

SINCOPE

Autores:

D. Andres Buforn Galiana. Médico del servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

D. José Manuel Vergara Olivares. Médico del 061 – Insalud de Ceuta

Correspondencia:

D. Andres Buforn Galiana. Servicio de Urgencias

H.C.U. Virgen de la Victoria Málaga

Colonia de Santa Inés

Tfno.- 616456137

e- mail: witomar@mixmail.com

INDICE

- I. DEFINICION:
- II. FISIOPATOLOGIA:
- III. ETIOLOGIA:
- IV. DIAGNOSTICO
- V DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- VI. ACTUACIONES EL AREA DE URGENCIAS:

I. DEFINICION:

Pérdida de conciencia y del tono postural de aparición brusca y de corta duración, resolviéndose espontáneamente y sin secuelas neurológicas.

Presincope, sería cuando no existe pérdida completa de la conciencia, sí confusión acompañada de inestabilidad y se recupera rápidamente.

El Sincope constituye el 1-2 por ciento de las urgencias de un Hospital General

II. FISIOPATOLOGIA:

Es debido a una caída brusca del flujo cerebral ó a la alteración de los componentes sanguíneos, produciendo así un déficit transitorio del metabolismo cerebral.

En la gran mayoría de los casos se produce por el descenso del flujo cerebral secundario a hipotensión arterial, variando los mecanismos por lo que esta hipotensión se produce en los distintos grupos etiológicos.

III. ETIOLOGIA:

Mencionar que el Sincope vasovagal y los debidos a hipotensión ortostática constituyen la causa etiológica más común.

III.1 .Sincope de origen cardiaco:

A/ Obstructivo:

Estenosis aórtica, Miocardiopatía hipertrófica, estenosis pulmonar, Mixomas, trombos.

B/ Arrítmicos:

Bradycardia (enfermedad del seno, bloqueo AV,) Taquicardias (supraventriculares, ventriculares) Disfunción del Marcapasos

C/ Disfunción cardiaca aguda:

Taponamiento cardiaco, Disección aórtica, Embolia pulmonar

III.2. Hipotensión ortostática

III.3. Sincopes mediados neurologicamente:

A/ Sincope vasovagal típico

B/ Sincope vasovagal atípico

C/ Hipersensibilidad del seno carotídeo

D/ /Otros sincopes reflejos: (deglutorio, defecatorio, miccional, neuralgia del IX par, etc..)

III.4. Sincope de causa neurológica

A/ Vasculocerebral :

B/ Accidente isquémico transitorio vertebrobasilar, Migraña vertebrobasilar, Síndrome del robo de la Subclavia.

C/ Lesiones ocupantes de espacio: Tumores, Hematomas.

III.5. Sincope metabólico:

A/ Hipoxia

B/ Hipoglucemia

III.6. Sincope de causa mixta:

A/ Tusígeno,

B/ Hiperventilación.

III.7. Pérdidas de conciencia de causa psiquiátrica.

IV. DIAGNOSTICO

Cuando atendemos a un paciente que ha sufrido un Sincope, nos enfrentamos a un proceso banal hasta un proceso que puede poner en peligro la vida ,de ahí de que el diagnóstico, sea un importante reto.

Atendemos a un paciente en Urgencias, ya recuperado, el diagnóstico, ha de hacerse reconstruyendo todo el proceso.

IV.1. ANAMNESIS:

Ante todo, averiguar que se trate de un verdadero sincope, es decir, que haya habido pérdida de conciencia brusca y de tono muscular con recuperación espontánea, sin apreciar secuelas neurológicas.

A/ Características:

-Pérdida de conciencia del Sincope no presenta pródromos, tan sólo en ocasiones un ligero malestar general, con mareo, sudoración y pérdida progresiva de la visión.

-Pueden existir síntomas previos de dolor precordial:

(sincope cardiaco isquémico, Aneurisma disecante de Aorta, Embolismo pulmonar, por episodios dolorosos,

-Palpitaciones (Arrítmico.)

