

QUIERO VER A UN CARDIOLOGO...

Dr. Daniel R. Pichel

Frecuentemente, los pacientes acuden al Cuarto de Urgencias, buscando atención cardiológica. En una ocasión, un profesor de Medicina Interna nos decía... “El corazón no es lo más importante, pero es lo que mata más rápido...” Basados en este concepto, los pacientes buscan ayuda en forma urgente cuando tienen algún síntoma o signo que ellos consideran que pudiera tener origen en problemas cardiovasculares. Rápidamente, revisaremos cuales son algunos de estos síntomas y lo que pueden significar...

A. Dolor en el Pecho: Puede tener orígenes diferentes. Como en todos los síntomas, deberá descartarse primero lo que pudiera ser más grave. Las características típicas del dolor de origen cardíaco son que suele ser de tipo opresivo (frecuentemente descrito como un peso sobre el centro del pecho) y que pudiera irradiarse hacia el cuello, la mandíbula, el hombro, brazo, codo o muñeca izquierdos, aunque ocasionalmente puede sentirse en ambos brazos. Se suele asociar a sudoración fría, palidez y “sensación de muerte,”. A veces, simplemente el paciente, aunque no puede describir claramente la razón, se da cuenta que le está sucediendo “algo importante”. Otras causas de dolor en el pecho son trastornos esofágicos, los aneurismas de la aorta y los dolores osteomusculares. En los trastornos del esófago el dolor es ardoroso o quemante por lo general y se puede asociar a la ingestión de alimentos o al hecho de acostarse. En los aneurismas de la aorta el dolor suele ser también muy intenso, por lo general se asocia a hipertensión arterial y se irradia principalmente a la espalda. En casos severos donde la aorta se “diseca” (se separan las capas que la forman) puede haber dolor en los brazos con datos que sugieran pérdida de la circulación a ese nivel. Los dolores osteomusculares por lo general son menos intensos, se identifican fácilmente y se relacionan con los movimientos de los brazos o con la palpación del área donde está el dolor.

B. Disnea o “Falta de Aire”: Este puede ser un síntoma originado por causas tanto cardiovasculares como pulmonares. Desde el punto de vista cardiovascular, las dos principales causas graves de “ahogo” son el edema pulmonar y el embolismo pulmonar. El **Edema Pulmonar** es producido por la acumulación de líquido en los pulmones, ocupando el espacio que regularmente está siendo utilizado por aire. Esto tiene como consecuencia que el paciente literalmente siente que se ahoga. La principal característica que sugiere que la disnea es producida por un edema pulmonar es que el paciente empeora claramente si trata de acostarse. Se suele acompañar de mucha angustia, sudor y gran intranquilidad. Los pacientes que presentan este cuadro tienen que recibir rápidamente oxígeno, diuréticos y otros medicamentos que corrijan este “encharcamiento” pulmonar. La causa del edema pulmonar es una dificultad del corazón para bombear sangre adecuadamente, lo que causa una acumulación de la sangre que viene desde los pulmones, aumentando la presión a ese nivel y ocasionando la salida de líquido hacia el espacio que debe ser ocupado por aire. La segunda causa grave de dificultad respiratoria de origen cardiovascular es el **embolismo pulmonar**. En este caso, lo que ocurre es la obstrucción de la circulación

hacia los pulmones, generalmente por la presencia de un coágulo en la arteria pulmonar o alguna de sus ramas. La mayoría de estos trombos se originan en las venas de las piernas. Suelen estar precedidos por episodios de hinchazón, dolor e inflamación de las piernas, después de un trauma o cuando se ha estado inmovilizado por periodos largos de tiempo, como ocurre después de una cirugía ortopédica, neurológica o abdominal. Frecuentemente, los pacientes presentan la falta de aire de forma súbita, después de haber tenido una fractura en las dos semanas previas. Si estos coágulos son grandes y obstruyen en forma completa la circulación pulmonar, el cuadro puede ser catastrófico, asociándose con caída súbita de la presión arterial o inclusive muerte súbita. Además de las causas cardiovasculares, las otras razones por las que los pacientes pueden presentar disnea son principalmente de origen pulmonar como el enfisema, infecciones (pulmonares o bronquiales) o los cuadros de origen alérgico como el asma.

