

Síncope: manejo desde el Servicio de Urgencias de Atención Primaria

M. J. Fernández-Lerones^a, A. de la Fuente-Rodríguez^b, Y. Hoyos-Valencia^b, C. León-Rodríguez^c, R. Zuloaga-Mendiolea^a, A. Hernández-Sánchez^b, M. I. Ruiz-Garrido^a y L. de Carlos-Negro^c

^aLicenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Altamira. Servicio de Urgencias. Puente San Miguel. España.

^bDiplomada Universitaria en Enfermería. Centro de Salud Altamira. Servicio de Urgencias. Puente San Miguel. España.

^cLicenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del Servicio de Urgencias de Atención Primaria Altamira. Centro de Salud Altamira. Servicio de Urgencias. Puente San Miguel. España.

El síncope es un problema médico importante por su alta frecuencia y la gran variedad de causas responsables del mismo. El pronóstico se relaciona con su etiología, aunque no se puede llegar a un diagnóstico de presunción al menos en el 30% de los casos, por ello desde Atención Primaria es importante estratificar el riesgo de estos pacientes mediante la realización de una historia clínica completa, la exploración física y las exploraciones complementarias, cuyos resultados nos indicarán las directrices en cuanto a criterios de derivación o medidas terapéuticas a tomar.

Palabras clave: síncope, episodio sincopal, Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

The syncope is an important medical problem because of its high frequency and the great variety of reasons responsible for it. The prognosis is related with its etiology, though a diagnosis of presumption cannot be reached in at least 30% of the cases. Thus, it is important to stratify the risk of these patients in Primary Care with the physical and complementary examinations, whose results will provide us with the guidelines in regards to referral criteria or therapeutic measures to be used.

Key words: syncope, syncopal episode, Primary Care Emergency Service.

INTRODUCCIÓN

En cuanto a etiología, el síncope es un problema médico importante por su alta frecuencia y la gran variedad de causas responsables del mismo. Puede ser la manifestación inicial de una patología grave, puede ser causante de daños personales (traumatismos por caídas), y puede condicionar la vida del paciente (síncopes vasovagales en profesiones de riesgo).

Entre el 1-3% de los pacientes que son atendidos en Urgencias, lo son por episodios sincopales o patología derivada de los mismos. Entre un 60-85% de los pacientes que solicitan valoración tras un episodio sincopal no vuelven a tener recurrencia del mismo. Más frecuente en ancianos en edades superiores a 75 años, la incidencia anual es superior al 5%, y hasta un 40% de la población general, en algún momento de su vida, presenta algún episodio sincopal.

Correspondencia: M. J. Fernández Lerones.

Centro de Salud Altamira.

Barrio La Teja, s/n.

39530. Puente San Miguel. Cantabria. España.

Correo electrónico: fernandezlerones@msn.com

Recibido el 16-09-08; aceptado para su publicación el 24-05-09.

El pronóstico se relaciona con su etiología, aunque no se puede llegar a un diagnóstico de presunción al menos en el 30% de los casos; de ahí la importancia de estratificar el riesgo de estos pacientes mediante la realización de una historia clínica completa, exploración física y exploraciones complementarias¹.

Aclarando conceptos, definiremos síncope como la pérdida brusca y transitoria de conciencia, asociada a pérdida del tono postural, que se recupera espontáneamente, sin necesidad de maniobras de reanimación ni intervención para detener el episodio. En ocasiones existen síntomas que preceden al cuadro sincopal (prodromicos) que pueden alertar al paciente sobre la inminente pérdida de conocimiento. Como presíncope entendemos el proceso de alteración del nivel de conciencia, confusión acompañada de inestabilidad, del que el paciente se recupera rápidamente y no conlleva pérdida de conciencia o sensación de pérdida inminente de conciencia.

Debemos diferenciar síncope de pérdida de conocimiento, que hace referencia a un concepto más amplio en el que la alteración del nivel de conciencia no cumple los criterios de síncope (brusco, transitorio o de recuperación espontánea).

