

**ATENCIