
Estudio clínico de las palpitaciones.

Clinical study of palpitations.

Rafael Gordon Yépez *
Johanna Pincay Yépez **

RESUMEN

La palpitación es uno de los síntomas más comunes que se da en los pacientes, en las consultas médicas. Este síntoma puede presentarse por una simple impresión emocional e incluso ser consecuencia de lesiones valvulares como en la estenosis mitral. A las palpitaciones se debe clasificar desde el punto de vista etiológico, fisiopatológico, semiológico y clínico para mayor facilidad del investigador y de esta manera descubrir la causa del síntoma y guiar a un diagnóstico preciso y oportuno.

Palabras clave: Palpitaciones. Síntoma. Clasificación. Diagnóstico.

SUMMARY

Palpitation is one of the most common symptoms in medical consultations. This symptom can be developed by a simple emotional impression and even as a consequence of valvular lesions as the case of mitral stenosis. Palpitations should be classified from an etymological, physiopathologic, semiologic and clinical point of view, so in this way it will be easier for the researches to discover the origins of the symptom and get a precise and opportune diagnosis.

Keywords: Palpitations. Symptom. Classification. Diagnosis.

Introducción

Las palpitaciones se la define de varias formas, como la cinestesia del latido cardíaco o la percepción desagradable producida por un cambio en la contractibilidad del corazón o más frecuente en un cambio del ritmo del corazón^{6,13}.

Se la puede clasificar desde varios puntos de vista:

1. Clínico:

1a. Pacientes sin cardiopatía: perciben las palpitaciones por hiperactividad cardiaca que puede ser fisiológica, como la que percibe con el ejercicio físico extenuante o tras un estímulo emocional o patológico como la que existe en fiebre alta, hipertiroidismo, hipoglucemia, feocromocitoma o anemia grave.

1b. Pacientes con cardiopatía sin arritmia: perciben palpitaciones que son causadas por un incremento en el volumen sistólico, como sucede en la insuficiencia mitral y aórtica.

1.c. Pacientes con arritmia con o sin cardiopatía: perciben las palpitaciones por un trastorno del ritmo o frecuencia cardíaca. El pronóstico de la palpitación dependerá de la cardiopatía subyacente y del tipo de arritmia. Una anamnesis cuidadosa y una adecuada exploración clínica es crucial para orientar el diagnóstico y establecer o no la presencia de una cardiopatía asociada⁶.

2. Semiológico:

2a. Palpitación aislada: puede repetirse de tanto en tanto debido a la contracción más energética que la sigue, resultado del mayor llenado cardíaco.

2b. Palpitación en salva: puede ser de comienzo y terminación brusco o bien aparece y termina gradualmente, como acontece después de un esfuerzo físico o emoción violenta o en estados patológicos como el hipertiroidismo¹³.

* Médico Residente, hospital-clínica "Santiago (Santo Domingo de los Tsachila)",
Universidad de Guayaquil, Ecuador.

** Médico, Universidad de Guayaquil, Ecuador.

3. Etiológico:

3a. De origen cardíaco: cardiopatías que cursan con aumento de volumen de eyección (insuficiencia aórtica); arritmias, asociadas o no a cardiopatía estructural.

3b. De origen extracardiaco: actividad del sistema simpático; fármacos simpaticomiméticos, vasodilatadores; hipertiroidismo; feocromocitoma; situaciones que cursan con vasodilatación o gasto cardíaco elevado: fiebre, procesos infecciosos, anemia^{1,3,4,11}.

4. Fisiopatológico:

- 4a. Efecto estimulación simpática.
- 4b. Los trastornos en la formación de los impulsos.
- 4c. Anormalidades en la propagación de los mismos^{7,9,14,15}.

Fisiopatología

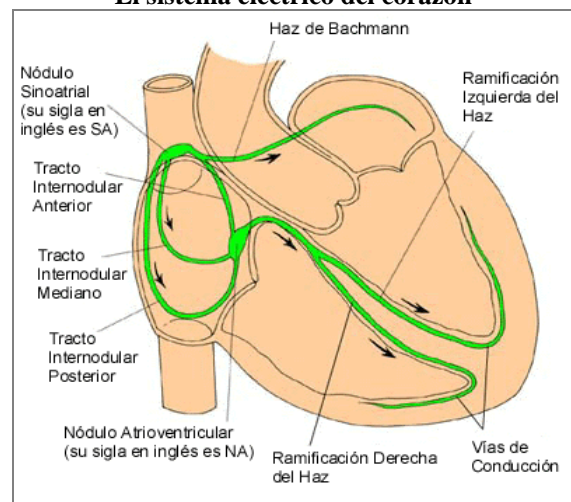
Hay tres tipos de canales iónicos que desempeñan papeles importantes en la génesis de los cambios de voltaje del potencial de acción. Se trata de: 1. los canales rápidos de sodio, 2. los canales lentos de calcio-sodio y 3. los canales de potasio.

La estimulación de los nervios simpáticos libera la hormona noradrenalina en las terminales nerviosas y aumenta la permeabilidad de la membrana de la fibra al sodio y al calcio y este aumento al nodo sinusal hace que el potencial de reposo sea más positivo acelerando la iniciación de la autoexcitación y por tanto aumenta la frecuencia cardíaca^{2,9,14}.

