



Síntomas y signos
cardiorrespiratorios

Dolor Torácico

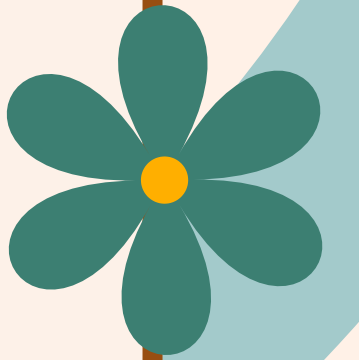
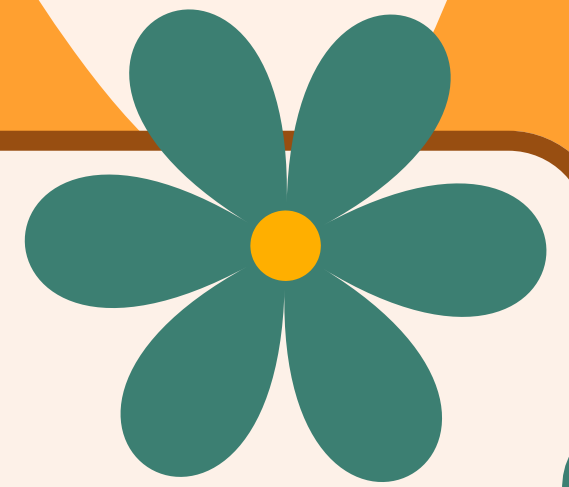


Tabla 4-2. Semiología general del dolor torácico

Localización	“Dolor al pecho”(región esternal, precordial, apexiana), dorso o costados
Evolución	Agudo o crónico
Inicio	Insidioso, rápidamente creciente, súbito,
Carácter	Opresivo, puntadas precordiales, punzante
Intensidad	Leve, moderado, intenso
Gravedad	Trivial o grave
Síntomas acompañantes	Sudoración, sensación de muerte, síncope, pirosis, regurgitación, dificultad para deglutir
Factores que lo intensifican	Esfuerzo, respiración, movimientos, emociones
Factores que lo alivian	Reposo, trinitrina, analgésicos, calor, ansiolíticos

Origen	Cardiovascular			No cardiovascular			
	Isquémico	No isquémico		Pleuropulmonar	Esofágico	Neuropático	Osteomuscular
		Pericardico	Aortico				
Inicio en tiempo	Agudo	Agudo	Agudo	Agudo	Agudo	Crónico-agudo	Crónico-agudo
Inicio en forma	Súbito	Paulatino	Súbito	Súbito	Súbito	Súbito.	Súbito o paulatino
Patrón de evolución	Intermitente	Continuo	Contínuo	Intermitente	Intermitente	Intermitente	Intermitente
Duración	>30 minutos	Horas-días	Minutos-horas	-	<5 minutos	-	-
Localización	Retroesternal	Retroesternal	Retroesternal	Costal	Retroesternal	Sobre un dermatoma, intercostal o difuso	Esternal retroesternal o
Irradiación	Típico: Hombro y brazo izquierdo y cuello. Atípico: Brazo derecho y epigastrio	Hombro y brazo izquierdo y cuello.	Espalda.	Sin irradiación	Hombro y brazo izquierdo y cuello, epigastrio Es el que más se parece a un dolor isquémico.	Sobre un dermatoma siguiendo un mismo recorrido	No suele irradiarse, pero puede irradiarse hacia el hombro
Tipo	Opresivo	Punzante	Desgarrante	Punzante	Opresivo puede ser urente	Quemante como toque eléctrico	Punzante- opresivo
Plano	Profundo	Profundo	Profundo	Superficial	Superficial	Superficial	Superficial
Intensidad	Severa	Moderada-severa	Muy severo	Moderada	Leve-severa	Severa-muy severa	Leve-moderada
Factores que aumentan	Actividad física	Posición decúbito dorsal Movimientos respiratorios, tos	Actividad física	Posición Movimientos respiratorios, tos	Alimentos ácidos o picantes, Bebidas muy frías o muy calientes, Alcohol, Deglución, Agachare, Maniobra de Valsalva, Estrés psicológico.	Roce	Tacto/presión Tos
Factores que disminuyen	Reposo	Posición mahometana o inclinarse hacia adelante	Medicamentos	Medicamentos	Antiácidos Ortostatismo Nitroglicerina Antagonistas del calcio	Fármacos	Fármacos

Posibles causas de dolor torácico en relación con su localización.

Retroesternal

- Isquemia miocárdica
- Pericarditis
- Dolor esofágico
- Disección aortica
- Lesión mediastínica
- Embolia pulmonar.

Hombro

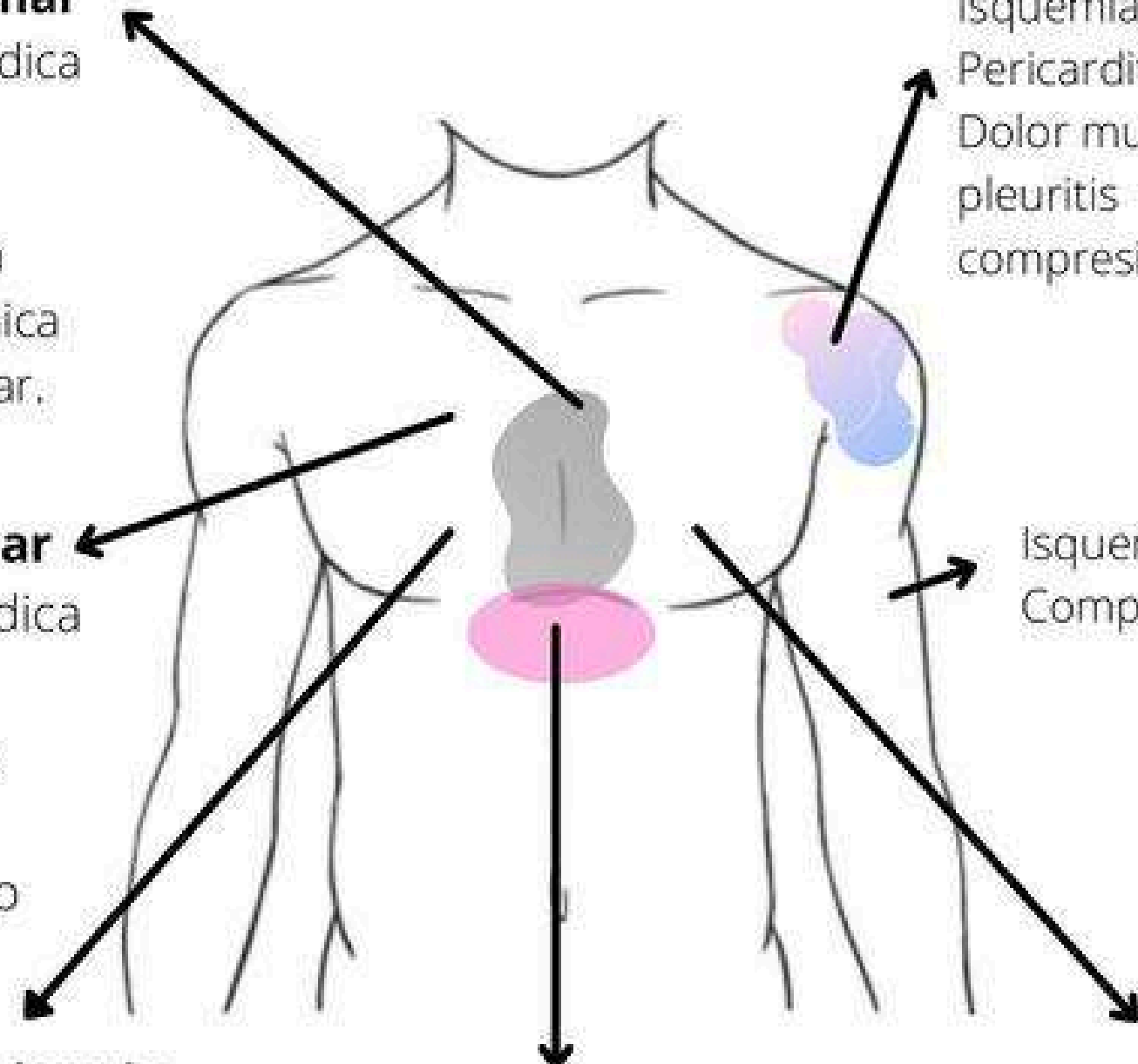
- Isquemia miocárdica
- Pericarditis
- Dolor musculoesquelético
- pleuritis
- compresion cervical

Interescapular

- Isquemia miocárdica
- Dolor muscular
- Disección aortica
- cólico biliar
- Dolor pancreatico

Brazo

- Isquemia miocárdica
- Compresion cervical



Hemitórax derecho

- Colico Biliar
- Disetension Hepatica
- Neumonia, pleuritis
- ulcera penetrante
- Embolia pilmonar
- Miositis

Epigastrio

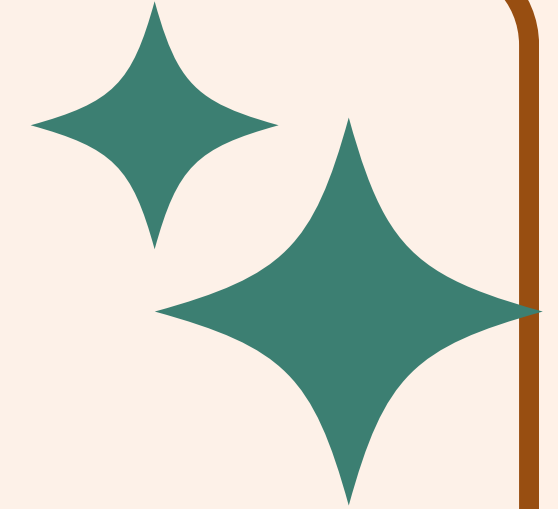
- Isquemia miocárdica
- Pericarditis
- Dolor gastrico-duodenal
- Dolor pancreatico
- Cólico biliar
- Distension hepatica
- Pleuritis

Hemitórax Izquierdo

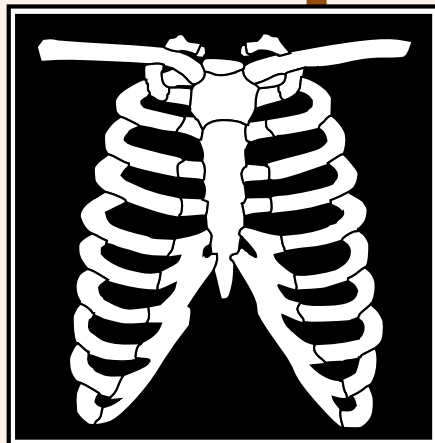
- Neuralgia intercostal
- Embolia pulmonar
- Miositis
- Neumonía
- infarto esplénico
- traumatismo

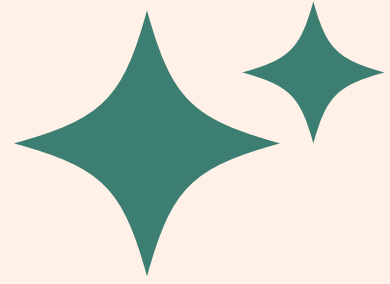


Enfoque Dx



- Exámenes pertinentes
- Rx de tórax
- EKG
- TC computarizada de tórax y abdomen
- Ecocardiograma





Tos

- **Espiración explosiva con glotis cerrada.**
- **Acto voluntario o involuntaria que trata de expulsar algo que está molestando en las vías respiratorias.**

¿Cómo lograrlo?

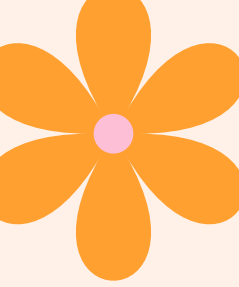
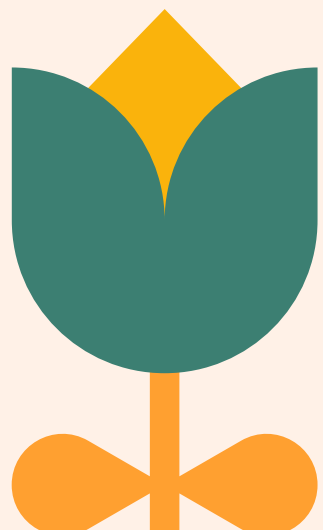
- Inspiración profunda.
- Cerrar la glotis y relajar el diafragma,
- Contracción de los músculos espiratorios, creando así una presión máxima tanto en las vías aéreas como dentro del tórax.

TOS

Mecanismo de defensa del organismo con el fin de mantener limpia y permeable la tráquea y el árbol bronquial.

¿Qué se expulsa?

- Mucus
- Pus
- Sangre
- Exudados
- Trasudados del aparato respiratorio
- Partículas y sustancias extrañas



REFLEJO DE LA TOS (ARCO REFLEJO)

Vías aférentes

- Fibras sensitivas
- Ramas del nervio vago
- En epitelio ciliado
- Provenientes del diafragma
- Impulsos dirigidos a la médula

Vías eferentes

- Transmiten los impulsos desde el centro de la tos
- En el tronco cerebral
- Se dirigen al diafragma, pared abdominal y músculos a través de los nervios vago, frénico y motores espinales
- Tos por impulsos tusígenos

Tabla 4-4. Estímulos tusígenos

Inflamatorios	Edema e hiperemia de la mucosa respiratoria
Mecánicos	Partículas extrañas, compresión de la vía respiratoria
Químicos	Gases irritantes
Térmicos	Aire muy caliente o frío
Psicológicos	Emociones

Tabla 4-5. Semiología general de la tos

Antecedentes	Tabaquismo Alergia Asma bronquial Cardiopatía Ambiente laboral
Tiempo de evolución	Aguda Crónica
Características acústicas	Seca Húmeda Quintosa
Frecuencia	Ocasional Frecuente Periódica (estacional)
Eliminación de secreciones	Productiva No productiva
Síntomas acompañantes	Dolor torácico Disnea y ortopnea Fiebre
Origen	Respiratorio Extrarrespiratorio

Tipo clínico	Ver Tabla 4-6
Factores desencadenantes	Aire frío, lana, polvo, plumas, smog, gases irritantes Alergia, estrés emocional (tos nerviosa)
Causas	Respiratorias Extrarrespiratorias
Complicaciones	Vómitos (tos emetizante) Síncope tusígeno Neumotórax espontáneo Fracturas costales patológicas

Tipos clínicos

Tos quintosa

- Presente cada 5 hrs
- 5 espiraciones explosivas consecutivas
- Silbilante
- Elimina mucosidad filante y espesa
- Propia del coqueluche o tos convulsiva

Coqueluchoide

- Golpes de tos consecutivos
- Menor intensidad y duración
- No productiva
- No seguida de gallito
- Síndrome mediastínico

Ronca

- Intensa
- Tos perruna
- Inflamaciones laríngeas o traqueolaríngeas intensas



Tipos clínicos

Afónica

- Suena poco
- Poca intensidad
- Lesiones destructivas de cuerdas vocales
- Impiden la vibración

Emetizante

- Acompañada de vómitos
- Frecuencia en coqueluche
- Material expectorado de aquellos enfermos con náuseas

Bitonal

- Parálisis de una de las cuerdas vocales
- Vibración con tonalidad grave
- Aneurisma del cayado aórtico
- Tumores mediastínicos

Fx desencadenantes



Causas

Toses agudas:

- Procesos catarrales
- Virus
- Alergias
- Procesos mediastínicos
- EPOC ligada a tabaquismo crónico

Complicaciones

- Vómitos
- Tos emetizante
- Síncope tusígeno
- Neumotorax espontáneo
- Fracturas costales

Laboratorio

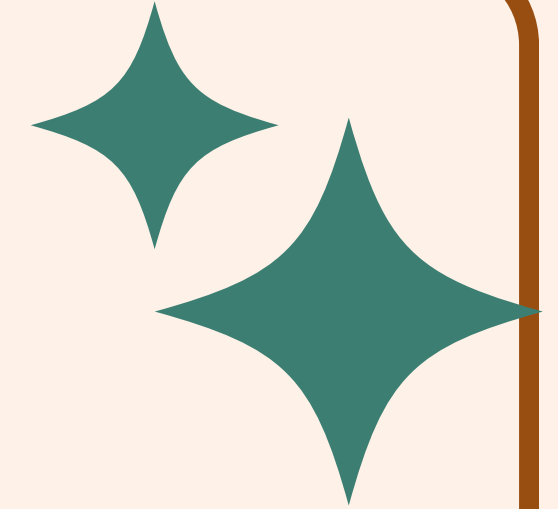
Tos aguda

- No requiere tx antibiótico ni dx

Tos crónica:

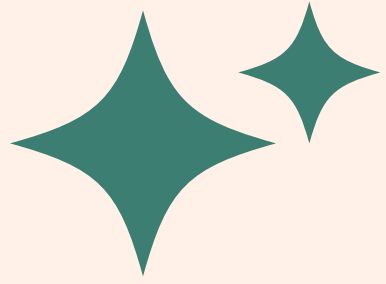
- Laboratorio básico de rutina
- Rx de tórax
- Tc axial computarizada
- Resonancia magnética

