

SINCOPE

Francisco Pinto Sánchez

Medicina de Emergencias y Desastres

Jefe del Servicio de Emergencia

Hospital de Emergencias – Grau

Seguridad Social – Lima, Perú



HOSPITAL DE EMERGENCIAS – GRAU
SEGURIDAD SOCIAL –EsSalud
LIMA . PERU

Síncope

La única diferencia entre
Síncope y la muerte es que
el síncope despierta

Engel GL. Psychologic stress, vasodepressor syncope, and sudden death. *Ann Intern Med* 1978; 89: 403-412

.....pérdida brusca de conocimiento y de tono muscular, de corta duración (segundos o minutos), con recuperación espontánea “ad integrum”, provocada por la disminución o interrupción del flujo cerebral globalmente”.

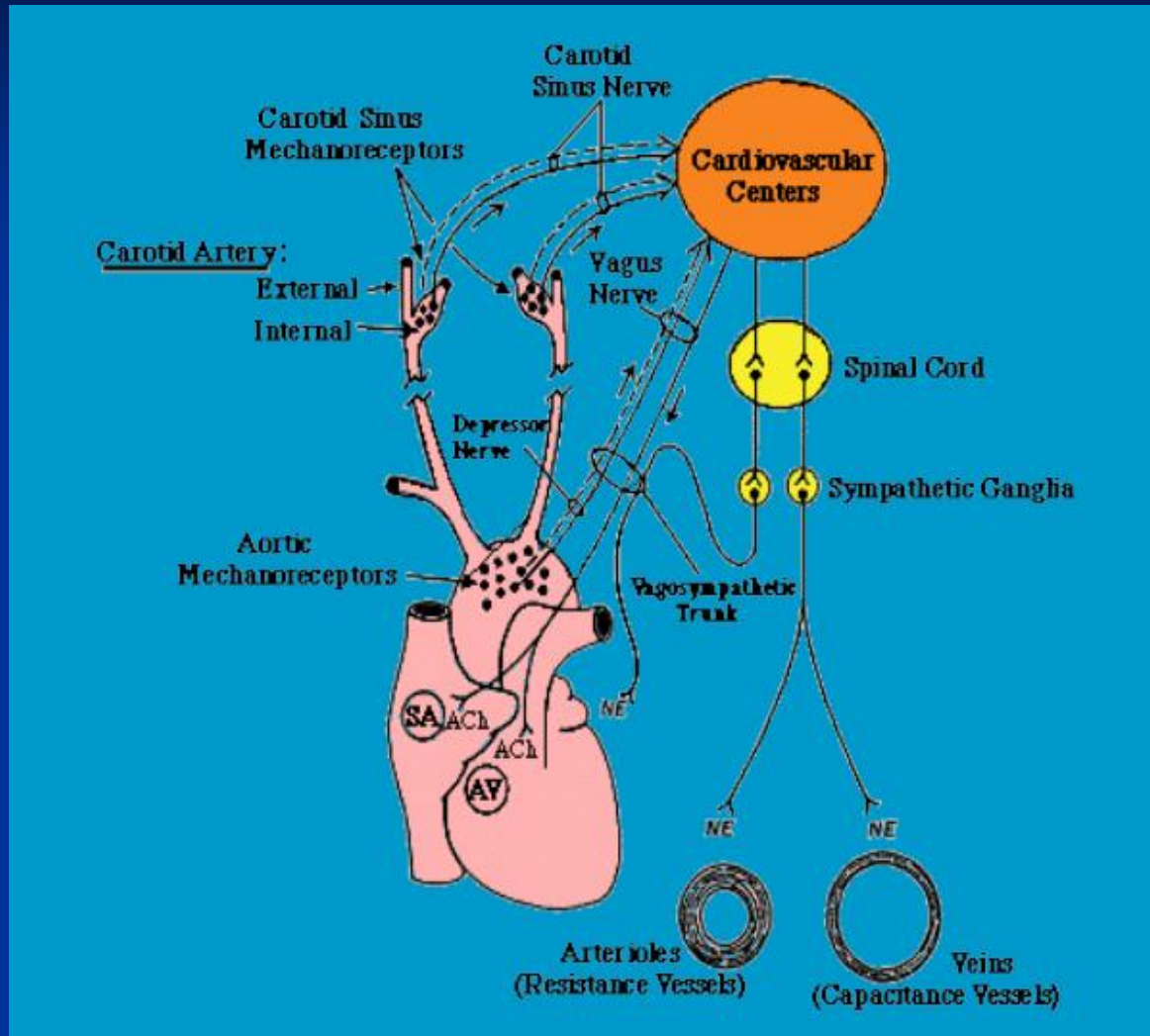
- Mas de 1 millón de pacientes por año en EEUU
- Mas de 500,000 pacientes nuevos por año
- Representa en EEUU el 2-6 % de los pacientes en emergencia
- 3% de pacientes que visitan emergencia
- 170,000 con síncope recurrente
- 70,000 con síncope inexplicable

