



Síntomas y signos cardiovasculares

Rafael Cifuentes

DOLOR TORÁCICO DE CAUSA CARDÍACA

El dolor torácico es un síntoma frecuente en pacientes que consultan en servicio de urgencia y policlínico ambulatorio.

Una evaluación inicial requiere de una **historia clínica detallada**, el examen físico y un electrocardiograma para determinar una causa cardíaca o extracardíaca y precisar la gravedad de cuadro clínico

Etiología del dolor torácico:

- Cardiovascular isquémica: La enfermedad aterosclerótica es la principal del grupo. Sin embargo, existen otras causas: valvulopatías (estenosis aórtica), hipertensión arterial severa, miocardiopatía hipertrófica, espasmo coronario. Considerar que condiciones extracardíaca como la anemia aguda grave, crisis hipertiroideas e hipoxia pueden participar en los mecanismos de la isquemia miocárdica. El dolor torácico por isquemia presenta una prevalencia en servicio de urgencia (USA) de 16 -28 %.
- Cardiovascular no isquémicas: disección aórtica o pericarditis. Tiene una prevalencia en servicios de urgencia de 0,003%
- No cardiovasculares: procesos asociados a enfermedades gastrointestinales (principalmente esofágicas), pulmonares, musculoesqueléticas y psiquiátricas. Prevalencia en servicio de urgencia de 72-84%.

1. Dolor torácico por isquemia miocárdica: Angina de pecho

Es un dolor torácico de localización **retroesternal** con irradiación a miembro superior izquierdo (borde cubital), hombro, cuello y/o mandíbula; de tipo opresivo o constrictivo, e intensidad variable (EVA). Desencadenado por esfuerzo físico o emociones intensas y no modificado por cambios posturales o respiración. Este dolor cede con reposo o la administración de nitroglicerina. El episodio de dolor es de inicio gradual y la mayoría cede a los 2 a 5 minutos, pero puede durar hasta 15 a 20 minutos.

Tabla 1. Clasificación clínica de dolor torácico

Angina Típica (confirmada)	Cumple 3 de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">- Malestar retroesternal de duración y tipo característicos.- Causado por el ejercicio o estrés emocional.- Cede con reposo y/o nitroglicerina.
Angina Atípica (probable)	Cumple 2 de las características citadas.
Dolor torácico no cardíaco	Cumple una o ninguna de las características citadas.

Un dolor torácico es considerado angina de pecho en caso de cumplir con los criterios de Tabla 1. (Sociedad Europea de Cardiología):



Tabla 2. Clasificación de la angina de pecho

Clasificación	Tipo	Características
Forma clínica de presentación	Angina de esfuerzo	Forma típica asociada a un esfuerzo de magnitud conocida (ej. Caminar 2 cuadras)
	Angina de reposo	Inicio en reposo y asociada a un "accidente de placa" propio de una isquemia miocárdica aguda.
	Angina variable	Puede presentarse en reposo o durante el sueño, no desencadenada por un esfuerzo. Angina de Prinzmetal

Tabla 3. Clasificación de la severidad de la angina según la Canadian Cardiovascular Society

Clase	Nivel de los síntomas
I	"La actividad normal no causa angina" Angina secundaria a ejercicio extenuante, rápido o prolongado
II	"Ligera limitación de la actividad normal". La angina se presenta al andar o subir escaleras rápidamente, subir cuestas o con el ejercicio después de las comidas o solo durante las primeras horas después de despertar
III	"Marcada limitación de la actividad física normal". La angina se presenta al caminar una o 2 cuadras en llano o un tramo de escaleras a velocidad normal y condiciones normales.
IV	"Incapacidad para realizar cualquier actividad física sin malestar" o "angina de reposo"

La angina de pecho puede clasificarse en síndromes clínicos:

Angina Estable

Dolor torácico que cumple con los criterios de angina de pecho típica y en últimos 3 meses no presenta cambios en la frecuencia de número de eventos, intensidad del dolor, magnitud del esfuerzo desencadenante o duración del evento. La duración es menor a 15 - 20 minutos, en promedio 2 a 5 min, y cede con reposo o administración de nitroglicerina.

Angina Inestable

Angina de pecho que no cumplen con los criterios para la categoría de Angina Estable. Incluye un conjunto de variados cuadros clínicos:

- Angina de pecho de reciente comienzo: menor de 3 meses.
- Angina de pecho progresiva: aumento en frecuencia de eventos, duración, intensidad o disminución del umbral de esfuerzo desencadenante del dolor.
- Angina de reposo.
- Angina variable de Prinzmetal.

