



## 7. MISCELÁNEA

### 7.1. SÍNCOPE

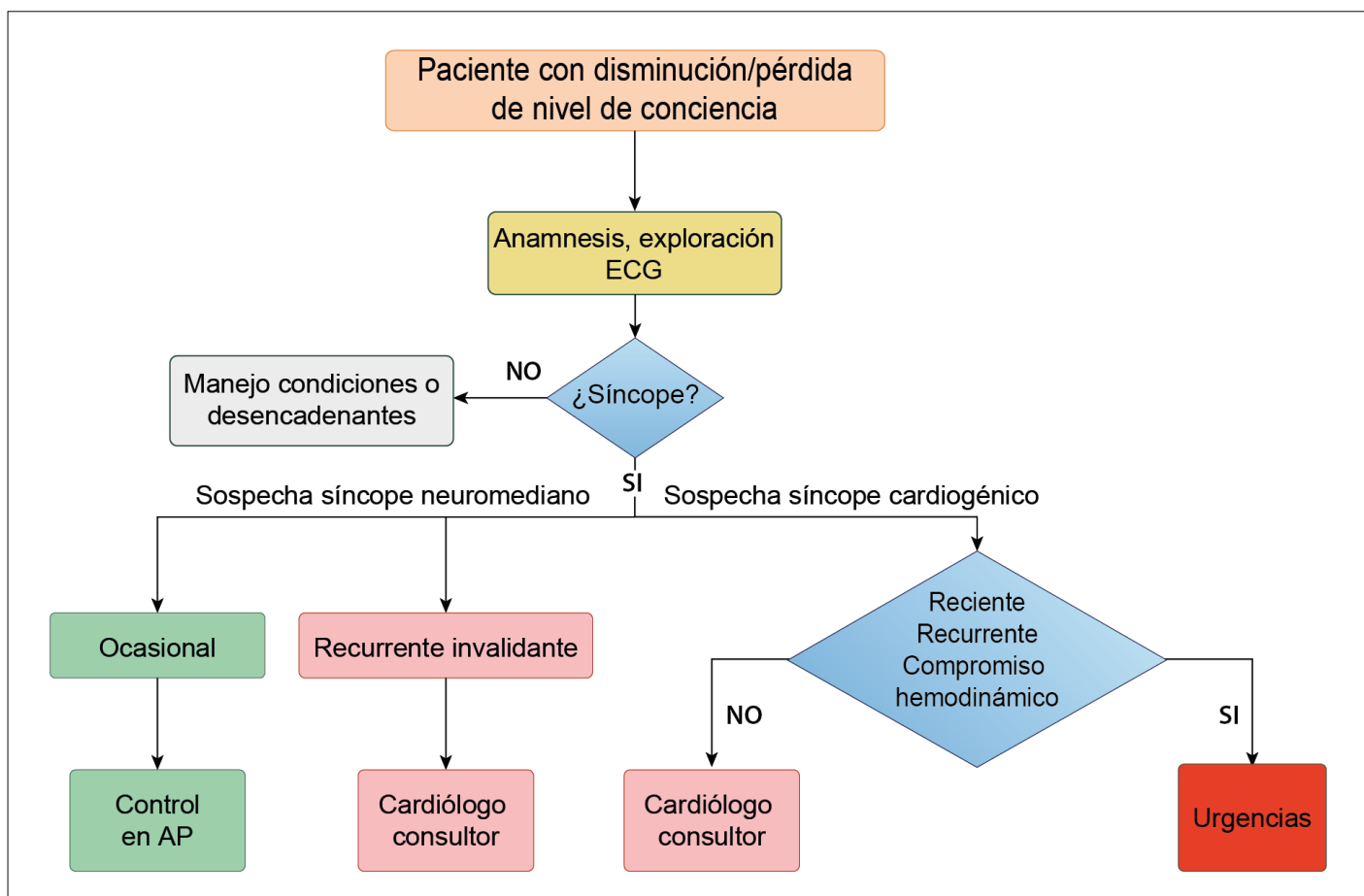
El síncope se define como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas, que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria. Se trata de una entidad muy prevalente, tanto en Atención Primaria como en los Servicios de Urgencias. Si bien, una gran parte de los casos, presenta un mecanismo reflejo y tiene un buen pronóstico, en determinados pacientes, pueden tener una forma de presentación muy recurrente, afectando de forma significativa a la calidad de vida de los mismos.

