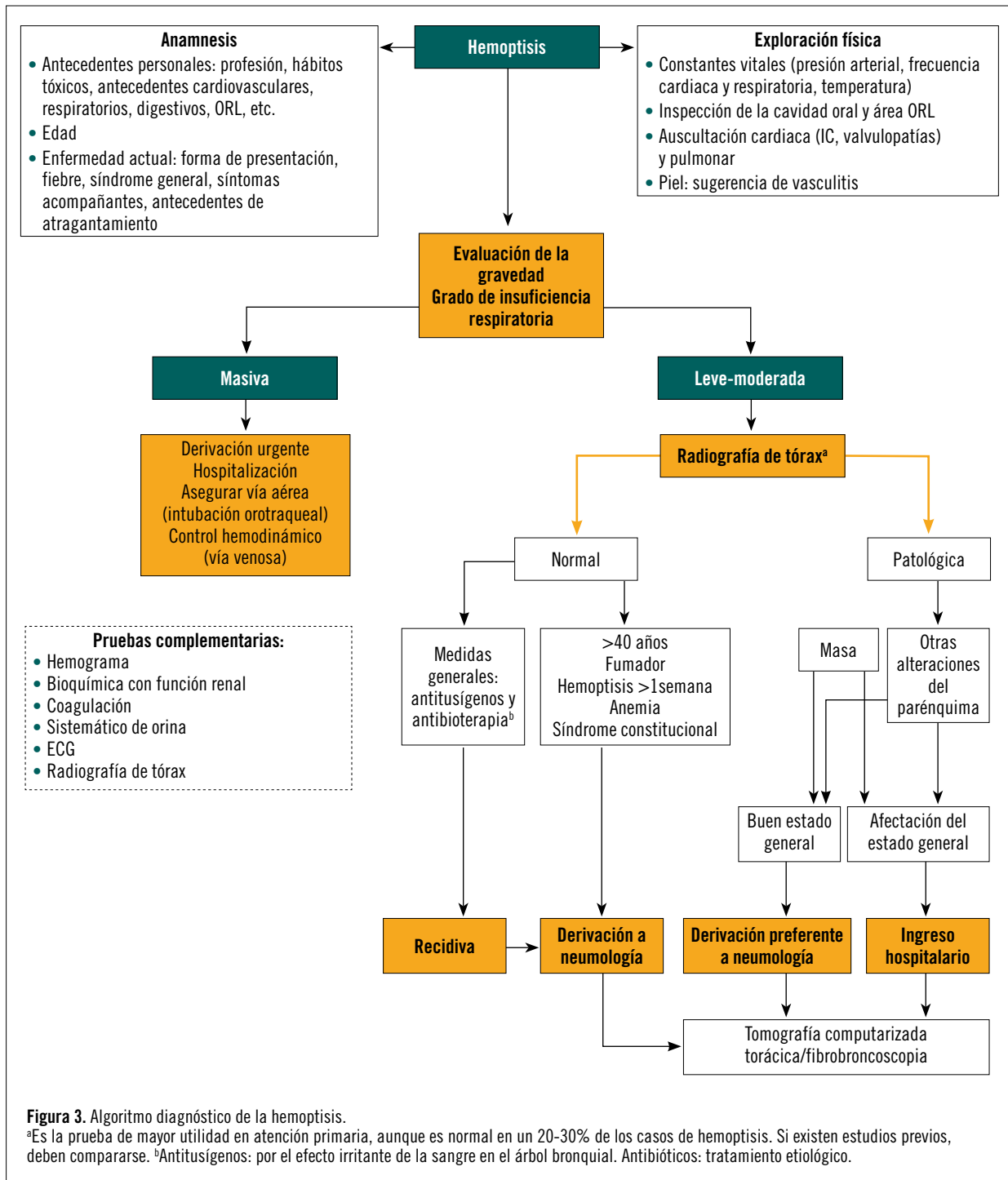
El diagnóstico diferencial se establece en función del origen del sangrado: digestivo, respiratorio o buconasofaríngeo (tabla 4).

En ocasiones es difícil diferenciar el origen. Se puede aspirar contenido hemorrágico gástrico y expulsarlo después con la tos, o sangre de la vía respiratoria puede ser deglutida y expulsada después con el vómito.

Diagnóstico definitivo y orientación terapéutica (figura 3)

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de la hemoptisis

	Hemoptisis	Hematemesis	ORL
Origen	Respiratorio	Digestivo	Buconasofaríngeo
Antecedentes	Enfermedad pulmonar	Gastropatía o AINE	Epistaxis, lesiones orales sangrantes, sangrado en la faringe procedente del <i>cavum</i>
Características del sangrado	Color rojo, rosado y espumoso, mezclado con moco, acompañado de saliva, pH alcalino	Rojo oscuro, negruzco, posos de café, sin espuma, restos de comida, pH ácido	Rojo brillante
Mecanismo del sangrado	Tos	Vómito	Tos ± epistaxis
Síntomas y signos acompañantes	Disnea, esputos con sangre en días previos, tos, fiebre, dolor costal	Dolor abdominal, náuseas y vómitos, melenas, suele haber anemia	



DOLOR TORÁCICO

Comorbilidades y situaciones especiales para tener en cuenta

El dolor torácico agudo no traumático es uno de los principales motivos de consulta en urgencias. Puede tratarse de un problema banal o ser una patología letal en un breve periodo. Por ello, es importante realizar una orientación etiológica correcta y tratar de forma precoz los signos potencialmente graves.

