

DIAGNOSTICO Y ESTUDIO DEL PACIENTE CON PALPITACIONES EN ATENCION PRIMARIA

Autor: Dra. María Luisa García C. Residente Medicina Familiar UC.

Editor: Dra. Isabel Mora M. Docente de Medicina Familiar UC.

Fecha: abril 2021

Resumen de Portada

Las palpitaciones son un motivo de consulta frecuente caracterizado por tener múltiples causas, lo cual hace complejo su abordaje y lleva a la realización de múltiples pruebas diagnósticas. En este artículo revisaremos el enfrentamiento inicial, las causas y una propuesta de estratificación de la probabilidad de arritmia en pacientes con palpitaciones que consultan en atención primaria de salud.

Palabras clave: Palpitaciones, Arritmia, Electrocardiograma, Holter, APS, Medicina Familiar.

Introducción

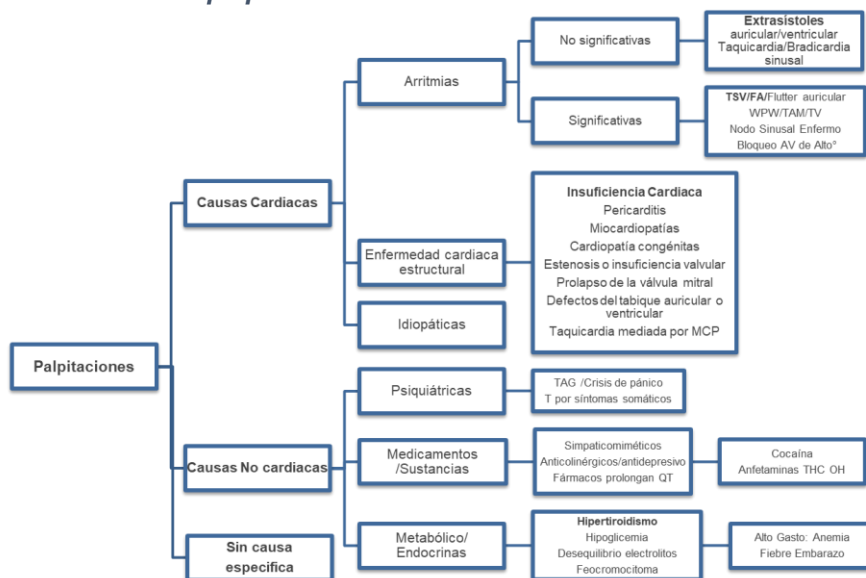
Las palpitaciones son descritas por los pacientes como una sensación desagradable de pulsación, aleteo, pausas, sobresaltos o movimiento en el pecho y/o áreas adyacentes. Son el motivo de consulta del 16% de los pacientes en APS y la segunda causa de consulta en servicios de cardiología. Hasta un 22% de los pacientes con palpitaciones tienen como causa arritmias significativas. Un 33% de los pacientes con palpitaciones ven afectada su calidad de vida, un 20% disminuye su capacidad laboral y se ha evidenciado una alta incidencia de crisis de pánico en esta población. ⁽¹⁾

La alta prevalencia de palpitaciones y sus múltiples causas enfatiza la necesidad de un estudio escalonado, basado en la evidencia, que permita distinguir entre pacientes con baja y alta probabilidad de arritmia como causa de sus palpitaciones.

Causas de palpitaciones

Existen múltiples causas de palpitaciones, las cuales se clasifican según sean de origen cardiaco o no cardiaco ^(1,6) y se describen en la *figura 1*.

Figura 1: Causas de palpitaciones ^(1,6).



Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias citadas. TSV: Taquicardia supraventricular, FA: Fibrilación auricular, WPW: síndrome de wolff parkinson White, TAM: Taquicardia auricular multifocal, TV: Taquicardia ventricular, MCP: Marcapasos, TAG: Trastorno de ansiedad generalizada, THC: tetrahidrocannabinol, OH: Alcohol.

Según la evidencia disponible, las causas más frecuentes de palpitations son las arritmias cardiacas con un 41%, seguida por causas psiquiátricas con un 31%, un 6% por uso de sustancias ilícitas o estimulantes, un 4% es por causa metabólica y no se encuentra una causa específica de palpitations en el 16%.⁽²⁾

En pacientes que han recibido monitorización cardiaca ambulatoria con grabadoras tipo loop, la principal causa de palpitations son las arritmias no significativas con un 45% (en este grupo las extrasístoles ventriculares son el 27%), seguido por arritmias significativas con un 22% y no se logra identificar una causa específica de las palpitations en el 17% de los pacientes monitorizados.⁽³⁾ Por lo anterior las causas más frecuentes de las palpitations varían de acuerdo con el tipo de método diagnóstico utilizado.

Anamnesis

Es indispensable hacerse las siguientes preguntas para el abordaje inicial del paciente con palpitations.⁽⁴⁾

1. ¿Son palpitations? Descartar que no se está refiriendo a otro síntoma como dolor torácico o disnea. Es útil pedirle al paciente que interprete el síntoma golpeando la mesa.
2. ¿Cómo son las palpitations? Considerar la ubicación, la duración (mayor o menor a 5 minutos), la forma de inicio y término (súbita o gradual) y la frecuencia de presentación (diarias, semanales o mensuales).
3. ¿Hay síntomas asociados a las palpitations? Debe preguntarse sobre síncope o presíncope, síntomas vaso-vagales, dolor torácico, disnea o síntomas de ansiedad asociados.
4. ¿Existen gatillantes o atenuantes de las palpitations? Indagar si se gatillan con el esfuerzo o en reposo, si despiertan al paciente o ceden con alguna maniobra.
5. ¿Tiene antecedentes personales y/o familiares? Se debe investigar por cardiopatía estructural o cardiopatía congénita y muerte cardiaca súbita en familiares de primer grado (menores de 40 años).
6. ¿Qué fármacos o sustancias ilícitas usa? Los macrólidos, quinolonas, inhibidores de recaptación de serotonina y tricíclicos prolongan el QT.

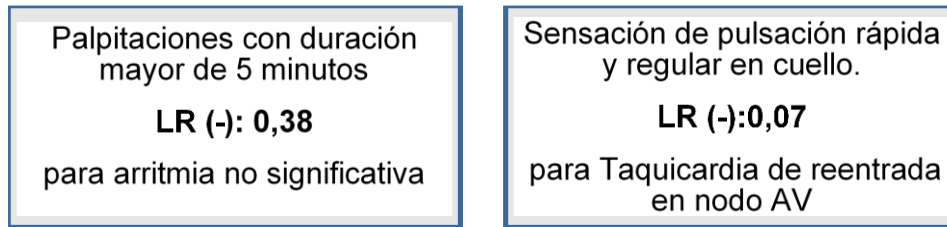
En una revisión sistemática de la JAMA 2009 se evaluó la precisión diagnóstica de algunas características clínicas y del examen físico que podrían aumentar o disminuir la probabilidad de que la causa de las palpitations fuese de origen arritmico y se detallan en la *figura 2* y *3*.⁽⁵⁾ Para todos los estimadores el intervalo de confianza (IC) fue del 95%.

Figura 2: Características clínicas que aumentan la probabilidad arritmia.⁽⁵⁾

Antecedente personal de enfermedad cardiaca LR (+):2.03	Palpitations que interrumpen el sueño LR (+): 2,44 para arritmia significativa.
Palpitations que ocurren durante el trabajo LR (+): 2,17	Palpitations asociadas a pulsaciones visibles en cuello. LR (+): 2,68 Taquicardia reentrada nodo AV
Genero masculino LR (+):1.73	Palpitations asociadas a síntomas vaso vágales LR (+): 1,72 para arritmia significativa.

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia citada.

Figura 3. Características clínicas que disminuyen la probabilidad arritmia. ⁽⁵⁾



fuentes: Elaboración propia a partir de la referencia citada.

Otras características clínicas que podrían aumentar la probabilidad de que las palpitaciones sean de origen arritmico son: palpitaciones de inicio y término súbitos, palpitaciones desencadenadas por esfuerzo o que se expresan durante el esfuerzo, asociadas a presíncope, síncope, dolor torácico y disnea. ⁽¹⁾

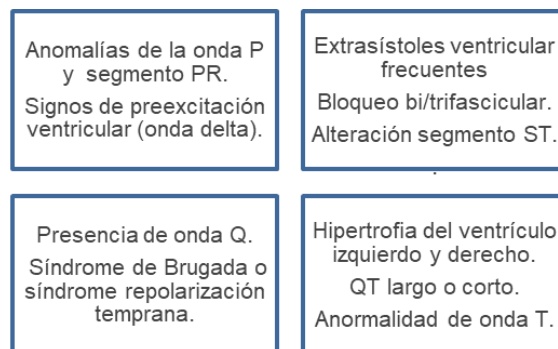
Examen físico (EF)

El objetivo del EF es buscar signos de cardiopatía estructural o enfermedad metabólica que orienten a una probable causa. Según la revisión sistemática arriba mencionada, el hallazgo al EF que aumenta la probabilidad de arritmia como causa de palpitaciones es la frecuencia cardiaca menor a 60 o mayor a 100 latidos minutos con un LR (+): 3, para arritmia significativa con un IC 95%. ⁽⁵⁾

Electrocardiograma (ECG)

Es la prueba inicial en todos los pacientes con palpitaciones y puede identificar la arritmia o proporcionar información sobre anomalías estructurales y eléctricas que pueden ser un factor desencadenante de arritmias. Tiene un bajo rendimiento diagnóstico que se estima está entre el 3% y el 26% para identificar arritmias no significativas y solo en el 2% para arritmias significativas, siempre y cuando sea realizado durante las palpitaciones. ⁽⁵⁾ Existen hallazgos electrocardiográficos que orientan a un probable origen arritmico de las palpitaciones ^(1,7) y se describen en la *figura 4*.

Figura 4: Hallazgos ECG sugestivos de arritmias. ^(1,7)



Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias citadas.

Exámenes de laboratorio

En todos los pacientes se debe incluir hemograma, electrolitos, función renal y tiroidea para excluir causas metabólicas de palpitaciones. ⁽⁶⁾

Es importante considerar que luego de realizar una historia clínica, el EF, el ECG de 12 derivaciones y/ o exámenes de laboratorio se pueden identificar la causa de las palpitaciones hasta en el 40% de los pacientes. ⁽⁴⁾

Ecocardiograma transtorácico (ETT) y prueba de esfuerzo (PE)

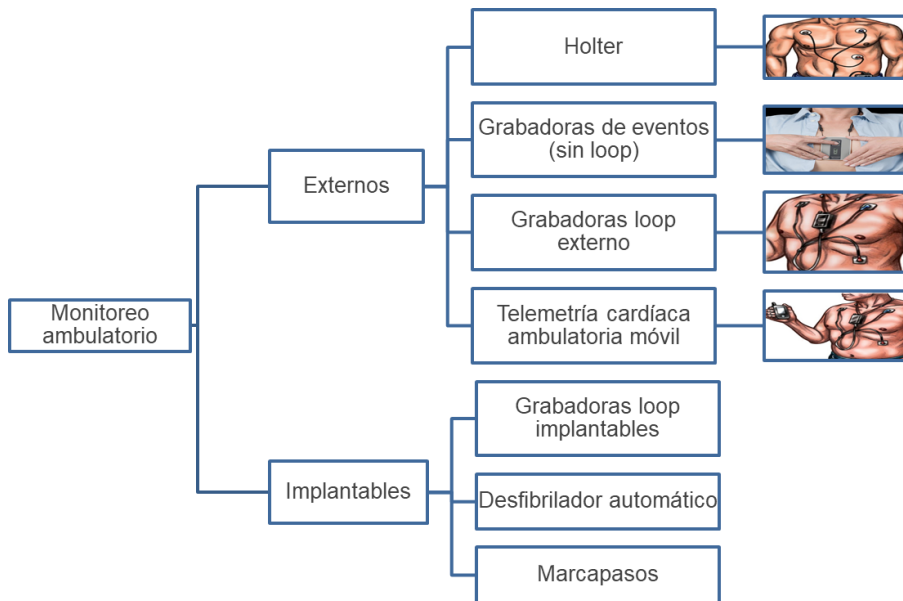
El ETT identifica cardiopatías estructurales que pueden ser un factor desencadenante de arritmias, por lo cual se debe realizar siempre en pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca o signos y síntomas sugestivos de cardiopatía estructural o insuficiencia cardíaca. ⁽⁶⁾ La presencia de cardiopatía estructural aumenta la probabilidad de una arritmia clínicamente significativa.

La prueba de esfuerzo se recomienda en pacientes con palpitaciones asociadas al esfuerzo y/o sospecha clínica o electrocardiográfica de enfermedad coronaria o isquemia miocárdica. ⁽⁶⁾

Monitorización cardíaca ambulatoria

Existen diferentes dispositivos de monitorización cardíaca ambulatoria ⁽¹⁾ que se presentan en la *figura 5*. La monitorización cardíaca debería ser indicada cuando ya se han descartado las causas metabólicas de palpitaciones. Nos centraremos en esta revisión en el holter del ritmo y las grabadoras loop externas para el estudio de palpitaciones.

Figura 5: Dispositivos de monitorización cardíaca ambulatoria. ^(1,7)



Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia citada.

La elección del dispositivo de monitorización cardíaca para el estudio de las palpitaciones depende de las características del paciente y de la frecuencia de presentación de estas, además se debe tener en cuenta el rendimiento diagnóstico de cada dispositivo. En una revisión sistemática del 2010 se comparó el rendimiento diagnóstico del holter del ritmo y de las grabadoras loop externas, para el diagnóstico de arritmias no significativas y significativas en pacientes que consultaban por palpitaciones. Se encontró que el rendimiento diagnóstico de la grabadora loop varió del 21 al 62% para diagnosticar cualquier tipo de arritmia, comparado con el holter del ritmo que tuvo un rendimiento diagnóstico máximo del 30% para diagnosticar cualquier tipo de arritmia. ⁽⁸⁾

El holter del ritmo es un dispositivo que permite la monitorización cardíaca máximo por 48 horas, por lo cual se recomienda en pacientes con palpitaciones de presentación diaria. La grabadora loop, en cambio, puede monitorear hasta por 4 semanas y se recomienda en pacientes con palpitaciones poco frecuentes (semanal a mensual) ⁽¹⁾.

Propuesta de estratificación

Apoyado en la evidencia disponible, se proponen los siguientes criterios citados en la *tabla 1*, para clasificar a los pacientes con baja, intermedia y alta probabilidad de que la causa de sus palpitaciones sea de origen arritmico y así poder guiar el estudio diagnóstico, luego de haber descartado las causas metabólicas.

Tabla 1: Propuesta de estratificación de la probabilidad de arritmia en pacientes con palpitaciones. ^(1,4,5,8)

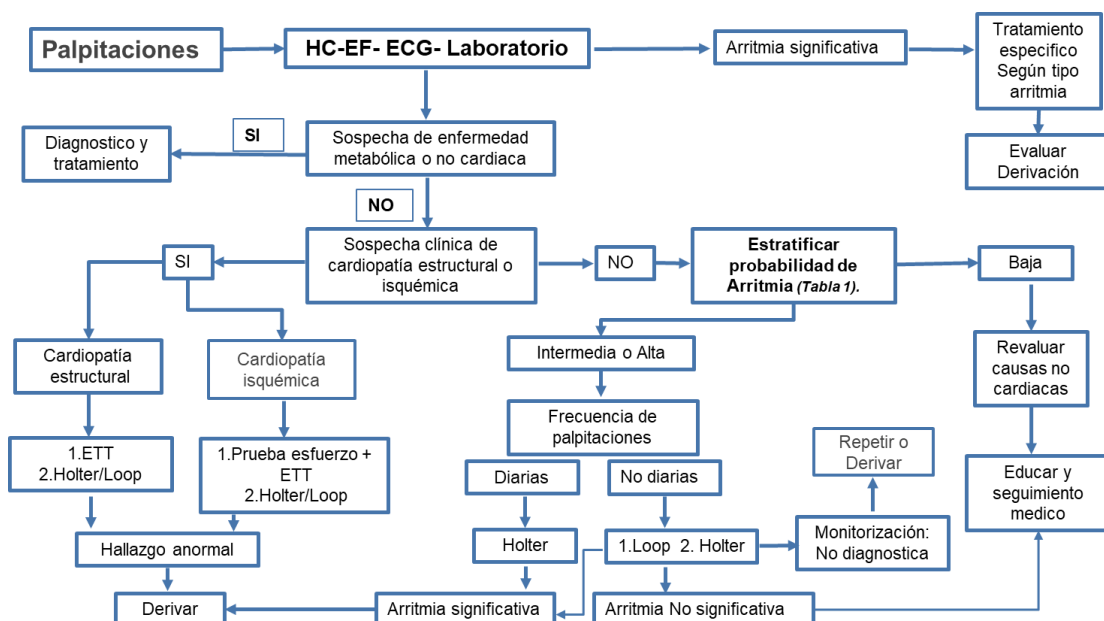
Baja probabilidad Cumplir Todas	Probabilidad Intermedia Cumplir Cualquiera	Alta probabilidad Cumplir Cualquiera
<ul style="list-style-type: none"> •Palpitaciones infrecuentes y duración menor a 5 minutos. •Palpitación de inicio y fin gradual. •Sin asociados: síncope, disnea vaso vágales, dolor torácico. •No gatillada por el esfuerzo. •EF: FC > 60 o < 100 y sin signos de cardiopatía. •Sin antecedente de cardiopatía estructural o isquémica. •Sin AF: muerte súbita/cardiopatía •ECG: Normal. Plan: Educar y seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> •Palpitaciones con duración mayor a 5 minutos. •Palpitaciones asociadas a: <ul style="list-style-type: none"> Dolor torácico Disnea Pulsaciones visibles en cuello. Síntomas vasovágales. •Palpitaciones que afectan el sueño o ocurren en el trabajo. Plan: Monitorización cardiaca ambulatoria o Derivación. 	<ul style="list-style-type: none"> •Palpitaciones asociadas a presíncope y síncope. •Palpitaciones gatilladas o el durante esfuerzo. •Antecedentes o signos de enfermedad cardiaca estructural. •AF: muerte súbita o cardiopatía hereditaria. •ECG: con signos predisponentes de arritmia. Plan: Monitorización cardiaca y/o ETT/ Prueba de esfuerzo según síntomas. Derivación.