Enfoque Dx



Tres preguntas:

- a) ¿Es una tos aguda o crónica? el síntoma es de aparición y evolución reciente o si es de evolución prolongada y persistente
- b) ¿Es de origen respiratorio? La tos de origen respiratorio se caracteriza por ser fácil y húmeda y habitualmente se acompaña de expectoración
- c) ¿Es de origen extrarrespiratorio? es una tos difícil, seca y no se acompaña de expectoración.
- Analizar la expectoración



Expectoración o esputo

- Contenido del árbol respiratorio expulsado por medio de la tos
- Exudados o trasudados
- Normal: 100 mL de mucus bronquial cada 24 hrs
- Lenta
- Puede ser deglutida sin ocasionar tos
- Aumenta ante infecciones

SEMIOLOGÍA

Cantidad

- Se empieza con cantidades pequeñas
- Broncorrea en procesos piógenos, tuberculosis y bronquiectasias

Consistencia

- Relacionada con la cantidad de mucus, fibrina y agua
- Ejemplo: En la neumonía tiene color herrumboso, aire atrapado y se adhiere firmemente

SEMIOLOGÍA

Color

- Mucus: Blanquecino
- Pus: Amarillento/verdoso
- Sangre: Aspectos diferentes

Olor

- Cacho quemado

TIPOS

Mucosa/ Mucopurulenta

- Mucosa: Parecida a la saliva o clara de huevo.
- Mucopurulenta: Con pus, amarillenta y en forma de monedas

Serosa

- Aspecto líquido transparente
- Edema agudo de pulmón
- Color asalmonado
- Abundante
- Contaminación con sangre



Hemoptisis

- Sangre pura
- Líquida
- Espumosa
- Rojo escarlata



Hemoptoica

- Con sangre
- Viscosa
- Rojo oscuro
- Adherente

Neumónica

- Color herrumbroso
- Muy adherente
- Burbujas de aire



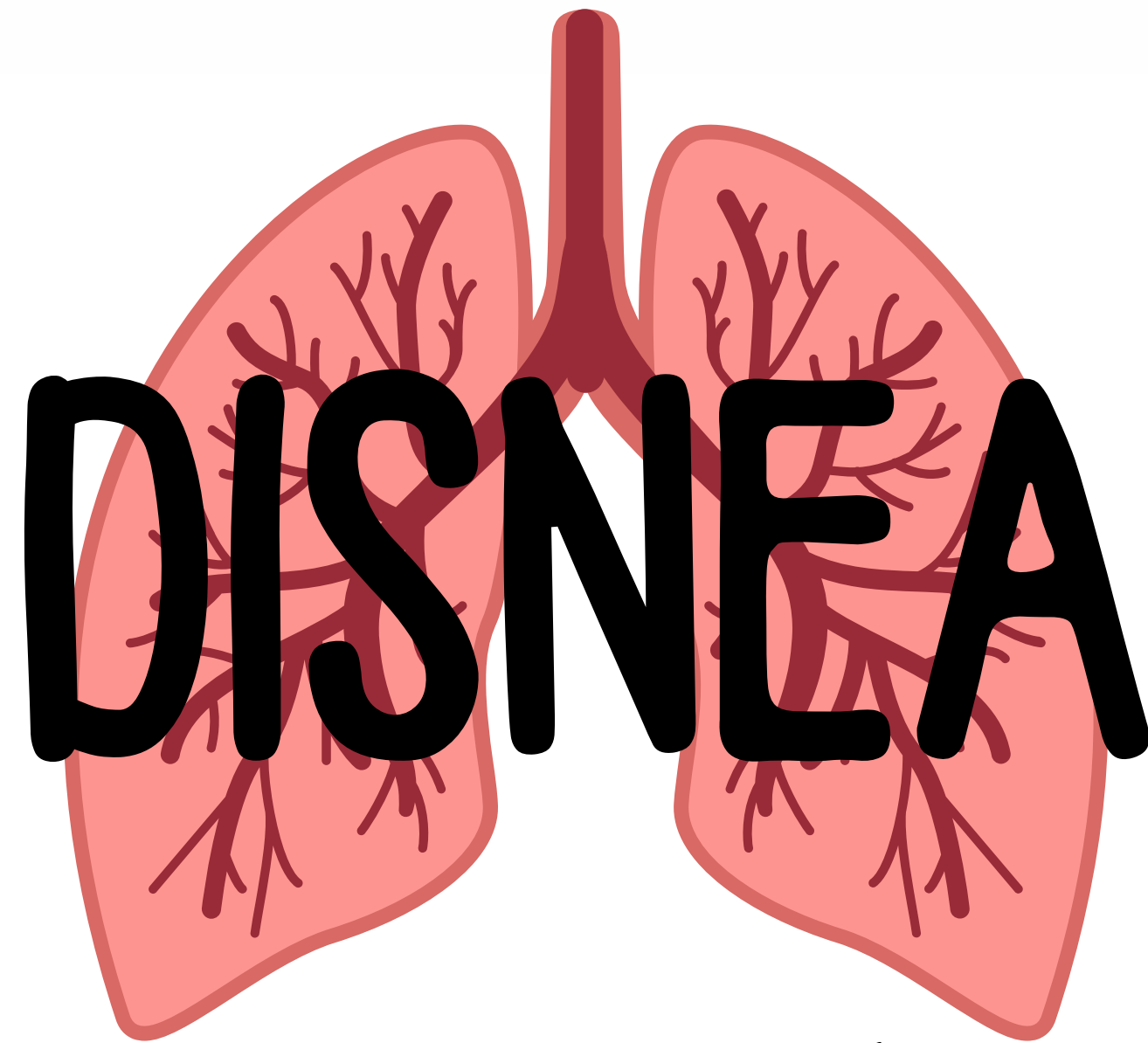
Enfoque Dx



- Gram
- Cultivo
- Rx simple de tórax
- Tc axial computarizada
- Resonancia nuclear

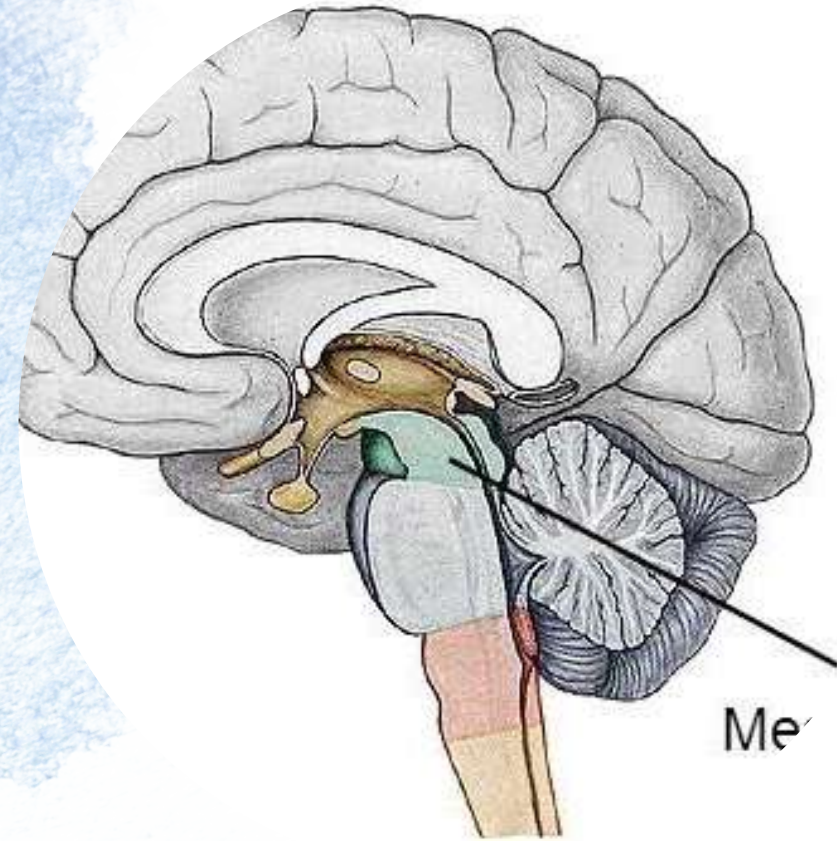
Tabla 4-10. Causas de expectoración

Infecciones respiratorias altas
Resfrío común
Bronquitis aguda
Bronquitis crónica
Bronquiectasias
Asma bronquial
Enfermedad pulmonar crónica
Neumonía y bronconeumonía
Tuberculosis pulmonar
Actinomicosis pulmonar
Cáncer broncogénico
Infarto pulmonar
Edema agudo del pulmón



DIFICULTAD PARA RESPIRAR O SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE

FISIOPATOLOGIA

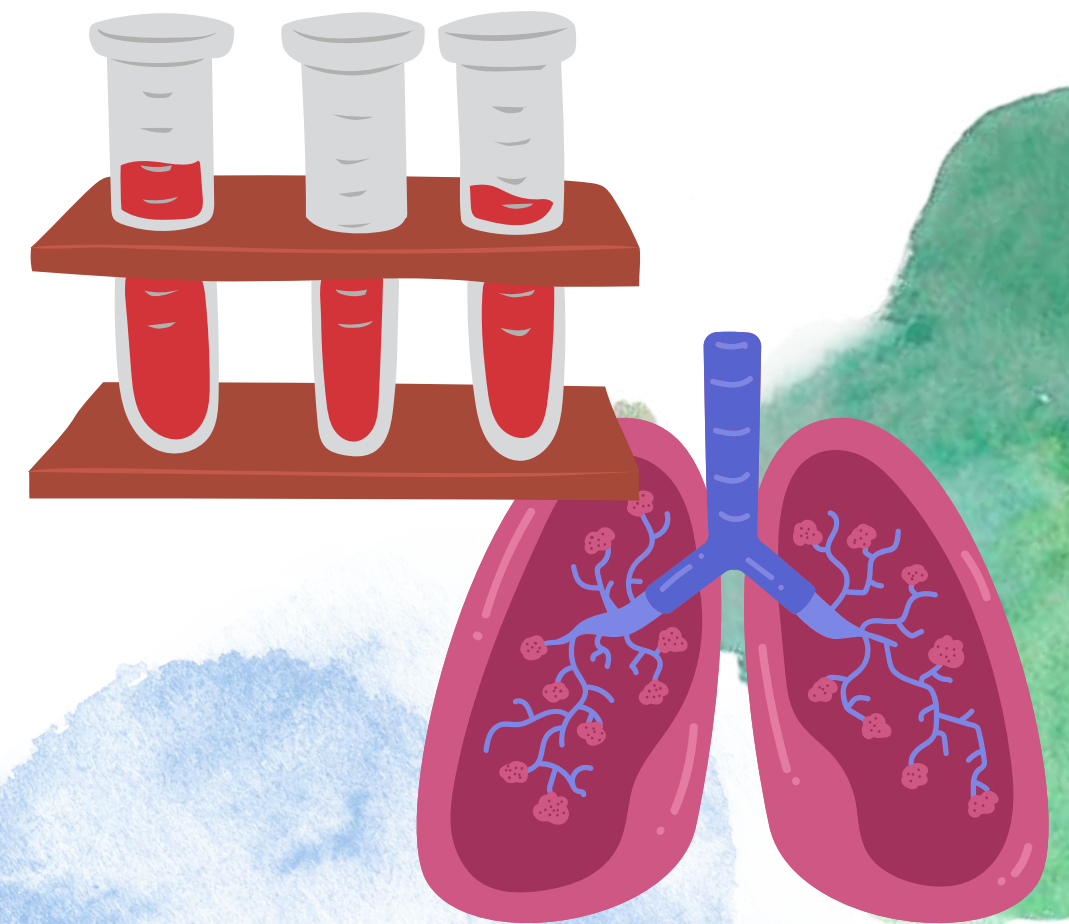
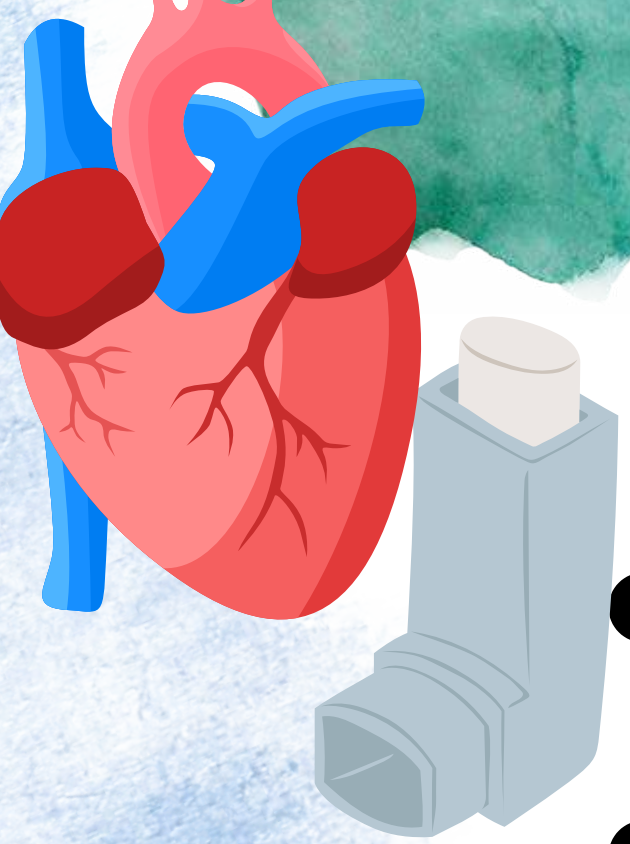


SE PRODUZCA POR LA INTERACCIÓN COMPLEJA ENTRE LA ESTIMULACIÓN DE QUIMIORECEPTORES, ALTERACIONES MECANICAS EN LA RESPIRACIÓN Y LA PERCEPCIÓN DE ESAS ALTERACIONES POR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

DISNEA AGUDA

CAUSAS

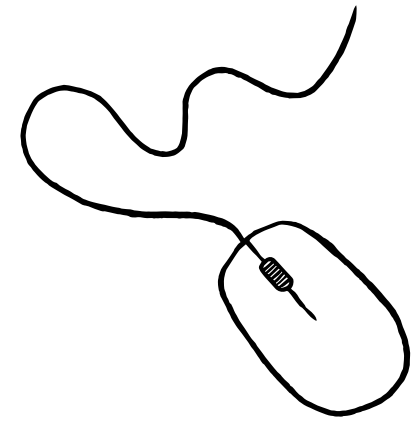
- Asma
- Ansiedad
- Neumonía
- Reacciones alérgicas
- Anemia
- Insuficiencia cardiaca
- hipotension



The background features a large, irregular watercolor wash in shades of light blue and white. In the top right and bottom left corners, there are clusters of small, teal-colored dots of varying sizes, some with white outlines, scattered across the white background.