Por otro lado, entre un 6-30% de los pacientes, pueden presentar un síncope debido a una causa cardiaca, que puede ser la primera manifestación de su enfermedad y puede ser un marcador de mal pronóstico y de riesgo de muerte súbita. Este hecho es especialmente frecuente en pacientes con trastornos del ritmo secundarios a taquiarritmias (taquicardia ventricular o supraventricular rápidas, TV polimórfica no sostenida en pacientes con síndrome de QT largo y en pacientes con patrón de Brugada tipo I y ausencia de dato diagnóstico de otra etiología), o bradiarritmias (bradicardia sinusal, bloqueo aurículoventricular avanzado o bloqueo de rama alternante), así como en pacientes con cardiopatía estructural significativa, especialmente valvulopatía aórtica severa, miocardiopatía hipertrófica, dilatada o arritmogénica, disfunción ventricular significativa, enfermedad coronaria u otras más raras (mixoma, taponamiento cardiaco, disección aórtica o tromboembolismo pulmonar)<sup>1-2</sup>.

Ante un paciente con una sospecha de síncope (disminución o pérdida transitoria del nivel de conciencia), se debe realizar una anamnesis dirigida que incluya historia familiar, exploración física y ECG. Si no se confirma la sospecha diagnóstica de síncope, se deben tratar las condiciones desencadenantes. Si se llega a la conclusión de que efectivamente, el paciente ha presentado un cuadro sincopal y existe la sospecha de que pueda ser de origen reflejo o neuromediado, su manejo dependerá de la frecuencia de síntomas. Si se trata de un cuadro ocasional, puede ser controlado en el ámbito de la Atención Primaria. Si se trata de cuadros recurrentes y/o invalidantes, deben ser evaluados por el cardiólogo consultor. Ante la sospecha de origen cardiogénico (presencia de cardiopatía estructural, trastornos del ritmo o historia familiar de muerte súbita), deben valorarse sus circunstancias clínicas. En caso de haber sido reciente, recurrente o de presentar compromiso hemodinámico, debe ser remitido al Servicio de Urgencias. Si no se dan ninguna de estas circunstancias, será remitido al cardiólogo consultor para la finalización de su estudio.



## Algoritmo Síncope:



## Bibliografía:

1. Moya-i-Mitjans A et al. Puesta al día: Arritmias (VIII): Síncope. Rev Esp Cardiol 2012;65(8):755-765.
2. Moya A et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del síncope (versión 2009). Rev Esp Cardiol 2009;62(12):1466 e1-e52.
3. Pastor Fuentes A y Díaz Sánchez Santiago. Síncope en: Procesos asistenciales compartidos entre Atención Primaria y Cardiología. Héctor Bueno, José M<sup>a</sup> Lobos, Nekane Murga, Santiago Díaz. Documento de la SEC y SEMFYC. 2015. SBN: 978-84-15037-51.



## 7.2. PALPITACIONES

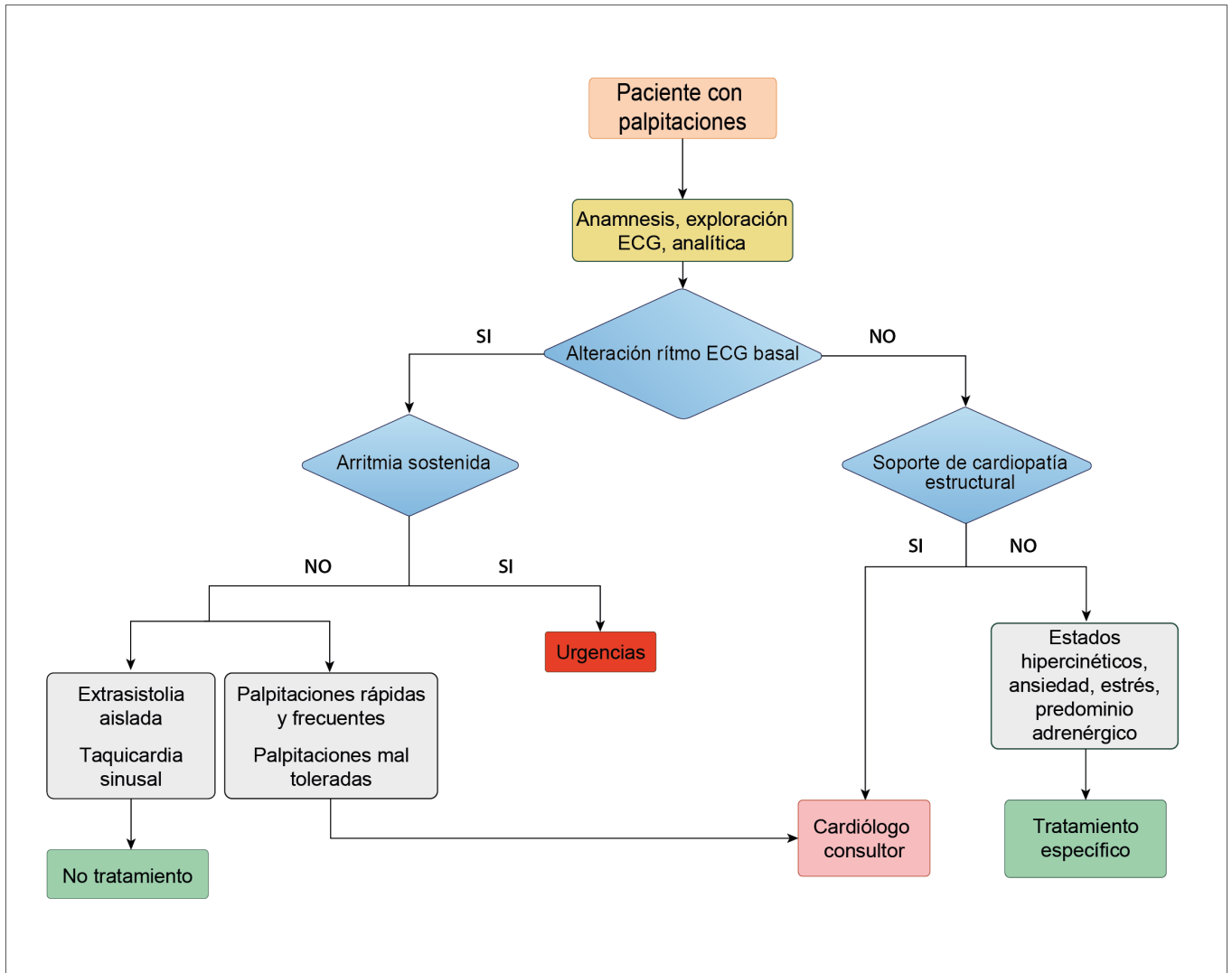
Las palpitaciones se definen como la sensación molesta del latido cardiaco y suponen un síntoma frecuente de consulta en el ámbito de la Atención Primaria. En la mayor parte de los casos no indican, por sí mismas, la presencia de patología grave y puede estar desencadenada por una situación hipercinética, como la que se produce en los pacientes con anemia, fiebre, tirotoxicosis o ansiedad. En muchos casos se asocia a un umbral de percepción disminuido de los latidos normales. Con frecuencia, las palpitaciones se describen como “vuelcos en el corazón” o “falta de latidos”, y suelen corresponder a latidos hipercinéticos o extrasistolia supra o ventricular. Muchas de ellas corresponden a taquicardia sinusal, que suele iniciarse y finalizar de forma progresiva y suelen presentar un desencadenante. Las que presentan un inicio brusco y un curso más duradero e intenso, se relacionan más con taquicardias paroxísticas y pueden dar lugar a sintomatología sincopal, de disnea o angina, en el caso de que se asocie a cardiopatía estructural.

La valoración de un paciente con palpitaciones suele realizarse una vez finalizado el episodio. Es muy importante la realización de una adecuada historia clínica, exploración física, analítica que incluya la realización de bioquímica básica, iones, hemograma, hormonas tiroideas y ECG. En la medida de lo posible, es muy importante realizar el ECG en el momento de la presencia de palpitaciones, así como instruir al paciente en la toma del pulso. En caso de que se detecte una alteración del ritmo en el ECG basal de carácter sostenido, el paciente debe ser remitido al Servicio de Urgencias. En caso de que el ECG del paciente muestre la presencia de extrasistolia aislada o taquicardia sinusal, no suele requerir tratamiento y debe descartarse la presencia de una circunstancia desencadenante. Si el ECG muestra la presencia de palpitaciones rápidas y frecuentes, o palpitaciones mal toleradas, el paciente debe ser remitido al cardiólogo consultor para su valoración.

En el caso de que el ECG basal no presente alteraciones del ritmo, debe investigarse la presencia de cardiopatía estructural. Ante la sospecha o presencia de valvulopatías severas, miocardiopatía dilatada, hipertrófica o arritmogénica, disfunción ventricular significativa o enfermedad coronaria, el paciente debe ser remitido al cardiólogo consultor para su estudio específico. En caso contrario, debe sospecharse la presencia de estados hipercinéticos, ansiedad, estrés o predominio adrenérgico, y debe realizarse un tratamiento específico<sup>1</sup>.



## Algoritmo Palpitaciones:



## Bibliografía:

1. Pastor Fuentes A. y Díaz Sánchez S. Palpitaciones en: Procesos asistenciales compartidos entre Atención Primaria y Cardiología. Héctor Bueno, José M<sup>a</sup> Lobos, Nekane Murga, Santiago Díaz. Documento de la SEC y SEMFYC. 2015. SBN: 978-84-15037-51.



## 7.3. DOLOR TORÁCICO

Una causa frecuente de consulta médica urgente es el dolor torácico de origen no traumático. Las primeras actuaciones deben ir encaminadas a realizar una rápida evaluación diagnóstica, que permitan identificar una posible causa que comprometa la vida del paciente en poco tiempo. Ante la presencia de sintomatología isquémica, de reciente aparición, se debe realizar un ECG de 12 derivaciones lo antes posible (antes de transcurridos 10 minutos). Ante la presencia de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST o bloqueo de rama izquierda del haz de His de novo o desconocido, se deben seguir las actuaciones previstas en el Protocolo de Código Infarto del Servicio Canario de la Salud alertando, en el ámbito extrahospitalario, al Servicio de Urgencias Canario (en el teléfono único de urgencias 112) de un Posible Código Infarto. En los casos de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST derivar de forma urgente al hospital de referencia.

Descartada la presencia de SCA, bloqueo de rama izquierda de nueva aparición u otra causa que requiera derivación urgente, la historia clínica, la exploración física y el electrocardiograma de 12 derivaciones, son los pilares básicos en la valoración inicial de los pacientes con dolor torácico. Esto permitirá realizar un despistaje de las posibles causas y tomar las medidas más adecuadas.

La **historia clínica** debe incluir:

- 1) Una descripción espontánea del dolor, lo menos dirigida posible, incluyendo su duración, características y progresión.
- 2) Sintomatología asociada.
- 3) Antecedentes personales, cuadros similares previos, factores de riesgo cardiovascular (incluido el consumo de cocaína), y medicación actual. La presencia de factores de riesgo cardiovasculares aumenta la probabilidad de que el dolor esté causado por isquemia miocárdica. Las características del dolor han de interpretarse en el contexto del paciente (edad, sexo, historia previa), para establecer la probabilidad de una determinada causa.

Con los datos de la anamnesis encuadraremos al paciente en alguno de los siguientes perfiles clínicos:

- 1) isquémico
- 2) pleurítico
- 3) mecánico
- 4) otros dolores

### Dolor torácico y angina de pecho:

El término “angina de pecho” se emplea para describir un síndrome, resultado de la isquemia miocárdica, que suele producirse por una obstrucción (aterosclerosis) o espasmo de las arterias coronarias. Los síntomas anginosos se definen como estables, si no existe un cambio en ellos. La definición clínica de la angina de pecho estable, en general, está muy relacionada con la estabilidad de alguna placa aterosclerótica. Si el patrón de los síntomas empeora (aumento de frecuencia o duración), o ante un dolor de perfil isquémico de reciente comienzo, hablamos de angina inestable.

### Descripción del dolor anginoso:

Opresión centrotorácica, a ambos lados del pecho o subesternal, que el paciente señala con el puño cerrado (si es a punta de dedo no suele ser isquémico). Es frecuente la distribución subesternal, hemitórax izquierdo, cuello y lado cubital de antebrazo y mano izquierda. También puede sentirse en mandíbula, espalda, brazo derecho y/o en la zona epigástrica hasta la región umbilical. La mayoría de los pacientes describen el dolor anginoso como una molestia vaga, no encuentran la palabra adecuada para definirla: quemazón, opresión, pesadez; y no la asocian a cualquier otro tipo de dolor que hayan padecido, lo que provoca con frecuencia que no acudan al médico.