En el HEG- EsSalud cerca del 20 % de pacientes ingresan con algún grado de trastorno del nivel de conciencia

Síncope representa entre 6 - 7 %



Síncope e intolerancia ortostática



Síndrome de intolerancia ortostática y síncope

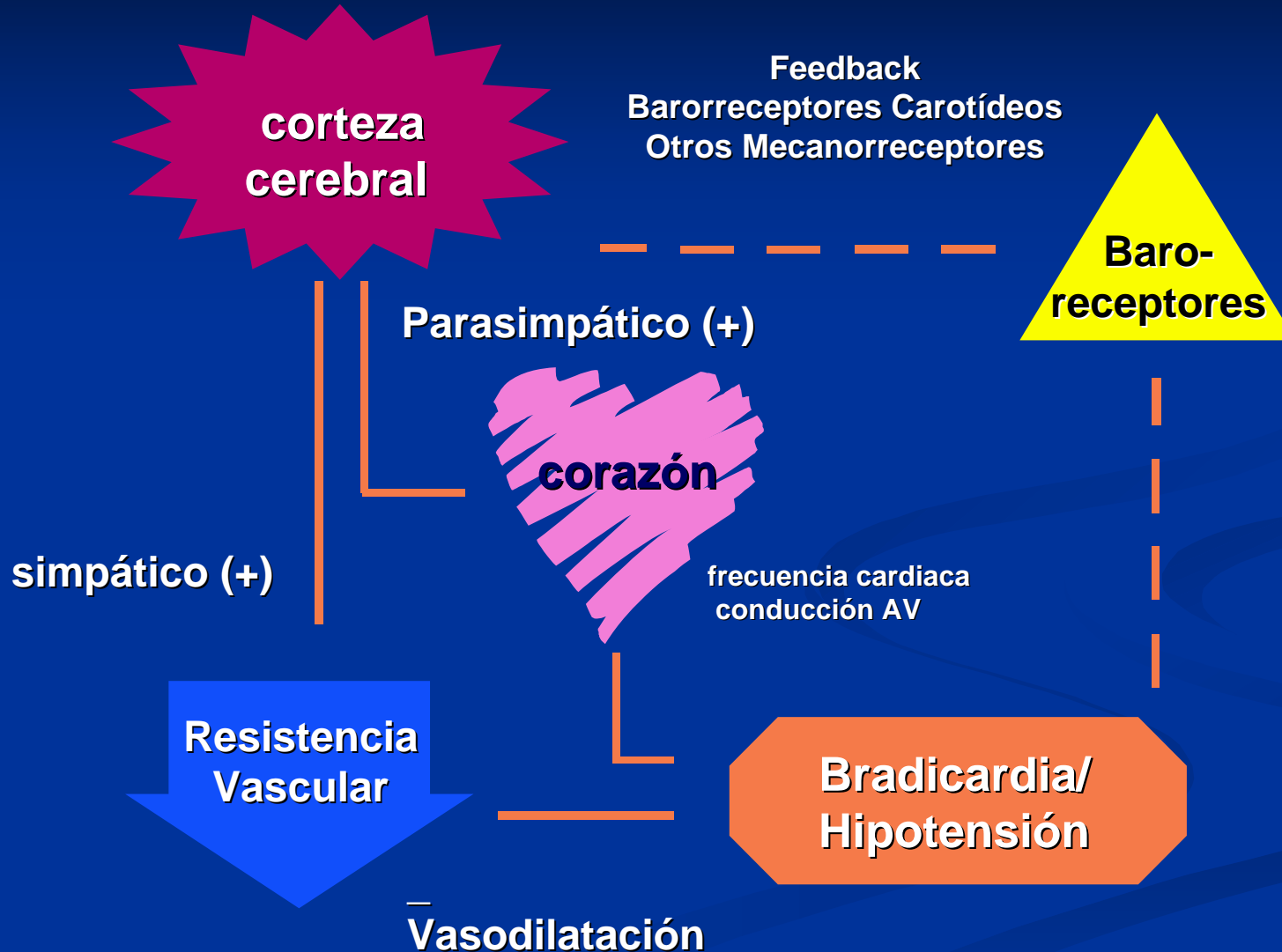
Síncope: Pérdida de conciencia como resultado de la disminución brusca y transitoria del flujo cerebral.