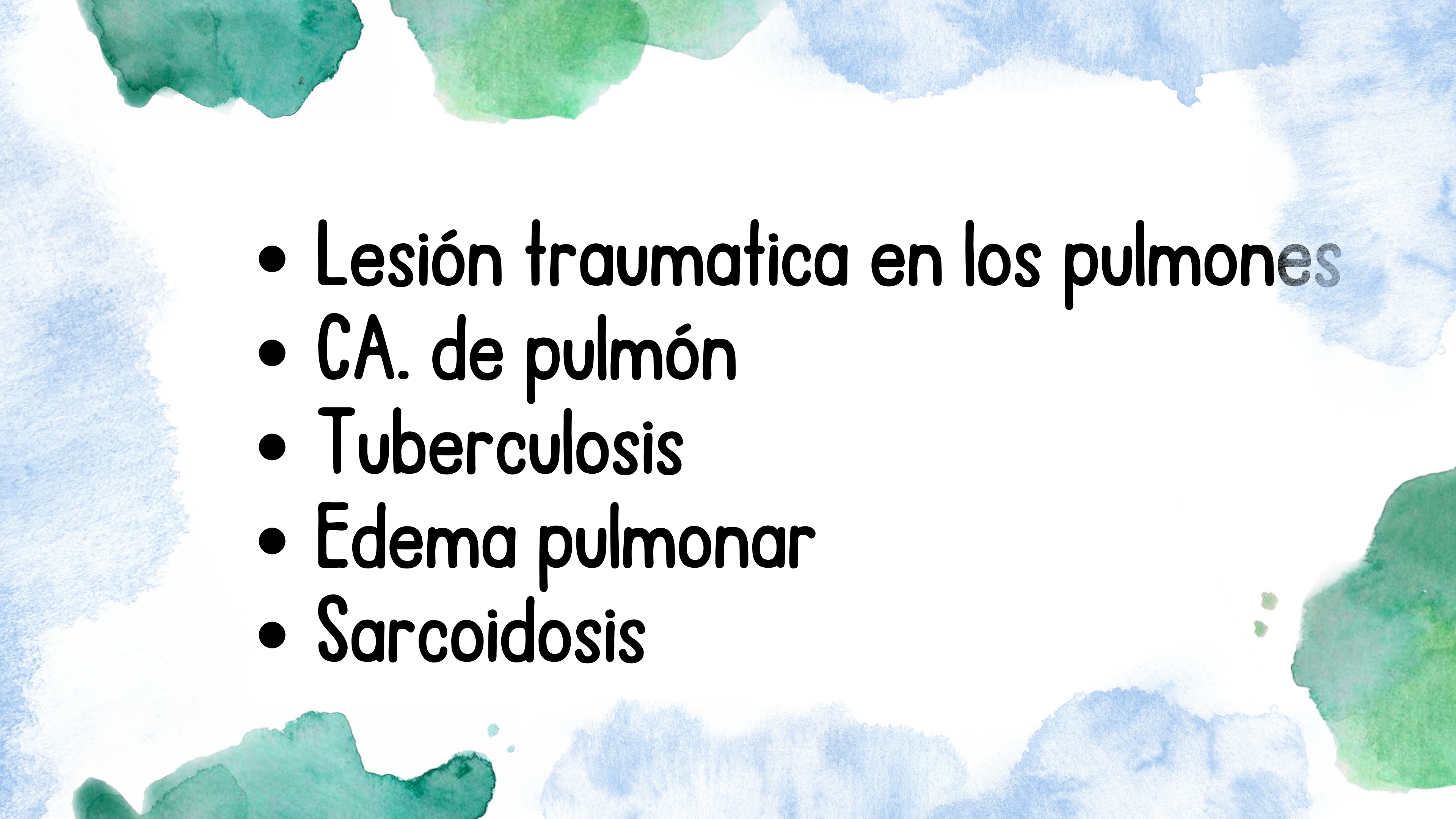
DISNEA CRONICA

- **Asma**
- **EPOC**
- **Problemas cardiacos**
- **Obesidad**
- **fibrosis pulmonar intersticial**



AFECCIONES PULMONARES



- 
- **Lesión traumática en los pulmones**
 - **CA. de pulmón**
 - **Tuberculosis**
 - **Edema pulmonar**
 - **Sarcoidosis**

A stylized illustration of a human heart in shades of red and pink, positioned centrally. Behind the heart is a large, light blue watercolor-style splash. Two interlocking gears, one in a darker blue and one in a lighter pink, are positioned behind the heart. The background is white with scattered teal-colored dots and circles of varying sizes, some appearing as if they are falling or floating. The text 'AFECCIONES CARDIACAS' is written in a bold, black, sans-serif font across the middle of the heart.

AFECCIONES CARDIACAS

- 
- **cardipatiaa**
 - **Insuficiencia cardiaca**
 - **Pericarditis**

ANAMNESIS





¿hace cuanto que siente la sensación de ahogo?

2 ¿es de forma repentina?

3 ¿es de momentos o permanente?

4 ¿acostado o en movimiento?

5 ¿con que empeora y mejora?

6 ¿camina?

7 ¿aparece durmiendo?

8 ¿fuma?

9 ¿donde trabaja?

REVISIÓN POR APARTOS Y SISTEMAS

FIEBRE

SUDORACIÓN NOCTURNA



DOLOR O PRESION EN TORAX

- EMBOLIA PULMONAR
- ISQUEMIA
- NEUMONIA .

POSIBLES CAUSAS

PERDIDA DE PESO



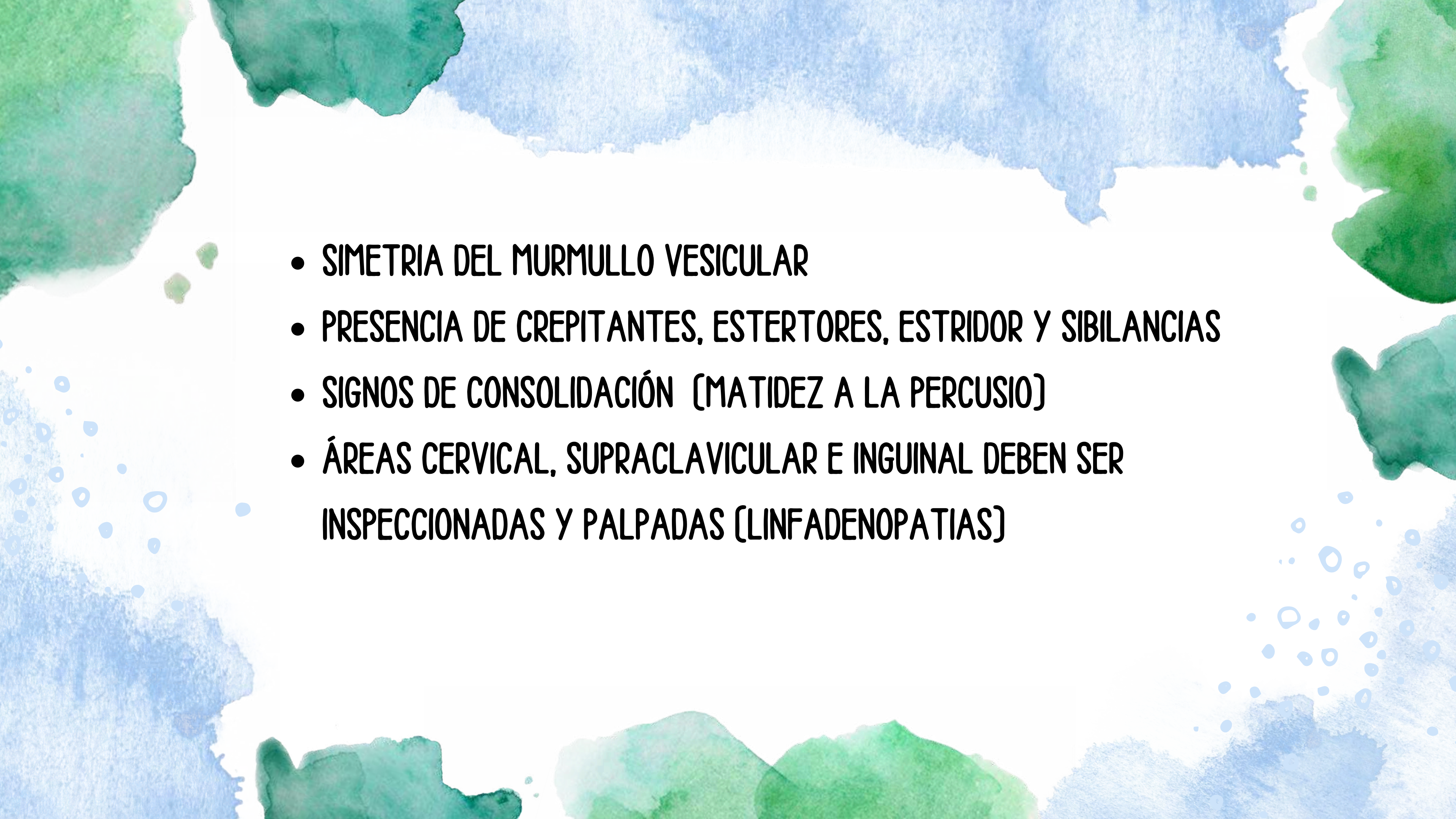
ORTOPNEA

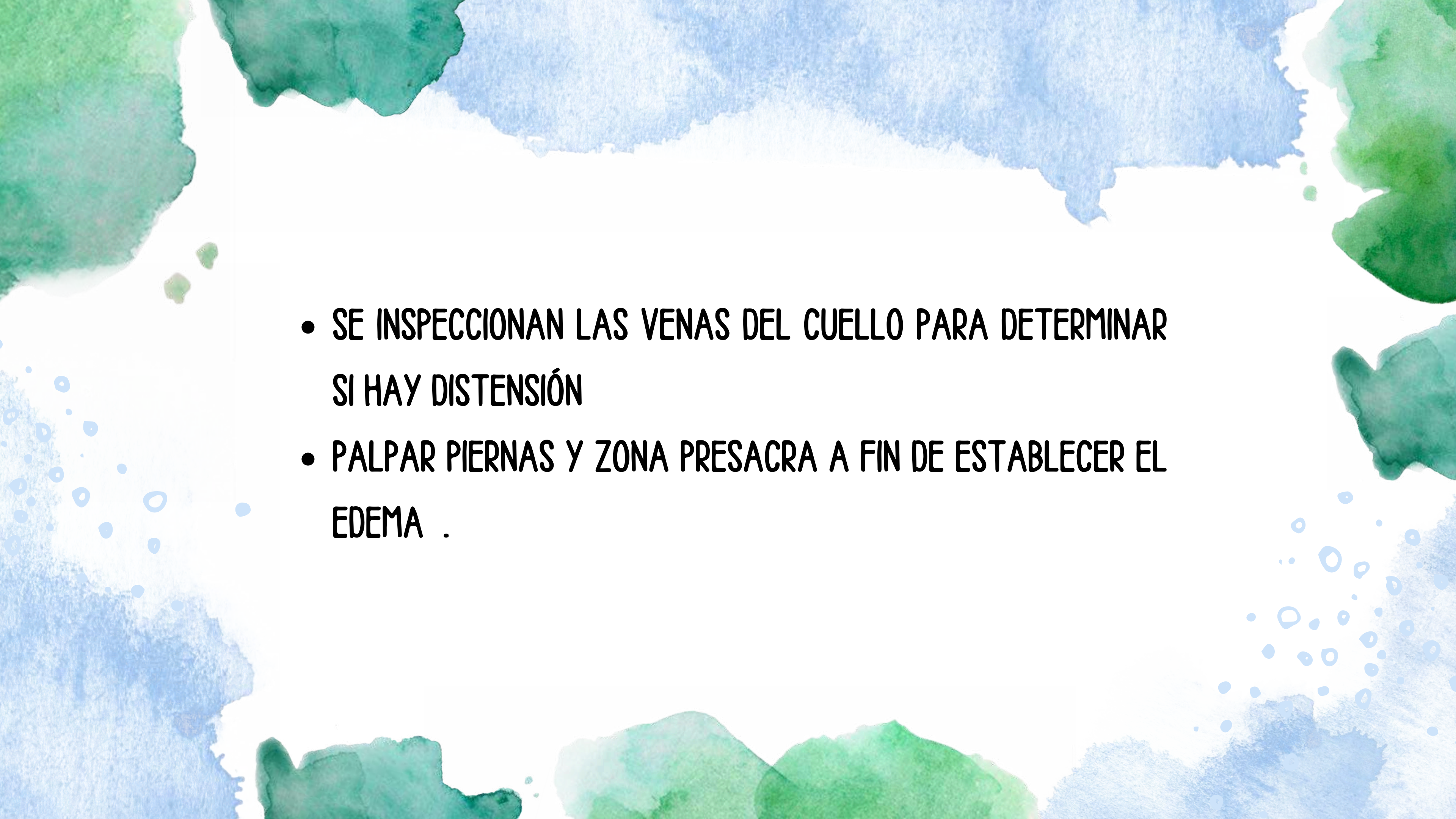


EDEMA DE DECLIVE



EXAMEN FISICO

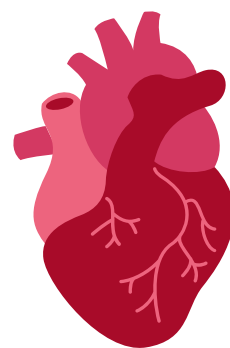
- 
- **SIMETRIA DEL MURMULLO VESICULAR**
 - **PRESENCIA DE CREPITANTES, ESTERTORES, ESTRIDOR Y SIBILANCIAS**
 - **SIGNOS DE CONSOLIDACIÓN (MATIDEZ A LA PERCUSIO)**
 - **ÁREAS CERVICAL, SUPRACLAVICULAR E INGUINAL DEBEN SER INSPECCIONADAS Y PALPADAS (LINFADENOPATIAS)**

- 
- SE INSPECCIONAN LAS VENAS DEL CUELLO PARA DETERMINAR SI HAY DISTENSIÓN
 - PALPAR PIERNAS Y ZONA PRESACRA A FIN DE ESTABLECER EL EDEMA .

**SE AUSCULTAN LOS RUIDOS CARDIACOS CON
REGISTRO DE**

- **TODO RUIDO CARDIACO EXTRA**
- **SOPLO .**

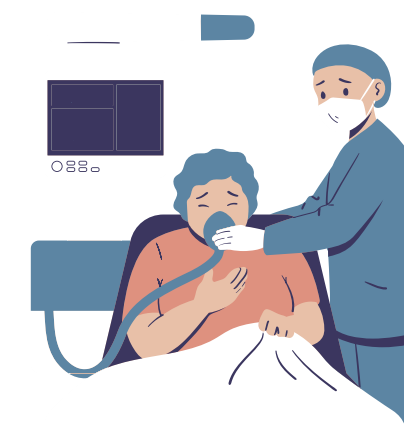
PALPITACIONES



SUDORACIÓN NOCTURNA

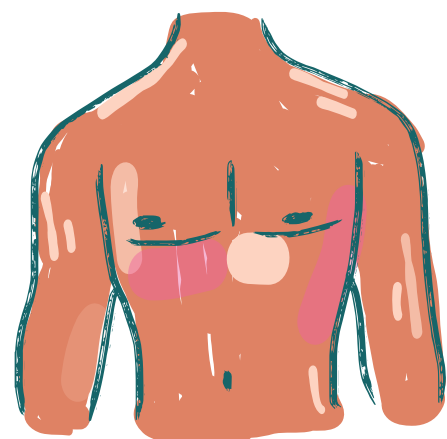


DISNEA EN REPOSO



ALARMA

DOLOR TORACICO



AGITACIÓN O CONFUSIÓN



EXCURSIÓN DE AIRE DEFICIENTE

HALLAZGOS

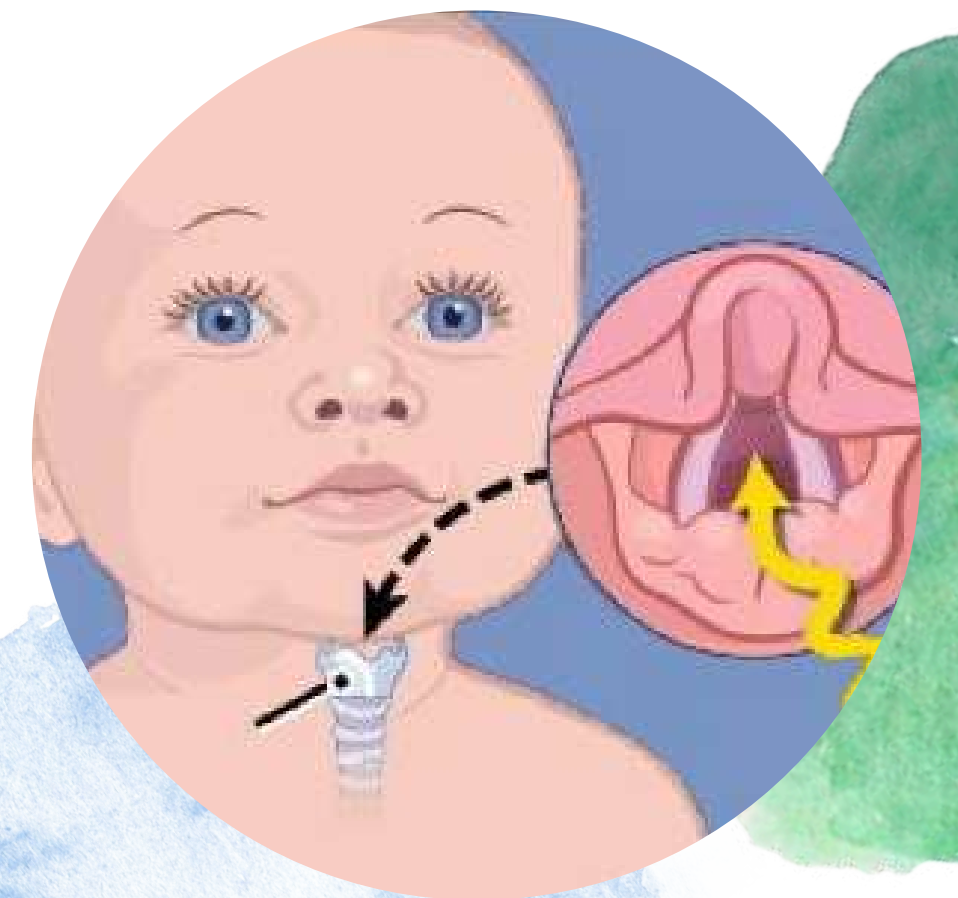
SIBILANCIAS

ASMA O ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA



ESTRIDOR

OBSTRUCCIÓN EXTRATORACICA DE
LA VIA AEREA [cuerpo extraño,
epiglotis, disfunción de las
cuerdas bucales]



DIAGNOSTICO

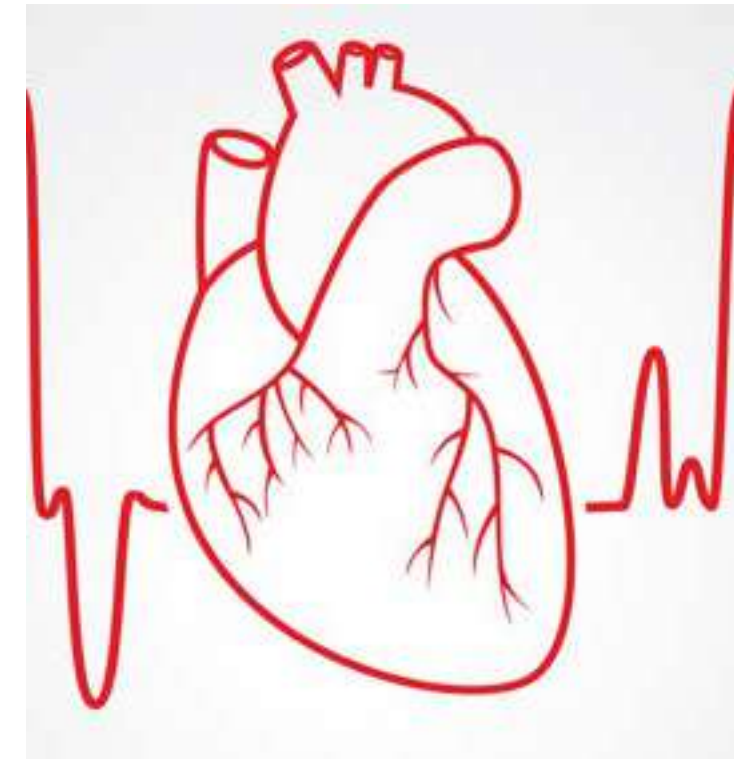




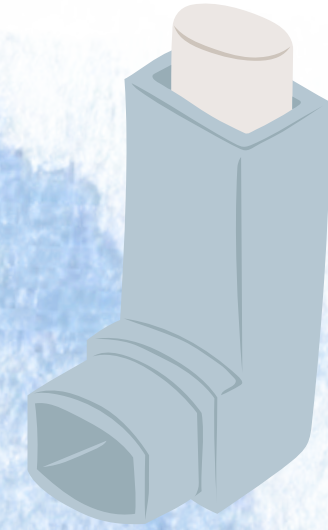
examen fisico y clinica



radiografias



electrocardiograma



TRATAMIENTO

dependera de la gravedad



PALPITACIONES

The background features a white central area surrounded by watercolor-style washes in shades of blue and green. The washes are irregular and textured, with some areas showing small, light blue circular patterns resembling bubbles or droplets.