Las causas de dolor torácico agudo se reflejan en la tabla 5.

Un dolor torácico asociado a alguno de los siguientes síntomas o signos clínicos debe alertarnos sobre la posible gravedad de la enfermedad:

- Disnea, taquipnea o cianosis.
- Síncope o alteración del estado de conciencia.
- Hipotensión o hipertensión arterial.
- Síntomas vegetativos.
- Signos de bajo gasto cardiaco.
- Pulso arritmico.
- Ausencia de pulsos periféricos.
- Signos de focalidad neurológica.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se basa en la anamnesis y la exploración (tabla 6), además de otros factores, como la edad, los antecedentes personales y familiares, los factores de riesgo cardiovascular, de tromboembolia pulmonar o digestivos, etc.

Diagnóstico definitivo y orientación terapéutica (figura 4)

Tabla 5. Etiología del dolor torácico agudo

Cardiovascular isquémica <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía isquémica • Hipertensión pulmonar o sistémica grave • Insuficiencia o estenosis aórtica • Anemia-hipoxemia graves • Policitemia 	Digestiva <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad esofágica • Perforación de víscera hueca • Úlcera péptica • Pancreatitis • Enfermedad biliar
Cardiovascular no isquémica <ul style="list-style-type: none"> • Prolapso o estenosis de la válvula mitral • Miocarditis hipertrófica • Pericarditis • Disección aórtica • Rotura de cuerdas tendinosas 	Osteomuscular <ul style="list-style-type: none"> • Costocondritis • Hernia discal cervical o torácica, espondilosis cervical, fracturas vertebrales, metástasis vertebrales • Herpes zóster intercostal • Artrosis, artritis, bursitis • Neuropatías • Espasmo muscular • Traumatismo torácico • Volet costal • Enfermedades de la mama (mastitis, carcinoma)
Pleural pulmonar <ul style="list-style-type: none"> • Neumotórax • Neumomediastino • Tromboembolia pulmonar • Hipertensión pulmonar • Neumonía • Traqueobronquitis • Pleuritis • Abscesos • Contusiones pleuropulmonares • Neoplasias (tumores broncopulmonares, síndrome de Pancoast, mesotelioma, tumor pleural) 	Psicógena/otros <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Simulación • Cocaína • Tumor intratorácico

Modificada de: Jiménez Murillo y Montero Pérez¹³.

Bibliografía

1. Zubiri AF, Arichábalá Veintimilla MC. A partir de un síntoma. Disnea aguda. AMF. 2015; 11(4): 213-219.
2. Schwartzstein RM. Approach to the patient with dyspnea [consultado el 25 de enero de 2019]. Waltham: UpToDate, 2018.
3. Irizar Aramburu MI, Martínez Eizaguirre JM. Guía clínica de disnea aguda. Atención primaria en la red [sede web] [actualizado el 13 de abril de 2016; consultado el 28 de enero de 2019]. Disponible en: Fisterra.com
4. Fernández-Lerones MJ, Landaluze-Fuentes M, Mora-Sáez E, De la Fuente-Rodríguez A, Rodríguez-Juanes ML. Valoración de la disnea como síntoma urgente en atención primaria. Med Gen Fam. 2018; 7(2): 80-83.
5. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, Braman SS, Brightling CE, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006; 129 Supl 1: 1-23.
6. Pacheco A, De Diego A, Domingo C, Lamas A, Gutiérrez R, Naberan K, et al. Tos crónica. Arch Bronconeumol. 2015; 51(11): 579-589.
7. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis. 2012; 54(8): e72-e112.