Criterio **hipotensión ortostática:** caída $> 20/10$ en PA

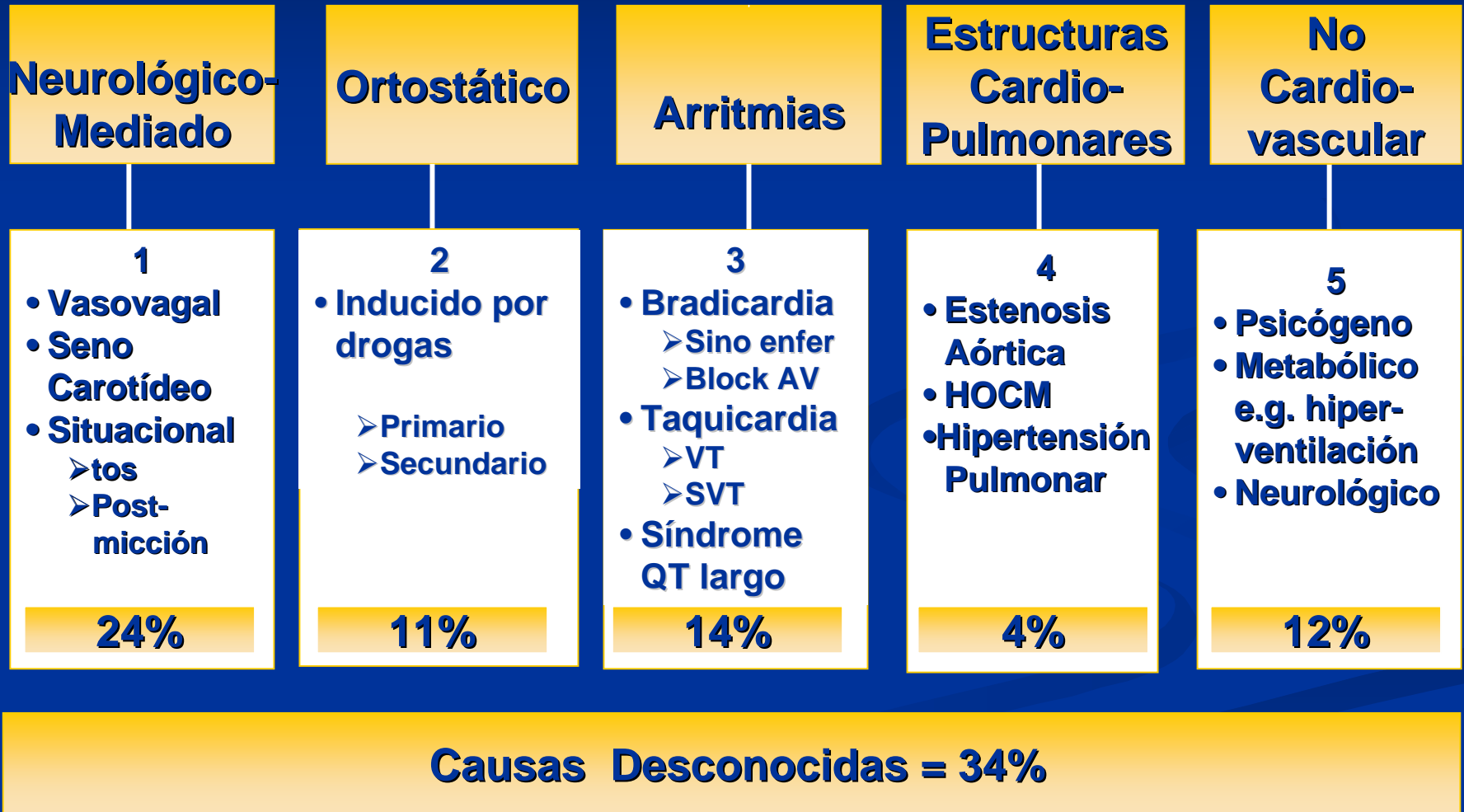
La magnitud de la disminución necesaria para producirlo depende de mecanismos de adaptación de la autorregulación del flujo intracerebral.