En condiciones patológicas los potenciales de acción de respuesta rápida pueden ser convertidos a potenciales lentos mediante la inactivación de los canales rápidos de sodio. Como consecuencia de ello se produce aumento del automatismo en el tejido no especializado, siendo la principal causa de este fenómeno la isquemia o el infarto agudo de miocardio. El mecanismo principal implicado en los trastornos de propagación de estímulos eléctricos es el conocido como "Fenómeno de reentrada". Como consecuencia de múltiples condiciones patológicas, en especial la isquemia; puede existir gran diferencia en el tiempo de recuperación del miocardio después del paso de una onda de despolarización.

La excitabilidad celular es recuperada en una zona antes que en otras, lo que permite el paso de corriente del tejido despolarizado al ya recuperado y la subsecuente excitación focal, con la generación de contracciones ectópicas (fuera de su lugar fundamental). La preexcitación ventricular se presenta si el músculo ventricular es activado por el impulso auricular más tempranamente de lo que se espera, si el impulso fuera transportado a través del nodo AV. Esto ocurre debido a la presencia de fascículos anormales o accesorios de conducción entre aurículas y ventrículos (Haz de Kent, de Bachmann fundamentalmente)^{7,15}.
Figura 1.

Figura 1
El sistema eléctrico del corazón



Fuente: www.portalesmedicos.com

Evaluación clínica del paciente con palpitaciones

Hay que averiguar las características de las palpitaciones si tiene una sensación de pausa o vuelco aislado o recurrente sugiere extrasístoles; sensación de latidos cardíacos rápidos en el tórax puede ser cualquier arritmia; latidos o golpeteo en el cuello sugiere disociación AV o sensación de ritmo irregular podría ser una fibrilación.

Hay que también indagar el modo de inicio y terminación si es súbito o progresivo como en la taquicardia sinusal o arritmias no paroxísticas; si termina con la maniobra de valsalva sugiere una taquicardia supraventricular.

Ahondar síntomas acompañantes, dolor torácico, disnea, síncope o mareo, ansiedad, sudoración profusa (sugiere mala tolerancia), poliuria^{1,5,10}.

Protocolo de diagnóstico y tratamiento de las palpitaciones

Primero hacer una buena anamnesis analítica y general, según los síntomas acompañantes se realiza un EKG estudio de hormonas tiroideas, Holter de 24 horas, ecocardiograma para descartar o confirmar cardiopatía estructural; la prueba de esfuerzo puede ser útil para diagnosticar palpitaciones en relación con el ejercicio y estudio electrofisiológico.

Analizando de manera general el tratamiento, es de acuerdo a los síntomas acompañantes que puede sugerir algo grave.

Lo importante es no asustar al paciente, tranquilizarlo, y hacer una exhaustiva investigación; entre los fármacos tenemos al verapamilo, los beta bloqueantes y cuando las palpitaciones son recurrentes y persistentes y se haya diagnosticado taquicardia intranodal se sugiere ablación por radiofrecuencia^{1,2,5,8,12}.

Comentario

“El médico debe tomar, frente a las palpitaciones, una actitud bien definida, la de no considerarlas como síntoma trivial y sin importancia, mientras el interrogatorio más detenido y la exploración más concienzuda no lo autoricen a ello”.

Hay que tener bien claro que las palpitaciones no es sinónimo de taquicardia; la diferencia radica en que las palpitación es una sensación subjetiva del propio latido cardíaco y la taquicardia se la demuestra en los trazados del EKG y hay varios tipos de taquiarritmias según la formación del impulso y la propagación del mismo; por tal razón hay que examinar minuciosamente al paciente sin asustarlo y sin gastar exageradamente dinero en pruebas cardíacas caras solicitadas sin criterio científico profesional.

Referencias bibliográficas

1. A. García Alberola. Protocolo diagnóstico de las palpitaciones aisladas y persistentes. *Medicine*; 9(37):2471-2473. 2005.
2. Bevilacqua. *Fisiopatología Clínica*. Tercera edición; 6:264-351. 1996.

3. Braunwald E. *A textbook of cardiovascular medicine*. Sexta edición. 27-44. 2001.
4. Cortina A, Cruz JM, López V. *Examen Clínico del Sistema Vascular*. *Medicina Interna* 15 edición. 427-48. 2004.
5. *El manual Washington de terapéutica médica*. 30 edición; 7:153-167. 2001.
6. Enrique Ricoy Martínez MD. *Cardiología clínica en atención primaria*; 23-25. 2002.
7. García CR, Ruiz GR. *Electrofisiología Cardíaca Clínica y Ablación*; 129-146, 1999.
8. Goodman & Gilman. Vol. I. octava edición; 32:813-831, 1996.
9. Guyton Hall. *Tratado de fisiología médica*. Novena edición. 1998; 10: 131-137.
10. Harrison. *Principios de medicina interna tomo I*. 15 edición; 13:81-83. 2001.
11. Martínez-Rubio A, Guillaument E. *Pruebas Diagnósticas en arritmología*; 219-31, 2003.
12. Prieto Valtueña. *La clínica y el laboratorio*. 20 edición; 26:533-541. 2004.
13. Suros. *Semiología médica y técnicas exploratorias*. Octava edición; 3:187-204. 2001
14. William F. Ganong. *Fisiología Médica*; 28:455-461, 1986.
15. <http://www.mailxmail.com/curso/vida/palpitaciones/capitulo2.htm>.

Md. Rafael Gordon Yépez

Teléfono: 593-04-2306043; 095579944

Correo electrónico: rafaelgordonyopez@hotmail.com

Fecha de presentación: 16 de octubre de 2008

Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2009

Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Srta. Jamilet Loayza Romero.