



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/1756 - SÍNCOPE DE ALTO RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Castillo Benet¹, Z. Saura Carretero² y L. Redondo Romero³

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ²Residente de 2º año de Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 78 años que acudió a consulta de atención primaria por astenia y síncope de repetición con recuperación espontánea de segundos de duración. No cortejo vegetativo, ni pérdida de control de esfínteres. No traumatismo craneoencefálico. No fiebre. No dolor torácico ni palpitaciones. No disnea. No otra sintomatología en la anamnesis por aparatos. Antecedentes personales: No reacciones alérgicas medicamentosas. Hipertensa, dislipémica, no diabética. No refiere hábitos tóxicos. Enfermedad renal crónica estadio 3A. Tratamiento con hipolipemiantes y antihipertensivo. Apendicectomizada.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientada. Eupneica en reposo. Normohidratada, normotensa. Glasgow 15. Afebril. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico, con soplo sistólico sin roces. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen normal. Miembros inferiores: pulsos conservados, sin edemas ni trombosis. Neurológico: Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz. Pares craneales conservados. No signos meníngeos. Fuerza y sensibilidad conservada. Romberg negativo. Marcha sin alteraciones. En el centro de salud se tomaron constantes que eran normales y se realizó electrocardiograma que objetivaba bradicardia sinusal severa con latidos de la unión ocasionales, así como bloqueo auriculoventricular de primer grado, sin alteraciones en la repolarización. Se remitió a urgencias donde realizaron analítica con bioquímica hemograma y coagulación normales, gasometría venosa (normal), una radiografía de tórax (sin hallazgos patológicos) y nuevo electrocardiograma que confirmó los hallazgos. Durante su estancia en urgencias se monitorizó a la paciente, sufriendo nuevo episodio sincopal, evidenciando pausas repetidas mayores de 3 segundos, por lo que se decidió ingreso en cardiología para valoración de implantación de marcapasos.

Orientación diagnóstica: Síncope de origen cardíaco secundario a bradiarritmia.

Diagnóstico diferencial: Síncope reflejo, ortostático, cardiógeno o psicógeno; crisis epiléptica; accidente cerebrovascular.

Comentario final: Gracias a la realización del electrocardiograma en el centro de salud, donde se inició sospecha etiológica del síncope, y a la rápida derivación y corroboración posterior de la necesidad de marcapasos ante el hallazgo de bradicardia sintomática, se mejoró el pronóstico, disminuyendo las posibles complicaciones derivadas del retraso en el tratamiento etiológico del síncope.

Bibliografía

1. Jiménez-Murillo L, Montero-Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica, 6^a ed. Madrid: Elsevier; 2018.
2. Braunwald E, Zipes D. Tratado de Cardiología, 10^a ed. Barcelona: Elsevier, 2019.

Palabras clave: Síncope. Electrocardiograma.