Las palpitaciones son síntomas descritos por los pacientes como la consciencia incómoda, anormal o incrementada de sus latidos cardíacos

The background features a large, irregular blue watercolor wash that covers most of the page. In the top right and bottom left corners, there are clusters of small, teal-colored dots of varying sizes, some of which are hollow circles, creating a decorative, organic pattern.

EPIDEMIOLOGIA



las arritmias son más
frecuentes en los hombres y en
personas mayores



The background features a large, soft blue watercolor wash that covers most of the page. In the top right and bottom left corners, there are clusters of small, teal-colored dots of varying sizes, some of which are hollow circles, creating a decorative, bubbly effect.

CAUSAS CARDIACAS

ENFERMEDAD ESTRUCTURAL

- Cardiomiopatía
- falla cardíaca
- Pericarditis
- Prolapso valvular mitral
- regurgitación aórtica severa
- Válvulas mecánicas protésicas

ARRITMIAS

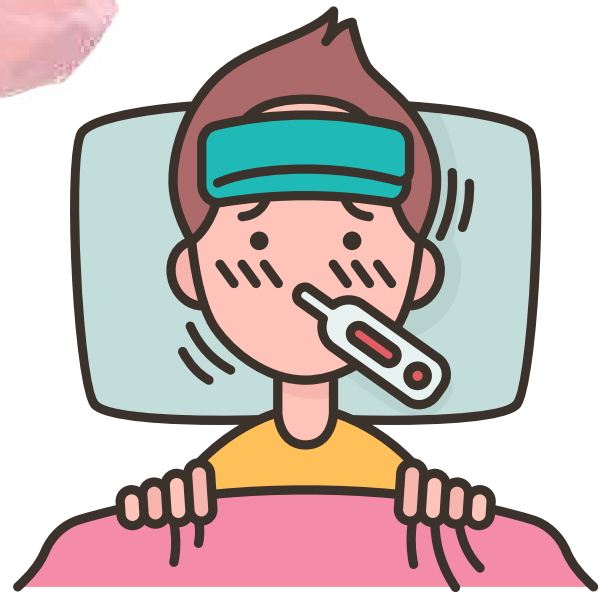
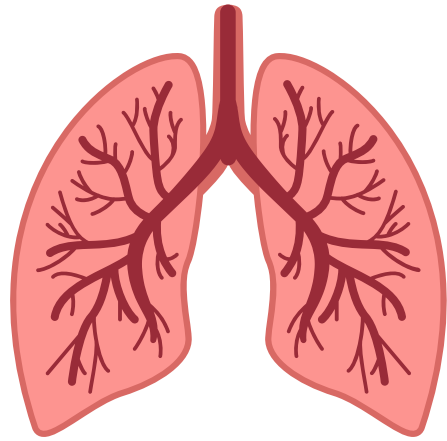
- ANOMALIAS EN EL FUNCIONAMIENTO
- BRADIARRITMIAS (bradicardia sinusal, severa, pausa sinusal, bloqueos autoventriculares de segundo y tercer grado)

- Extrasistoles
supraventricular/ventricular
supraventriculares/ventriculares
- taquicardia supraventricular

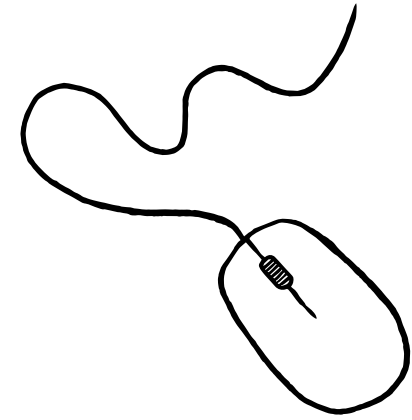
The background features a large, soft blue watercolor wash that covers most of the frame. In the top right and bottom left corners, there are clusters of small, teal-colored dots of varying sizes, some of which are hollow circles, creating a decorative, bubbly effect.

NO CARDIACAS

SISTEMICAS



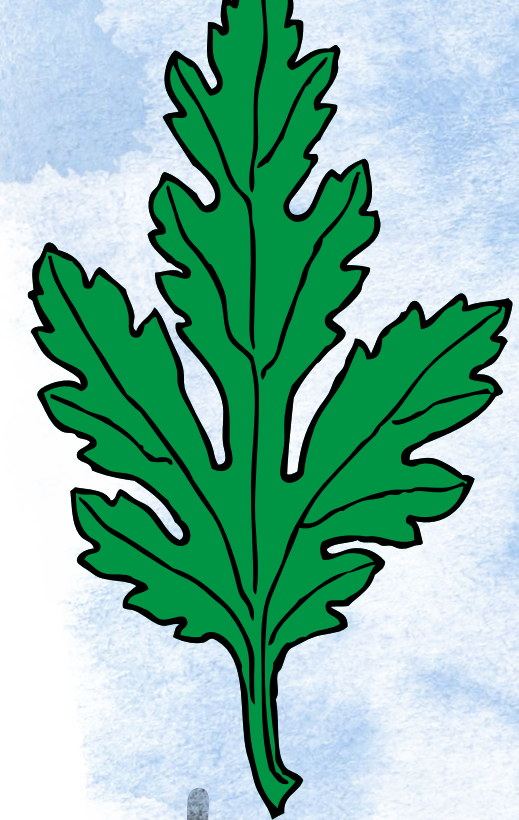
- anemia
- embarazo
- enf. pulmonar
- fiebre
- fistula arteriovenosa
- hipertiroidismo



TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

- ansiedad
- ataques de pánico
- depresión
- trastornos de somatización





MEDICAMENTOS O DROGAS

- agentes simpaticomiméticos
- alcohol, cocaína, heroína, cafeína, nicotina, drogas sintéticas
- fármacos para disminuir peso
- retiro o suspensión reciente de betabloqueadores



SEMILOGIA



IRRADIACIÓN

TIEMPO DE INICIO DE LOS
SINTOMAS

DURACION DEL INICIO DE LAS
PALPITACIONES

corazon palpita y para

SEMIOLOGIA

FRECUENCIA DE APARICIÓN

FORMA DE INICIO

FORMA DE TERMINACIÓN

corresponde a taquiarritmias
paroxísticas

SEMILOGIA

IRRADIACIÓN



FACTORES
DESENCADENANTES



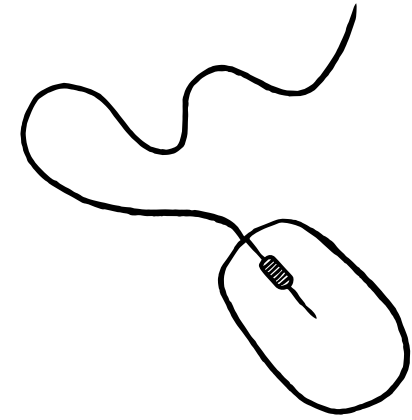
FACTORES DE MEJORIA





SINTOMAS

- dolor de pecho
- disnea
- sincope
- poliuria



The background features a large, soft blue watercolor wash that covers most of the page. In the top right and bottom left corners, there are clusters of small, teal-colored dots of varying sizes, some of which are hollow circles, creating a decorative, bubbly effect.

PALPITACIONES

PALPITACIONES EXTRASISTOLICAS

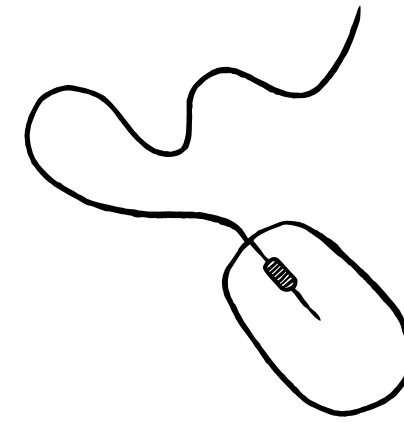
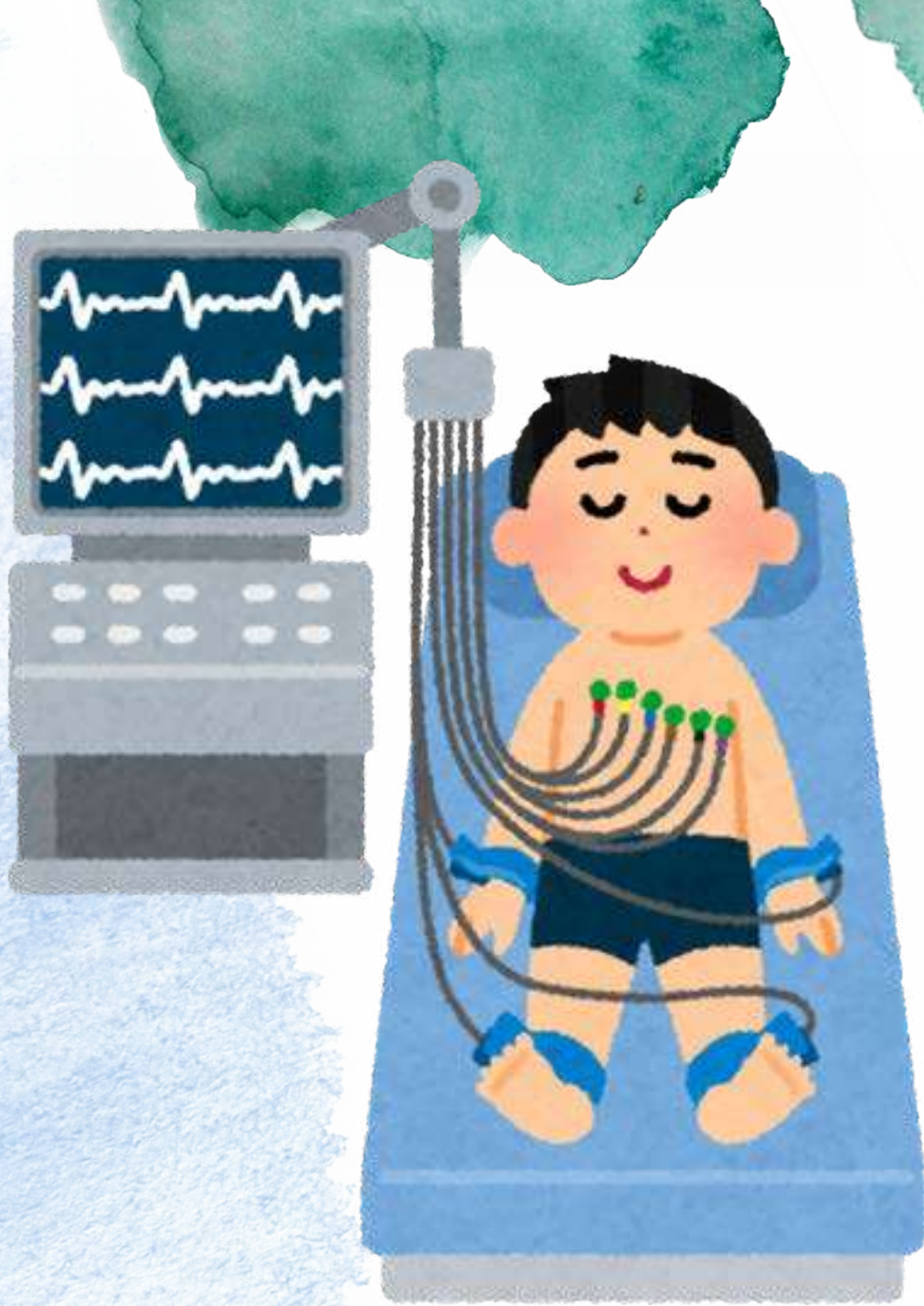
El paciente describe la sensación de que el corazón para y luego reinicia los latidos



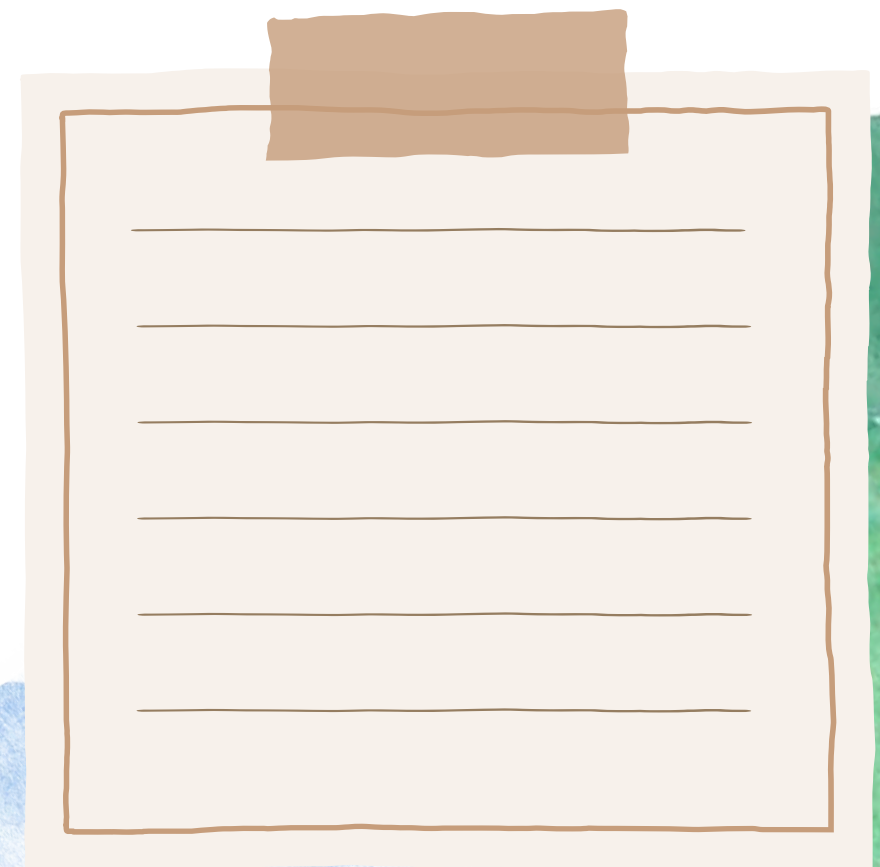
PALPITACIONES TAQUICARDICAS

Se perciben como latidos cardiacos muy rápidos (más rápidos de lo esperado), que pueden ser regulares o irregulares

DIAGNOSTICOS



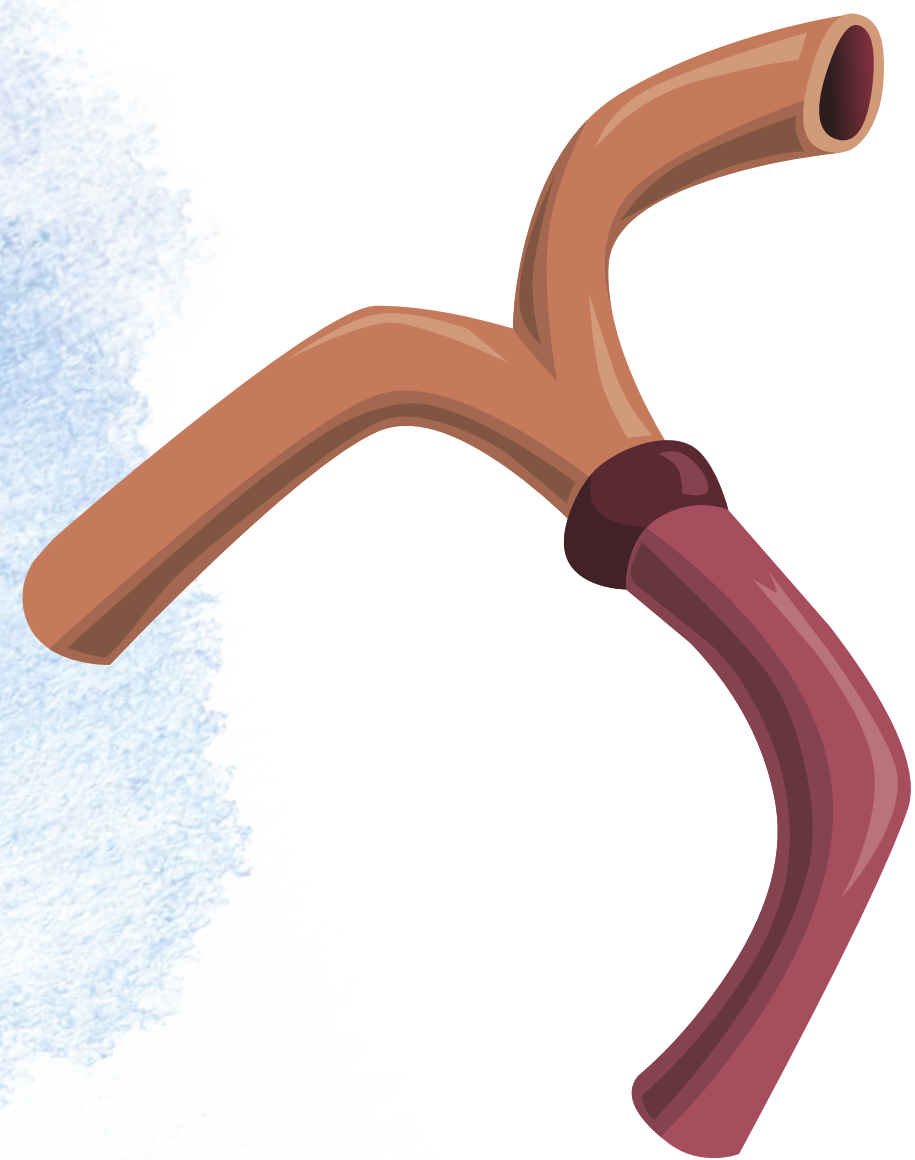
- Anamnesis
- electrocardiograma





HEMOP TISIS

- eliminación de sangre por el aparato respiratorio



Cerca del 5% de la sangre circula a través de las arterias bronquiales de alta presión, que nacen en la aorta e irrigan las vías aéreas principales y las estructuras de sostén.



la sangre suele originarse en esta
circulación bronquial

salvo cuando las arterias pulmonares
están dañadas por un traumatismo, por
erosión de un ganglio linfático
granulomatoso o calcificado o un tumor

ETIOLOGIA

En los adultos, en el 70 al 90% de los casos es causado por

- Bronquitis
- Bronquiectasias
- Neumonía necrosante
- Tuberculosis



En los niños, causas habituales son

- Infección de las vías respiratorias inferiores
- Aspiración de cuerpo extraño

HEMOPTISIS MASIVA

varían según la región geográfica, pero incluyen los siguientes:

- Carcinoma broncogénico
- Bronquiectasias
- Tuberculosis y otras neumonías

ANAMNESIS

debe buscar síntomas que sugieran las posibles causas, como

- fiebre
- producción de esputo (neumonía),
- sudoración nocturna,
- pérdida de peso y
- cansancio (tuberculosis),
- dolor torácico y disnea,
- dolor y edema en las piernas (embolia pulmonar),
- hematuria
- secreción nasal sanguinolenta (granulomatosis con poliangéitis).

EXAMEN FISICO

EXAMEN PULMONAR COMPLETO

grado de dificultad respiratoria
del paciente

- simetría del murmullo vesicular y la presencia de crepitantes, estertores,
- Hay que inspeccionar y palpar las zonas cervical y supraclavicular en busca de linfadenopatías (que sugiere cáncer o tuberculosis).

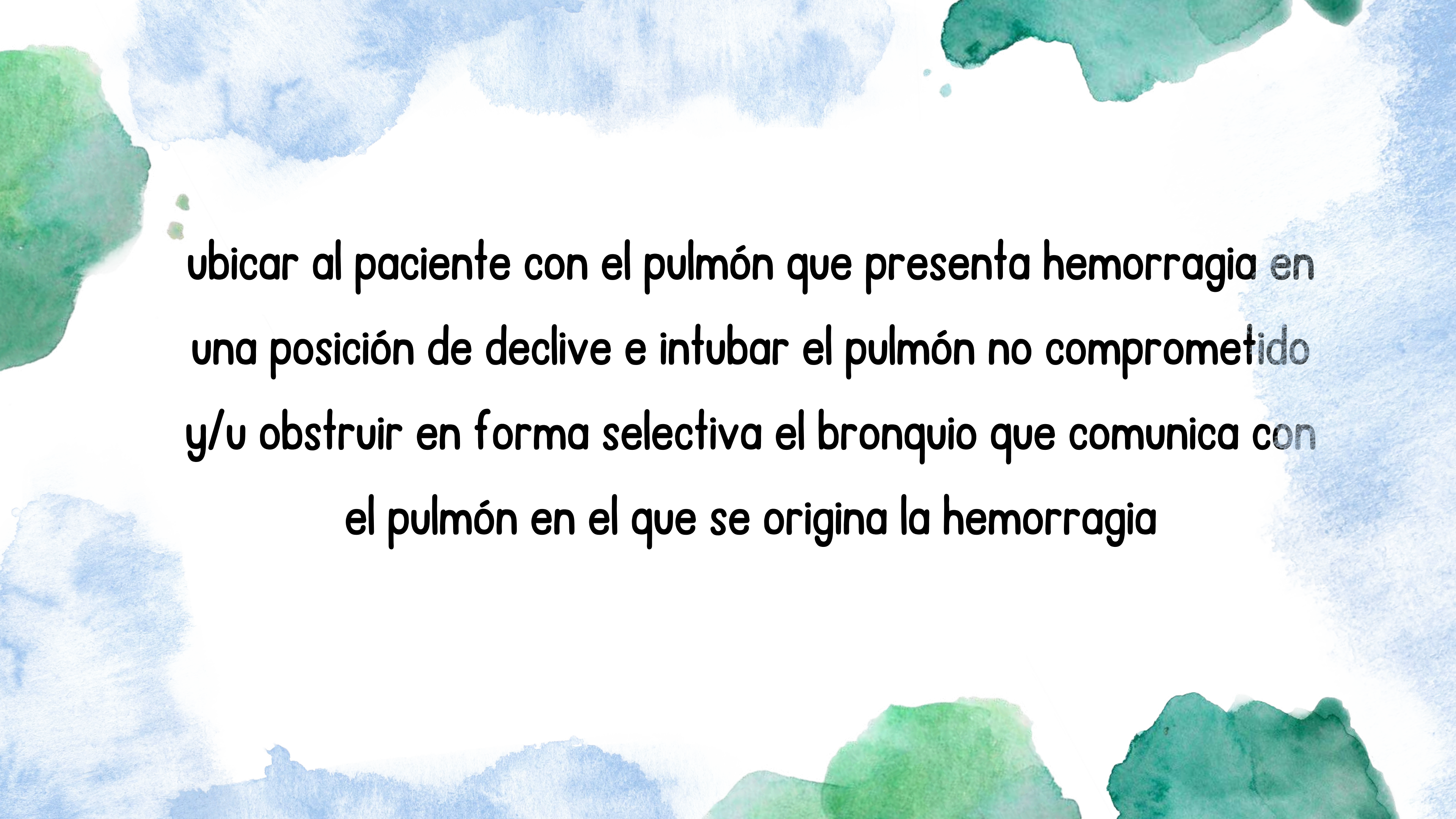
ABDOMEN

El examen abdominal debe centrarse en los signos de congestión o masas hepáticas, que podrían sugerir cáncer o hematemesis por las posibles vrices esofágicas

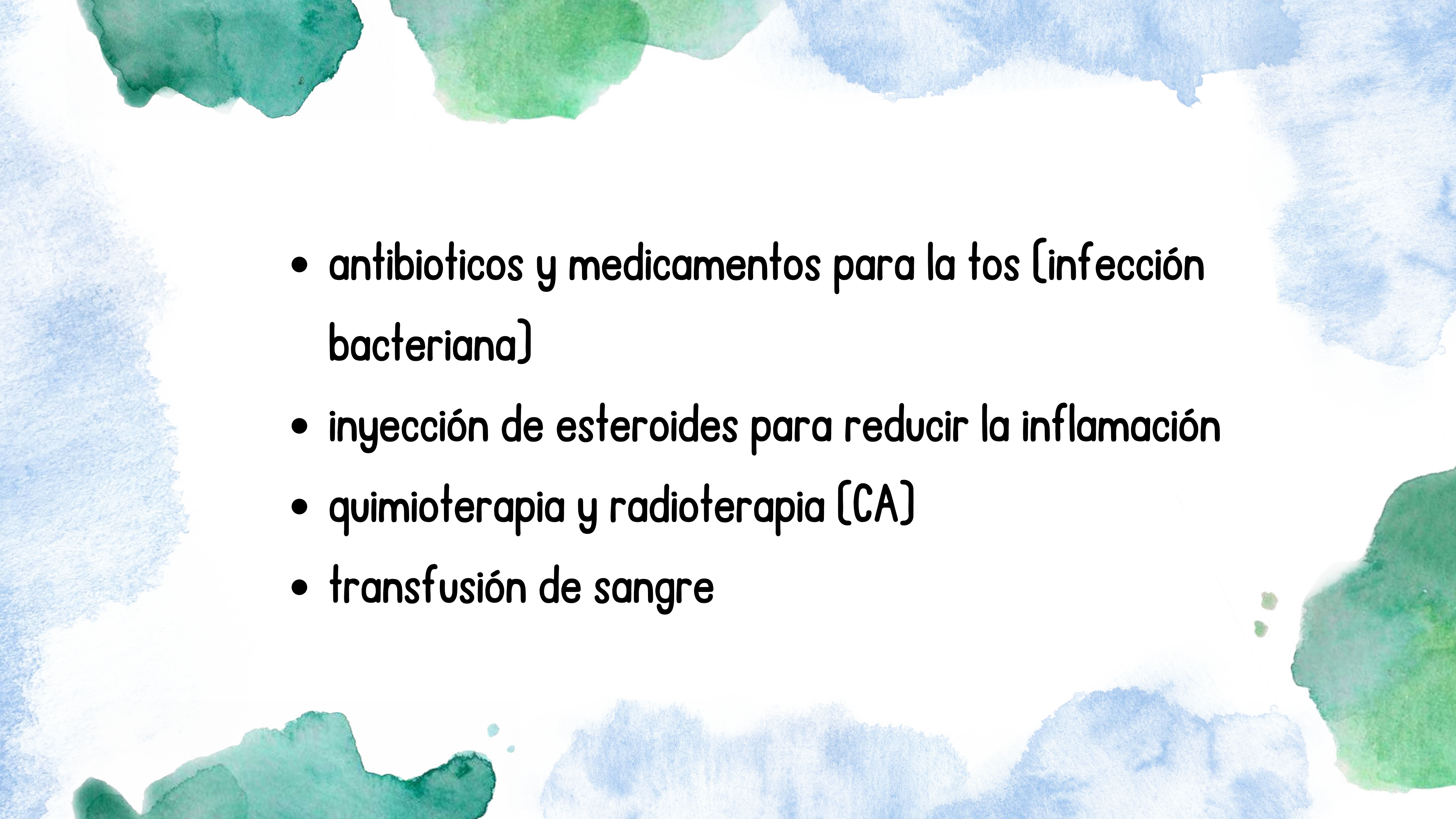
PIEL

La piel y las mucosas deben examinarse para determinar la presencia de equimosis, petequias, telangiectasia, gingivitis o evidencia de hemorragia a partir de la mucosa bucal o nasal.

TRATAMIENTO



ubicar al paciente con el pulmón que presenta hemorragia en una posición de declive e intubar el pulmón no comprometido y/u obstruir en forma selectiva el bronquio que comunica con el pulmón en el que se origina la hemorragia

- 
- **antibióticos y medicamentos para la tos (infección bacteriana)**
 - **inyección de esteroides para reducir la inflamación**
 - **quimioterapia y radioterapia (CA)**
 - **transfusión de sangre**



EPISTAXIS

ELVIN CARALAMPIO GÓMEZ SUÁREZ

EPISTAXIS



- Hemorragia de las fosas nasales (cavidad nasal).
- Causa mas frecuente: Erosión traumática de los vasos sanguíneos del plexo
- Es rara en recién nacidos y lactantes.
- Su prevalencia es mayor durante la infancia y aumenta progresivamente después de los 30 a 40 años de edad



SEMIOLOGIA GENERAL

- Es indispensable precisar antecedentes mórbidos personales, antecedentes, hemorrágicos en el px y en sus familiares, medicamentos que ingiere, en el examen físico: presencia de hemorragias mucocutáneas, petequias, equimosis, hematomas, etc.
- En la epistaxis la sangre es de color rojo claro brillante y el diagnóstico es obvio.

Causa	Local o general
Sangramiento nasal	Unilateral o bilateral
Sitio del sangramiento	Anterior o posterior
Cuantía	Leve o benigna o abundante o severa
Evolución	Transitoria, persistente o recidivante
Complicaciones	No complicada o complicada



Epistaxis leves

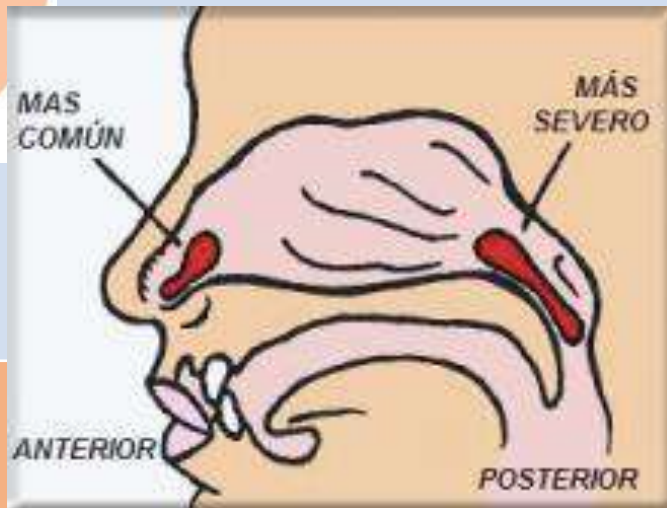
- Más frecuentes
- Se caracterizan por su comienzo brusco
- Inicialmente unilateral
- Ceden rápidamente en forma espontánea o por compresión nasal
- No comprometen el estado hemodinámico del paciente

Epistaxis severas

- Son de mayor cuantía
- Generalmente bilaterales y con sangrado posterior
- El px está inquieto, pálido y tiene compromiso hemodinámico; requiere hospitalización
- Epistaxis repetitivas, aunque no sean cuantiosas, pueden llegar a comprometer el estado hemodinámico

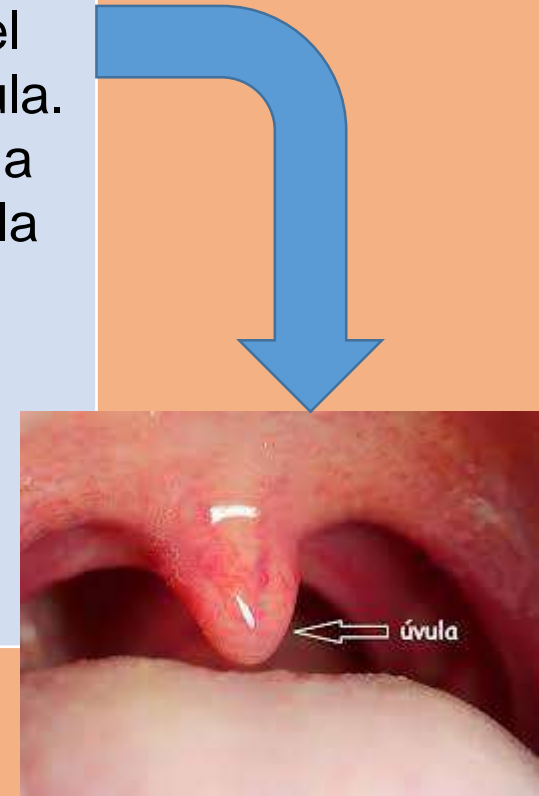
Epistaxis anteriores

- La mayoría son anteriores (95%) y de causa local
- Es de escasa cuantía
- Resolución espontánea
- En ocasiones es de mayor volumen y persistente requiriendo de medidas para detenerla (taponamientos)



Epistaxis posterior

- Son infrecuente, probablemente menos del 5%
- Puede originarse por sangramiento de las arterias etmoidales, anterior o posterior y las esfenopalatinas
- Los sangrados son de mayor magnitud
- Se pone en evidencia abriendo la boca con la lengua dentro y observando el sangrado activo por detrás de la úvula.
- El dx puede pasar desapercibido si la sangre fluye hacia la faringe y el px la deglute
- En estos casos, el enfermo puede tener vómito sanguinolento, lo que plantea el dx diferencial con una hematemesis.



CAUSAS

- Puede ser de causa local o bien sintomática de una enfermedad general
- Causa local es unilateral y Causa general es bilateral.

Causas locales

- Traumatismo nasal externo
- Erosión traumática de la mucosa nasal
- Rinitis y sinusitis aguda
- Desviaciones del tabique nasal
- Cuerpos extraños intranasales
- Angiomas nasales
- Tumores benignos y malignos de la nariz y senos paranasales

Enfermedades generales

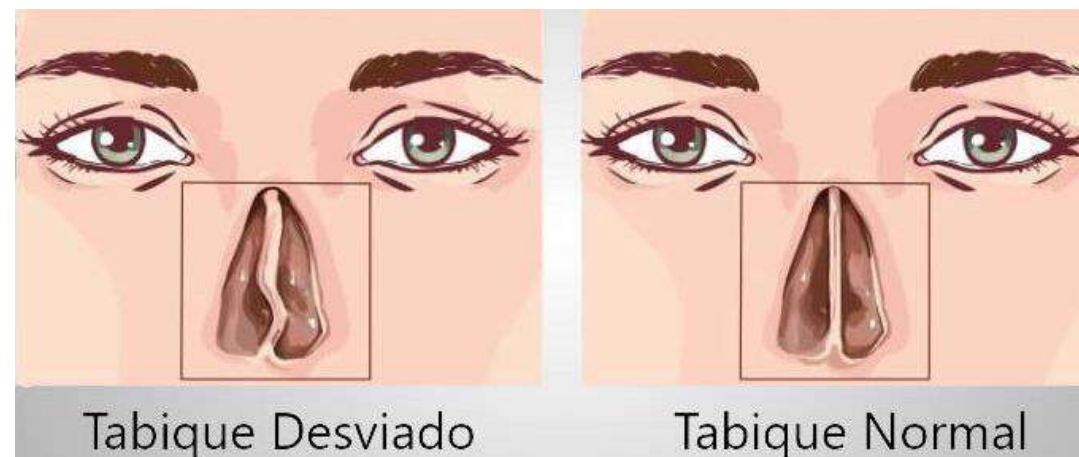
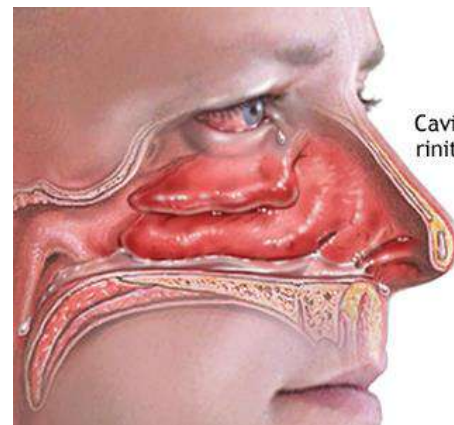
- Enfermedades infecciosas
- Deficiencia congénita o adquirida de factores de coagulación
- Hemopatías
- Hipertensión arterial

Otras causas

- Medicamentos
- Tratamiento anticoagulante
- Telangiectasia hereditaria hemorrágica.
- Adicción a la cocaína
- Menstruación vicariante

Causas locales

- Traumatismo nasal externo
- Erosión traumática de la mucosa nasal
- Rinitis y sinusitis aguda
- Desviaciones del tabique nasal
- Cuerpos extraños intranasales
- Angiomas nasales
- Tumores benignos y malignos de la nariz y senos paranasales





ENFERMEDADES
INFECCIOSAS:

- Fiebre tifoidea
- Gripe
- Resfrió común
- Tos convulsiva
- Difteria nasal unilateral



DEFICIENCIA HEREDADA O
CONGÉNITA DE FACTORES
DE COAGULACIÓN :

- Hipoprotrombinemias
- Deficiencia de factores VIII y IX)
- Hemopatías (leucemias, trombocitopenias)
- Durante el tratamiento anticoagulante con protrombopénicos

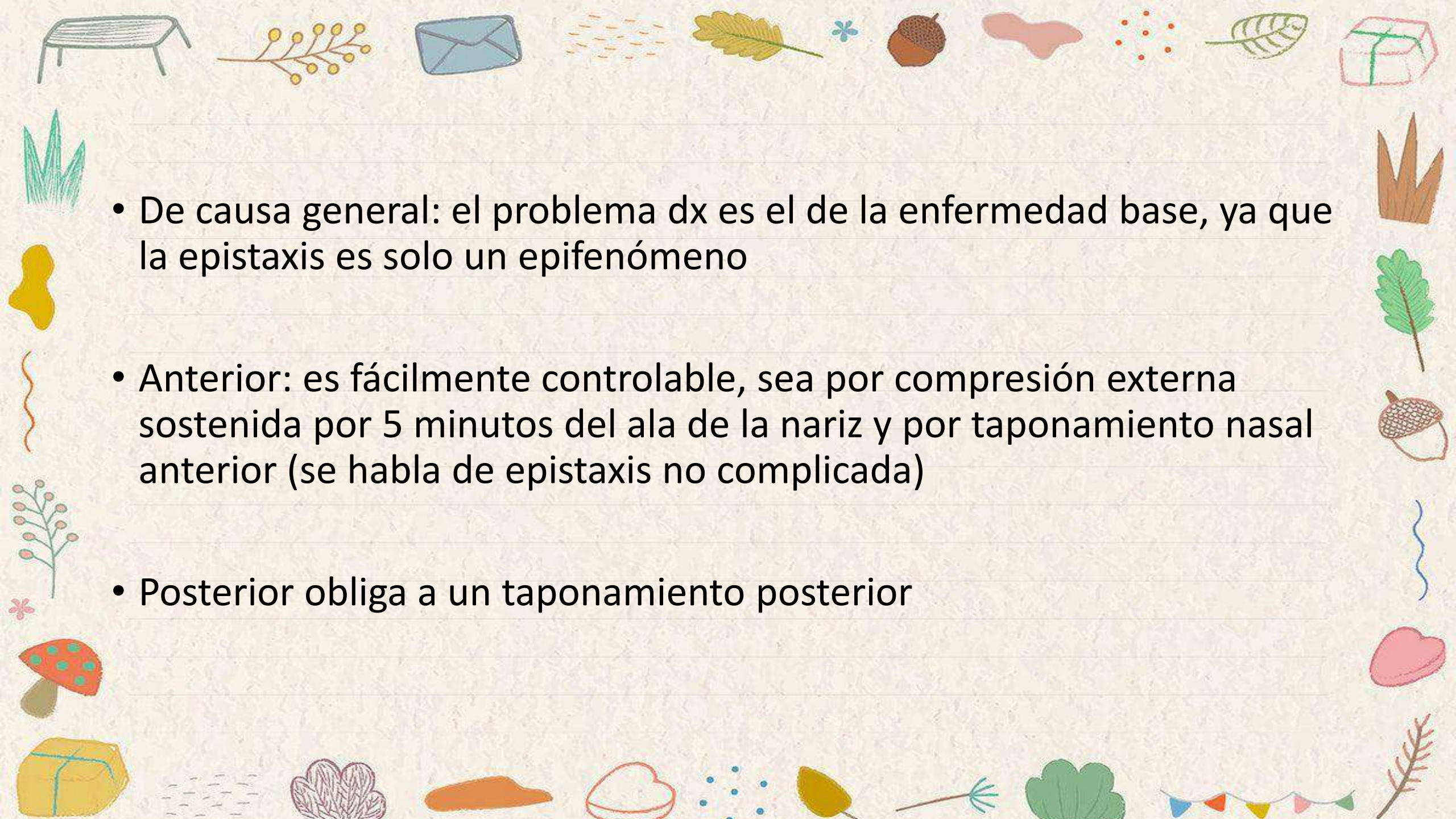


EN LAS ENFERMEDADES QUE CURSAN CON HIPOPROTROMBINEMIA:

- Cirrosis hepática
- Hepatitis crónica

En las hemopatías, es raro que solo haya epistaxis sin que el paciente exhiba hemorragias cutáneas o de mucosas.

Por cuerpos extraños intranasales se observa especialmente en niños: una secreción hemopurulenta fétida unilateral en un preescolar, sugiere cuerpo extraño.

- 
- De causa general: el problema dx es el de la enfermedad base, ya que la epistaxis es solo un epifenómeno
 - Anterior: es fácilmente controlable, sea por compresión externa sostenida por 5 minutos del ala de la nariz y por taponamiento nasal anterior (se habla de epistaxis no complicada)
 - Posterior obliga a un taponamiento posterior



CIANOSIS

ELVIN CARALAMPIO GÓMEZ SUÁREZ

CIANOSIS



- Se denomina cianosis la coloración azulada de piel y mucosas, debida a un aumento anormal de la hemoglobina (Hb) reducida en la sangre capilar
- El tinte azulado es dado por la sangre de los capilares y vénulas en los plexos subpapilares



- La cianosis debe buscarse donde los tegumentos sean más delgados y vascularizados (labios, alas de la nariz, pabellón de la oreja y lechos ungueales) o en las mucosas calientes (lengua y conjuntiva palpebral).



- La búsqueda debe hacerse con muy buena iluminación de luz natural y nunca con luz artificial
- La sangre oscurecida es la causante de la cianosis se comprueba desplazando la sangre por compresión digital de la piel, lo que produce blanqueamiento o desaparición de la cianosis mientras dura la compresión

TIPOS DE CIANOSIS SEGÚN CAUSAS

Cianosis central

Por insaturación de la sangre arterial

De causa pulmonar

Hipoventilación alveolar

Relación ventilación/perfusión alterada

Perturbación de la difusión de O₂

De causa cardiovascular

Tetralogía de Fallot

Síndrome de Eisenmenger

Síndrome de Ebstein

Fístulas a-v pulmonares

Por derivados anormales de la Hb

Metahemoglobinemia

Sulfahemoglobinemia

Cianosis periférica

Por mayor extracción de O₂ a nivel tisular

Insuficiencia cardíaca congestiva

Shock

Vasoconstricción (Raynaud-Frío)

Obstrucciones arteriales o venosas

Diferencias de Cianosis



Central	Periférico
<ul style="list-style-type: none">• Coloración: azulada de piel y mucosa• Patogenia insaturación arterial o baja afinidad de la hemoglobina al oxígeno• Causa: EPOC, neumonía, tromboembolismo, cardiopatías, (tetralogía de fallot)• No desaparece con el aumento de temperatura	<ul style="list-style-type: none">• Coloración: azulada de piel• Patogenia: enlentecimiento de flujo sanguíneo o aumento de la extracción de oxígeno a nivel tisular• Causa: shock, insuficiencia cardíaca derecha, frío, oclusión venosa• Puede atenuarse con el calentamiento del ambiente

CIANOSIS CENTRAL

- Producida por marcada insaturación de la sangre arterial
- Trastorno que se observa en todos los procesos pulmonares
- Que comprometen seriamente la ventilación pulmonar, la relación ventilación-perfusión o la difusión del O₂
- En todos los procesos cardiovasculares con cortocircuito de derecha a izquierda como la Tetralogía de Fallot, el síndrome de Eisenmenger o el Ebstein



- Semiológicamente se caracteriza por ser generalizada
- Se debe buscar de preferencia en la lengua y conjuntivas palpebrales porque muchas veces es allí donde primero o exclusivamente se hace aparente
- Además es caliente y se acompaña casi siempre de poliglobulia y acropaquia (dedos en palillo de tambor o hipocratismo digital)

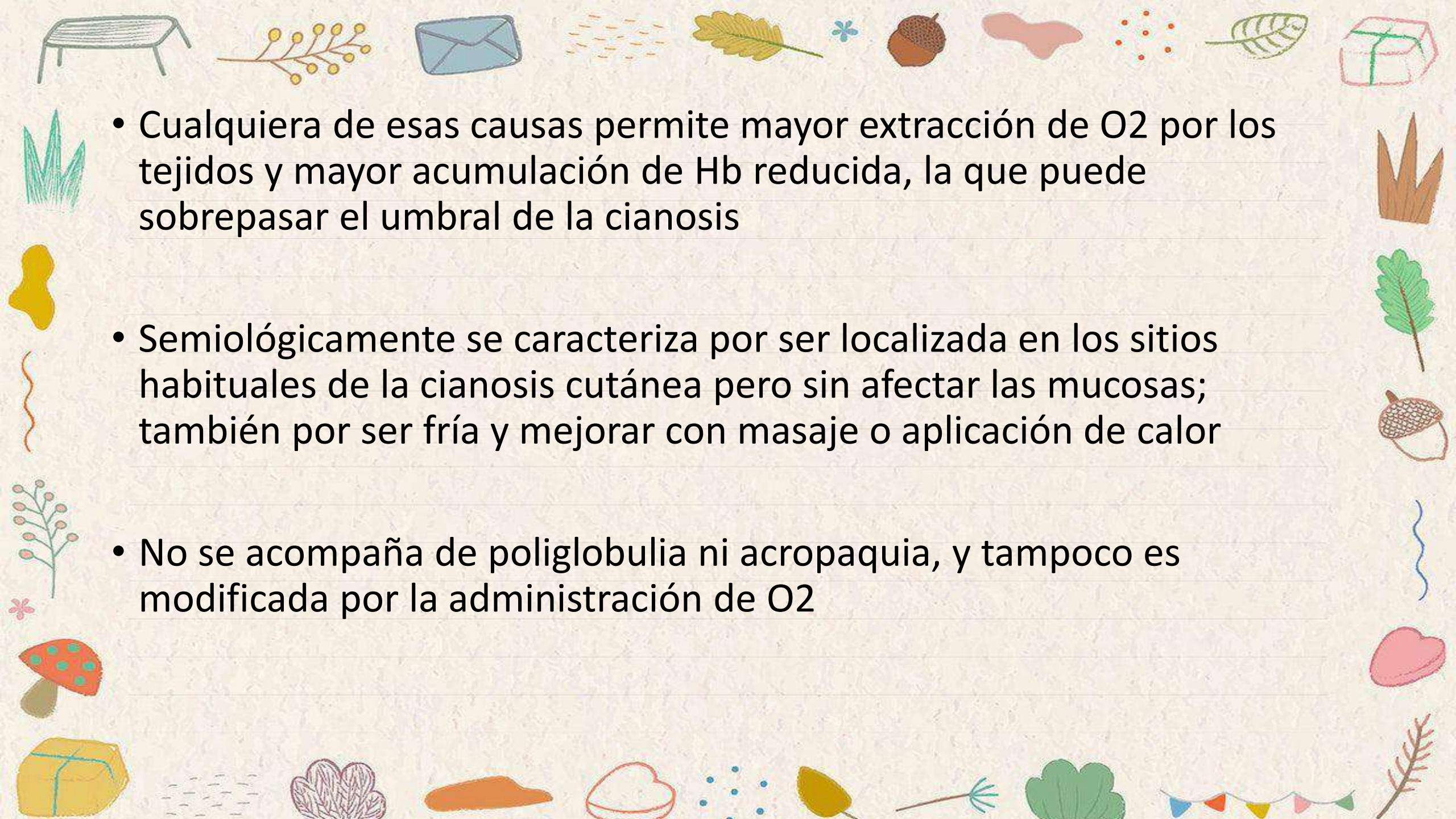


- La administración de O₂ tiende a hacerla desaparecer
- Se hace aparente cuando la saturación de O₂ ha caído cerca del 75%; en las personas muy morenas se puede pesquisar mejor en las retinas al examinar el fondo de ojo.