C. Síncope: Habitualmente referido como desmayo o pérdida de conocimiento. Equivocadamente, se considera como sinónimo de “infarto” o “ataque al corazón”. Puede tener diferentes causas. En el primer momento deberá descartarse si consiste en algún problema del ritmo cardíaco o algún tipo de cuadro neurológico (convulsiones o accidentes vasculares cerebrales). Cuando es de origen cardíaco puede ser precedido [el](#) síncope por palpitaciones, mareos o sudoración fría. Frecuentemente requiere que se hospitalice al paciente para realizarle estudios destinados a descartar los posibles orígenes cardiovasculares o neurológicos. Si se presenta de forma repetitiva, las probabilidades que se deba a un trastorno del ritmo cardíaco son mayores.

D. Palpitaciones: Es la percepción subjetiva que tiene el paciente del latido de su corazón. No necesariamente se debe a una enfermedad cardiovascular. En circunstancias fisiológicas normales el ritmo cardíaco se acelera, al realizar ejercicio o al estar sometido a situaciones de ansiedad o stress. Este aumento en la frecuencia cardíaca es frecuentemente detectado por el individuo. Cuando se asocia a dolor en el pecho, falta de aire, sudoración fría, pérdida del conocimiento, o ritmo cardíaco irregular, puede corresponder a una enfermedad cardiovascular; en ese caso el paciente requiere evaluación inmediata, ya que para la toma de decisiones adecuada es imprescindible obtener un electrocardiograma durante el episodio de palpitaciones, lo cual permitirá al cardiólogo identificar el tipo de arritmia que tiene el paciente y así [poder](#) decidir en forma correcta los estudios complementarios que se necesitan y el tratamiento a seguir, si es que lo requiere.

E. Dolor de Cabeza: La razón por la que el paciente busca evaluación cardiológica cuando aparece este síntoma es porque suele relacionarlo con elevación de la presión arterial, a pesar que la gran mayoría de los pacientes hipertensos no tienen ningún síntoma asociado a las subidas de ésta. El paciente con cefalea (dolor de cabeza), debe ser evaluado también por otras causas entre las que se destacan las de origen neurológico. Entre estas, la más frecuente puede ser la migraña, la cual no es raro que se asocie a aumentos transitorios de la presión arterial, lo que contribuye a dificultar el diagnóstico diferencial.

F. Hipertensión: Es posiblemente la causa más frecuente de evaluaciones por el cardiólogo en las salas de Urgencias. Es muy importante determinar que tan alta está la presión arterial y que tanta necesidad existe de reducir estos niveles rápidamente. El manejo del paciente con hipertensión arterial en el Cuarto de Urgencias no necesariamente requerirá la reducción rápida de la presión. En la mayoría de los casos podrá ser manejado con medicamentos utilizados por vía oral, asociados a reposo por treinta a sesenta minutos. Los pacientes que requieren reducción rápida de la presión arterial son principalmente aquellos que presentan dolor en el pecho, falta de aire, cambios neurológicos, aneurismas de la aorta, o datos de angina de pecho o infarto de miocardio. Cuando esto se presenta el paciente deberá ser admitido en una unidad de Cuidados Intensivos y su presión arterial será manejada con medicamentos intravenosos; **se debe monitorizar de manera** continua la presión arterial **y** en muchos casos por medios invasivos.

El uso de medicamentos por vía sub-lingual en los Cuartos de Urgencia es razón de muchas discusiones en reuniones médicas. Algunos estudios sugieren que la absorción de estas medicinas ocurren en el estómago y no a nivel sub-lingual, por lo cual el efecto que se obtendría sería el mismo si se tomaran por vía oral.

Independientemente de la vía de administración del tratamiento, **los aspectos más importantes para definir la conducta a seguir en el paciente con hipertensión en el Cuarto de Urgencias son:** 1. el nivel de presión, 2. las complicaciones que pudieran presentarse y 3. la necesidad o no de reducir rápidamente la presión, ya que en algunos casos, la reducción súbita de los niveles de presión arterial se ha visto que se asocia a complicaciones serias que pudieran ser más peligrosas para el paciente que la hipertensión misma.