ETIOLOGÍA

En cuanto a la etiología, podemos hacer las siguientes clasificaciones^{2,3}:

- 1) Síncope de origen cardiaco (tabla 1).
- 2) Síncope de origen no cardiaco (tabla 2).
- 3) Síncope de causa indeterminada. Aquí estarían encuadrados los episodios con pérdida de conciencia "no sincopales", por no cumplir los criterios de síncope (tabla 3).

En cuanto a la clínica, el síncope puede instaurarse de forma súbita, habitualmente precedido de pródromos; el episodio se inicia con una contractura tónica de corta duración, y el paciente se encuentra pálido, sudoroso, hipotenso, hipotónico, bradipneico e inmóvil.

La causa del síncope se puede determinar en un 40-76% de los casos, sólo con la historia clínica y el examen físico durante la evaluación inicial. No debemos olvidar que los síntomas y la situación precedente al episodio son de inmenso valor para el diagnóstico, de manera que basándonos en lo que nos cuenta el paciente y la descripción de un testigo presencial, podemos diagnosticar la mayoría de las causas que han producido un síncope (tabla 4).

ANAMNESIS, EXPLORACIÓN, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Antecedentes personales y familiares

Debemos tener en cuenta los antecedentes de cardiopatía; historia familiar de síncope o muerte súbita (historia familiar de síndrome QT largo congénito, muerte súbita por miocardiopatía hipertrófica, síndrome WPW o síndrome de Brugada, etc.).

Enfermedad actual

1) Valorar el estado de conciencia y la focalidad neurológica, además de si ha habido pérdida de conocimiento, mediante la anamnesis del paciente y de los testigos del episodio

2) Características y duración del episodio.

3) Factores desencadenantes (ortostatismo, emociones, esfuerzo, ejercicio, calor, dolor, tos o micción, ayuno, etc.), o relación con algún hecho concreto (comidas, alcohol, fármacos, cambios posturales, etc.).

4) Pródromos y síntomas asociados (palpitaciones, dolor precordial, cefalea, disnea, náuseas, sudoración, alteraciones visuales o auditivas, etc.).

5) Síntomas tras el episodio (amnesia, somnolencia, confusión, cefalea, desorientación, etc.).

6) Número, frecuencia de los episodios y datos sobre la recuperación.

Exploración física

1) Inspección general, valoración de signos de deshidratación, coloración de la piel y las mucosas, perfusión, olor del aliento...

Tabla 1. Clasificación de síncope de origen cardiaco

Patología estructural
Enfermedad valvular obstructiva
Mixoma auricular
Diseción aórtica aguda
Cardiopatía isquémica aguda
Miocardiopatía hipertrófica
Tromboembolismo pulmonar
Hipertensión pulmonar
Enfermedad pericárdica o taponamiento
Arritmias
Bradycardia (enfermedad del seno)
Taquicardias supraventriculares
Taquicardias ventriculares
Alteraciones de la conducción
Marcapasos malfuncionantes
Proarritmias por fármacos
Síndromes hereditarios (QT largo, Brugada, etc.)

Tabla 2. Clasificación de síncope de origen no cardiaco

Neurocardiogénico o vasovagal
Ortostático: disminución del tono venoso; depleción de volumen; fármacos (antihipertensivos y antidepressivos); enfermedades del sistema nervioso autónomo
Neurológico: hemorragia subaracnoidea; accidente cerebrovascular extenso; accidente isquémico transitorio vertebrobasilar; alteraciones esqueléticas cervicales; síndrome del robo de subclavia
Hipersensibilidad de seno carotídeo
Situacional: tos; deglución; Valsalva, micción; postprandial

Tabla 3. Clasificación de síncope de causa indeterminada

Cuadros con pérdida de conciencia real
Trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipoxia, hipoventilación e hipocapnia)
Epilepsia
Intoxicaciones
Caídas
Cataplejía (pérdida de tono muscular, frecuentemente forma parte de narcolepsia, junto con hipersomnia diurna)
Cuadros que simulan pérdida de conciencia
<i>Drop attacks</i> (caídas generalmente sobre las rodillas, sin causa aparente, de tan corta duración que no pueden llegar a ser observadas; los pacientes suelen recuperarse rápidamente sin pérdida del conocimiento)
Síncope psicógeno
Accidente isquémico transitorio de origen carotídeo

2) Toma de la tensión arterial (TA) y frecuencia cardiaca (FC) en decúbito/sedestación y tras bipedestación (se considera una respuesta positiva para ortostatismo si se observa una TA < 70 mmHg o una disminución de la TA sistólica > 20 mmHg en bipedestación [>15 mmHg si se considera la TA diastólica] acompañada de una repetición de los síntomas).

3) Exploración cardiovascular (taquicardias, arritmias, extratonos, soplos patológicos, soplos en carótidas o subclavias, etc.), cianosis, etc.

Tabla 4. Causas de síncope

Características clínicas sugestivas de causas específicas de síncope
Síncope neuromediado
Ausencia de cardiopatía
Historia prolongada de síncope
Tras visión, sonido u olor desagradable o tras dolor
Bipedestación durante mucho tiempo o en lugares abarrotados y mal ventilados
Náuseas, vómitos asociados al síncope
Durante una comida o inmediatamente después
Presión sobre seno carotídeo o al girar la cabeza
Después de un esfuerzo
Síncope debido a hipotensión ortostática
Después de ponerse en pie
Existe una relación temporal con medicación que produce hipotensión
Bipedestación durante mucho tiempo, en lugares abarrotados y mal ventilados
Presencia de neuropatía autonómica o parkinsonismo
Después de un esfuerzo
Síncope cardíaco
Presencia de cardiopatía estructural grave
Durante el esfuerzo o en posición supina
Precedido por palpitaciones o acompañado de dolor en el pecho
Historia familiar de muerte súbita
Síncope cerebrovascular
Con el ejercicio de brazos
Diferencias en la presión arterial o en el pulso en los dos brazos

4) Exploración física por aparatos, que incluya una exploración neurológica completa (pares craneales, fuerza, tono, reflejos, sensibilidad, exploración cerebelosa, fondo de ojo).

5) Búsqueda de signos de hipovolemia.

Pruebas complementarias

Se realizará electrocardiograma (ECG) con 12 derivaciones, glucemia capilar y prueba de embarazo.

Sólo en aquellos casos en que se sospeche una causa determinada tras la anamnesis y la exploración se realizarán las siguientes pruebas: analítica general; bioquímica sanguínea con enzimas cardíacas; determinaciones de glucemia, urea, creatinina e iones (si se buscan alteraciones electrolíticas); radiografía de tórax antero posterior y lateral (en caso de sospecha de insuficiencia cardíaca); gasometría arterial (si hay hiperventilación, signos físicos de hipoxemia o sospecha de tromboembolismo pulmonar [TEP]).

En caso de síncope de alto riesgo, sospecha de cardiopatía, sospecha de patología neurológica o síncope de repetición de origen no establecido deberíamos ampliar los estudios diagnósticos mediante exploraciones complementarias en atención especializada, que incluirían:

– Pruebas de provocación (sólo indicadas cuando haya alguna duda sobre el mecanismo de reproducción del síncope).

– Mesa basculante o *Tilt test*, para el diagnóstico del síncope vasovagal.

– Gammagrafía (en sospecha de TEP).

– Ecocardiograma (si existe sospecha de síndrome cardíaco obstructivo).

– Tomografía axial computarizada (TAC).

– Otras: punción lumbar, prueba de esfuerzo, monitorización electrocardiográfica, estudio electrofisiológico o incluso electroencefalograma (EEG).

MÉTODO. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

En general, el síncope es una patología benigna cuyo pronóstico suele ser bueno, excepto si hay causas orgánicas. Podemos estratificar el riesgo del síncope en^{2,3}:

Riesgo alto

Paciente de cualquier edad con datos de cardiopatía significativa y síncope, relacionado con la misma. Se entiende como cardiopatía significativa:

- 1) Cardiopatía congénita.
- 2) Miocardiopatía con ingreso previo por insuficiencia cardíaca.
- 3) Disfunción sistólica (fracción de eyección < 40%).
- 4) Tumores cardíacos.
- 5) Cardiopatía isquémica con infarto agudo de miocardio (IAM) antiguo.
- 6) Obstrucción de la salida del ventrículo derecho o del ventrículo izquierdo.
- 7) Displasia arritmogénica del ventrículo derecho.
- 8) TEP.
- 9) Miocardiopatía hipertrófica.
- 10) Disección aórtica.

Riesgo medio

Paciente de más de 70 años con síncope psicógeno, vagal, ortostático, situacional o indeterminado, y paciente de más de 30 años con síncope neurológico, metabólico o farmacológico.

Riesgo bajo

Paciente de menos de 30 años sin cardiopatía, y paciente de menos de 70 años con síncope psicógeno, vagal, ortostático, situacional o indeterminado.

Son factores de buen pronóstico: la duración del episodio inferior a 20 segundos; la falta de confusión posterior; la ausencia de convulsiones y la falta de recurrencias.

Y factores de peor pronóstico: todo síncope cardiogénico con sospecha de enfermedad cardíaca subyacente (anormalidades ECG, enfermedad cardíaca orgánica, historia de arritmia); síncope en decúbito; síncope de duración prolongada o tras esfuerzo; síncope coincidiendo con dolor torácico, cefalea o disnea; síncope con focalidad neurológica; síncope con hallazgos explorativos de soplos de estenosis valvular, pulsos asimétricos, etc.

A continuación, y tras la valoración del riesgo, comentaremos los criterios de ingreso hospitalario y/o derivación a atención especializada⁴:

CRITERIOS DE INGRESO

Todos los síncope de riesgo alto.

Los de riesgo medio en caso de síncope indeterminados de repetición; síncope a pesar del tratamiento médico, si no hay posibilidad de cita preferente ambulatoria; y síncope de riesgo medio si no hay posibilidad de estudio en los días siguientes de forma ambulatoria.

En el resto de los casos será suficiente la observación domiciliar y el control por el médico de Atención Primaria.

Se deberá ingresar siempre que:

- Exista una historia de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva o taquicardia ventricular.
- Se acompañe de dolor torácico.
- Existan signos de insuficiencia cardíaca congestiva, valvulopatía significativa y accidente cerebrovascular.
- El ECG sea sugestivo de isquemia, arritmia, QT largo o bloqueo de rama.

Probable indicación de ingreso:

- Inicio brusco con traumatismo, palpitaciones o ejercicio.
- Episodios frecuentes.
- Sospecha de enfermedad coronaria o arritmia.
- Hipotensión postural moderada-severa.
- Mayores de 70 años.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Todos los síncope de riesgo alto: síncope cardiogénico con sospecha de enfermedad cardíaca; síncope en decúbito; síncope de duración prolongada o tras esfuerzo; síncope coincidiendo con dolor torácico, cefalea, o disnea; síncope con focalidad neurológica; síncope con hallazgos explorativos de soplos de estenosis valvular, pulsos asimétricos.

Los de riesgo medio en caso de: síncope indeterminados de repetición; síncope a pesar del tratamiento médico, si no hay posibilidad de cita preferente ambulatoria; síncope de riesgo medio si no hay posibilidad de estudio en los días siguientes de forma ambulatoria; síncope de inicio brusco con traumatismo, palpitaciones o ejercicio.

En el resto de los casos se procederá a la observación domiciliar y el control por el médico de Atención Primaria.

TRATAMIENTO

El tratamiento específico del síncope depende de su etiología. Teniendo en cuenta las causas más frecuentes, realizaremos una revisión de las medidas terapéuticas básicas⁵.

Síncope vasovagal (neurocardiogénico, hipotensión ortostática, miccional)

Explicar al paciente claramente la fisiopatología de su enfermedad y tranquilizarlo sobre su pronóstico. Recomendarle evitar factores desencadenantes (temperaturas muy

calurosas, deshidratación, bipedestación prolongada), enseñarle a reconocer los síntomas premonitorios, así como a evitar aquellos agentes que predispongan a hipotensión o deshidratación (alcohol, antihipertensivos vasodilatadores o diuréticos).

Indicarle sentarse o acostarse cuando sienta estos síntomas para abortar el episodio, y cómo utilizar maniobras de contrapresión de las piernas (cruzar las piernas) o los brazos (cogerse de las manos y tensar los brazos), o bien colocar al paciente en decúbito supino y elevar las extremidades inferiores; además de aconsejar el incremento de consumo de sal y líquidos (expansores de volumen).

El tratamiento farmacológico estaría indicado en el síncope recurrente o síncope asociado a alto riesgo de lesiones físicas porque se presente sin síntomas premonitorios o por la profesión del paciente. Sólo los bloqueadores beta, la midodrina, y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina, paroxetina) han demostrado ser beneficiosos como mínimo en un ensayo clínico; el tratamiento debe durar unos 12 meses y después intentar disminuirlo o retirarlo.

Síncope por hiperventilación

Explicar al paciente que reinspire el aire espirado en una bolsa, y sedar si lo precisa (diacepam).

Síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo

Se debe evitar la presión sobre el cuello (especial cuidado al afeitarse, evitar las corbatas y abrocharse el cuello de la camisa y evitar los movimientos bruscos de la cabeza). Si estas medidas no son efectivas se puede realizar un tratamiento farmacológico (anticolinérgicos: artane 5-10 mg cada 8 horas por vía oral [v.o.]). En ocasiones es necesaria la implantación de marcapasos. Y si la causa es por un mecanismo vasopresor se realizará un tratamiento farmacológico con administración de dihidroergotamina (tonopán®: 2 comprimidos al inicio, después 1 comprimido cada 4-6 horas por v.o.).

Síncope cardíaco

Tratamiento farmacológico específico de la arritmia que lo produzca, y si no es suficiente, debe considerarse la intervención quirúrgica de la arritmia o la patología subyacente (ablación de la vía de conducción anómala, implantación de marcapasos, tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva, etc.).

Síncope neurológico y psiquiátrico

De acuerdo a la causa del síncope, cada uno de ellos debe recibir el tratamiento adecuado por atención especializada. Tras la evaluación completa del paciente, tenemos que decidir cuál es el destino final del paciente y cuál será su tratamiento, si lo hubiera.

RESULTADOS

Ver figura 1.