-Pérdida de conciencia con pérdida del tono muscular y caída al suelo lo que ocasiona traumatismos importantes, si el paciente está de pié ó va conduciendo etc...Es importante, conocer la forma como se ha producido la caída y la postura en la que se encontraba en el suelo.

-Duración de la pérdida de conciencia es breve (segundos a minutos)

B/ Antecedentes:

-Interrogar si ha sufrido sincopes previos.

-Enfermedades que padece:

Cardiopatía,Hipertensión,Enfermedadesneurológicas,Pulmonares,Anemia,cuadros febriles etc...

-Consumo de sustancias tóxicas

-Consumo de Fármacos: Ocasionando sincopes por hipotensión ortostática ó por provocar arritmias, favoreciendo la aparición de reacciones vagales ó agravar la respuesta ante la aparición de arritmias

FÁRMACOS QUE PUEDEN FAVORECER LA APARICIÓN DE SINCOPE:

FARMACO	MECANISMO
ANTIARRITMICOS	Arritmogenia
ANTIDEPRESIVOS: triciclicos, IMAO	Arritmias,Hipoetnsión ortostatica
ANTIDIABETICOS	Hipoglucemia
ANTIHIPERTENSIVOS	Hipotensión
BETABLOQUEANTES adrenergicos	Bradicardia,Bloqueo AV
DIURETICOS	Hipovolemia,Alteraciones electroliticas
FENOTIAZINAS	Hipotensión ortostatica
LEVODOPA	Hipotensión ortostatica
VASODILATADORES:	
NITRITOS,CALCIOANTAGONISTAS	Hipotensión

C/ Factores desencadenantes:

C.1/ Esfuerzo:

La aparición de este Sincope relacionado con el esfuerzo puede aparecer en :

a)Sincope obstructivo:

Estenosis aórtica grave, Miocardiopatía hipertrófica obstructiva (en pacientes jóvenes sincope + miocardiopatía obstructiva hay un incremento de muerte súbita).La Hipertensión pulmonar y algunas cardiopatías congénitas (Estenosis pulmonar, T de Fallot, etc..) pueden ocasionar Sincopes de Esfuerzo.

b) Taquicardias ventriculares pueden ser desencadenadas por el esfuerzo

c) Esfuerzo severo en sujetos sanos puede precipitar reacciones vasovagales.

C.2/ Posición .

La aparición de Sincope ó presincope en el cambio de posición de decúbito a bipedestación es típico de hipotensión postural siendo la causa más común en la práctica diaria hemorragia ,deshidratación, efectos adversos de fármacos hipotensores, diuréticos, bloqueadores beta, etc...

Tras periodos largos de encamamiento, es frecuente la aparición de Sincope ortostático ó reacciones vasovagales , pero nunca olvidar la posibilidad de la presentación de un Tromboembolismo pulmonar.

C.3/ Determinados movimientos :

Si existe un síndrome del seno carotideo, los movimientos de hiperextensión del cuello y lateralización pueden ocasionar un sincope.

Pueden aparecer (aunque raro) en pacientes con Cervicoartrosis por Insuficiencia vertebrobasilar. En el robo de la subclavia el ejercicio de los Miembros superiores intenso, desencadenará el sincope.

C.4/ Factores que ocasionan sincope vasovagal:

-Desencadenado por dolor calor, aglomeraciones, visualización de procedimientos médicos, ver sangre.

C.5/ Situaciones específicas:

-Micción, defecación, deglución ,acessos de tos.

IV.2. EXPLORACION FÍSICA:

A/ Si presenciamos el Sincope:

Descartaremos que exista Parada cardiorrespiratoria y si la hubiere iniciar maniobras de RCP (Resucitación Cardiopulmonar)

B/ Si no presenciamos el Sincope:

Independiente de realizar una exploración general y una detallada exploración cardiológica y neurológica, existen unos signos que nos ayudarán al diagnóstico

-La presión arterial estará disminuida en la mayoría de los casos

-El pulso puede estar rápido ó lento (taquicardias / Bradicardias)

-Pulso y Tensión arterial normales con pérdida de conciencia nos inclinaremos más como Neurológico.