Otros pacientes refieren disnea o un profundo cansancio, debilidad, náuseas o diaforesis, en ocasiones sin molestia torácica alguna (equivalente anginoso). La duración del dolor torácico isquémico suele ser de entre 3 y 5 minutos, y no más de 30 minutos sin que se llegue a producir un infarto de miocardio. Es poco probable que el dolor de duración inferior a un minuto sea de origen coronario. Son posibles desencadenantes el ejercicio físico, el frío, el estrés, la tensión emocional y, característicamente, se alivia con el reposo y la nitroglicerina sublingual, en el espacio de 5 a 10 minutos de forma progresiva.

La cuantificación de las características del dolor, en función de la clasificación de Geleijnse, puede resultar útil ante la sospecha de dolor precordial de posible origen coronario (tabla 1). Basándonos en estas características, en la presencia o ausencia de factores de riesgo y la edad del paciente, podemos establecer la probabilidad clínica de que presente enfermedad coronaria.

En la tabla 2 se muestra un cálculo de probable enfermedad coronaria, según edad, sexo y características del dolor.

Tabla 1. Clasificación de Geleijnse modificada

<b>Localización</b>	Subesternal	+3
	Precordial	+2
	Cuello mandíbula	+1
	Apical	-1
<b>Irradiación</b>	Cualquier brazo	+2
	Hombro, espalda, nuca, mandíbula	+1
<b>Características</b>	Fuertemente opresivo	+3
	Pesadez, opresión	+2
	Punzante, pinchazo	-1
<b>Gravedad</b>	Grave	+2
	Moderado	+1
<b>Influenciado</b>	Nitroglicerina	+1
	Posición	-1
	Respiración	-1
<b>Síntomas asociados</b>	Disnea	+2
	Nauseas o vómitos	+2
	Sudoración	+2
	Historia de angina de esfuerzo	+3
<b>Sospecha de enfermedad coronaria: &gt; 6 puntos</b>		

Tabla 2. Probabilidad de enfermedad coronaria según las características clínicas.

Edad	Angina típica		Angina atípica		Dolor no anginoso	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
<b>30-39</b>	59	28	29	10	18	5
<b>40-49</b>	69	39	38	14	25	8
<b>50-59</b>	77	47	49	20	34	12
<b>60-69</b>	84	58	69	37	54	24
<b>70-79</b>	89	68	69	37	54	24
<b>≥ 80</b>	93	76	78	47	65	32

	Probabilidad < 15%. No precisan estudios adicionales.
	Probabilidad 15-65%
	Probabilidad > 65%. Susceptibles de estudios diagnósticos.
	<b>Probabilidad &gt; 85%. Se acepta el origen coronario del dolor.</b>



### Valoración clínica:

Valorar la presencia de disnea en reposo, síncope, hipotensión o hipertensión arterial grave, cortejo vegetativo, bajo gasto cardiaco y trastornos graves del ritmo cardiaco.

### La exploración física debe incluir:

- Estado de la piel y mucosas
- Auscultación cardiopulmonar (frecuencia cardiaca y respiratoria, ritmo cardiaco, ruidos añadidos cardiacos y/o pulmonares)
- Presión arterial
- Saturación de oxígeno
- Glucemia, si el paciente es diabético.

### Electrocardiograma:

Debe ser realizado en todos los pacientes, y en < de 10 minutos en los que presenten dolor torácico de características isquémicas en el momento de la consulta. Los cambios en el segmento ST y/o alteraciones de la onda T asociados a dolor o, alteraciones sugestivas de cardiopatía isquémica crónica (ondas Q patológicas, ondas T negativas en dos o mas derivaciones contiguas), pueden confirmar o sugerir respectivamente, un origen coronario del dolor y actuar conforme a las necesidades del paciente.

En los pacientes en los que el origen del dolor permanezca incierto, el índice UDT-65 (tabla 3), desarrollado y validado en población española, permite estratificar el riesgo de desarrollar un SCA a corto plazo y puede ser útil para la toma de decisiones.

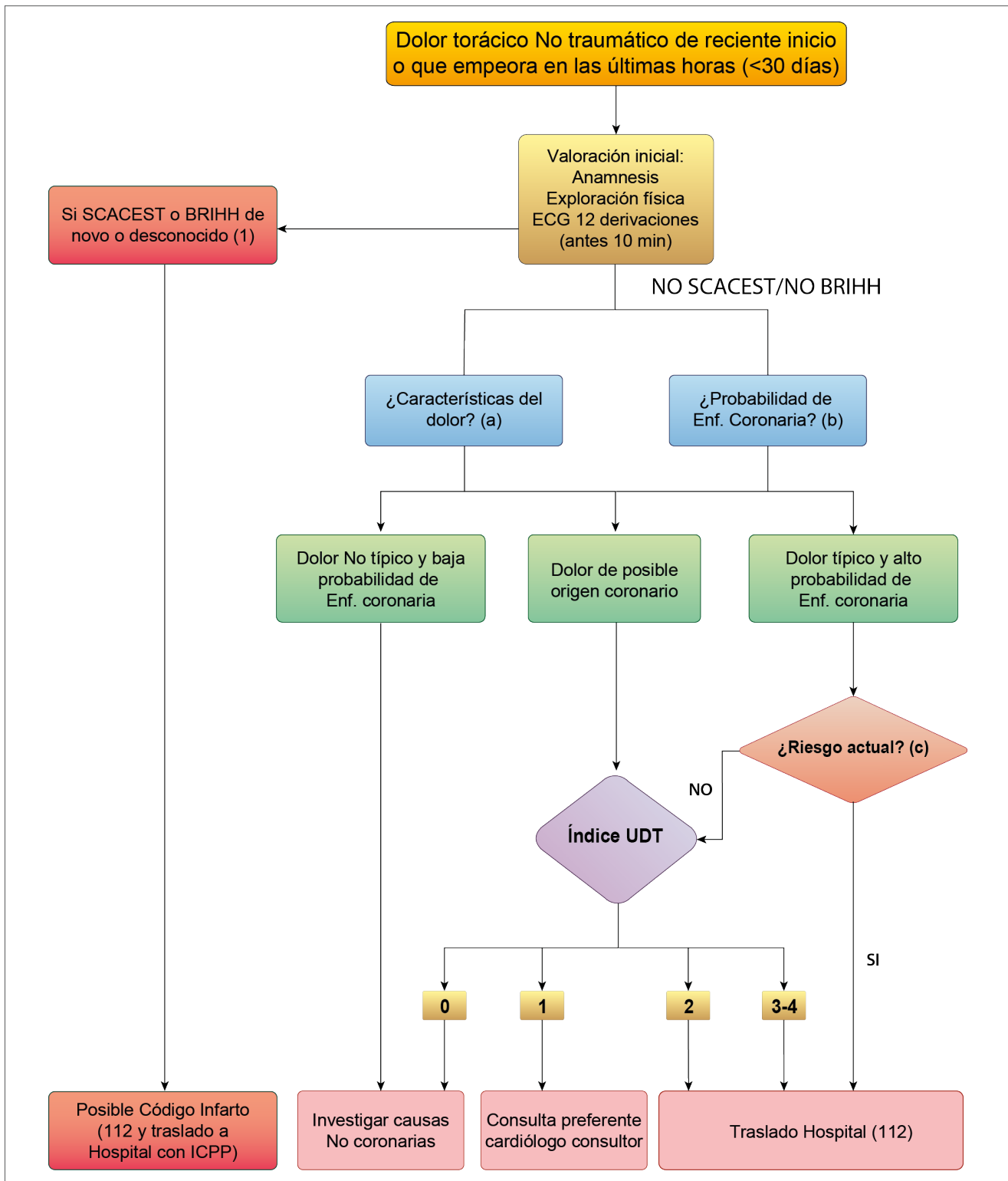
### Tabla 3: Índice UDT-65

- Uso de aspirina
- Diabetes
- Tipicidad del dolor torácico
- 65 o más años

La presencia de cada una de estas características suma 1 punto. Puntuación total de 0 a 4.



## Esquema de actuación ante dolor torácico agudo no traumático



- (1) SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. BRIHH: bloqueo de rama izquierda del haz de His. Ante un diagnóstico de estas entidades se debe alertar de inmediato al Servicio de Urgencias Canario, a través del teléfono único de urgencias 112, como Posible Código Infarto y seguir las actuaciones previstas en dicho protocolo.
- (a) Investigar las características del dolor, ver clasificación de Geleijnse modificada (tabla 1)
- (b) Ver probabilidades de enfermedad coronaria según la clínica (tabla 2)
- (c) Si riesgo actual: dolor de < 72 horas de evolución. Inestabilidad hemodinámica.
- SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST).
- Índice UDT-65: estratificación del riesgo de desarrollar un SCA (tabla 3).





## DOLOR TORÁCICO NO TRAUMÁTICO CRÓNICO

Ante la presencia de dolor torácico crónico no traumático (> 30 días), y sin cambios en el último mes, la pauta de actuación requiere de una anamnesis exhaustiva, que continua siendo la clave para orientar el diagnóstico, unida a la exploración física, ECG de 12 derivaciones y una analítica con bioquímica y hemograma, que permitirán confirmar el diagnóstico, descartar otras posibles causas y evaluar la gravedad de la enfermedad.

En estos pacientes es importante evaluar la presencia de angina estable en base a las características del dolor.

### Las tres características que apuntan a la presencia de angina estable son:

- Dolor torácico con las características y duración descritas.
- Provocado por esfuerzo, estrés, tensión emocional, frío.
- Cede o alivia rápidamente con nitroglicerina o al cesar la causa desencadenante.

En función de estas características se puede clasificar la angina estable como:

**Angina típica:** Cuando cumple los tres criterios anteriores.

**Angina atípica:** Cuando cumple dos de los tres criterios anteriores.

Cuando cumple una o ninguna de las anteriores características, se apunta a un dolor inespecífico o no coronario.

La clasificación de la Canadian Cardiovascular Society (CCS) (tabla 4) permite diferenciar distintos grados en la angina estable, cuantificando el umbral en que aparecen los síntomas en relación con actividades físicas. No obstante, este sistema de gradación reconoce explícitamente, que el dolor en reposo puede ocurrir en todos los grados como una manifestación de vasoespasmos asociados y superimpuesto. También es importante recordar que la clase de angina apunta la limitación máxima, y que el paciente puede sentirse mejor algunos días.

### Clasificación de la gravedad de la angina según la Canadian Cardiovascular Society

<b>Clase I</b>	La actividad física habitual, como caminar y subir escaleras, no produce angina. Aparece angina con ejercicio extenuante, rápido o prolongado durante el trabajo o el ocio.
<b>Clase II</b>	Ligera limitación de la actividad habitual. Aparece angina al caminar o subir escaleras rápidamente, caminar o subir escaleras después de las comidas, con frío, viento o estrés emocional o solo a primera hora de la mañana; al caminar más de dos manzanas (equivalente a 100-200 metros) en terreno llano, o al subir más de un piso de escaleras a paso normal y en condiciones normales.
<b>Clase III</b>	Marcada limitación de la actividad física habitual. Aparece la angina al caminar una o dos manzanas en terreno llano o subir un piso de escaleras en condiciones y paso normales.
<b>Clase IV</b>	Incapacidad para desarrollar cualquier actividad física sin angina. El síndrome anginoso puede estar presente en reposo.

