

## Revisión

# ***Cuando el motivo de consulta son las palpitaciones, ¿cómo continuar?***

## **How to proceed when the patient seeks care because of palpitations**

**Dr. Gerardo Pérez**

Ex Asistente Clínica Médica "C", Prof.  
Dr. Juan Alonso Bao. Hospital de  
Clínicas. Montevideo.

**Dr. Juan Alonso Bao**

Profesor Titular de la Clínica Médica  
"C". Hospital de Clínicas. Montevideo.

### **RESUMEN: Arch Med Interna 2014 - 36(2):68-74**

Las palpitaciones constituyen el 16% de los motivos de consulta en los servicios de emergencia. A pesar de su alta frecuencia, el encare diagnóstico clínico y paraclínico es muchas veces inefectivo y frustrante para ambos, médico y pacientes. Las palpitaciones ponen de manifiesto condiciones patológicas subyacentes benignas la mayoría de las veces, sin embargo, en ocasiones pueden ser la manifestación de problemas médicos amenazantes para la vida (muerte súbita cardíaca). La valoración inicial del paciente con palpitaciones busca estimar la probabilidad que una arritmia maligna sea la causa de las palpitaciones y de esta forma conducir las intervenciones diagnósticas y terapéuticas acordes al paciente. El objetivo de esta revisión es presentar una aproximación clínica racional al paciente con palpitaciones para así tomar decisiones adecuadas en cuanto a exámenes complementarios de laboratorio y consultas con especialistas cuando así lo ameritan.

**Palabras clave:** Palpitaciones, Muerte súbita cardíaca, Registro de eventos.

### **ABSTRACT: Arch Med Interna 2014 - 36(2):68-74**

Palpitations give account of 16% of total complaints in the emergency services. Despite its high frequency, clinical and paraclinical diagnosis process is often ineffective and frustrating for both doctor and patient. Palpitations are due to benign underlying pathological conditions most of the time, however sometimes, may be the manifestation of life threatening health problems (sudden cardiac death). Initial evaluation of patients with palpitations seeks to estimate the likelihood that a malignant arrhythmia is the cause of the palpitations and thus lead to adequate patient diagnostic and therapeutic interventions. The aim of this review is to present a rational clinical approach to the patient with palpitations in order to select appropriate laboratory tests and consultations with specialists when situation warrant it.

**Keywords:** Palpitations, Sudden cardiac death, ECG loop recorder.

## **INTRODUCCIÓN**

Las palpitaciones es uno de los síntomas que más motivos de consulta genera a médicos generales, internistas, cardiólogos y servicios de emergencia, siendo responsable del 16% del total de consultas en estos últimos servicios<sup>(1)</sup>. A pesar de su alta frecuencia, el diagnóstico y manejo terapéutico del síntoma y su causa, muchas veces es inefectiva y hasta frustrante para ambos, paciente y médico (en muchas ocasiones no se llega a un diagnóstico etiológico así como tampoco se inicia una terapéutica específica). Etiológicamente, las palpitaciones la mayoría de las veces responden a condiciones subyacentes, en general benignas. Sin embargo, en ocasiones pueden ser la manifestación de problemas médicos amenazantes para la vida (muerte súbita cardíaca)<sup>(2)</sup>.

Esta dificultad en la valoración del paciente con palpitaciones se origina básicamente en el hecho que se trata de un síntoma transitorio y, casi en la totalidad de los casos, se asiste al paciente asintomático, centrándose la pesquisa en la búsqueda de una causa subyacente que explique el origen de las palpitaciones. La preocupación de pasar por alto una causa grave y tratable del origen de las palpitaciones, puede conducir a la solicitud de estudios complementarios costosos e inapropiados, con escaso valor diagnóstico<sup>(3)</sup>.

La valoración inicial y eficiente del paciente con palpitaciones debe, por lo tanto, basarse en estimar con la mayor certeza posible la probabilidad de que una arritmia maligna sea la causa de los síntomas, para así tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas acordes al paciente.

El objetivo de este capítulo es proponer un encare racio-

nal del paciente con palpitaciones que permita tomar decisiones adecuadas en cuanto a los estudios complementarios necesarios y a las consultas con especialistas.

Para la confección del manuscrito, se realizó una revisión bibliográfica automatizada, sistemática a través los motores de búsqueda MEDLINE, Current Contents Connect y EMBASE. Las palabras claves para la búsqueda fueron entre otras: palpitaciones, muerte súbita cardíaca, registro de eventos. Se consideraron artículos originales, revisiones y metanálisis desde los años 1987 a 2013. A través de Science Citation Index se seleccionaron los autores más destacados en el tema.

**DEFINICIÓN**

En condiciones normales, el latido cardíaco no se percibe. En situaciones fisiológicas como el ejercicio vigoroso o estrés emocional, es posible que el mismo pueda ser percibido. Las palpitaciones son un síntoma definido como la percepción consciente del latido cardíaco y es manifestada por el paciente como “la sensación desagradable de pulsación y/o movimientos del tórax y áreas adyacentes”<sup>(4)</sup>. Si bien muy subjetivo, implícito en esta definición está la sensación asociada también subjetiva de incomodidad o malestar, alarma y, menos frecuentemente, dolor precordial.

