

CAUSAS FRECUENTES DE CONSULTA EN CARDIOLOGÍA.

Las causas más frecuentes de consulta cardiológica ambulatoria son:

- Dolor al pecho;
- Palpitaciones;
- Disnea y cansancio;
- Síncope y presíncope;
- Evaluación de riesgo cardiovascular;
- Hipertensión arterial, que por razones de ordenamiento docente es tratada en otra rotación.

Dolor al pecho.

Las causas de dolor al pecho son muchas, con muy diferente gravedad y pronóstico. Desde un punto de vista práctico, debemos recordar que TODAS las estructuras torácicas pueden ser causa de dolor: músculos, huesos y articulaciones, nervios, pleura, tráquea, esófago, aorta, pericardio y miocardio.

De ahí la importancia de conocer las características propias de cada situación clínica de manera de poder avanzar en forma eficiente en el diagnóstico diferencial de este síntoma. Sin embargo, no hay características que sean específicas de ninguna de las circunstancias mencionadas, con el agravante de que en las personas mayores y en las mujeres, las características del dolor coronario son cada vez más atípicas.

Por esta razón es muy importante establecer los factores de riesgo de cada paciente: la presencia de Diabetes Mellitus, Tabaquismo, hipercolesterolemia, uso de cocaína, Hipertensión arterial y el antecedente de cardiopatía coronaria en familiares menores de 50 años.

Un dolor al pecho “atípico” (es más prolongado, no opresivo, no claramente relacionado con esfuerzos) en una persona con muchos factores de riesgo tiene más probabilidades de corresponder a una enfermedad coronaria que un dolor “típico” (breve, opresivo, relacionado con esfuerzos) en una persona sin factores de riesgo.

En general podemos distinguir dos tipos de situaciones: el dolor recurrente y el dolor agudo, que en general tienen distintas etiologías y diferente manejo.

Dolor recurrente.

La característica más importante del dolor recurrente de origen cardíaco (Enfermedad coronaria, estenosis aórtica, hipertensión pulmonar), es su relación con las situaciones que signifiquen aumento del trabajo cardíaco, en particular el esfuerzo físico.

Existen otras condiciones que también se asocian con tensiones o esfuerzo físico, como las crisis de angustia y la estenocondritis, en donde el diagnóstico diferencial suele ser complejo.

En los pacientes con dolor torácico recurrente el diagnóstico puede completarse en el consultorio, siempre y cuando los síntomas sean estables y no comprometan la capacidad física del paciente.

Una situación especial la representa el paciente con dolor recurrente de aparición reciente o de carácter progresivo, en quién se plantea el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). En estos pacientes, debe realizarse un ECG a la brevedad posible, para descartar un IAM con supradesnivel de ST, o derivar a un Servicio de Urgencia, donde además se pueda tomar otros exámenes (enzimas y RxTx) y observar la evolución. Estos pacientes tienen contraindicación de T.E.

Exámenes de Laboratorio para pacientes con dolor sin características de SCA. Primera Línea

- ECG (de poca utilidad, salvo que haya secuela de un infarto antiguo) y Test de esfuerzo (Cintigrafía o Eco-estrés si el T.E. no está indicado), siempre que no haya sospecha de un síndrome coronario agudo.
- Glicemia y Lípidos

Complementarios u Opcionales

- Ecocardiograma por sospecha de valvulopatía o para evaluar presencia de un IAM antiguo o HT Pulmonar
- Holter de Arritmia si hay sospecha de asociación con arritmia
- Hemograma si hay anemia; estudio de función Tiroidea, según antecedentes o hallazgos.
- Estudio digestivo si se sospecha esofagitis o RGE

Dolor agudo.

El dolor torácico agudo puede originarse en numerosas patologías, algunas de ellas de la mayor gravedad:

- Disección aórtica
- Infarto del miocardio
- Neumopatía Aguda
- Embolia Pulmonar

Por esta razón el diagnóstico debe realizarse en forma rápida y con exámenes de mayor complejidad por lo que la mayoría de estos pacientes deben ser derivados a un Servicio de Urgencia.

En el caso específico del paciente que cursa las primeras horas de un Infarto del Miocardio, el paciente debe ser derivado rápidamente a un centro asistencial, de manera de poder iniciar las primeras medidas terapéuticas tan pronto se demuestre que el dolor al pecho se acompaña de un ECG con supra-desnivel del segmento ST.

Exámenes de Laboratorio

Primera línea:

- ECG
Según hallazgos derivar a Servicio de Urgencia

Palpitaciones.

El síntoma “palpitación” se refiere simplemente a la percepción del latido cardíaco. Habitualmente todas las personas han percibido alguna vez el latido de su corazón (después de un ejercicio más intenso, con emociones, etc.), por lo que el síntoma “palpitación” se refiere a la percepción de latidos que por sus características son interpretadas como anormales por el paciente. Frecuentemente son descritas como “vuelco del corazón”.