-Valorar palidez cutánea (Anemia) cianosis (cardiopulmonar)

-Una diferencia entre los pulsos de amplitud orienta hacia coartación aórtica, robo subclavia ó patología obstructiva

-Auscultación cardiaca es importante ya que nos puede revelar soplos y ser la explicación como ocurre en Estenosis aórtica,.....

-La exploración neurológica puede facilitar focalidad neurológica. Una exploración neurológica completa estaría justificada en un paciente que ha sufrido un Sincope y presenta nuevos signos neurológico.

-Tacto rectal para descartar un sangrado y sea lo que ocasione el Sincope.

-Estado de nutrición e hidratación y mucosas y temperatura

-Examen exhaustivo del cuello :valorar ingurgitación venosa ,auscultación del cuello en busca de soplos carotideos primarios (TIA) ó irradiados (CARDIOPATIA). Existencia de tumores, deformidades ó rigidez de nuca.

No realizar masaje del seno carotideo por sistema, ya que es una maniobra que presenta riesgos.

La técnica para la estimulación del seno carotídeo es la siguiente:

- paciente en decúbito supino dorsal con cuello extendido,
- cabeza girada hacia el lado opuesto al que se va a realizar el masaje carotídeo
- localizar seno carotídeo en el ángulo mandibular
- comenzar masajeando uno sólo de los lados y con presión ligera, si el paciente no es hiperreactor a esta maniobra, se aplica presión firme con masaje intenso durante no más de 5 segundos.

Precauciones que deben tomarse:

- (1) No dar masaje carotídeo por más de 5 segundos.
- (2) Siempre debe realizarse bajo monitorización constante electrocardiográfica y/o auscultación cardiaca.
- (3) Está contraindicado realizar este masaje si el paciente presenta soplos carotídeos o tiene antecedentes previos de crisis isquémicas transitorias
- 4) Los pacientes mayores de 60 años de edad pueden responder a pausas sinusales largas.
- (5) La presión sobre los globos oculares no es eficaz, es dolorosa y peligrosa.

IV.3. CLINICA Y CLASIFICACIÓN:

A/ Sincope vasovagal:

Aparece en sujetos jóvenes y sanos. Los síntomas que se presentan son : mareos, náuseas, sudor, taquicardia posteriormente bradicardia miosis y sudoración.

B/ Sincope ortostático:

Se manifiesta al incorporarse del decúbito; apareciendo en sujetos encamados ó en ancianos y se aprecia palidez, sudoración y taquicardia.

C/ Sincope reflejo :

Se produce por aumento de la presión intratorácica ó abdominal por maniobra de Valsalva (tos, micción, defecación) También puede ser debido a Cólico biliar, Perforación de víscera hueca, migraña ó vértigo severo.

D/ Sincope Cardiaco:

Por arritmias, Estenosis Aorto mitral, Miocardiopatía obstructiva. Hipertensión pulmonar severa, Tromboembolismo pulmonar, Mixoma auricular, fallo Marcapasos, Tetralogía de Fallot ,Síndrome de preexcitación. *En ancianos Sincope pensar en IAM* .Bloqueos bifasciculares ó trastornos de la conducción.

E/ Sincope Metabólico :

Hipoglucemia ,Hipoxia

F/ Sincope Neurológico:

Accidente cerebrovascular isquémico, hemorrágico, crisis comiciales.

IV 4. COMPLEMENTARIAS (disponibles desde Urgencias):

Cuando evaluamos a un paciente con pérdida transitoria de la conciencia efectuaremos al menos los siguientes exámenes complementarios:

A/ Hemograma, formula y recuento ambas series.

B/ Bioquímica :Glucemia urea creatinina iones. Enzimas cardiacas

C/ Gasometría arterial / equilibrio ácido base

D/ Radiografía de tórax

E/ Electrocardiograma (sistemático)

F/ TAC craneal (en función Anamnesis y Exploración)

V DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una vez realizada la Anamnesis, exploración física y complementarias *disponibles en Urgencias* podemos encontrarlos :

V.1. Sincope de causa no cardiovascular

A/ TIA(trastorno isquémico agudo) del territorio carotideo

B/ Dropp-attack: pérdida de equilibrio y tono muscular sin pérdida de conciencia

C/ Síndrome del robo de la subclavia: diferencias de TA en ambos brazos y aparece al realizar ejercicios en un brazo.

D/ Hemorragia subaracnoidea

E/ Cefalea ,náuseas, vómitos, focalidad neurológica y cifras de TA elevada Encefalopatía hipertensiva, aunque la pérdida de conciencia es muy rara.

F/ Crisis epiléptica (sólo se plantea duda en las crisis generalizadas de tipo acinético (breves ataques de pérdida de conciencia y del tono postural) De todas formas ,este tipo de crisis se da exclusivamente en niños pequeños .

G/ Hipoglucemia

H/ Síndrome de hiperventilación (se manifiesta más como presíncope)

I/ Sospecha de Hipoxia hipoxémica

J/ Histeria de conversión: el paciente ,generalmente una mujer, presenta pérdida de conciencia y cae al suelo, no presenta alteración del pulso, palidez ni taquicardia. La caída es suave y no ocasiona daño.

K/ Vértigo percibe que los objetos se mueven a su alrededor ; puede caer al suelo, pero no hay pérdida del conocimiento y pulso y TA permanecen normales.

La asociación de vértigo y Sincope debe sugerir una enfermedad cerebrovascular.

V 2. Sincope con datos que orientan hacia su etiología

A/ Sincope vasovagal (lipotimia)

B/ Sincope reflejo

C/ Sincope por hipersensibilidad del seno carotideo

D/ Sincope por hipotensión ortostática (H.O)

D.1/ H.O. por depleción de volumen(deshidratación, Hemorragias)

D.2/ H.O. por disfunción autonómica.

D.3/ H.O. por enfermedad neurológica y / o sistémica

D.4/ H.O. como único dato de enfermedad

F/ Sincope Cardiogénico

V.3 Sincope de origen desconocido.:

No existen datos que nos lleven hacia la posible etiología del episodio sincopal.

VI. ACTUACIONES EL AREA DE URGENCIAS:

VI.1 CRITERIOS DE ALTA:

1-Un primer Sincope en el que apreciamos una Evaluación inicial NEGATIVA descartando patología cardiaca estructural y enfermedad neurológica

2-Sincope vasovagal ó Hipotensión ortostática secundaria a Fármacos ó producido por una Arritmia ya conocida.

VI.2 CRITERIOS DE INGRESO :

1-Arritmias (TV, Bloqueo A-V)