Tabla 6. Diagnóstico diferencial del dolor torácico

	Localización e irradiación	Intensidad	Duración	Calidad	Agrava	Alivia	Síntomas	Exploración física
Coronario	Retroesternal. Irradiado hacia pectorales, mandíbula, codos, región interescapular, muñecas o epigastrio	Inicio súbito, intensidad variable	<10 min angina típica, >20 min angina prolongada, >40 min infarto agudo de miocardio	Opresivo, nunca pulsátil ni tipo pinchazos	Estrés, frío, ingesta, sueño	Reposo y nitritos	Náuseas, vómitos, palidez, sudoración, ansiedad, debilidad, palpitaciones, piloerección	Soplo de insuficiencia mitral, ritmo de galope, roce pericárdico en el infarto agudo de miocardio
Pericárdico	Retroesternal o precordial. Irradiado a cuello y hombro izquierdo	Inicio subagudo e intensidad variable	Variable (días)	De carácter pleurítico, coronario o sincrónico con los latidos del corazón	Decúbito supino, respiración profunda, deglución, tos, rotación del tórax	Flexión del tronco, respiración superficial	Según la causa: síndrome constitucional (neoplasia) infección de las vías respiratorias	Roce pericárdico, signos de taponamiento cardíaco (pulso paradójico)
Pleural	Dolor torácico lateral: en «punta de costado». Irradiado al resto del tórax y cuello	Inicio agudo e intenso	Variable (días)	Punzante, como una cuchillada	Movimientos respiratorios profundos, tos, estornudos	Respiración superficial, no mover zona afectada	Tos, disnea, fiebre, hemoptisis (neumonía, neoplasia)	Roce pleural, semiología de derrame pleural (matidez, disminución o abolición de murmullo vesicular y vibraciones vocales), semiología de neumotórax (sonido hiperclaro a la percusión, disminución o abolición del murmullo vesicular y vibraciones vocales)
Aneurisma de aorta	Pared anterior del tórax, espalda, interescapular, abdomen. Migración hacia cuello, espalda y flancos	Muy brusco, muy intenso	Minutos-horas	Desgarrador o lacerante	Hipertensión, embarazo, síndrome de Marfan	Control de la presión arterial, morfina	Cortejo vegetativo, síncope, déficit neurológico, signos de insuficiencia aórtica aguda, paraparesia, dolor abdominal, signos de <i>shock</i> hipovolémico	Ausencia o asimetría de pulsos periféricos

(continúa)

Tabla 6. Diagnóstico diferencial del dolor torácico (continuación)

	Localización e irradiación	Intensidad	Duración	Calidad	Agrava	Alivia	Síntomas	Exploración física
Esofágico	Retroesternal. Hacia torax superior, cuello, brazos u hombros	Intensa (espasmo), moderada (esofagitis)	Intensa (espasmo), moderada (esofagitis)	Urente, quemazón, opresivo	Ingesta de alimentos ácidos o picantes, bebidas frías o calientes, alcohol, deglución, flexión del tronco, Valsalva, estrés psicológico	Antiácidos + ortostatismo (esofagitis), antagonistas del calcio (espasmo)	Pirosis, disfagia, dolor torácico aguda, + vómitos + enfisema subcutáneo (perforación esofágica)	Normal (si hay perforación -> enfisema subcutáneo)
Tromboembolia pulmonar	Tórax lateral. Irradiado al resto de tórax, cuello y hombros	Agudo e intenso	Horas-días	Pleurítico, isquémico o mecánico	Trombosis venosa profunda, reposo, intervención quirúrgica reciente	Oxígeno, morfina o nitroglicerina	Disnea, tos, roce pleural, febrícula, hemoptisis, agitación, ansiedad, hipotensión, síncope, shock y muerte súbita	Taquipnea, taquicardia. En ocasiones: ritmo de galope, desdoblamiento del segundo tono cardíaco, aumento de la presión venosa central
Osteo-muscular	Pared torácica, músculos intercostales, columna cervical o dorsal	Leve/moderado	Semanas-meses	Punzante, intermitente	Tos, estornudos, movimientos corporales	Reposo, analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, calor seco	Sin síntomas de gravedad	Dolor a la presión o movilización
Neurológico	Recorrido de nervio o raíz	Variable	Minutos-horas-días	Urente, lancinante	Movimientos que aumentan la compresión de nervio o raíz	Infiltración	Parestesias, hipoestesias y parestesias. Lesiones cutáneas (vesículas) si hay herpes zóster	Alteraciones sensitivas o motoras
Psicógeno	Inframamario, referido a hemitórax izquierdo	Variable	Variable	Punzante, intermitente	Estrés físico o psíquico	Reposo, relajación, ansiolíticos	Mareo, palpitations, disnea, parestesias si hay hiperventilación	Normal, taquicardia

Modificada de: Jiménez Murillo y Montero Pérez¹³.

- Galié N, Humbert M, Vachieri JL, Gibbs S, Lang I, Torbicki A, et al. Comentarios a la guía ESC/ERS 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(2): 102-108.
- Guía española para el manejo del asma (Gema 4.3) [consultado el 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.gemasma.com>
- Weinberger SE. Etiology and evaluation of hemoptysis in adults [consultado el 30 de enero de 2019]. Waltham: UpToDate, 2018.
- Cordovilla R, Bollo de Miguel E, Núñez Ares A, Cosano Povedano FJ, Herráez Orega I, Jiménez Merchán R. Diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis. Arch Bronconeumol. 2016; 52(7): 368-377.
- Nogueiras Santás C. A partir de un síntoma. Hemoptisis. AMF. 2011; 7(2): 100-102.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación, 6.ª ed. Madrid: Elsevier, 2018.
- Hidalgo Sanjuán MV, Vera Sánchez MC, Piñel Jiménez L, Ruiz Martín A. Dolor torácico. En: Soto Campos JG, ed. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología, 3.ª ed. Madrid: Ergon, 2016; 265-272.
- Torres Arrese M, Marchán López A, González Gómez C. Dolor torácico. En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, De Miguel Campo B, Catalán Martín PM, et al., eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, 8.ª ed. Madrid: MSD, 2016.

