

Protocolo Cardio-Psiquiatría 2025

Palpitaciones sin cardiopatía orgánica: del POTS/IST al pánico

Algoritmo práctico (7 pasos)

- Banderas rojas → derivación preferente a Cardiología (síncope en esfuerzo/lesión, dolor torácico isquémico, ECG patológico, antecedentes de muerte súbita, cardiopatía estructural/FEVI reducida).
- Evaluación basal: historia + exploración + ECG 12 derivaciones a todo paciente; analítica razonable (hemograma, electrolitos/renal, TSH ± ferritina/B12 según clínica).
- Captura de ritmo: si episodios intermitentes → parche ECG 7-14 días (más rendimiento que Holter 24 h); si diarios → Holter 24-48 h puede bastar. Wearables orientan, no diagnostican.
- Descartar disautonomía: POTS ($\uparrow$ FC ≥ 30 lpm en 10 min bipedestación sin hipotensión) e IST (FC reposo >100 con media $\geq 90/24$ h tras excluir causas). Considerar POTS post-infeccioso en jóvenes.
- Cribado ultrabreve de ansiedad/pánico: PHQ-4, GAD-2; PDSS-SR si sospecha pánico.
- Tratamiento inicial si corazón 'sano': CBT (incluida exposición interoceptiva) + ISRS según perfil; BZD NO de elección (solo puente breve y casos seleccionados).
- Seguridad QT con ISRS: evitar dosis altas de citalopram/escitalopram en riesgo; ECG si factores/qt-prolongadores y revisar interacciones (CredibleMeds).

Adyuvantes con buena tolerancia

- HRV-biofeedback y respiración diafragmática lenta: reducen ansiedad y mejoran modulación autonómica; seguros en cardiopatía estable.

Novedades 2024-2025 y derivación

Qué cambió y cómo coordinar Cardio ↔ Psiquiatría

Novedades relevantes

- Parche ECG 7-14 días: mayor rendimiento que Holter 24 h en episodios intermitentes.
- Wearables (PPG/ECG): útiles como 'señal' para AF/TSV; el diagnóstico sigue siendo ECG clínico.
- POTS/IST: infradiagnóstico; realice ortostatismo activo 10 min en consulta.
- Ansiedad/pánico: primera línea CBT + ISRS; evitar benzodicepinas crónicas.

Cuándo derivar a Psiquiatría (vía rápida)

- Pánico/ansiedad moderado-grave o refractario tras 8-12 semanas de manejo inicial.
- Comorbilidad (depresión, TEPT, uso de sustancias), alto riesgo suicida o deterioro funcional significativo.
- Duda diagnóstica persistente entre pánico y POTS/IST pese a cribado y monitorización.
- Necesidad de psicoterapia especializada (CBT avanzada) o de optimización farmacológica compleja.

Recordatorios de seguridad (QT)

- Evitar citalopram >40 mg/día (≥ 60 años: máx 20 mg/día).
- Revisar hipoK/Mg, bradicardia y fármacos QT-prolongadores (CredibleMeds).
- ECG basal y tras titulación si factores de riesgo o polifarmacia.

Interconsulta rápida: marcagraz.com/derivacion-cardio-psiq