2-Sincope secundario a proceso cardiaco agudo

3-Se detecta anomalías neurológicas ,crisis comicial, AIT ó Ictus

4-Múltiples episodios en un corto intervalo de tiempo

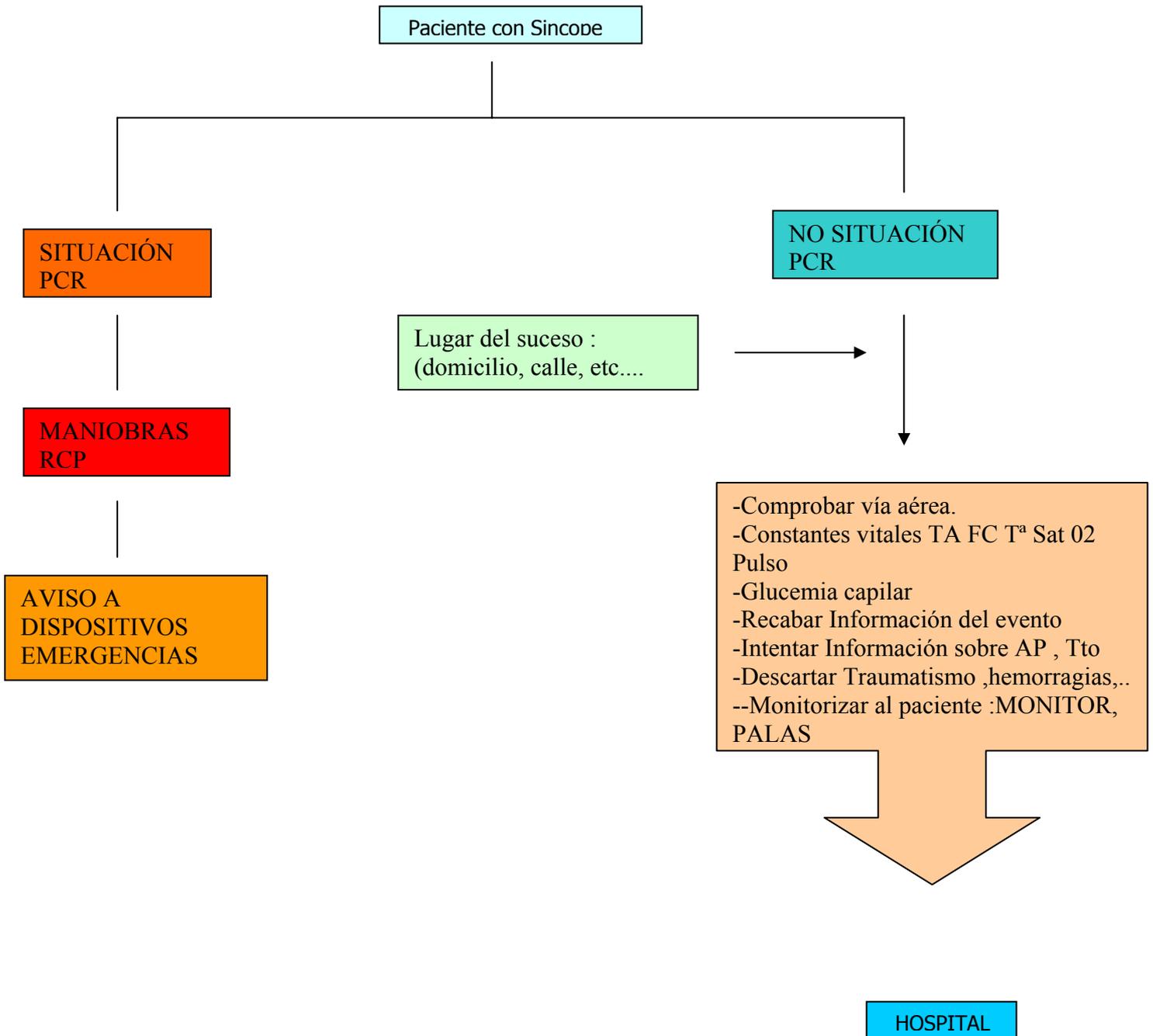
5-Cuando se han producido lesiones traumáticas graves en el Sincope

6-Siempre que se sospeche que exista riesgo vital para el paciente

VI.3 CRITERIOS DE REMISIÓN A CONSULTA EXTERNA:

-Sincope repetidos y Evaluación negativa

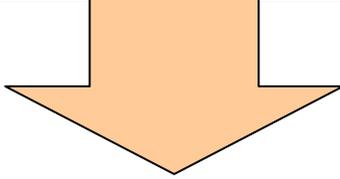
ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS DEL SINCOPE.