El origen de las palpitaciones puede estar en un extenso conjunto de problemas médicos donde las arritmias esta incluidas y, si bien palpitaciones y arritmias son fenómenos fuertemente relacionados, no son sinónimos.

Un paciente puede consultar por palpitaciones sin sufrir ningún trastorno del ritmo y, a la inversa, una arritmia puede ser totalmente asintomática para un determinado paciente. Con la salvedad previa, en el plano conceptual la presencia de palpitaciones hace pensar al clínico en la posibilidad de una arritmia cardíaca.

**ETIOLOGÍA**

Etiológicamente, las palpitaciones pueden ser la manifestación de múltiples patologías (no solamente cardíacas). En un estudio de 190 pacientes consecutivos con palpitaciones, Weber y Kapoor<sup>(5)</sup> encontraron que el síntoma era de origen cardíaco en 43% de los casos, de causa psiquiátrica en 30%, miscelánea en 10% y de causa desconocida en el 16%.

Desde un punto de vista práctico se puede dividir las causas en las palpitaciones en 5 categorías (arritmias cardíacas, cardiopatías estructurales, trastornos psicossomáticos, enfermedades sistémicas y uso de fármacos y drogas) (Tabla I)<sup>(2,3,6,7)</sup>. La presencia de una causa etiológica de las palpitaciones no excluye la coexistencia de otra causa asociada.

La documentación electrocardiográfica de un trastorno del ritmo cardíaco en el momento de sintomatología espontánea del paciente, es la evidencia más fuerte de causalidad. En este caso, el origen arrítmico de las palpitaciones es evidente. En contraste, la documentación de ritmo sinusal o taquicardia sinusal **durante** los síntomas del paciente, excluye al trastorno del ritmo como origen de las palpitaciones.<sup>(8)</sup>

Cuando **no** es posible la documentación del ritmo cardíaco durante los síntomas, la causa no arrítmica de palpitaciones es planteada como probable pero no definitiva.

Debe tenerse en cuenta que hasta en 16% de los pacientes que consultan por palpitaciones no se logra demostrar ninguna causa de las mismas. Si bien no hay estudios epidemiológicos que clasifiquen las causas de las palpitaciones por sexo y edad, se sabe que el sexo masculino y la edad avanzada muestran mayor frecuencia de palpitaciones de origen arrítmico. Por su parte, las mujeres jóvenes muestran

**Tabla I. Etiología de las palpitaciones.**

Causa Arrítmica	Causa no Arrítmica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrasistoles supraventriculares/ventriculares</li> <li>• Taquicardias supraventriculares/ventriculares</li> <li>• Bradiarritmias: bradicardia sinusal, BAV de alto grado</li> <li>• Anomalías de funcionamiento/programación de marcapasos/cardio-desfibriladores</li> </ul>	<p><b>Cardiopatía estructural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolapso válvula mitral</li> <li>• Insuficiencia mitral</li> <li>• Insuficiencia aórtica</li> <li>• Cardiopatías congénitas con shunt</li> <li>• Insuficiencia cardíaca</li> <li>• Cardiomiopatía hipertrófica</li> <li>• Prótesis mecánicas valvulares</li> </ul>
	<p><b>Trastornos psicossomáticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad, ataques de pánico</li> <li>• Depresión</li> <li>• Trastornos por somatización</li> </ul>
	<p><b>Enfermedades sistémicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertiroidismo</li> <li>• Hipoglicemia</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Anemia</li> <li>• Hipovolemia</li> <li>• Embarazo</li> <li>• Hipotensión ortostática</li> <li>• Feocromocitoma</li> <li>• Fístula arterio-venosa</li> </ul>
	<p><b>Drogas médicas y de abuso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agonistas beta2, vasodilatadores</li> <li>• Suspensión brusca de beta-bloqueantes</li> <li>• Alcohol, cocaína, heroína, anfetaminas, cafeína, nicotina, cannabis</li> <li>• Drogas para reducción de peso</li> </ul>

una mayor frecuencia de palpitaciones de origen psicossomático<sup>(5)</sup>.

Sexo masculino, descripción subjetiva de irregularidad del latido cardíaco, presencia de cardiopatía estructural y duración del episodio mayor a 5 minutos son predictores independientes de etiología cardíaca de las palpitaciones. Aquellos pacientes que agrupan 3 de estos predictores, tienen una probabilidad de 71% del origen cardíaco de sus palpitaciones<sup>(1)</sup>.

La relevancia de definir la etiología de las palpitaciones radica en el valor pronóstico que esto implica. Como se mencionó previamente, muchas veces las palpitaciones tienen un comportamiento “benigno”, sin efectos sobre el pronóstico de vida del paciente. En otras ocasiones, las palpitaciones son la manifestación de un trastorno del ritmo amenazante o cardiopatía estructural potencialmente fatal.