NMS – Patofisiología Básica

síncope reflejo mediado neurologicamente



Síncope: Etiología



Causas de Síncope

Causa	Prevalencia (Media) %	Rango %
Mediado por reflejos		
■ Vasovagal	18	8-37
■ Situacional	5	1-8
Seno Carotídeo	1	0-4
Hipotensión ortostática	8	4-10
Medicamentos	3	1-7
Psiquiátrico	2	1-7
Neurológico	10	3-32
Enfermedad cardiaca orgánica	4	1-8
Arritmias cardiacas	14	4-38
Desconocido	34	13-41

Causas de Síncope- Estados

- Migraña*
- Hipoxemia aguda*
- Hiperventilación*
- Somatización (psicógeno)
- Intoxicación aguda (Ej. alcohol)
- Convulsiones
- Hipoglicemia
- Desórdenes del sueño

Diagnóstico y evaluación

Síncope

Objetivos Diagnósticos

- Distinguir el síncope verdadero de otras formas de pérdida de conciencia:
 - Convulsiones
 - Disturbios psiquiátricos
- Establecer la causa del síncope con certeza para:
 - Asegurar pronóstico
 - Iniciar tratamiento preventivo efectivo

Evaluación inicial

(Departamento de emergencia.)

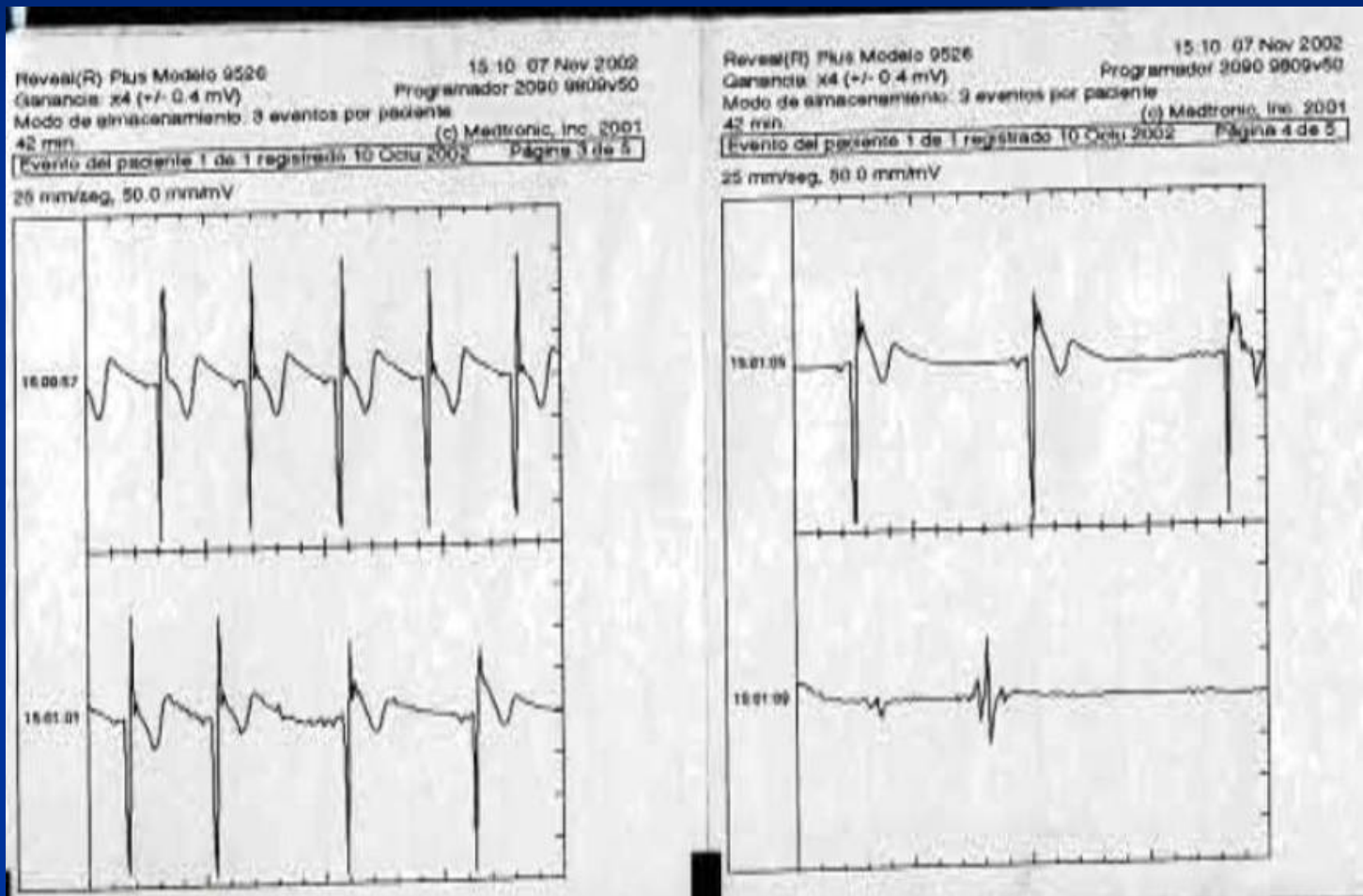
- Historia detallada
- Examen físico
- ECG de 12 derivadas
- Ecocardiograma (si es necesario)

Síncope

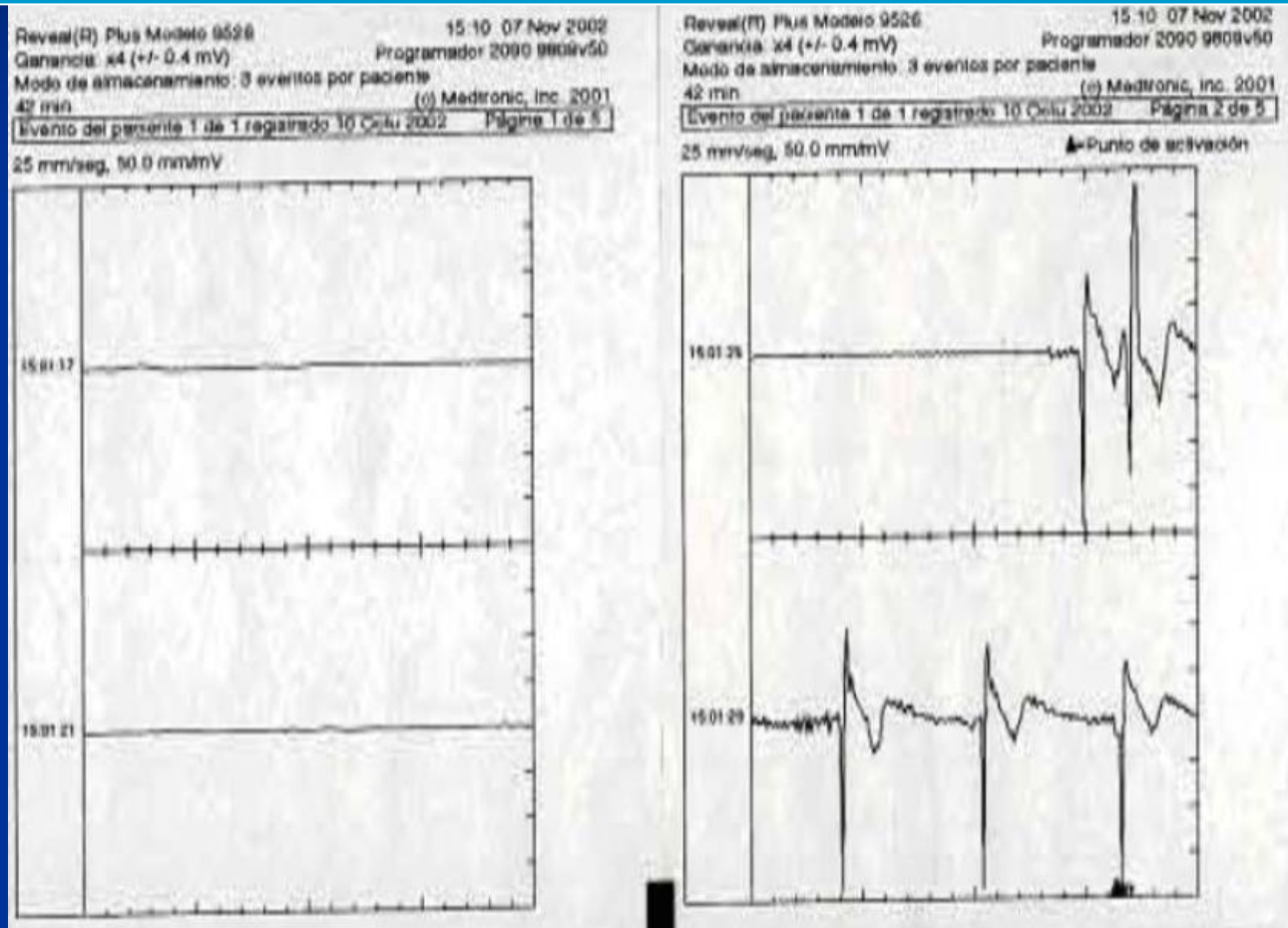
Pasos Básicos

- Historia detallada y examen detallado
 - Documentar detalles del evento
 - Averiguar sobre la frecuencia, severidad
 - Historia familiar
- Hay enfermedad cardíaca presente?
 - Examen físico
 - ECG: QT largo, WPW, alteración de la conducción
 - Ecocardiograma: función de VI, estado de las válvulas, etc.
 - Holter

Alteraciones de la conducción cardiaca



Alteraciones de la conducción cardiaca



Pruebas complementarias

E.K.G.

- Lo primero que tenemos que realizar, en todos los casos, es un E.K.G. que en muchas ocasiones nos puede llevar directamente a saber la causa que ha producido este síncope.

Radiografía

- En segundo lugar, la realización de radiografía de tórax, que aunque no es esencial para descartar la causa del síncope, puede ser de ayuda para valorar si el paciente tiene, por ejemplo, insuficiencia cardíaca, cardiomegalia, etc.

Analítica

- Una bioquímica (con enzimas cardiacas) para descartar hipoglucemia y/o trastornos electrolíticos, una hematimetría para descartar anemia o infección grave, una gasometría y, a veces, determinación de niveles de fármacos en sangre.

Diagnóstico Diferencial

Hay que realizarlo con:

- *Crisis Comicial:* Aunque existe pérdida de conocimiento, no se debe olvidar que un síncope por hipoxia cerebral mantenida puede provocar convulsiones, sin ser de origen epiléptico. Habitualmente existe estado postcrítico, es más prolongado y con recuperación lenta, precedida de aura, sin cambios en la coloración cutánea.
- *Vértigo:* No hay pérdida de conocimiento, aparece sensación rotatoria, propia o del entorno, acompañada de nistagmus, inestabilidad, náuseas y vómitos.
- *Crisis de ansiedad, simulación.*

Diagnóstico Diferencial

- *Hipoglucemia*: Descartado por la analítica.
- *Caída casual*: Muy frecuente en los ancianos, por Ej. tropiezos, vértigo, irrigación vertebro basilar.

Síncope de alto riesgo

Se considera síncope de alto riesgo cuando se produce:

- En decúbito.
- Tras el esfuerzo
- De duración prolongada.
- Coincidiendo con dolor torácico, disnea o cefalea.
- Con focalidad neurológica (en principio un síncope jamás deja focalidad, salvo que exista una estenosis de arterias IC que disminuye focalmente el flujo cerebral).

Indicaciones para continuar con otros estudios

Las indicaciones para ampliar los estudios diagnósticos son:

- Síncope de alto riesgo.
- Sospecha de cardiopatía.
- Sospecha de patología neurológica.
- Síncope a repetición de origen no establecido.

- Si el síncope cumple alguno de los criterios anteriores ,se deben realizar una serie de estudios más complejos: estudio de basculación, estudio electrofisiológico, ecocardiográfico, prueba de esfuerzo, EEG, TAC o RNM.

Criterios de ingreso

- *Observación:* Síncope de alto riesgo, descartando previamente posible origen neurológico o cardiovascular.
- *Neurología:* Síncopes de origen neurológico confirmado.
- *Cardiología:* Síncopes de origen cardiológico confirmado.

Tratamiento

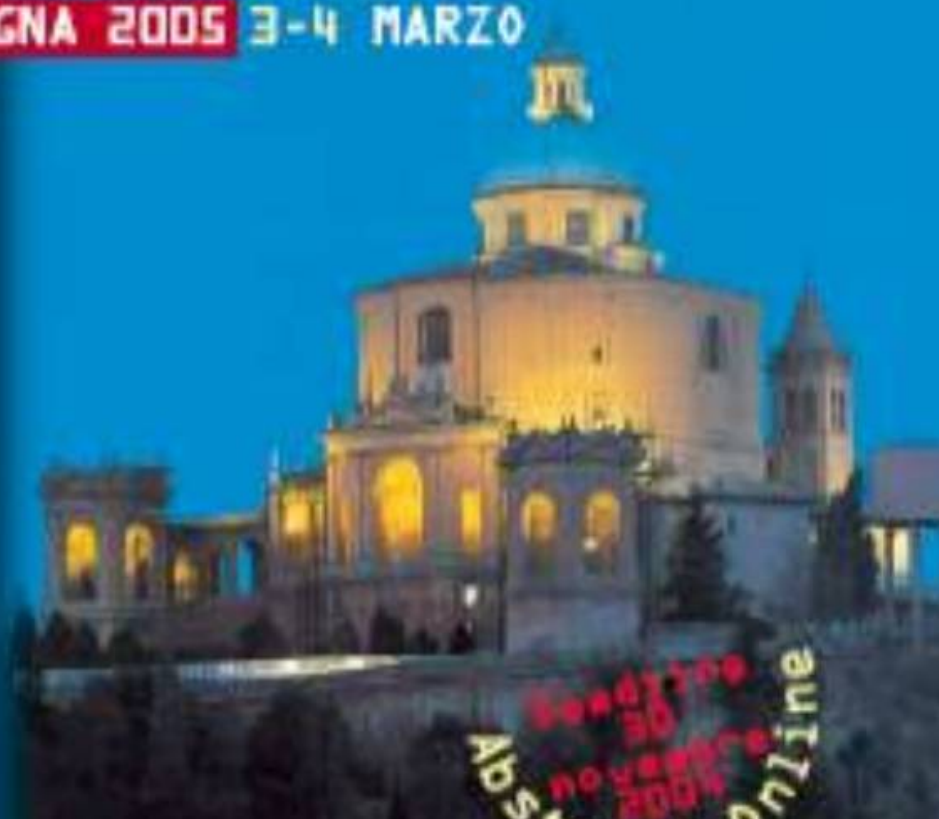
- *Reflejo o situacional*: Decúbito y elevar las piernas.
- *Por hipotensión postprandial*. No fármacos hipotensores tras las comidas, acostarse después, cafeína y análogos de la somatostatina (3,5 mcgr/iv/Kg/hora).
- *Miccional*: No alcohol ni sobrecarga de líquidos. Permanecer sentado durante la micción.
- *Posicional o postural*: Suspender los fármacos vasoactivos, tratar la causa de depleción de volumen (p.e. diarrea) y añadir aporte hidrosalino, mineralocorticoides (Hidroaldosterona: 1comp/vo/8h) y medias elásticas.

- Por hipersensibilidad del seno carotídeo:
- Cardioinhibitorio: No presionar el cuello: Ropa, afeitado, etc. Anticolinérgicos (Artane: 5-10 mgr/vo/8h), marcapasos.
- Vasodepresor: Dihidroergotamina (Tonopan: 2 comp al inicio, después 1 comp/vo/4-6h), efedrina (Bisolvón), irradiación y denervación, marcapasos.

- *Por valvulopatía aórtica:* No realiza esfuerzos, valorar intervención quirúrgica.
- *Por arritmias:* Marcapasos.
- *Por miocardiopatía hipertrófica:* No realizar esfuerzos, beta - bloquantes.

2^Y CONGRESSO
MULTIDISCIPLINARE
SULLA **SINCOPE**

BOLOGNA 2005 3-4 MARZO



Abstract online
ready 30
novembre
2004

PROGRAMMA INTERMEDIO

www.adriacongrex.it/sincope2005bologna



Muchas gracias