CIANOSIS PERIFERICA

- Producida por entrega excesiva de O₂ a nivel tisular mientras la saturación de la sangre arterial no está necesariamente alterada
- Resulta de un marcado retardo de la circulación periférica sea por vasoconstricción (frío intenso, síndrome de Raynaud), por caída acentuada del débito cardíaco (insuficiencia cardíaca grave, shock) o por obstrucciones arteriales o venosas (obstrucciones arteriales de miembros, flebotrombosis)



- 
- Cualquiera de esas causas permite mayor extracción de O₂ por los tejidos y mayor acumulación de Hb reducida, la que puede sobrepasar el umbral de la cianosis
 - Semiológicamente se caracteriza por ser localizada en los sitios habituales de la cianosis cutánea pero sin afectar las mucosas; también por ser fría y mejorar con masaje o aplicación de calor
 - No se acompaña de poliglobulia ni acropaquia, y tampoco es modificada por la administración de O₂

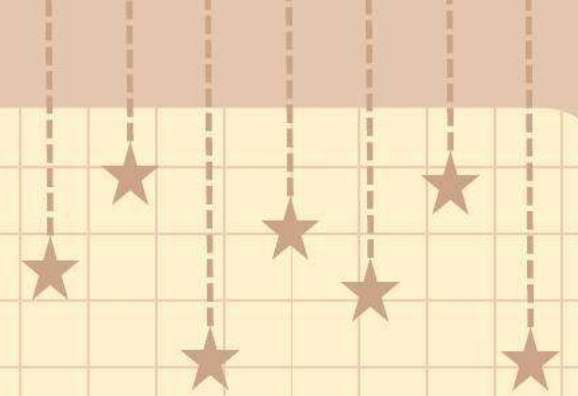
CIANOSIS MIXTA

- Producida por combinación de mecanismos como coexistencia de mala oxigenación a nivel pulmonar y retardo de la circulación a nivel periférico
- Ejem: Insuficiencia cardiaca congestiva grave
- Mucho más raro de observar es la cianosis que aparece en grandes alturas a raíz de esfuerzos importantes



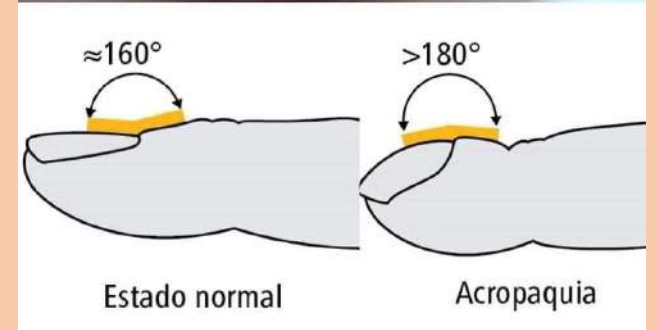
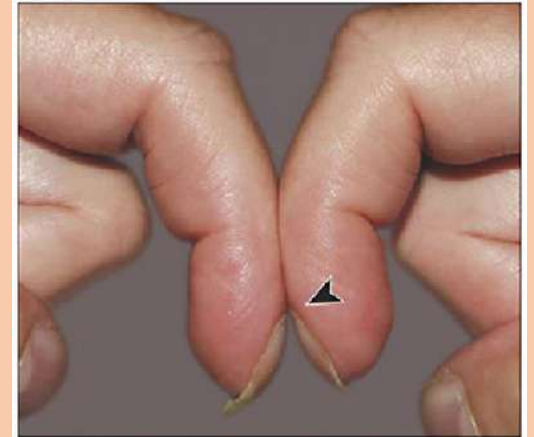
CIANOSIS DIFERENCIAL

- Es una variedad de cianosis de tipo central limitada a los ortijos de ambos pies y que no compromete los miembros superiores ni la cara
- Signo casi patognomónico de hipertensión pulmonar severa con cortocircuito de derecha a izquierda a través de un ductus complicado de hipertensión pulmonar; en estas condiciones, la sangre insaturada es desviada hacia la aorta descendente a través del ductus
- Se manifiesta en los pies y no en las manos →



Central	Periférica
Generalizada	Localizada (distal)
Caliente	Fría
Compromete mucosa	(no)
Acropaquia	(no)
Poliglobulia	(no)
Mejora con O ₂	(no)
No mejora con calor	Mejora con calor

ACROPAQUIAS



Enfoque diagnóstico de la cianosis en clínica

Localización	Bien localizada Regional Generalizada
Temperatura	Fría Caliente
Persistencia	Permanente Solo con esfuerzos
Antigüedad	Desde la infancia Reciente
Signos acompañantes	Ninguno Acropaquia Poliglobulia

- Colocar las extremidades cianóticas en agua caliente (se acelera la circulación local y mejora la cianosis periférica)
- Respirar O₂ a presión (mejoran las cianosis centrales)



SÍNCOPE

ELVIN CARALAMPIO GÓMEZ SUÁREZ

SÍNCOPE



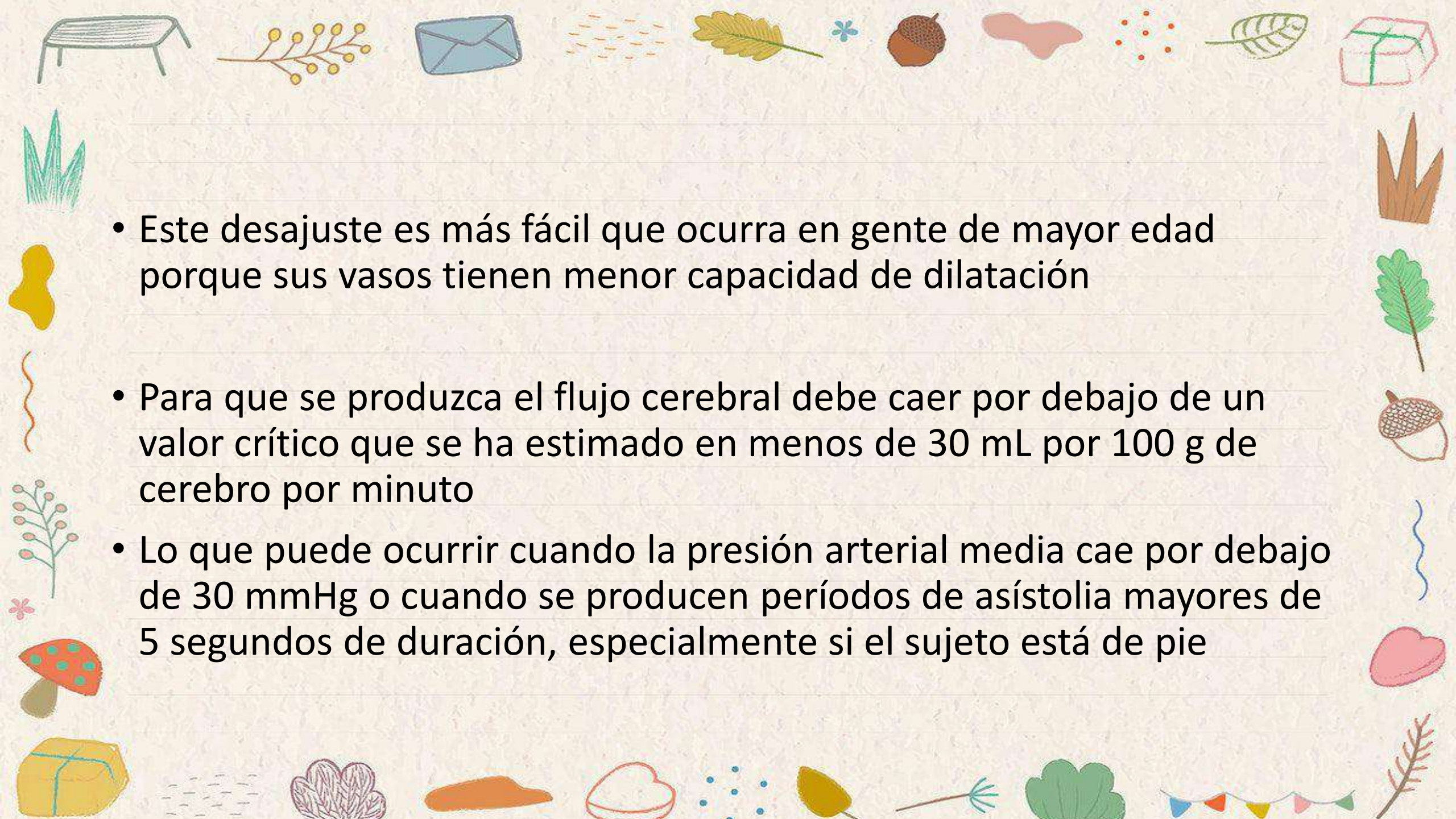
- Súbita, completa y transitoria pérdida del conocimiento debida a una brusca disminución del flujo sanguíneo cerebral, con recuperación dentro de pocos minutos
- Presíncope se conoce la sensación de pérdida de conocimiento inminente sin que este llegue a producirse



MECANISMOS

- Con el fin de mantener un flujo sanguíneo lo más constante posible hacia el cerebro los **vasos cerebrales se contraen o dilatan cada vez que aumenta o disminuye la presión arterial sistémica**
- Esta regulación automática trabaja bien mientras las variaciones tensionales no exceden de ciertos límite
- Si la presión arterial disminuye más allá de esos límites el flujo cerebral cae, pese a la máxima dilatación de los vasos cerebrales, lo que da lugar a la pérdida del conocimiento



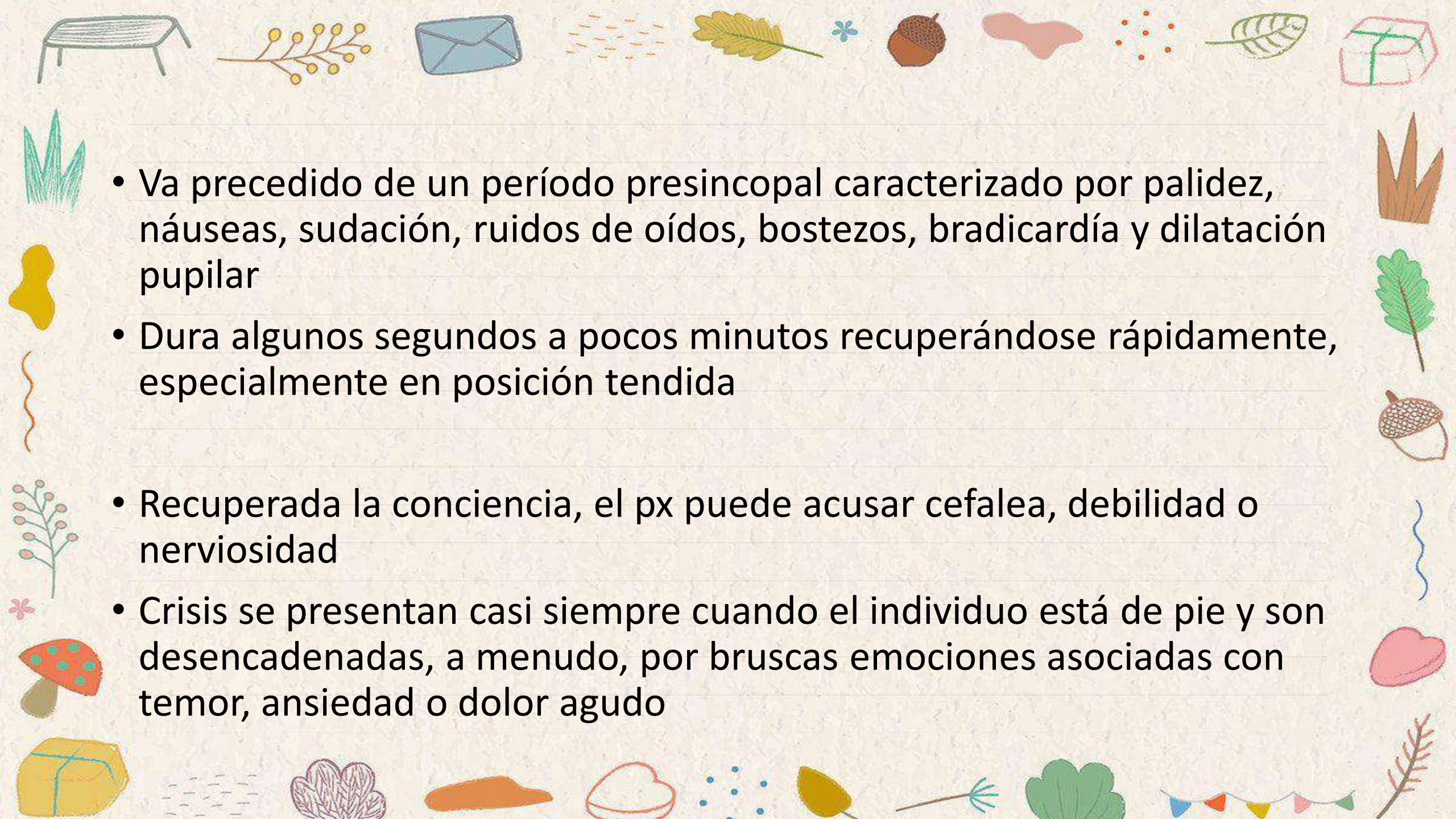
- 
- Este desajuste es más fácil que ocurra en gente de mayor edad porque sus vasos tienen menor capacidad de dilatación
 - Para que se produzca el flujo cerebral debe caer por debajo de un valor crítico que se ha estimado en menos de 30 mL por 100 g de cerebro por minuto
 - Lo que puede ocurrir cuando la presión arterial media cae por debajo de 30 mmHg o cuando se producen períodos de asístolia mayores de 5 segundos de duración, especialmente si el sujeto está de pie

Tipos según causas

SÍNCOPE VASOVAGAL: (desmayo común o lipotimia)

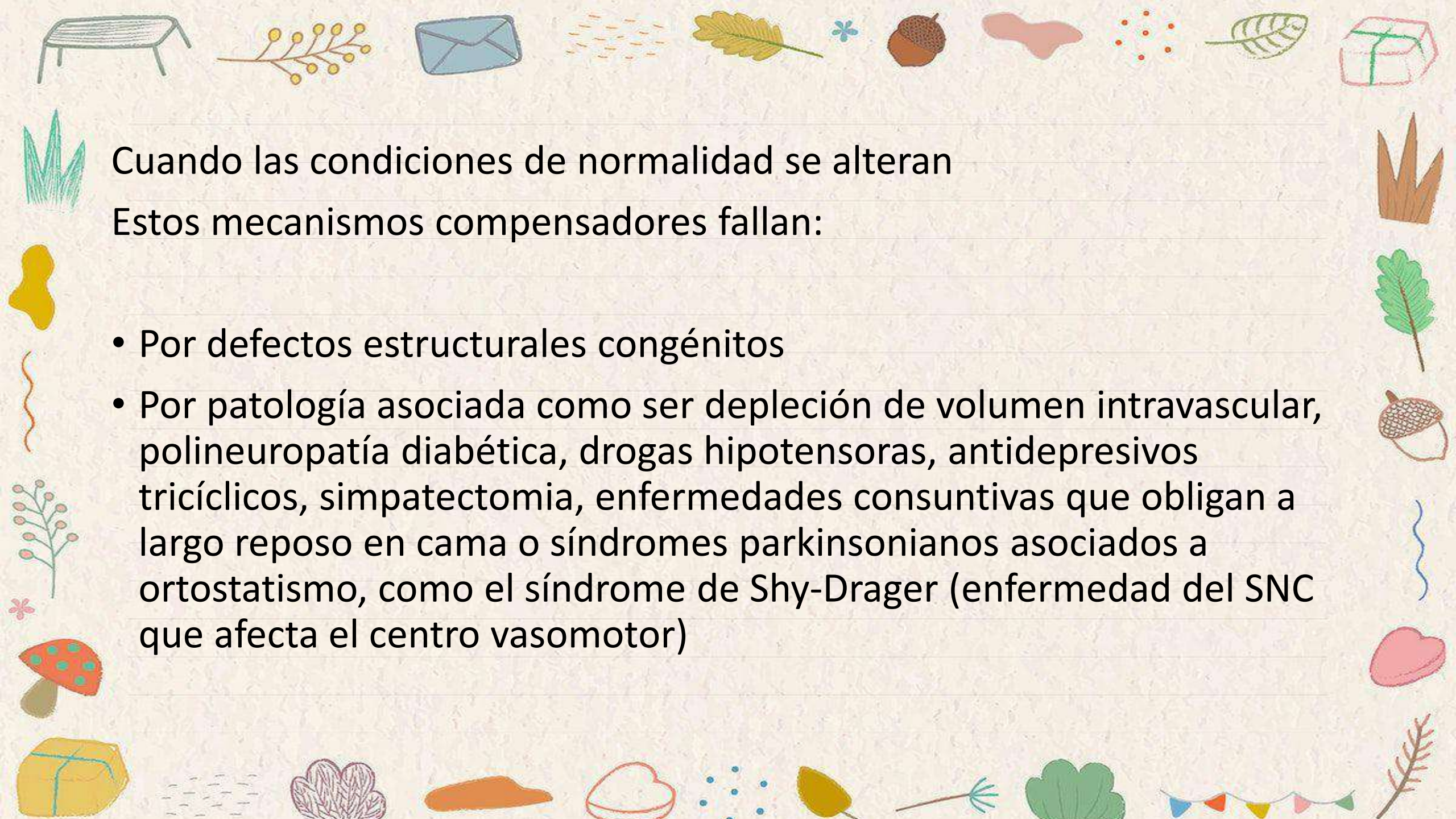
- Más frecuente, especialmente entre los jóvenes
- Se produce una vasodilatación arteriolar generalizada
- Particularmente en los músculos de las extremidades inferiores y en el territorio del esplácnico que hace caer el retorno venoso y la presión arterial, lo que derrumba el flujo cerebral



- 
- Va precedido de un período presincope caracterizado por palidez, náuseas, sudación, ruidos de oídos, bostezos, bradicardia y dilatación pupilar
 - Dura algunos segundos a pocos minutos recuperándose rápidamente, especialmente en posición tendida
 - Recuperada la conciencia, el px puede acusar cefalea, debilidad o nerviosidad
 - Crisis se presentan casi siempre cuando el individuo está de pie y son desencadenadas, a menudo, por bruscas emociones asociadas con temor, ansiedad o dolor agudo

SÍNCOPE POR HIPOTENSIÓN POSTURA:

- Ocurre de preferencia al incorporarse una persona después de haber permanecido largo rato tendido; o bien, después de mantenerse de pie e inmóvil por largos períodos
- Cuando una persona se pone de pie la sangre tiende a acumularse en las extremidades inferiores y vísceras; esto es compensado por reflejos barorreceptores que entran en juego en condiciones normales

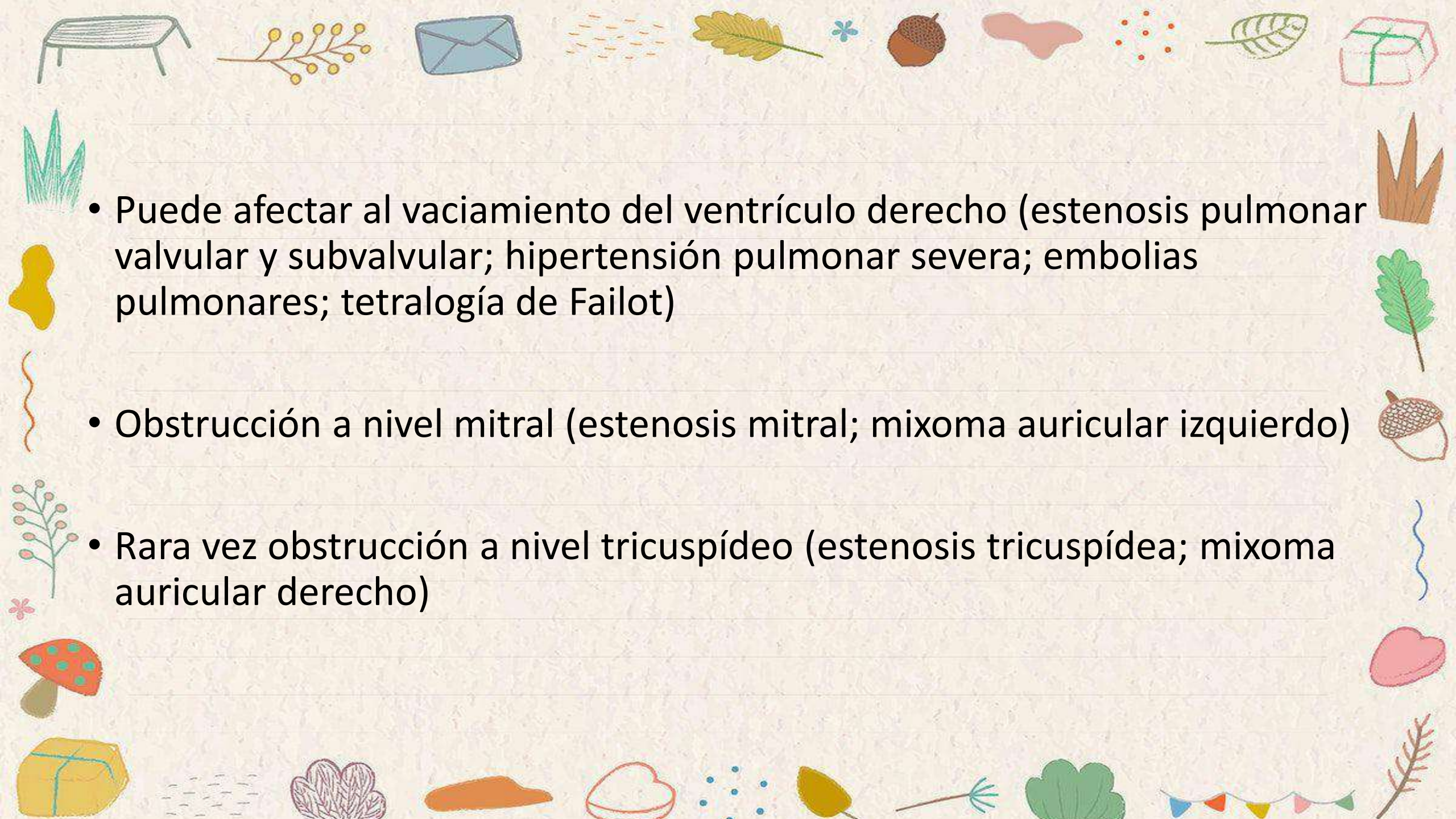


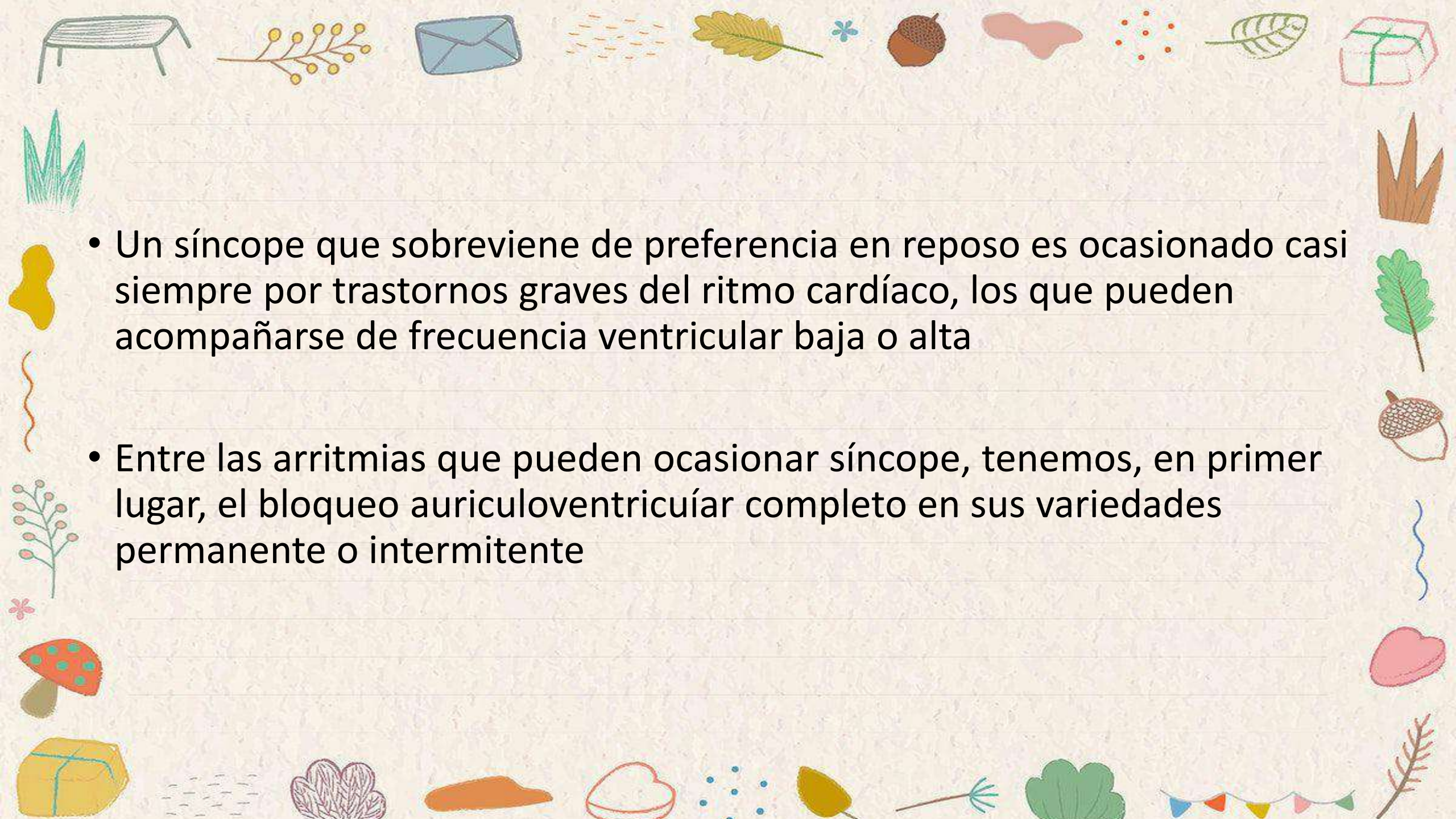
Cuando las condiciones de normalidad se alteran
Estos mecanismos compensadores fallan:

- Por defectos estructurales congénitos
- Por patología asociada como ser depleción de volumen intravascular, polineuropatía diabética, drogas hipotensoras, antidepresivos tricíclicos, simpatectomía, enfermedades consuntivas que obligan a largo reposo en cama o síndromes parkinsonianos asociados a ortostatismo, como el síndrome de Shy-Drager (enfermedad del SNC que afecta el centro vasomotor)

SÍNCOPE CARDIOGÉNICO:

- La caída del flujo sanguíneo cerebral obedece a alteración cardíaca primaria
- Es la que va a producir la brusca caída del débito cardíaco
- El síncope de esfuerzo se presenta cuando los mayores requerimientos de sangre que este exige no pueden ser satisfechos por la obstrucción al flujo de la sangre
- Esta obstrucción afecta más frecuentemente al vaciamiento del ventrículo izquierdo (estenosis aórtica valvular, sub y supra valvular; cardiomiopatía hipertrófica)

- 
- Puede afectar al vaciamiento del ventrículo derecho (estenosis pulmonar valvular y subvalvular; hipertensión pulmonar severa; embolias pulmonares; tetralogía de Failot)
 - Obstrucción a nivel mitral (estenosis mitral; mixoma auricular izquierdo)
 - Rara vez obstrucción a nivel tricuspídeo (estenosis tricuspídea; mixoma auricular derecho)

- 
- Un síncope que sobreviene de preferencia en reposo es ocasionado casi siempre por trastornos graves del ritmo cardíaco, los que pueden acompañarse de frecuencia ventricular baja o alta
 - Entre las arritmias que pueden ocasionar síncope, tenemos, en primer lugar, el bloqueo auriculoventricular completo en sus variedades permanente o intermitente

OTRAS CAUSAS DE SÍNCOPE:

- Son menos frecuentes y de mecanismos menos claros
- Síncope tusígeno desencadenado por paroxismos de tos, de preferencia en varones maduros con enfermedad bronquial crónica obstructiva
- Síncope miccional, en varones añosos al levantarse a orinar a media noche
- Síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo, sea el masaje, compresión o movimientos bruscos del cuello
- Síncope de decúbito supino en embarazadas en último trimestre, atribuido a compresión de la cava inferior por el útero grávido

Enfoque diagnóstico del síncope en clínica

Ayuda demasiado la anamnesis para dilucidar si se trata de un síncope o de algo que lo simula; por la anamnesis podemos preguntar:

- ✓ Posible causa desencadenante
- ✓ Pródromos →
 - ✓ sudoración fría
 - ✓ sensación de obnubilación
 - ✓ visión oscura o blanca
 - ✓ náuseas (no es común llegar al vómito)
 - ✓ palpitaciones intensas
 - ✓ angustia
 - ✓ sensación de muerte inminente
- ✓ Drogas
- ✓ Si aparece en esfuerzo o en reposo
- ✓ Sí la caída le ocasionó daño
- ✓ Si tuvo convulsiones o incontinencia y cuánto demoró en recuperarse

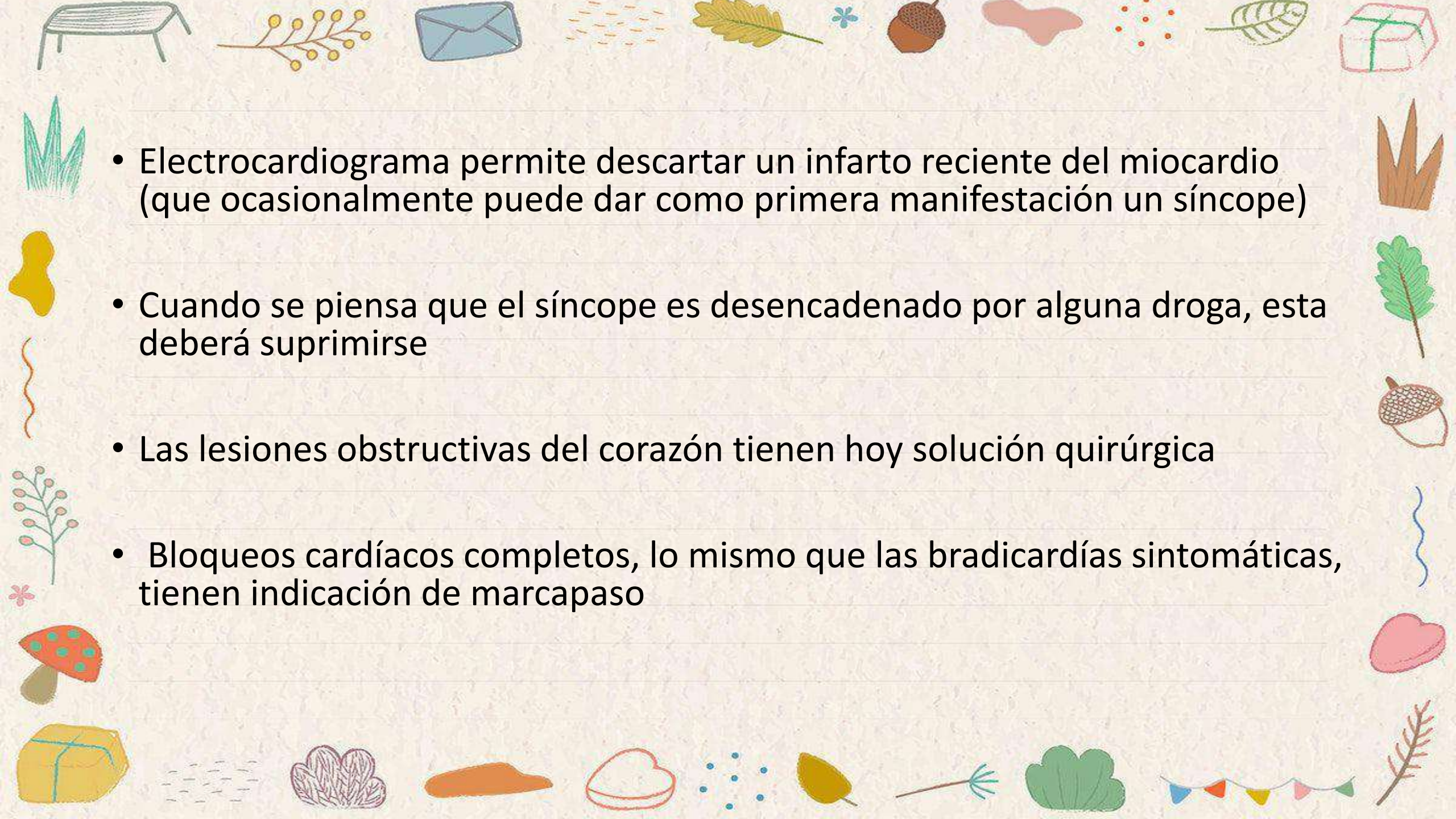


- Establecido el dx, es indispensable precisar su causa, ya que la conducta a seguir puede ser vital para el px

- Una obstrucción al flujo sanguíneo suficientemente severa como para dar síncope, debe ser pesquisable por el examen físico y podrá confirmarse con la ayuda de un ecocardiograma (estenosis mitral-estenosis aórtica-cardiomiopatía hipertrófica) o por el sondeo cardíaco

Circunstancia de aparición
Pródromos
Factores desencadenantes
Antecedentes de cardiopatía
Síntomas/signos acompañantes
Convulsiones
Incontinencia urinaria
Duración
Síntomas postsíncopales
Ingestión de medicamentos o drogas



- 
- Electrocardiograma permite descartar un infarto reciente del miocardio (que ocasionalmente puede dar como primera manifestación un síncope)
 - Cuando se piensa que el síncope es desencadenado por alguna droga, esta deberá suprimirse
 - Las lesiones obstructivas del corazón tienen hoy solución quirúrgica
 - Bloqueos cardíacos completos, lo mismo que las bradicardías sintomáticas, tienen indicación de marcapaso