La anamnesis es fundamental para determinar el momento en que aparecen, si son aislados o sostenidos, fuertes o rápidos, forma de inicio y de término, relación con la actividad física y las emociones, síntomas autonómicos, duración, regularidad y frecuencia.

El segundo aspecto a considerar es la aparición simultánea de síntomas que pudieran traducir compromiso neurológico o hemodinámico, dolor anginoso, disnea o síntomas de angustia.

Finalmente, debemos establecer si el paciente es portador de alguna cardiopatía (IAM antiguo, valvulopatía, cardiopatía hipertensiva u otra forma de compromiso miocárdico) ya que el pronóstico de una potencial arritmia está dado fundamentalmente por la existencia de una cardiopatía asociada.

Tomando en consideración los datos anteriores, podemos establecer dos extremos de gravedad de pacientes con “palpitaciones”:

- a. Paciente sin cardiopatía orgánica, con palpitaciones aisladas, sin síntomas de compromiso hemodinámico ni neurológico agregado;
- b. Pacientes con cardiopatía orgánica, con palpitaciones sostenidas y con síntomas de compromiso hemodinámico o neurológico.

En el primer caso el manejo es claramente ambulatorio; en el segundo caso el manejo será hospitalizado.

En el manejo ambulatorio debe tenerse como objetivos el confirmar o descartar una cardiopatía y en tratar de identificar si hay arritmia como causa de las palpitaciones.

Exámenes de Laboratorio

Primera línea

- ECG
- Si hay sospecha de cardiopatía orgánica: Rx Tx y ECO
- Si hay arritmia sostenida con compromiso circulatorio: Hospitalización
- Si hay arritmias sostenidas intermitentes sin compromiso circulatorio: Holter de ritmo

Disnea y Cansancio

Las condiciones fisiopatológicas que subyacen en los síntomas “disnea” y “cansancio”, son numerosas y el uso correcto de la anamnesis y del examen físico dan suficiente información para avanzar el diagnóstico etiopatogénico.

La disnea propiamente tal es la percepción de un mayor trabajo respiratorio. Sus dos orígenes más importantes son las patologías broncopulmonares y las enfermedades cardíacas. Su diagnóstico diferencial suele ser complejo con la sola anamnesis, siendo de mayor utilidad la historia de tabaquismo, los antecedentes mórbidos, la evolución temporal y la presencia de DPN, edema y nicturia.

En el examen físico, el hallazgo de taquicardia o arritmias, cardiomegalia, soplos y galope, signos congestivos pulmonares o viscerales, edema, etc. orientan al diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Por el contrario, la presencia de un tórax enfisematoso, disminución del murmullo pulmonar o sinfisiología obstructiva, nos orientan a patología respiratoria.

Si persisten dudas son de utilidad la Rx Tx y el ECG.

El paciente con disnea y compromiso funcional leve o moderado, que no relata agravación importante de sus síntomas, puede ser evaluado en forma ambulatoria. Cuando el síntoma disnea

- se ha presentado recientemente,
- es de rápida evolución,
- se acompaña de compromiso funcional importante o
- de signos de insuficiencia cardio-respiratoria grave,

El paciente debe ser hospitalizado.

Una situación relativamente compleja la presentan los pacientes que consultan por “cansancio”, síntoma que puede acompañar a numerosas otras patologías crónicas (insuficiencia renal o hepática, patologías reumatológicas y endocrinológicas, anemia, síndrome para-neoplásico, depresión, etc.) En estos casos se hace necesaria una completa evaluación que nos confirme o descarte una patología orgánica, antes de hacer el diagnóstico de ansiedad o depresión.

En algunos pacientes se puede percibir una contradicción entre los síntomas que relata el paciente y una limitación funcional poco aparente en la vida cotidiana o muy fluctuante. En estos casos un test de esfuerzo puede ser de utilidad para evaluar la capacidad física objetiva.

Exámenes de Laboratorio

Primera línea

- ECG
- Rx Tx

Complementarios u Opcionales

- Ecocardiograma si se sospecha cardiopatía orgánica
- Hemograma y VHS
- Perfil Bioquímico Creatinina
- T3- FT4 – TSH
- Evaluación respiratoria
- Test de esfuerzo

Síncope o presíncope.

Los trastornos súbitos – totales o parciales – de conciencia son síntomas alarmantes para el paciente y su familia.

El síncope se define como una pérdida total de conciencia, de duración breve y recuperación rápida y sin secuelas neurológicas.

El presíncope es un síntoma bastante más impreciso, que es relatado por el paciente como una sensación de inminente pérdida de conciencia, sin trastornos neurológicos asociados.

Habitualmente los síncope son causados por una disminución súbita de la perfusión cerebral. La causa más frecuentes son las arritmias. Eventualmente pueden deberse a trastornos vasovagales (o síncope neurocardiogénico). Ocasionalmente se observa en pacientes con Estenosis Aórtica, http o miocardiopatía obstructiva. Más raramente pueden tener origen neurológico.

Los presíncope pueden tener además otras causas, como alteraciones metabólicas, anemia grave, hiperventilación, polifarmacia, etc.

El manejo ambulatorio del paciente con síncope dependerá de su edad, frecuencia del síntoma, presencia de cardiopatía orgánica o de alteraciones del sistema de excito-conducción al ECG. En los pacientes mayores, con síntomas de aparición reciente es recomendable la hospitalización.

Exámenes de Laboratorio

Primera línea

- ECG
- Perfil Bioquímico

Complementarios u Opcionales

- Holter de arritmias
- Ecocardiograma, si se sospecha cardiopatía orgánica, valvulopatías o HTP
- Evaluación neurológica
- Tilt Test, si se trata de un síncope vaso vagal invalidante o de difícil manejo

Evaluación de riesgo cardiovascular.

Un motivo de consulta cada vez más frecuente, son los “chequeos” destinados a evaluar el riesgo de presentar un “Evento coronario mayor” (MACE) en un futuro de corto o mediano plazo. Es decir es una aproximación estadística y no una predicción para un caso individual.

Los trabajos epidemiológicos desde donde se extrapolan los llamados “factores de riesgo” se refieren a poblaciones seguidas por años o décadas, en las cuales se ha realizado una asociación entre diferentes variables y el riesgo de enfermar o morir durante el período de observación. El estudio clásico es el de Framingham. En otros estudios se han realizado intervenciones terapéuticas, modificando esas mismas variables, estudiándose los cambios en la morbimortalidad.

La mayoría de estos estudios confirman la asociación entre las siguientes variables y el riesgo de enfermar o fallecer de una patología cardiovascular (Enfermedad coronaria o accidente vascular encefálico):

1. Factores predisponentes:
 - a. Edad
 - b. Sexo
 - c. Antecedentes familiares
2. Conductas modificables
 - a. Tabaquismo
 - b. Obesidad (perímetro de cintura) y sedentarismo
3. Factores metabólicos
 - a. Diabetes
 - b. Hipertensión arterial
 - c. Dislipidemia
 - d. Síndrome metabólico

En el momento de realizar una evaluación de riesgo CV, es relativamente simple realizar la medición de los FR enumerados. Sin embargo, cuando se trata de proponer metas para la prevención primaria, debemos tomar en cuenta que existe una potenciación de riesgo entre cada uno de los factores mencionados, por lo que cambia en “nivel de exigencia” de las metas. Por ejemplo, en pacientes con DM, el nivel deseable de Colesterol LDL es < 70 mg%, si el paciente tiene otros factores de riesgo pero no DM, el nivel deseable de Colesterol LDL será < 100 mg%. Por el contrario si el sujeto no tiene factores de riesgo el límite aceptable de COL LDL será de hasta 130 mg%.

Ahora bien ¿qué podemos esperar con las medidas preventivas? ¿Cuál es la reducción de riesgo – en términos absolutos – que se puede lograr para nuestros pacientes? ¿En quienes focalizar los esfuerzos?

En la siguiente Tabla se consiga los riesgos promedios para poblaciones de riesgo bajo (sin FR), riesgo moderado (1 o 2 FR) o riesgo alto (DM o > 3 FR)

RIESGO DE PRESENTAR EVENTO CORONARIO A 10 AÑOS PLAZO

	MUJER			HOMBRE		
EDAD	BAJO	MODERADO	ALTO	BAJO	MODERADO	ALTO
35/39	1 %	1 %	2 %	3 %	4 %	7 %
45/49	3 %	5 %	7 %	4 %	7 %	11 %
55/59	7 %	9 %	13 %	7 %	11 %	18 %
65/69	8 %	11 %	15 %	11 %	18 %	27 %

Las medidas preventivas tienen su mayor impacto absoluto en las poblaciones con riesgo relativo más alto (riesgo > 5%), sin embargo la detección e intervención temprana de factores de riesgo – en especial en personas con antecedentes familiares de enfermedad aterosclerosis o DM – es fundamental para limitar la progresión hacia situaciones de mayor riesgo.

Otros elementos que deben tomarse en cuenta el manejo de estos pacientes es que muchos de estos factores de riesgo están fuertemente asociados a estilos de vida “no saludable” y que el paciente que concurre a chequeo generalmente está asintomático (“no está enfermo”). Es decir, nuestro propósito será modificar estilos de vida no saludables, en personas que probablemente no van a sentirse mejor de lo que están. Este proceso requiere paciencia, buena relación médico-paciente y una cierta capacidad de encantamiento por parte del médico, en el sentido de entusiasmar al paciente - y su familia – en los cambios requeridos. Particularmente difícil es el manejo del tabaquismo y de la obesidad. En casos de obesidad mórbida puede requerirse una intervención quirúrgica.

Exámenes de Laboratorio

Primera línea

- ECG
- Glicemia
- Lípidos

Opcionales

- Test de esfuerzo, para evaluar sedentarismo o HTA
- T3-FT4-TSH
- Evaluación por Nutricionista