**HISTORIA CLÍNICA**

Al igual que en la evaluación de cualquier condición médica, desarrollar una minuciosa historia clínica constituye la parte más importante de la evaluación de un paciente con palpitaciones. Cabe recordar que la mayoría de los pacientes al momento de la visita al médico no tienen palpitaciones y por lo tanto, el diagnóstico se debe realizar en forma retrospectiva

Los datos que recoge la historia clínica deben a tratar de definir:

1. Qué entiende el paciente por palpitaciones.
2. Las circunstancias de aparición, episodio en sí y su finalización.
3. La repercusión hemodinámica.
4. Los antecedentes personales de cardiopatía.
5. Los antecedentes familiares, particularmente de arritmia o muerte súbita.
6. Los hallazgos del examen físico.
7. Exámenes a solicitar.

### Qué entiende el paciente por palpitaciones

El primer paso es definir si el síntoma que el paciente refiere como palpitaciones se ajusta a la definición clínica de ellas, y no lo está confundiendo con dolor torácico u otro síntoma precordial.

La forma cómo el paciente refiere el síntomas es muy variada. Las más frecuentes son las siguientes: “tengo palpitaciones”; “el corazón me late muy rápido”; “el corazón me late muy fuerte”; “tengo muchas pulsaciones”; “me palpita el pecho o el cuello”, etc. Tras un período en el cual el paciente relata con sus propias palabras lo que entiende por palpitaciones, el médico tratará de precisar mejor el síntoma mediante preguntas más específicas. Se intenta clasificar el tipo de palpitación en función de: frecuencia, ritmo, intensidad del latido cardíaco. Así, se definen 4 tipos principales de palpitaciones. Por supuesto que no todos los pacientes tienen la capacidad de discriminar y poder definir su síntoma para lograr clasificarlo en una de estas categorías. Las categorías de tipo de palpitaciones<sup>(3)</sup> son (Tabla II):

- Palpitaciones extrasistólicas
- Palpitaciones taquicárdicas
- Palpitaciones de cuello
- Palpitaciones hiperdinámicas

**Palpitaciones extrasistólicas:** usualmente referidas como salto, latido o golpe en el corazón o, “por momentos, siento que el corazón se detiene”. El corazón parece detenerse, para luego comenzar nuevamente produciendo una sensación de golpe en el precordio. Este tipo de palpitaciones suele corresponder a latidos auriculares o ventriculares prematuros. La percepción de que el corazón se detiene obedece a la pausa compensatoria luego del latido prematuro, y la sensación de golpe es la resultante de un latido cardíaco más enérgico tras la pausa, lo cual genera mayor movimiento del corazón dentro del tórax. En cuanto a su forma de instalación, este tipo de palpitaciones en general tiene un inicio y fin abrupto (Figura 1).

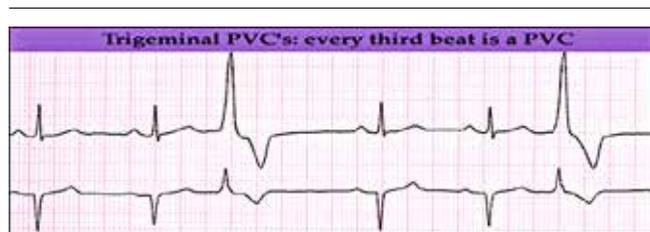


Fig. 1. Los dos latidos iniciales son de origen sinusal, cada complejo QRS va precedido de una onda P. El tercer complejo es aberrante y es prematuro. Se trata, pues, de una extrasístole, en este caso ventricular (o contracción prematura ventricular). Tras el mismo, aparece una pausa – momento en que el paciente percibe que el corazón se detiene. El cuarto complejo reinicia el ritmo sinusal. Dada la pausa, la diástole es mayor y existe un volumen de llenado ventricular mayor. La contracción cardíaca que genera el cuarto latido será vigorosa. Se produce así la percepción del golpe precordial. (Fuente: <http://www.studyblue.com/notes/note/n/telemetry>).

Este tipo de palpitaciones, cuando son particularmente numerosas y repetitivas, son virtualmente imposibles de diferenciar de las palpitaciones taquicárdicas, que serán analizadas a continuación (fundamentalmente cuando estas últimas son por fibrilación auricular).

**Palpitaciones taquicárdicas:** la sensación es descrita por el paciente como una rápida fluctuación en el tórax o golpes precordiales rápidos mantenidos. “El corazón me late muy rápido o muy fuerte”. El latido cardíaco es percibido frecuentemente como rápido, pudiendo ser regular (como en la taquicardia por reentrada nodal, “flutter” auricular o taquicardia ventricular) o irregular (como en la fibrilación auricular). Esta última es una arritmia frecuente en la población añosa, con hipertensión (particularmente si existe cardiopatía hipertensiva, hipertrofia ventricular izquierda y crecimiento de la aurícula izquierda) y/o insuficiencia cardíaca. En cuanto a su forma de instalación, al igual que las palpitaciones extrasistólicas, tienen inicio y fin abrupto (Figura 2).