ACTITUD EN EL HOSPITAL



- Recoger información de Equipo de Traslado
- Nueva toma de constantes y reevaluación
- ANAMNESIS
- ANT. PERSONALES. TRATAMIENTO ACTUAL
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- HEMOGRAMA BIOQUÍMICA COAGULACIÓN
- ENZIMAS CARDIACAS
- GASOMETRIA ARTERIAL
- RADIOGRAFIA DE TORAX
- ELECTROCARDIOGRAMA



DIAGNOSTICO INICIAL / DE SOSPECHA

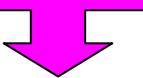


ETIOLOGÍA
CARDIACA



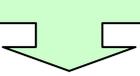
- Enzimas +ECG
- Monitorización
- MP transitorio?

ETIOLOGÍA
NO
CARDIACA

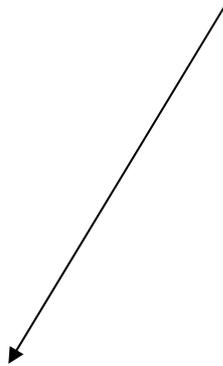
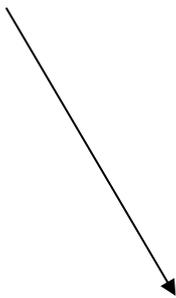


- TEP (GSA,Dimero D ,etc..)
- VASOVAGAL
- Convulsión (D.Diferencial)
- ACV (TAC CRANEAL)
- Hipoglucemia (Glucemia)
- Fármacos /drogas
- Psiquiatrica
- Embarazo? (test)
- hemorragia,Traumatismo
- deshidratación.....

ETIOLOGÍA
DESCONOCIDA



Estudio Ambulatorio



INGRESO SEGÚN CRITERIOS

BIBLIOGRAFIA

- Bedding DG Sutton R : Bradyarrhythmias as a cause of syncope.En Grubb BP,Olshansky B(eds) :Syncope:Mechanisms and Management.Armonk,NY.Futura Publishing Co.,Inc;1998:127-66.
- Garcia Rivera,R.Ruiz Granell,R. Morell Cabedo,S. Botella Solana ,S y Lopez Merino :Sincope :Etiología y Fisiopatología .Evaluación clinica del Sincope en Monocardio 2ªepoca Sociedad Castellana de Cardiología Volumen I Número 1 –1999 : 1-32
- Cline DM , Ma O J,Tintinalli JE,Ruiz E,Krome,RL:Sincope en Manual de Medicina de Urgencias Editorial Mc Graw-Hill 4ªedición Vol 1 1999:107-111.
- Weissler AM ,Booudoulas H, Lewis RP, Warren JV: Syncope ,En Schlant RC,Hurst JW (eds)The Heart Companion Book 7ª edición Editorial McGraw – Hill ;1990:48-55
- Kapoor WN y Schulberg HC: Psychiatric disorders in patients with syncope.En Grubb BP,Olshansky B (eds) : Syncope : mechanisms and management .Armonk NY .Futura Publishing Co. 1998 : 253 –63
- Casado Martinez JL ,Parrila Herranz P, Gor Bañeres B Alteraciones de la conciencia en Milla Santos,J Guía de Urgencias de Atención Primaria Edit Profármaco 2 Bayer ;2000:51-61.
- Sanchez Diez A. La urgencia en Atención primaria ¿Cuál es y quien la atiende? En Ribera Casado JM Gil Gregorio P :Urgencias en geriatría Colección :Clinicas Geriátricas Editores medicos SA ;1997:35-53

CUESTIONARIO

1-¿Cuál sería la definición correcta de Sincope?:

- a)-Pérdida de conciencia brusca y del tono postural, de aparición brusca, de corta duración ,no resolviéndose espontáneamente y sin secuelas neurológicas
- b)-Pérdida de conciencia brusca y tardía del tono postural, de aparición brusca, de corta duración, resolviéndose espontáneamente y sin secuelas neurológicas.
- c)-Pérdida de conciencia tardía y brusca del tono postural ,de aparición brusca ,de larga duración ,resolviéndose espontáneamente y sin secuelas neurológicas
- d)-Pérdida de conciencia brusca y del tono postural ,de aparición brusca ,de corta duración ,resolviéndose espontáneamente y sin secuelas neurológicas.
- e)-Pérdida de conciencia brusca y del tono postural ,de aparición brusca, de corta duración ,resolviéndose espontáneamente y con secuelas neurológicas.