Infarto de miocardio (Síndrome coronario agudo)

Angina de pecho distinta a las anteriores debido a su mayor intensidad, tiempo de duración (sospechar en duración >30 minutos), puede aparecer en reposo. Sin mejora clínica cuando el paciente realiza reposo o administra nitroglicerina. Puede presentar síntomas de disfunción ventricular y/o manifestaciones neurovegetativas con mayor frecuencia. Además presenta alteraciones al ECG y/o marcadores de daño miocárdico.



2. Dolor torácico de origen cardiaco no isquémico

Dolor Pericárdico

Dolor torácico producido una pericarditis o inflamación del pericardio que al comprometer estructuras vecinas como pleura parietal y/o diafragma genera una sensación dolorosa de localización retroesternal y puede irradiarse a la pared torácica izquierda y/o cuello. Es un dolor de tipo urente, lancinante e incluso opresivo. De inicio insidioso y progresivo. Presenta una intensidad variable que aumenta con movimientos respiratorios (dolor pleurítico), tos o singulto. Además la intensidad es modificada por cambios posturales desarrollando alivio parcial en posición de “plegaria mahometana”.

Dolor Aórtico

Dolor torácico provocado por una disección aórtica o desgarro de la pared arterial generando un dolor retroesternal (disección aorta ascendente) y/o dolor dorsal (aorta descendente), puede irradiarse a cuello y región dorsal. Es un dolor de tipo urente o punzante. Cuyo inicio es brusco con intensidad EVA elevada. El paciente puede presentar además síntomas neurovegetativos y otros síntomas según las arterias que sean afectadas por la disección como: asimetría de pulsos en compromiso arteria subclavia izquierda, hemiparesia ante afección de tronco braquiocéfálico y/o arteria carótida común izquierda, paraparesia (ramas dorsales), o incluso infarto de miocardio por compromiso de arterias coronarias.

Clínica

En el caso de evaluar a un paciente con dolor torácico es necesario identificar los posibles orígenes cardiaco, isquémico o no isquémico, y causas no cardiacas. Además de valorar la gravedad de cuadro, recordar que algunas enfermedades pueden poner en riesgo la vida del paciente.

Apertura de la entrevista:

Las primeras preguntas deben ser abiertas para generar una “primera impresión” y luego realizar preguntas enfocadas a las posibles etiologías. Algunas preguntas pueden ser:

- *¿Tiene dolor torácico en este momentos?, si no, ¿cuándo fue la última vez que lo tuvo? ¿Cuánto tiempo lo ha tenido?*
- *Describame su dolor actual (o un episodio típico anterior)*
- *¿El dolor torácico le evita hacer cosas que normalmente haría?*

Marco de la entrevista:

- Determinar si corresponde a un episodio agudo actual que puede representar a una enfermedad inestable o episodios crónicos y recurrentes, más relacionados con enfermedades estables.
- Clasificar el dolor torácico investigando las características del dolor, agotar el síntoma principal y síntomas asociados.



- Investigar los antecedentes de la anamnesis remota con énfasis en factores de riesgo cardiovascular como: Diabetes, tabaquismo, Hipertensión arterial, Dislipidemia, antecedentes familiares de Enfermedad Aterosclerótica (EAC) (Infarto de miocardio, accidente cerebro vascular), enfermedad vascular periférica, abuso de cocaína.
- Valorar la probabilidad de una EAC considerar tipo dolor, edad, sexo y factores de riesgo cardiovasculares.

Identificación de síntomas de alarma:

El dolor torácico puede ser un signo de alarma porque es un síntoma presente en enfermedades importantes como: Angina Inestable, IAM, disección aórtica, neumotórax a tensión o neumonía.

Algunos síntomas de alarma a considerar son:

- Angina típica progresiva o en reposo con factores de riesgo cardiovascular. → IAM, angina inestable
- Dolor torácico con antecedentes de IAM previo. → IAM, angina inestable.
- Dolor torácico con diaforesis, náuseas o vómitos. → IAM, angina inestable.
- Dolor torácico con disnea aguda → IAM, Tromboembolismo pulmonar, Neumotórax espontáneo.
- Dolor torácico con síncope → IAM, Tromboembolismo pulmonar, Arritmia, taponamiento cardíaco.
- Dolor torácico con palpitaciones → IAM, Arritmia.
- Dolor torácico grave con dolor dorsal grave migratorio → Disección aórtica.

Tabla 4. Diagnósticos diferenciales para dolor torácico

Cardiovascular isquémica	Cardiovascular no isquémica	No cardiovascular
Angina estable	Disección aórtica	Gastrointestinal
Angina Inestables	Pericarditis	Esófago (espasmo, reflujo, esofagitis)
Infarto de miocardio	Prolapso de la valva mitral	Enfermedad biliar (colecistitis)
Espasmo de arteria coronaria		Úlcera péptica
Estenosis aórtica		Pancreatitis Aguda
Miocardiopatía hipertrófica		
Taquicardia		Pulmonar
Toxicidad por cocaína		Tromboembolismo pulmonar
Hipertensión arterial severa		Neumotórax
Hipertensión pulmonar grave		Neumonía
Anemia grave, hipoxia		
Hipertiroidismo (crisis)		Musculoesquelético
		Costocondritis (Sd Tietze)
		Herpes Zoster
		Psicógena



DISNEA

La disnea es una sensación subjetiva de falta de aire, “sed de aire” o percepción consciente de respiración incomoda o difícil. Algunos pacientes refieren una sensación de fatiga o cansancio, que debe aclararse si corresponde a una sensación de falta de aire o cansancio muscular.

Una evaluación inicial requiere de una historia clínica detallada y el examen físico para determinar si corresponde a un cuadro agudo o crónico, orientar posibles causas cardíaca o extracardíaca y el nivel de gravedad.

Etiología:

La disnea es una sensación que requiere participación de múltiples mecanismos fisiopatológicos que estimulan los centros respiratorios y luego generan aferencias a la corteza cerebral. Las enfermedades que presentan disnea son múltiples:

- **Pulmonares**
- **Cardíacas**
- **Enfermedades neuromusculares**
- Causas metabólicas: Anemia, acidosis
- Funcional: trastornos de pánico

Disnea de origen cardíaco

La disnea cardíaca tiene distintas formas clínicas de presentación según el mecanismo fisiopatológico involucrado. Por lo anterior, es importante reconocer características de la disnea que requieran un manejo de urgencia como el caso de un paciente con disnea aguda desencadenada en reposo y/o mínimo esfuerzo con instalación rápida del síntoma. También considerar la presencia de condiciones que son propias de patologías cardíacas como la ortopnea y disnea paroxística nocturna.

Tabla 5. Tipos de disnea

Tipo	Características
Disnea de esfuerzo	Asociada a un esfuerzo físico y/o emoción intensa. CF I,II, III
Disnea de reposo	Presente en pleno reposo físico y mental. Crónica (Insuficiencia cardíaca severa) Aguda asociada a insuficiencia cardíaca aguda hasta edema pulmonar agudo
Disnea paroxística nocturna	Episodio de disnea agudo, inicio brusco, despierta al paciente y se levanta de cama para tomar aire (abrir la ventana) Duración de minutos. “Asma cardíaca”: paciente con insuficiencia cardíaca que presenta disnea paroxística asociado a tos y sibilancias.
Ortopnea	Disnea en posición de decúbito. Paciente alivia molestia en posición sentado ¿cuántas almohadas utiliza al dormir? Disnea de origen cardíaco
Platipnea	Disnea en posición sentada. Paciente alivia en posición decúbito. Disnea origen respiratorio.



Tabla 6. Grados de capacidad funcional (New York Heart Association, 1964)

Grado	Descripción
I	Paciente presenta disnea cuando realiza grandes esfuerzos (correr, subir varios pisos, deportes, trabajos físicos intensos) que efectuaba sin molestias poco tiempo antes.
II	Paciente presenta disnea cuando realiza esfuerzos moderados cotidianos (caminar, correr un breve trecho, subir un piso)
III	Paciente presenta disnea cuando realiza esfuerzos ligeros (higiene, vestirse, hablar, comer)
IV	Paciente presenta disnea en pleno reposo físico y mental

Clínica

La entrevista tiene como objetivos principales: evaluar si la condición es aguda o crónica, identificar el sistema afectado (respiratorio, cardíaco, musculoesquelético u otro) y valorar gravedad del cuadro.

Apertura de la entrevista:

Al evaluar un paciente con disnea, inicialmente, valorar la estabilidad del paciente. Si este es incapaz de hablar o terminar una oración sin hacer una pausa para respirar, primero se estabiliza al paciente. Para luego continuar la entrevista.

Realizar preguntas abiertas como:

- Cuénteme sobre su problema de respiración
- ¿Cuánto tiempo ha estado presente esta dificultad para respirar?

Marco de la entrevista:

Caracterizar el cuadro clínica con enfoque en los siguientes elementos:

- Duración de los síntomas.
 - o Agudo
 - o Crónico
- Descripción detallada de la disnea del paciente (agotar el síntoma)
 - o Evolución: permanente en el tiempo, progresiva.
 - o Intensidad según capacidad funcional.
 - o Factores desencadenantes: esfuerzo (magnitud), reposo (nocturno, diurno), posición (decúbito, sentado), exposición a sustancia (contaminantes – asma, EPOC; alérgenos – anafilaxia; infecciones respiratorias)
 - o Factores alivian disnea: Reposo, dormir semisentado, uso de inhaladores, etc.
- Síntomas y signos asociados.
 - o Cardiovascular: dolor torácico (angina de pecho), disnea paroxística nocturna, ortopnea, edema de miembros inferiores.
 - o Respiratorio: dolor pleurítico, tos, esputo, sibilancias, hemoptisis, fiebre.



- En anamnesis remota identificar factores de riesgo para enfermedades que presentan disnea.
 - o Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, infarto miocardio, enfermedad vascular periférica, tabaquismo, antecedentes familiares de enfermedad aterosclerótica.
 - o Factores de riesgo respiratorios: Asma, EPOC, Tuberculosis, Tabaquismo, exposición a asbesto o sílice.
 - o Factores de riesgo de tromboembolismo pulmonar: Cáncer, antecedente de trombosis venosa profunda, reposo prolongado, usuaria de anticonceptivos orales
 - o Hábitos: tabaco, cocaína.
 - o Laborales: exposición a asbesto, sílice, minas de carbón, químicos.

Identificación de síntomas de alarma:

La mayoría de los cuadros que presentan disnea son importantes, sin embargo, es importante identificar los pacientes con disneas grave como:

- Disnea con dolor retroesternal → Infarto de miocardio
- Disnea con esputo rosado, espumoso. → Edema pulmonar cardiogénico
- Disnea con dolor torácico punzante unilateral → Tromboembolismo pulmonar, Neumotórax espontáneo.
- Disnea con fiebre y esputo → Neumonía

Tabla 7. Diagnostico diferencial de disnea

Tipo disnea	Causas	Enfermedades
Disnea crónica	Cardíacas	Insuficiencia cardíaca , Cardiopatía coronaria, Miocardiopatías, Hipertensión pulmonar primaria, Enfermedad pericárdica.
	Pulmonares	Asma, EPOC , Enfermedades pulmonares intersticiales, Tromboembolia pulmonar crónica, Neoplasia pulmonar, Derrame pleural
	Psiquiátricas	Trastorno de pánico , trastornos de ansiedad
	Otras	Enfermedad neuromuscular, Anemia
Disnea aguda	Cardíacas	Insuficiencia cardíaca congestiva (aguda), Edema pulmonar cardiogénico , Infarto de miocardio, Taponamiento cardiaco
	Pulmonares	Neumonía aguda, Asma exacerbado, EPOC exacerbado , Neumotórax espontáneo, Aspiración bronquial
	Otras	Anafilaxia, Acidosis metabólica (cetoacidosis diabética, intoxicación por aspirina), Síndrome de Guillian-Barré.



PALPITACIONES

Las palpitaciones son una percepción anormal del latido cardíaco propio. Los pacientes pueden mencionar distintas sensaciones como golpeteo, aceleración, irregularidad o detención de sus latidos. Es un síntoma frecuente en consultas de atención primaria.

Etiología

La etiología de las palpitaciones incluye a múltiples causas, sin embargo, un grupo pequeño de trastornos puede representar una condición de gravedad.

Tabla 8. Causas de palpitaciones.

Causas	Frecuencia*
Cardíacas (incluidas arritmias y enfermedad valvular)	43,2%
Psiquiátricas (incluidos trastorno de pánico o ansiedad)	30,5%
Misceláneas (incluidos tirotoxicosis y medicamentos)	10,0%
Desconocida	16,3%

* Frecuencia en consultas a atención primaria y urgencia en USA.

Clínica

Una evaluación inicial requiere de una **historia clínica detallada**, el examen físico y un electrocardiograma. Con los objetivos de determinar las causas y la severidad del cuadro clínico para aplicar un manejo de urgencia en caso necesario.

Apertura de la entrevista:

Las primeras preguntas tienen que ser abiertas para una primera impresión del cuadro y luego desarrollar una historia detallada.

- Cuénteme sobre sus palpitaciones
- ¿Qué inicia sus síntomas? ¿Puede hacer que se detengan?
- ¿Se ha desmayado con las palpitaciones? ¿Tiene dolor en el pecho o le falta la respiración?

Marco en la entrevista:

Caracterizar el cuadro clínica con enfoque en los siguientes elementos:

- Descripción detallada de las palpitaciones del paciente (agotar el síntoma)
 - Velocidad del ritmo: rápido o lento
 - Regularidad del ritmo: regular o irregular
 - Localización: sensación presente en tórax y/o cuello.
 - Evolución temporal del episodio:
 - o Inicio: **abrupto** o paulatino
 - o Termino: **abrupto** o paulatino
 - o Tiempo de duración: **segundos**, minutos, horas u días.



- Factores desencadenantes:
 - o esfuerzo (magnitud)
 - o reposo (nocturno, diurno o indiferente)
 - o exposición a alcohol, cafeína, cocaína, salbutamol u otros.
- Factores alivian: Reposo, maniobras, etc.
- Frecuencia de episodios
- Síntomas y signos asociados.
 - Cardiovascular: dolor torácico (angina de pecho), disnea, disnea paroxística nocturna, ortopnea, edema de miembros inferiores.
 - Psiquiátricos: Angustia, ansiedad, depresión, crisis de pánico.
- En anamnesis remota identificar factores de riesgo para enfermedades que presentan disnea.
 - Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, infarto miocardio, enfermedad vascular periférica, tabaquismo, antecedentes familiares de enfermedad aterosclerótica. Hipertiroidismo.
 - Antecedentes psiquiátricos: Trastornos de pánico, trastornos de ansiedad, depresión.
 - Hábitos: tabaco, cocaína.
 - Fármacos: Salbutamol, antigripales (pseudoefedrina)

Identificación de síntomas de alarma

La mayoría de las causas de palpitaciones no representan una condición que amenace la vida. Sin embargo, las arritmias ventriculares son de preocupación por el riesgo de muerte súbita.

- Dolor torácico → Infarto de miocardio
- Sincope o presíncope → arritmia cardíaca, estenosis aórtica o miocardiopatía hipertrófica
- Dificultad respiratoria → arritmia cardíaca, infarto de miocardio o tromboembolismo pulmonar.

Considere que una Crisis de pánico puede causar todos estos síntomas de alarma pero es un diagnóstico de descarte.

Tabla 9. Diagnóstico diferencial para palpitaciones

Cardíacas	Psiquiátricas	Otros	Fármacos
<i>Fibrilación auricular</i>	<i>Trastornos de pánico</i>	Tirotoxicosis	Salbutamol
<i>Taquicardia supraventricular</i>	Trastornos de Ansiedad	Feocromocitoma	Cafeína
<i>Taquicardia ventricular</i>	Depresión	Cuadros febriles	Anfetaminas
Extrasístoles supraventriculares	Tabaquismo	Anemia	
Extrasístoles ventriculares	Abuso de cocaína	Embarazo	
Flutter auricular			
Enfermedad del nodo sinusal			
Marcapasos			
Prolapso de valva mitral			
Valvulopatías			
Mixoma auricular			
Hipotensión ortostática			



SÍNCOPE

El síncope es pérdida de conciencia súbita y transitoria, asociada a pérdida del tono postural con recuperación espontánea y completa, como consecuencia de hipoperfusión cerebral global transitoria.

Etiología

El síncope presenta múltiples causas que dependen del contexto clínico y tipo de paciente. Puede clasificarse según el mecanismo fisiopatológico en tres grandes grupos.

Tabla 10. Clasificación de síncope

Tipos	Subtipos	Prevalencia*
Mediado por reflejos	Síncope vasovagal. (síncope neurocardiogénico)	8 a 47%
	Síncope situacional (tos, micción, deglución, defecación)	1 a 8%
	Síncope del seno carotideo	0 a 7,9%
Hipotensión ortostática		4 a 24%
Síncope cardíaco	Enfermedad cardiovascular orgánica (síncope de esfuerzo)	1 a 8%
	Arritmias (síncope de reposo)	4 a 38%
Desconocidos		13 a 41%

Tipos de síncope

Síncope vasovagal

Es un síncope de corta duración (segundos a pocos minutos) que también es denominado como desmayo o lipotimia. Frecuentemente, presenta síntomas premonitorios denominado **presíncope** que incluye molestias como náuseas, diaforesis, debilidad y trastornos visuales. Desencadenadas por estrés emocional, miedo, fobias, ansiedad o dolor agudo. Condición benigna con escaso riesgo de mortalidad.

Síncope por hipotensión postural

Es un síncope desencadenado por **cambio postural a bipedestación** debido a que la sangre permanece en miembros inferiores por gravedad y los mecanismos compensatorios son afectados por múltiples causas: fallo del sistema nervioso autónomo y/o depleción de volumen por enfermedad o fármacos.

Síncope cardíaco

Es tipo de síncope tiene dos formas de presentación clínica:

- **Síncope de esfuerzo:** desencadenado por actividad física, asociado a otros síntomas cardiovasculares. Causado por enfermedades estructurales del corazón como estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, hipertensión pulmonar, disección aórtica, taponamiento cardíaco.
- **Síncope de reposo:** producidos bradiarritmias (bloqueo auriculoventricular, enfermedad del nodo) o taquiarritmias.



Diagnóstico diferencial

El síncope es un síntoma que puede confundirse con otros cuadros clínicos con pérdida de conciencia transitoria. Por lo tanto, una historia clínica detallada permite una identificación correcta.

Tabla 11. Causas de pérdida de conciencia transitoria

Características	Síncope	Epilepsia	Crisis transitoria	isquémica	Crisis de pánico (Neurosis)
Pródromos	Presíncope en síncope vasovagal	Presente como Aura	No		No
Convulsiones	No	Sí	No		No
Recuperación	Rápida y completa	Lenta	Indeterminada		Lenta
Lesiones traumáticas	Solo por caída	Importante asociada a convulsión	Solo por caída		No
Signos de focalidad	No	Puede presentar focalidad	Puede presentar focalidad	presentar	No

Clínica

Al evaluar a un paciente con pérdida de conciencia transitoria es importante entrevistar al paciente como a cualquier observador del episodio. Identificar los posibles motivos de consultas como desmayo, pérdida de conocimiento, mareos o quedarse en blanco que puede corresponder al síntoma de síncope. Los objetivos de la entrevista es determinar si corresponde a un síncope real y existencia de enfermedad cardíaca (mayor gravedad)

Apertura de la entrevista:

Iniciar con preguntas abierta como:

- *Describame todo lo que recuerde acerca del episodio*
- *¿Había pasado antes?*
- *Comente que estaba haciendo antes del episodio.*
- *Describe que le dijeron las personas que vieron durante su episodio*

Marco de la entrevista:

Caracterizar el cuadro clínica con enfoque en los siguientes elementos:

- Descripción detallada del episodio de pérdida de conciencia (agotar el síntoma)
 - Evolución temporal del episodio:
 - o Inicio: **abrupto** o paulatino
 - o Terminó: **abrupto** o paulatino
 - o Tiempo de duración: **segundos**, minutos u horas.
 - Recuperación de conciencia: rápida y completa, lenta o parcial.
 - Factores desencadenantes: estrés emocional, miedo, fobia, ansiedad, dolor agudo, cambio postural. Actividad física. Después de toser, orinar o defecar.
 - Existencia de síntomas premonitorios, detallar en caso de presentarlo.
 - Frecuencia de episodios, en caso de episodios previos.



- Síntomas y signos asociados.
 - Cardiovascular: dolor torácico (angina de pecho), disnea, disnea paroxística nocturna, ortopnea, edema de miembros inferiores.
 - Psiquiátricos: Angustia, ansiedad, depresión, crisis de pánico.
- En anamnesis remota identificar factores de riesgo para enfermedades que presentan disnea.
 - Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, enfermedad cardíaca, infarto miocardio, enfermedad vascular periférica, tabaquismo, antecedentes familiares de enfermedad aterosclerótica.
 - Antecedentes neurológicos: epilepsia, accidente cerebrovascular.
 - Antecedentes psiquiátricos: Trastornos de pánico, trastornos de ansiedad, depresión.
 - Fármacos: diuréticos, antihipertensivos, hipoglicemiantes orales, insulina.

Identificación de síntomas de alarma

La etiología de más frecuente en casos de síncope es vasovagal y tiene pronóstico benigno. Existen condiciones de gravedad a considerar como arritmias, infarto de miocardio, disección aórtica, embolia pulmonar que pueden presentar síncope.

Algunos síntomas de alarma son:

- Edad mayor de 45 años → síncope cardíaco
- Antecedente de enfermedad cardíaca → síncope cardíaco
- Antecedente familiar de enfermedad cardíaca o de muerte súbita → Síndrome QT largo, miocardiopatía hipertrófica
- Dolor torácico o disnea → Infarto de miocardio, angina inestable, disección aórtica
- Síncope con esfuerzo → estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, cardiopatía coronaria
- Palpitaciones → arritmia



EDEMA DE ORIGEN CARDÍACO

El edema cutáneo es un signo clínico observado como un aumento de volumen de la piel. Microscópicamente, corresponde a una acumulación anormal de líquido en el espacio intersticial del tejido. Causado por distintos mecanismos fisiopatológicos.

Etiología

La etiología del edema depende del contexto clínico (tabla 12).

Edema de origen cardíaco

La causa cardíaca principal es la Insuficiencia cardíaca congestiva.

El edema se caracteriza a la inspección por un aumento de volumen en la piel de aspecto tumefacto, liso, brillante con pérdida de pliegues cutáneos.

La compresión sobre un área de piel superficial a una estructura ósea (tibia) presenta una consistencia “pastosa” y posterior a la compresión permanece una impresión excavada sobre la piel, que corresponde al **signo de Godet o de la fóvea** (positivo)

Algunas características a considerar:

- Localización en zonas de declive como pies y tobillos en pacientes en bipedestación, y región sacra en pacientes en decúbito supino. Existe una condición llamada **anasarca** que corresponde a un edema que afecta a todo el cuerpo.
- Evolución temporal, aumenta en intensidad durante la tarde y disminuye en la mañana debido al decúbito, reabsorción vascular (disnea paroxística nocturna) y eliminación por orina (nicturia)
- La piel tiende a presentar una cianosis periférica y disminución de temperatura causado por una vasoconstricción vascular periférica en insuficiencia cardíaca grave.

Clínica

Al evaluar un paciente con edema la historia clínica detallada y el examen físico son importantes para determinar la causa y determinar si existe riesgo de congestión pulmonar en pacientes con insuficiencia cardíaca severa.

Apertura de la entrevista: Realizar preguntas abiertas.

- *¿Cuándo comenzó la hinchazón? ¿cómo ha progresado desde entonces?*
- *¿Tiene antecedentes de enfermedad cardíaca, renal, hepática o tiroidea?*
- *Cuénteme sobre su dieta* (recordar que el exceso de sal aumenta el edema)

Marco de la entrevista:

- Agotar el síntoma y preguntar sobre síntomas de insuficiencia cardíaca: patrón temporal y duración de molestias. Factores precipitantes.
- Anamnesis remota: Antecedentes de enfermedad cardíaca, historia nutricional, fármacos (nifedipino y amlodipino pueden generar edema pretibial)

Examen Físico: Caracterizar en detalle el signo clínico

Tabla 12. Causas de edema

Patología

Insuficiencia cardíaca congestiva

Insuficiencia venosa crónica

Cirrosis

Síndrome nefrótico

Hipotiroidismo

Medicamentos

Obstrucción linfática

Malnutrición



CIANOSIS

La cianosis es un signo clínico que describe una coloración azulada de la piel y/o mucosa. Requiere que exista una cantidad de hemoglobina reducida $> 5\text{g/dL}$ en el lecho capilar.

Etiología: La cianosis puede ser causada por enfermedades cardiovasculares, pulmonares y alteraciones a nivel de hemoglobina.

Clasificación de las cianosis: La cianosis se clasifica según su mecanismo fisiopatológicos en 3 tipos: central, periférico, mixto.

Tabla 13. Diferencias entre cianosis central y periférica

Características	<i>Cianosis Central</i>	<i>Cianosis Periférica</i>
Localización	Central, compromete labios, lengua y mucosa bucal	Periférica: manos, pies, dedos, lechos ungueales
Compromiso mucosas	Sí	No
Temperatura piel	Tibia	Fría
Poliglobulia y/o acropaquia	Sí (signos de hipoxia crónica)	No (No asociado a hipoxia crónica)
Calor local	Cianosis no modificada	Disminución de cianosis (mejora)
Administración de Oxígeno	Disminuye (mejora)	No modifica
Mecanismo fisiopatológico	Instauración de sangre arterial por causas pulmonares y/o causas cardíacas con cortocircuito derecha izquierda	Vasoconstricción periférica de origen local (espasmo u obstrucción vascular) y/o sistémico secundario a mecanismos compensatorios (IC congestiva)

- **Cianosis mixta:** variable que combina mecanismos fisiopatológica de cianosis central y periférica presentando características semiológicas combinadas.

Clínica

Al evaluar un paciente con cianosis se inicia valorando la estabilidad del paciente. Si este es incapaz de hablar o terminar una oración sin hacer una pausa para respirar, primero se estabiliza al paciente. Para luego continuar la entrevista.

Realizar preguntas abiertas como:

- Cuénteme sobre su problema
- ¿Cuánto tiempo ha estado presente esta la coloración azulada? ¿dificultad para respirar?

Marco de la entrevista:

- Agotar el síntoma y preguntar sobre síntomas de insuficiencia cardíaca: patrón temporal y duración de molestias. Factores precipitantes.
- Anamnesis remota: Antecedentes de enfermedad cardíaca.

Examen Físico: Caracterizar en detalle el signo clínico



Bibliografía

- GLATTER A., K. y ROBINSON, M.. Palpitaciones. En: TIERNEY M., L. y HERDERSON C., M. En: Historia clínica del paciente: Método basado en evidencias. Ciudad de México, Mc Graw Hill, 2007. Pp 231-236
- GOIC, Alejandro. G, CHAMORRO, Gastón Z., REYES, Humberto B. Semiología Médica. 2° ed. Santiago, Mediterráneo, 1998. 687p
- LUCEY R., C.. Disnea. En: TIERNEY M., L. y HERDERSON C., M. En: Historia clínica del paciente: Método basado en evidencias. Ciudad de México, Mc Graw Hill, 2007. Pp 201-208.
- PRABHU D., S.. Dolor torácico. En: TIERNEY M., L. y HERDERSON C., M. En: Historia clínica del paciente: Método basado en evidencias. Ciudad de México, 2007. Pp 219-229.
- SUAREZ D., L.. Edema. En: ARGENTE A., H. y ALVAREZ E., M. En: Semiología Médica: Fisiopatología, Semioteconia y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires, Editorial Médica panamericana, 2008. Pp 333.
- SUAREZ D., L.. Cianosis. En: ARGENTE A., H. y ALVAREZ E., M. En: Semiología Médica: Fisiopatología, Semioteconia y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires, Editorial Médica panamericana, 2008. pp 334.
- SUAREZ D., L.. Disnea. En: ARGENTE A., H. y ALVAREZ E., M. En: Semiología Médica: Fisiopatología, Semioteconia y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires, Editorial Médica panamericana, 2008. Pp 307-311.
- SUAREZ D., L.. Dolor. En: ARGENTE A., H. y ALVAREZ E., M. En: Semiología Médica: Fisiopatología, Semioteconia y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires, Editorial Médica panamericana, 2008. Pp 312-324.
- TADDEY H., W.. Síncope. En: ARGENTE A., H. y ALVAREZ E., M. En: Semiología Médica: Fisiopatología, Semioteconia y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires, Editorial Médica panamericana, 2008. Pp 330-332.
- VAZQUEZ B., M. y BRITO, V.. Palpitaciones. En: ARGENTE A., H. y ALVAREZ E., M. En: Semiología Médica: Fisiopatología, Semioteconia y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires, Editorial Médica panamericana, 2008. Pp 324-329.
- WISE, J.. Edema. En: TIERNEY M., L. y HERDERSON C., M. En: Historia clínica del paciente: Método basado en evidencias. Ciudad de México, Mc Graw Hill, 2007. Pp 249-256.
- WOLFE, J. y HENDERSON C., M.. Síncope. En: TIERNEY M., L. y HENDERSON C., M. En: Historia clínica del paciente: Método basado en evidencias. Ciudad de México, Mc Graw Hill, 2007. Pp 237-246.