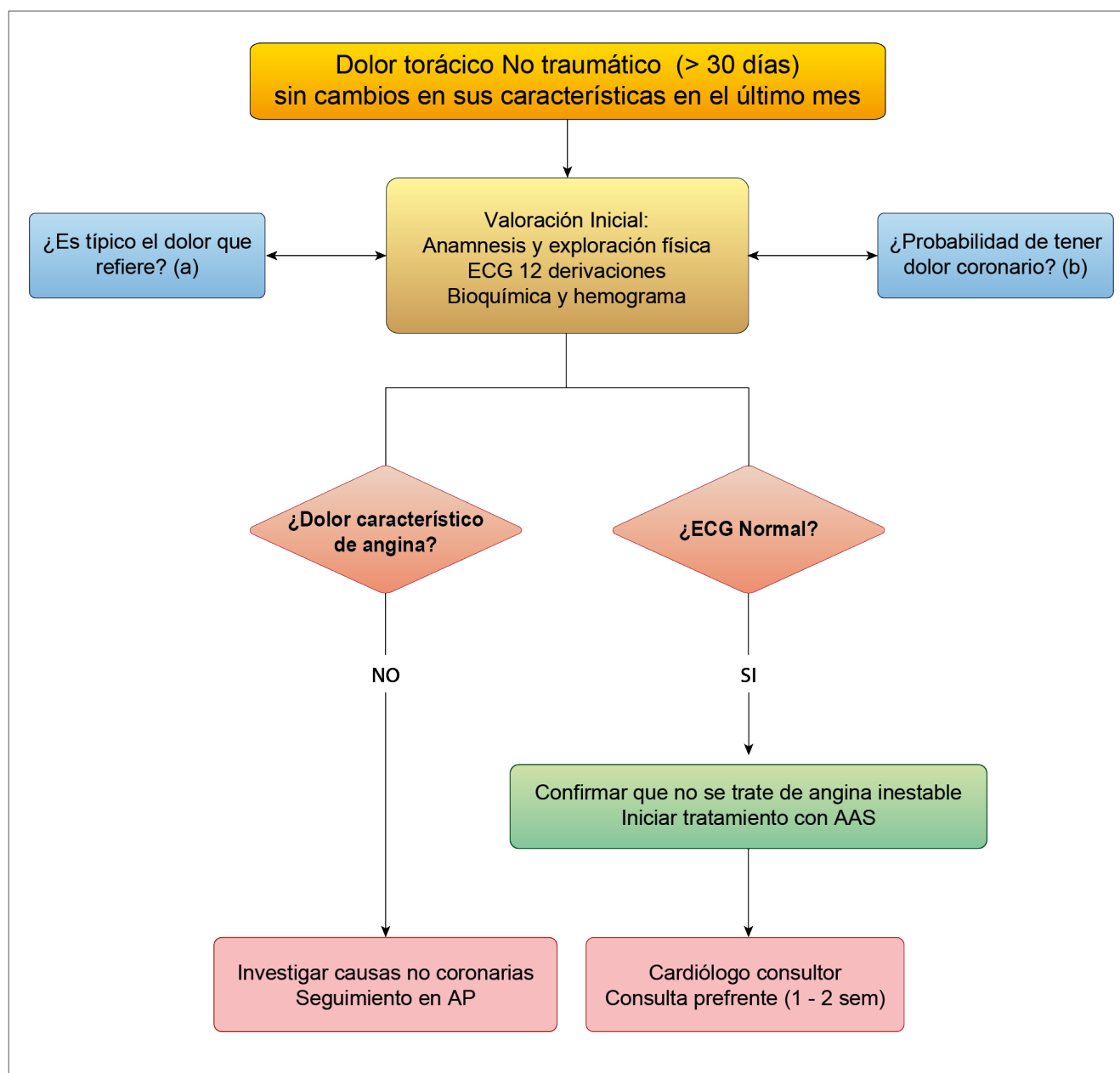
En la anamnesis es importante diferenciar la angina estable de la angina inestable, dado que esta aumenta el riesgo de Síndrome Coronario Agudo a corto plazo y, en su caso, debe ser derivado a urgencias.



## Tipos de angina inestable

Tipo	Características
Angina en reposo	Dolor de naturaleza y localización características, pero que ocurre en reposo y en periodos de hasta 20 minutos
Angina de nueva aparición	Episodio reciente de angina moderada grave de nueva aparición (clase II - III de la CCS)
Angina in crescendo o que aumenta rápidamente	En pacientes con cardiopatía isquémica estable, dolor torácico que aumenta progresivamente de gravedad e intensidad, con un umbral más bajo de esfuerzo (como mínimo clase III de la CCS), durante un periodo corto, de 4 semanas o menos.

## Esquema actuación ante dolor torácico crónico (> 30 días)



(a) Tabla de Gelijnse

(b) Ver tabla 2



## BIBLIOGRAFÍA

1. Procesos asistenciales compartidos entre Atención Primaria y Cardiología. Héctor Bueno, José M<sup>a</sup> Lobos, Nekane Murga, Santiago Díaz. Documento de la SEC y SEMFYC. 2015. SBN: 978-84-15037-51.
2. Marzal D, López-Sendón JL, Roldán I. Proceso asistencial simplificado del síndrome coronario agudo (internet). Sociedad Española de Cardiología, editor. 127 p. disponible en: <http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/proceso-asistencial-simplificado-delsindrome-coronario-agudo.pdf>.