Fig. 2. Taquicardia (frecuencia cardíaca mayor de 100 c.p.m.) con complejos QRS finos, de aparición irregular (el intervalo RR es variable) y sin ondas P. Se trata de una Fibrilación auricular. (Fuente: <http://www.ceufast.com/>).

Tabla II. Tipos de palpitaciones y su presentación clínica.

Tipo de palpitación	Descripción subjetiva	Latido cardíaco	Inicio y fin	Desencadenantes	Síntomas asociados
Extrasistólica	Pausa-reinicio. Golpe precordial	Irregular intercalado con regular	Abrupto	Reposo	****
Taquicárdicas	Golpes precordiales rápidos	Rápido. Regular o irregular	Abrupto	Esfuerzo físico, enfriamiento post deporte	Sincope, disnea, angor
Latidos de cuello	Abombamiento pulsátil de cuello	Rápido. Regular o irregular	Abrupto o gradual	Reposo, estrés, estimulantes	Sincope, disnea, angor
Hiperdinámicas	Sacudidas rítmicas de precordio	Frecuencia normal, en general regular	Gradual	Esfuerzo físico	****

**Palpitaciones de cuello:** percepción de latidos a nivel del cuello o abombamientos rápidos y regulares a nivel del cuello. Se trata de un síntoma fuertemente orientador de una arritmia supraventricular y, dentro de éstas, a una taquicardia por reentrada nodal, condición en general benigna, no asociada a cardiopatía estructural grave y más frecuente en la mujer. La percepción del latido en el cuello obedece a contracciones auriculares con la válvula mitral y tricúspide cerrada (disociación auriculo-ventricular) lo que determina una onda "a" prominente en el pulso venoso<sup>(9)</sup>. Sus formas de instalación y fin pueden ser variables; en ocasiones abrupta y, en otras oportunidades, gradual (Figura 3).

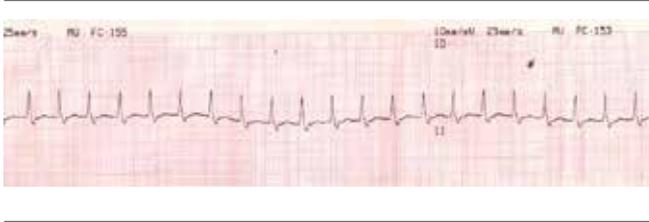


Fig. 3. Taquicardia (frecuencia cardíaca mayor de 100), con complejo QRS fino, con intervalos R-R regulares, en donde no se observa aparentemente la onda P (se observa P retrograda negativa en DII (flecha) al final del complejo QRS, típico de la taquicardia por reentrada nodal).

**Palpitaciones hiperdinámicas:** usualmente descritas por el paciente como latidos cardíacos regulares, no necesariamente rápidos pero muy intensas con movimientos rítmicos del precordio. Este tipo de palpitaciones suelen estar asociados a cardiopatías estructurales como la insuficiencia aórtica y estados hiperdinámicos con alto gasto cardíaco (fiebre, anemia). Las formas de inicio y fin en este tipo de palpitaciones son, en general, graduales.

**Las circunstancias de aparición**

Las circunstancias de aparición, durante la cual las palpitaciones se desarrollan, son útiles para definir su causa<sup>(2)</sup>.

• **Palpitaciones asociadas con ansiedad o crisis de pánico.** Se trata de una causa psiquiátrica que está en el origen de las palpitaciones. En oportunidades, puede ser difícil definir si las palpitaciones son las generadoras de ansiedad o viceversa. En general las palpitaciones aparecen en un contexto de síntomas variados tales como inquietud, dificultad respiratoria (hiperventilación), parestesias (sensación de hormigueo) dístales de los miembros y peribucales, hipertensión arterial, sensación de mareo o inestabilidad y percepción de que está en riesgo su vida (sensación de muerte inminente). En ocasiones, estos pacientes describen la sensación de "nudo en la garganta".

A pesar de que hay evidencia de que el trastorno psiquiátrico (depresión o trastornos por ansiedad) es una causa común de palpitaciones (20%), el diagnóstico **no** debe ser aceptado hasta que una causa arritmica haya sido excluida. Recordar, además, que hasta el 13% de los pacientes con patología siquiátrica presentan una causa cardíaca de palpitaciones<sup>(10)</sup>.

• **Palpitaciones durante períodos de exceso de catecolaminas.** Estas arritmias aparecen durante el ejercicio o durante periodos de "stress" emocional.

Las palpitaciones en este contexto pueden corresponder simplemente a una taquicardia sinusal. Sin embargo, si el paciente percibe el episodio como latidos irregulares, es posible que el paciente padezca fibrilación auricular permanente asintomática que, bajo estas circunstancias, se hace sintomática. En general, la fibrilación auricular que se desarrolla en este caso, comienza en la fase de enfriamiento post

ejercicio, cuando baja el tono adrenérgico y aumenta el tono vagal. Se incluyen dentro de éste (muy poco frecuentes) un grupo arritmias ventriculares en pacientes con corazones estructuralmente sanos. Ejemplo de arritmias ventriculares que aparecen durante los periodos de exceso de catecolaminas son: la taquicardia ventricular que se origina en el tracto de salida del ventrículo derecho y la taquicardia ventricular polimorfa asociada a un síndrome de QT largo. Será, pues, necesario en este grupo de paciente la derivación al especialista cardiólogo.

• **Palpitaciones asociadas con la posición.** En los pacientes con taquicardia nodal reentrante, la arritmia aparece a menudo cuando pasan a la posición de pie, pudiendo cesar al acostarse. Los pacientes con contracciones auriculares o ventriculares prematuras pueden percibir la sensación de golpe sobre el precordio cuando adoptan la posición de decúbito supino o en el decúbito lateral izquierdo. Los pacientes con hipotensión ortostática pueden percibir palpitaciones por taquicardia sinusal compensatoria al incorporarse a la posición de pie.

• **Palpitaciones asociadas con síncope o presíncope:** La pérdida de conocimiento y del tono postural de breve duración (minutos) con recuperación espontánea (síncope) precedida de palpitaciones, debe hacer necesariamente pensar en arritmias ventriculares amenazantes para la vida. En general, estos pacientes son portadores de cardiopatías estructurales y este tipo de episodios puede ser la antesala de la muerte súbita cardíaca. Estos pacientes deben ser referidos a un cardiólogo especialista en arritmias (electrofisiólogo).

**Repercusión hemodinámica**

La repercusión hemodinámica de la arritmia tiene importancia en cuanto a:

- Sospecha de una arritmia amenazante para la vida.
- Ingreso hospitalario, cuando la arritmia determina la aparición de síntomas orientadores a pobre tolerancia hemodinámica.
- Formas de estudio y tratamiento.

La repercusión hemodinámica de la arritmia incluye los siguientes síntomas: angina de pecho, disnea de esfuerzo o de reposo, vértigo, síncope o presíncope. Los síntomas están dados por la claudicación ventricular durante la alta frecuencia de la arritmia: disnea por congestión retrógrada; angor por mala perfusión coronaria asociado a aumento de demanda miocárdica de oxígeno (por la alta frecuencia) y síncope por caída de gasto anterógrado.

Si el paciente tiene antecedentes de infarto de miocardio o mala función ventricular izquierda o ambas condiciones, es altamente probable que el paciente tenga arritmia ventricular.

El paciente que se presenta con palpitaciones y cualquiera de los elementos mencionados de repercusión hemodinámica, es portador de una arritmia inestable y lo categoriza como paciente grave y de alto riesgo, que debe ser tratado de inmediato.

El trazado de la figura 4 probablemente corresponda a una corrida de taquicardia ventricular. Como regla debemos siempre sospechar arritmia ventricular cuando presente QRS ancho (sensibilidad 80%) y, si a esto se agrega que el paciente tiene cardiopatía isquémica, la sensibilidad es mayor al 90%.

La repercusión hemodinámica debe hacer sospechar siempre al clínico la presencia de una arritmia potencialmente fatal<sup>(11)</sup>.



Fig. 4. "Corrida" de taquicardia regular con complejos QRS muy aberrantes (QRS anchos).

### Antecedentes personales de cardiopatía

El antecedente de cardiopatía aumenta la chance para la aparición de algunas arritmias, particularmente fibrilación auricular y taquicardia ventricular monomorfa. Será importante tener información sobre: si el paciente tiene antecedentes personales de infarto de miocardio, síntomas de insuficiencia cardíaca, así como el estado de la función ventricular (Ecocardiograma). Importa interrogar sobre la presencia de factores de riesgo para enfermedad coronaria: hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, hábito de fumar, antecedentes familiares prematuros de enfermedad coronaria.

### Los antecedentes familiares, particularmente de arritmia o muerte súbita

Existen condiciones genéticamente transmitidas que predisponen a arritmias y/o muerte súbita cardíaca. Por tanto, es importante interrogar sobre familiares con historia de síncope/arritmias/muerte súbita, colocación de desfibrilador automático implantable (CDAI). Es posible recoger el antecedente familiar de arritmias específicas, tales como la fibrilación auricular familiar. En otros casos, lo que se hereda es la alteración puramente eléctrica (QT largo congénito) que predispone a arritmias específicas. Finalmente, en otras la alteración queda referida a la predisposición para el desarrollo de una cardiopatía estructural capaz de generar arritmias (ej: miocardiopatía hipertrófica –CHOI–).

### Examen físico

Casi en la totalidad de las veces, se explorará a un paciente sin palpitations al momento de la consulta. En caso contrario, si el paciente tiene palpitations en el momento de la consulta, solo debe realizarse una somera auscultación y chequeo de pulso y lo antes posible realizar ECG de 12 derivaciones y conectar al paciente a un monitor.

- **Examen con paciente sin palpitations:** Destinado a evaluar la existencia de cardiopatía estructural (soplos, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca) así como a evidenciar un estado hiperdinámico con o sin hipertiroidismo. Será necesario, por esto último, no solo examinar el corazón sino también el cuello en búsqueda de bocio. Deberán buscarse también evidencias de enfermedad sistémica (anemia, fiebre, hipovolemia, etc.).
- **Examen con paciente sintomático (con palpitations):** Destinado a detectar la arritmia mediante auscultación cardíaca y evaluar su repercusión hemodinámica: cifras de Presión Arterial, amplitud de pulso, regularidad del mismo, temperatura de las extremidades, relleno venoso, relleno capilar, pulsatilidad a nivel del cuello, signos de hipertensión venosa pulmonar, estado de conciencia. La realización, en tanto sea posible, de masaje de seno carotídeo (u otras maniobras, como la de Valsalva) pueden orientar al tipo de arritmia (ej.: la interrupción de la arritmia con masaje es propio de la reentrada nodal; la disminución de la frecuencia sin detener la arritmia orienta a fibrilación auricular, "flutter" o taquicardia auricular).

### Estudios complementarios

Se deben solicitar los siguientes estudios:

- **Electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones.** Si el paciente está cursando la arritmia, el ECG suele ser diagnóstico del tipo de arritmia. Si no está cursando la arritmia, el ECG se realiza a los efectos de definir si el paciente tiene: Hipertrofia ventricular, secuela de infarto agudo de miocardio, preexcitación, QT largo, bloqueos de rama, etc. Define, cuando algunas de las alteraciones mencionadas están presentes, la probabilidad de arritmias potencialmente graves<sup>(12)</sup> (Tabla III).

Tabla III.

Hallazgos del ECG	Causa posible
Intervalo QT prolongado	Taquicardia ventricular polimórfica
HVI severa	CHOI, estenosis aórtica, HTA severa
Ondas Q	IAM previo (siempre pensar en arritmias ventriculares)
Intervalo PR corto; ondas delta	Síndrome Wolff-Parkinson-White (WPW)
Despolarización ventricular prematura, bloqueo de rama izquierda con eje positivo	Taquicardia ventricular idiomática del tracto de salida del ventrículo derecho
Despolarización ventricular prematura, bloqueo de rama derecha con eje negativo	Taquicardia ventricular idiomática de tipo ventricular izquierdo

- **Ecocardiograma transtorácico:** a los efectos de definir si existe cardiopatía estructural y objetivar el estado de la función ventricular, lo cual también estratifica el riesgo de desarrollar arritmias graves.

- **Monitorización ambulatoria del ECG de 24-48 horas con Monitor Holter.** Se trata de un procedimiento donde se registra la actividad del ECG durante 24 horas pudiendo establecerse si el síntoma "palpitations" se correlaciona con algún trastorno del ritmo cardíaco en el período de control. Insuficiente para los pacientes con síntomas y eventos arrítmicos poco frecuentes.

- **Monitores de episodios o registradores de asa ("loop") implantables (mediante una pequeña bolsa subcutánea) o no.** Es un método de registro continuo del ECG durante varios días (30), en donde el paciente activa un dispositivo (mediante un pequeño transmisor) si percibe las palpitations, o lo hace automáticamente. Activado el dispositivo, el aparato almacena el registro del ECG 30 segundos a 1 minuto previos y varios minutos posteriores a la activación. Permite, pues el diagnóstico de la arritmia así como las alteraciones previas y posteriores a su instalación. Su utilidad es mayor que el Holter porque obtiene un registro más prolongado en el tiempo. Sería pues más útil en aquel paciente con síntomas esporádicos y no diarios.

- **ECG de esfuerzo (prueba ergométrica graduada o ergometría)** indicada para aquellos pacientes con palpitations, durante o inmediatamente después de él.

- **Estudio electrofisiológico (EEF):** eslabón final en la cadena de estudios diagnóstico-terapéuticos. Tiene indicaciones específicas en aquellos pacientes con alta probabi-

lidad **“pretest”** de arritmias malignas. Tiene las ventajas de diagnosticar en forma certera el tipo de arritmia responsable de las palpitaciones, a la vez que permite tratamiento de ablación de la arritmia, cuando así esté indicado<sup>(13)</sup>.

**Interrogatorio tipo del paciente con palpitaciones**

El paciente consulta por palpitaciones o el médico pregunta por la presencia de las mismas. Resulta de interés interrogar los siguientes puntos:

- ¿La sensación del latido cardiaco que UD percibe es breve o prolongada?

La percepción de saltos del corazón orienta a extrasístoles mientras que la percepción de un aleteo prolongado sobre la región precordial prolongada orienta a arritmias sostenidas (taquicardia sinusal, taquicardia nodal reentrante, fibrilación auricular, etc.).

- En caso de ser prolongada. ¿Ud. percibe que los latidos son regulares –como un reloj– o irregulares?

La percepción de latidos cardíacos rápidos e irregulares es orientador a la fibrilación auricular.

- ¿El inicio y la finalización de lo que Ud. percibe es brusco o gradual?

El inicio o terminación gradual orientan a taquicardias auriculares o ventriculares, mientras que cuando es gradual orientan a la taquicardia sinusal.

- ¿Durante el episodio Ud. sintió latidos en el cuello? Esto último orienta a las taquicardias por reentrada nodal (cuello de batracio).

- ¿Cuánto dura cada episodio?
- ¿Cuál es la frecuencia de los episodios: diaria, semanal, mensual?

Estas 2 últimas preguntas apuntan a que método debe ser elegido para su detección. Si son prolongadas y con buena tolerancia, es posible aconsejarle que concurra a un centro médico para que se le practique un ECG. Si son diarias, es posible que se detecten con el monitoreo ambulatorio continuo tipo Holter; si son más esporádicas, probablemente requiera el estudio mediante un registrador de eventos.

- ¿En qué momento del día le aparecen? La percepción de palpitaciones durante la noche, el reposo, el decúbito lateral izquierdo son en general benignas y obedecen a una disminución de la frecuencia cardiaca (aumento de tono vagal) que permite la expresión clínica del latido extrasistólico.

Es posible también que en la noche, en ausencia de otros estímulos sensoriales competitivos, el paciente percibe el latido cardíaco, situación ésta que no tiene ninguna relevancia médica.

Las palpitaciones que aparecen en la mañana al despertar cuando el paciente adopta la posición de pie pueden deberse a una taquicardia sinusal secundaria a hipotensión ortostática.

Ya fue mencionado la aparición de palpitaciones en los pacientes con taquicardia supraventricular paroxística (taquicardia nodal por reentrada)

- ¿Están relacionados con el esfuerzo o el stress emocional? Esta pregunta tiene dos implicancias. La primera, orienta a la etiología de la arritmia y ha sido abordada en el punto 2. (Circunstancias de aparición). La segunda, está referida a que los pacientes que la padecen deben ser estudiados mediante ergometría (ECG de esfuerzo).
- ¿La relaciona con haber fumado intensamente o a la ingesta de mate, café, té, alcohol o alguna otra sustancia que Ud. halla ingerido?

- ¿Qué medicación Ud. está recibiendo? Hormonas tiroideas, anorexígenos etc. Registre la medicación que recibe en forma continua o en forma esporádica, así como su eventual relación con las palpitaciones.
- ¿Durante el episodio de palpitaciones Ud. ha sentido? ¿Dolor torácico anterior? ¿Falta de aire? ¿Mareos? ¿Sensación de desvanecimiento? ¿Pérdida de conocimiento? Se trata de una pregunta fundamental pues traduce la repercusión hemodinámica de la arritmia.
- ¿Ud. padece de alguna enfermedad cardíaca?
- ¿Ud. ha tenido infarto cardíaco? La presencia de palpitaciones en los pacientes con enfermedad cardiaca y deterioro de la función ventricular o infarto previo, aumenta la probabilidad de taquicardia ventricular o fibrilación auricular. Sin embargo en este grupo de pacientes en general lo que el paciente percibe es la repercusión hemodinámica de la arritmia más que las palpitaciones en sí mismas.
- ¿Sufre Ud. de hipertensión arterial?
- ¿Le han encontrado cifras altas de colesterol?
- ¿Es Ud. diabético?
- ¿Fuma? Estas últimas 4 preguntas intentan definir la chance de cardiopatía isquémica sintomática en donde una forma de presentación es la muerte súbita.
- ¿En su familia ha habido casos de muerte inesperada o súbita?
- ¿Tiene familiares directos con arritmia? Estas dos preguntas tienen el fundamento ya analizado en el punto 5.

**RECOMENDACIONES**

A modo de resumen, el médico a través de la historia clínica, el examen físico y el análisis del ECG debe de tratar, en los pacientes que consultan con palpitaciones, de estratificar el riesgo de que las mismas sean la manifestación de una arritmia amenazante para la vida (Tabla IV).

La historia clínica, el examen físico y el ECG de 12 derivaciones permiten diagnosticar el origen de las palpitaciones hasta en 40% de los pacientes<sup>(10)</sup>.

Cualquiera de las condiciones que se enumeran a continuación son predictores de riesgo para padecer una arritmia

**Tabla IV. Estratificación de riesgo de arritmia amenazante en el paciente con palpitaciones**

	<b>Riesgo alto</b>	<b>Riesgo bajo</b>
Cardiopatía estructural	Secuela IAM – Cardiopatía isquémica Miocardiopatía dilatada (MCPD) Valvulopatías CHOI	Sin cardiopatía estructural
Antecedentes familiares	Arritmias Sincope Muerte súbita	Sin AF
Alteraciones ECG	Alteraciones de alto riesgo	ECG normal

como causa de sus palpitaciones y, además, ser una arritmia amenazante para la vida (Tabla V).

**Una vez categorizado el riesgo del paciente a través de historia, examen físico y ECG se deberán continuar estudiando y ser derivado al especialista:**

- Palpitaciones de causa claramente arritmica.
- Pacientes en los cuales no se pudo detectar inicialmente arritmia pero son de alto riesgo.
- A solicitud del paciente que exige una explicación de sus palpitaciones.

Los pacientes de alto riesgo, en general, requieren ser hospitalizados dado el riesgo vital que presentan. Los pacientes de bajo riesgo pueden ser estudiados en forma ambulatoria.

**Tabla V. Hechos clínicos que sugieren origen arritmico de las palpitaciones**

Palpitaciones con compromiso hemodinámico
Palpitaciones taquicardicas
Edad avanzada
Historia familiar de muerte súbita
ECG patológico
Enfermedad del tejido de conducción
Cardiopatía estructural, particularmente cardiopatía isquémica
Deterioro de la función ventricular – insuficiencia cardíaca

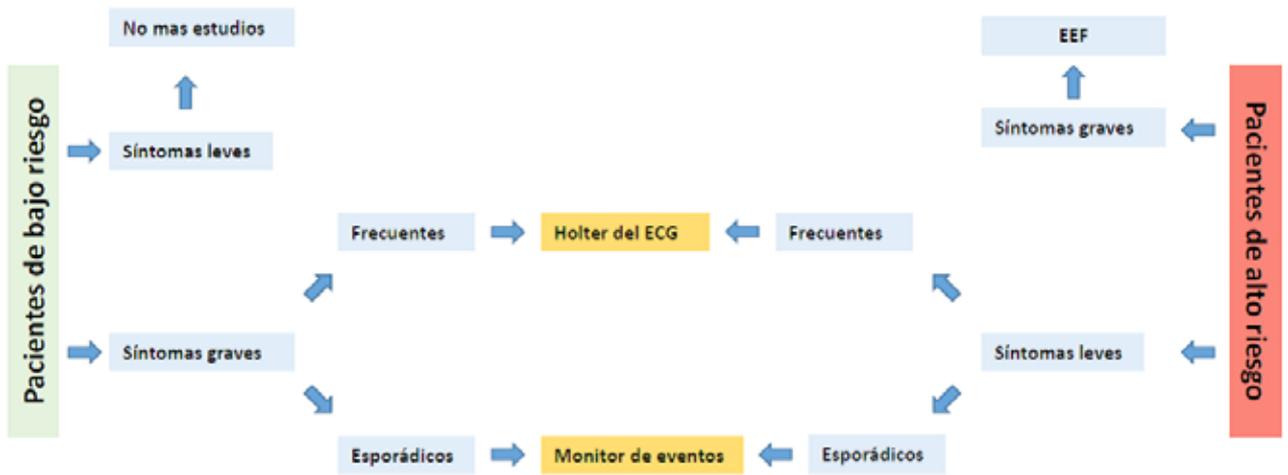


Fig. 5. Algoritmo de estudio del paciente con palpitaciones.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Zimetbaum P, Fletcher R, Lin F. Overview of palpitations in adults. En: www.uptodate.com. Acceso: 20/6/2013.
2. Zimetbaum P, Josephson ME. Evaluation of patients with palpitations. New Engl J Med 1998;338:1369-73.
3. Raviele A, Giada F, Bergflidt L, et al. Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. European Society of Cardiology. Europace (2011) 13, 920-934.
4. Brugada P, Gursoy S, Brugada J, Andries E. Investigation of palpitations. Lancet 1993;341:1254-8.
5. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. Am J Med 1996;100(2):138-48.
6. Knudson MP. The natural history of palpitations in a family practice. J Fam Pract 1987;24:357-60.
7. Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdroff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. Arch Intern Med 1990;150: 1685-9.
8. Pickett CC, Zimetbaum PJ. Palpitations: a proper evaluation and approach to effective medical therapy. Curr Cardiol Rep 2005;7:362-7.
9. Gursoy S, Steurer G, Brugada J, Andries E, Brugada P. Brief report: the hemodynamic mechanism of pounding in the neck in atrioventricular nodal reentrant tachycardia. N Engl J Med 1992;327:772-4.
10. Wexler R, Pleister A, Raman S. Outpatient Approach to Palpitations. Am Fam Physician. 2011; 84(1):63-69.
11. Abbott AV. Diagnostic approach to palpitations. Am Fam Physician 2005;71: 743-50.
12. Yalamanchili M, Khurana A, Samaha L. Evaluation of Palpitations: Etiology and Diagnostic Methods. Hospital Physician. 2003: 53-58.
13. Blomström-Lundqvist C, Scheinman MM, Aliot EM. ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias-executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. Circulation 2003;108:1871-909.
14. Brignole M, Vardas P, Hoffman E, Huikuri H, Moya A, Ricci R et al. Indications for the use of diagnostic implantable and external ECG loop recorders. Europace 2009;11:671-87.