Fuente: Elaboración propia de las referencias citadas.

Flujograma

A continuación, se propone un flujograma para facilitar el estudio diagnóstico de pacientes que consultan en APS por palpitaciones y que se presenta en la *figura 6*.

Figura 6: Flujograma para el estudio de pacientes con palpitaciones. ^(1,4,5,6,8)



Resumen

Las palpitaciones son un síntoma frecuente de consulta en APS, tiene múltiples causas, y la más frecuente corresponde a las extrasístoles ventriculares, pero varía dependiendo del dispositivo de diagnóstico utilizado.

Se debe realizar una historia clínica completa y examen físico que que orienten a una probable arritmia, causas metabólicas o cardiopatía estructural.

En todos los pacientes con palpitaciones debe realizarse un ECG de 12 derivaciones y exámenes de laboratorio para descartar una causa metabólica.

El ecocardiograma y la prueba de esfuerzo deben ser considerados en algunos pacientes con características específicas.

El holter del ritmo y la grabadora loop deben ser indicados según la frecuencia de presentación de las palpitaciones, la disponibilidad del recurso y el costo asociado, teniendo en cuenta su bajo y moderado rendimiento diagnóstico, respectivamente.

Referencias

1. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L, Blanc JJ, Blomstrom-Lundqvist C, Mont L, et al. Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. *Europace*. 2011;13(7):920–34.

2. Be, Wn K. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. *Am J Med*. 1996;100:138–48.

3. Hoefman E, van Weert HC, Reitsma JB, Koster RW, Bindels PJE. Diagnostic yield of patient-activated loop recorders for detecting heart rhythm abnormalities in general practice: a randomised clinical trial. *Fam Pract*. 2005;22(5):478–84.

4. Gale CP, Camm AJ. Assessment of palpitations. *BMJ*. 2016;h5649.

5. Thavendiranathan P. Does this patient with palpitations have a cardiac arrhythmia? *JAMA*. 2009;302(19):2135.

6. Wexler RK, Pleister A, Raman SV. Palpitations: Evaluation in the primary care setting. *Am Fam Physician*. 2017;96(12):784–9.

7. McLellan AJ, Kalman JM. Approach to palpitations. *Aust J Gen Pract*. 2019;48(4):204–9.

8. Hoefman E, Bindels PJE, van Weert HCPM. Efficacy of diagnostic tools for detecting cardiac arrhythmias: systematic literature search. *Neth Heart J*. 2010;18(11):543–51.