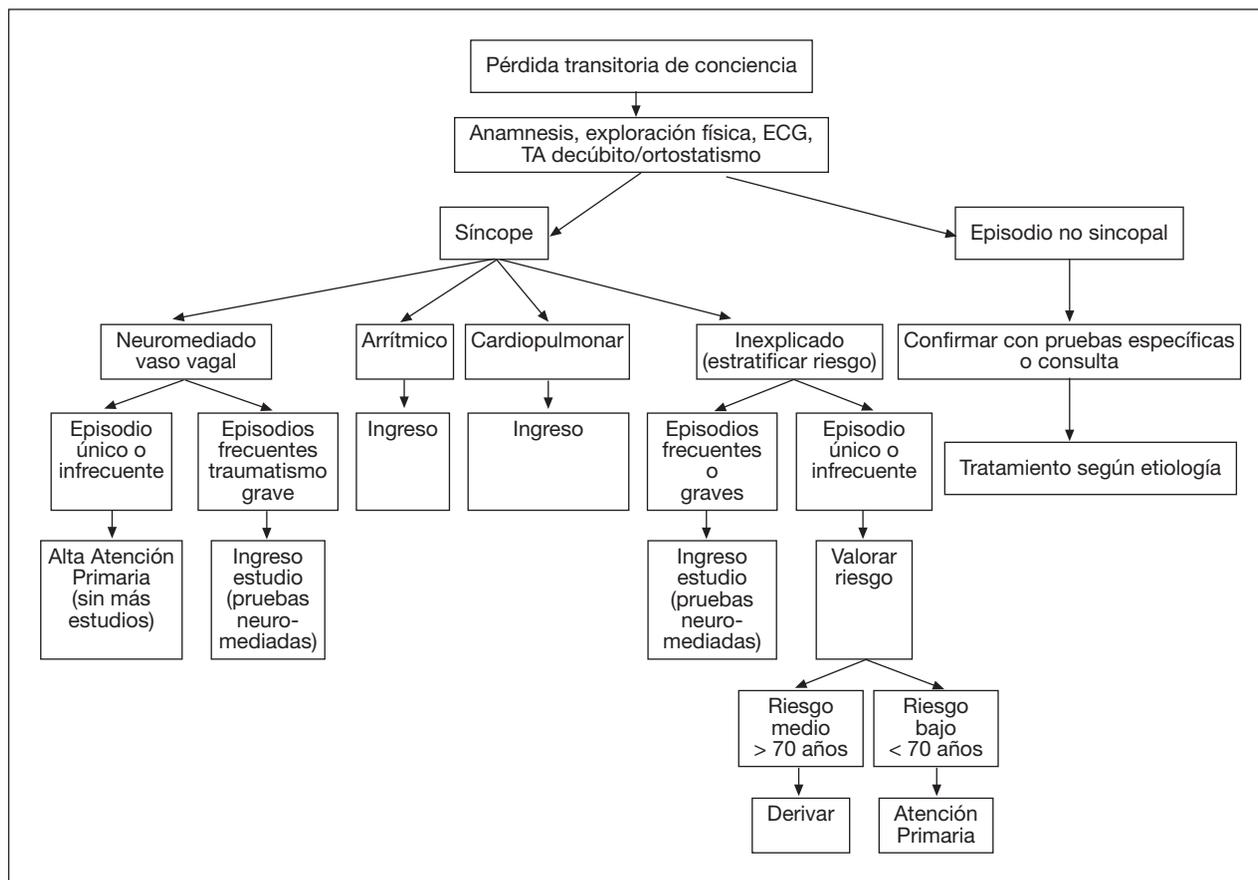


Figura 1. Manejo del síncope en urgencias de Atención Primaria

ANEXO I

Síncope en pediatría⁶

El síncope es frecuente en la edad pediátrica y genera una gran ansiedad en el paciente y en sus familiares pero, afortunadamente, la mayoría de los episodios sincopales son de naturaleza benigna. Aunque puede deberse a múltiples causas, en el 85% de los casos pediátricos se trata del llamado síncope neurocardiogénico.

Supone una incidencia del 1,25 por cada 1.000 pacientes pediátricos de forma global, y es bastante más frecuente en una consulta de Urgencias. Se produce con mayor frecuencia en niñas que en niños, y la máxima incidencia tendría lugar en mayores de 5 años y adolescentes (15-19 años).

Clínica

Son característicos del cuadro su aparición brusca, la pérdida de la postura que el niño tenía previamente y su breve duración (segundos, menos de un minuto). En general, antes de la pérdida de conciencia, el niño siente que se está poniendo mal (pródromos). Lo habitual es que no duren más de 15 segundos, mejorando rápidamente al adoptar la posición horizontal. Si se prolonga más allá de ese tiempo, puede llegar a realizar algunos movimientos aislados breves de piernas o brazos, o quedarse rígido

durante unos instantes (menos de 5 segundos). Posteriormente se recupera del todo en pocos minutos, recordando lo sucedido hasta la pérdida de conciencia.

El síncope se puede encuadrar en una de estas tres categorías:

Neurocardiogénico y afines

La causa más frecuente de síncope en la edad pediátrica es el síncope neurocardiogénico o vasovagal, pero en algunas ocasiones puede estar relacionado con situaciones concretas, como pueden ser:

- Síncope miccional.
- Síncopes relacionados con tos paroxística (suelen ser pacientes asmáticos o con crup).
- Síncope por estiramiento del cuello (al peinarse o estirar el pelo).
- Síncopes inducidos por elevaciones bruscas de fiebre (síncopes febriles).
- Síncopes desencadenados por situaciones de estrés emocional, temor o dolor intensos (por ejemplo, tras la extracción de sangre o administración de una inyección, al ver la aguja).
- Síncope por hipotensión (tiene lugar al pasar de la posición de decúbito a bipedestación de forma brusca;

suele estar motivado por estados de hipovolemia más o menos manifiestos).

– Espasmo del sollozo: se da en lactantes y preescolares, típicamente se produce entre los 6 y los 18 meses de edad para desaparecer con posterioridad. Durante el llanto, o antes de empezarlo, durante “berrinches” o sustos, se quedan con la respiración “suspendida” durante unos instantes, quedándose pálidos o cianóticos. Tras unos segundos recuperan la respiración y coloración normales.

En general, ninguno precisa medicación, y tras explicar a los padres bien el proceso advirtiéndoles que no es raro que se repita, se soluciona el problema. De todas formas, si en el episodio dominan las manifestaciones convulsivas, debe ser valorado por el neurólogo infantil.

Síncope de origen cardíaco

El síncope en un cardiópata conocido debe ser evaluado por el cardiólogo pediátrico. Puede originarse por obstrucción en los tractos de salida ventriculares (se pondrá de manifiesto en los casos en que se precise un aumento del gasto cardíaco, en el ejercicio); por disfunción miocárdica; por arritmias.

Síncope no cardiogénico

Encuadrados en este grupo están los síncope relacionados con: crisis epilépticas, migraña atípica, hiperventilación, hipoglucemias, histeria, etc.

Es de la máxima importancia hacer una historia clínica, personal y familiar, cuidadosa y un ECG. Hay nume-

rosas señales de alarma, obtenidas a partir de la historia que pueden indicar una causa que ponga potencialmente en peligro la vida del paciente. Estas señales son:

- Síncope en respuesta a un ruido fuerte, susto o estrés emocional extremo.
- Síncope durante el ejercicio.
- Síncope en posición supina.
- Historia familiar de muerte súbita en personas jóvenes menores de 30 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo sobre el síncope de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de Práctica Clínica sobre el manejo (diagnóstico y tratamiento) del síncope. Actualización 2004. Revista Española de Cardiología. 2005;58(2):175-93.
2. Prieto Salcedo ML, Pérez López AM. Protocolos de cardiología. Síncopes. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León 2006; 46:281-5.
3. Cantero Bengochea JF, Moreno Fernández A. Manual 12 de Octubre. Capítulo 8. Síncope. Disponible en: www.univadis.net
4. Hernández García J, Salegi Etxebeste I, Marín Tamayo JM, Pérez Irazusta I. Criterios de derivación hospitalaria en los pacientes con síncope. Emergencias. 2004;16:68-73.
5. Capdevila Aguilera C, Tomás Vecina S. Servicio de Urgencias del Hospital Mutua de Terrasa. Barcelona. Síncope: manejo en urgencias. JANO. 2007;668:38-42.
6. Campo Sanpedro F, Navarro Dourdil A. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Cardiología Pediátrica. Capítulo 28, Síncope en pediatría. Disponible en: www.scardioped.org/protocolos/protocolos