2-La etiología más común del SINCOPE es :

- a)-Cardiaco y vasovagal
- b)-Hipotensión ortostática y Hemorrágico.
- c)-Hemorragia, Deshidratación
- d)-Lipotimia, AIT
- e)-Sincope vasovagal, Hipotensión ortostática

3-De entre todos los tipos de SINCOPE cite, cual es producido por Hipotensión ortostática:

- a)-Hipersensibilidad del seno carotideo
- b)-Deglutorio
- c)-Miocardiopatía hipertrófica
- d)-Ninguno
- e)-Sincope vasovagal atípico.

4-¿Consideraría que LEVODOPA pueda producir un SINCOPE?

- a)- SI
- b)-NO
- c)-Sólo favorecen su aparición las fenotiazinas
- d)-Puede favorecer la aparición de hipoglucemia
- e)-a y c son ciertas

5-En un paciente largo tiempo encamado y presentar un Sincope al incorporarse pensaría en:

- a)-Debilidad extrema
- b)-Hipotensión postural
- c)-Sincope vasovagal
- d)-lo consideraría dentro de la normalidad
- e)-Síncope ortostático, Tromboembolismo pulmonar

6-En un paciente con SINCOPE una diferencia de pulsos de amplitud orienta hacia:

- a)-Hipotensión arterial.
- b)-Isquemia arterial en Miembro superior
- c)-Valvulopatía mitral
- d)-a y c son correctos
- e)-Coartación Aortica, Robo subclavia ó patología obstructiva

7-Indicar que pruebas no realizaría en URGENCIAS a un paciente que acude por un SINCOPE:

- a)-Auscultación cardiaca. Test de Embarazo.
- b)-Auscultación cardiaca, ECG, Exploración Neurológica
- c)-Auscultación cardiaca, ECG, Tacto rectal
- d)-Constantes, ECG, TAC
- e)-Test de tabla basculante

8-Dentro de la Exploración física¿ realizaría un masaje del seno carotideo?:

- a)-No lo haría por sistema porque presenta riesgos.
- b)-Es una maniobra sin riesgos.
- c)-La realizaría en el momento del Sincope
- d)-La realizaría siempre col paciente monitorizado
- e)-a y d son ciertas

9-En un paciente anciano que sufre un SINCOPE pensaríamos primeramente en :

- a)-Hipotensión ortostática
- b)-Vértigo
- c)-A.I.T.
- d)-Infarto Agudo Miocardio
- e)-Sincope postmiccional.

10-Cite las complementarias que realizaría a un paciente que acude a URGENCIAS con un SINCOPE:

11-Un paciente que acude a URGENCIAS con SINCOPE y VERTIGO que nos sugeriría:

- a)-Crisis hipertensiva
- b)-Hipotensión ortostática
- c)-Vértigo
- d)-Enfermedad Cerebrovascular
- e)-las trataría por separado.

12-Mencione los criterios de INGRESO de un paciente con SINCOPE en URGENCIAS:

13-Cite los criterios de ALTA de un paciente con SINCOPE en URGENCIAS:

14-Varón de 44 años ,que previamente bien,presenta mientras está andando por la calle Pérdida brusca de conciencia. El familiar que lo acompaña refiere que como único factor de riesgo es fumador de 20 cigarrillos /día y le comentó que la noche pasada presentó un dolor en el pecho de unos minutos y que después desapareció.

RAZONANDO LA RESPUESTA, cite que algoritmo de actuación extrahospitalaria y hospitalariamente en URGENCIAS utilizaría: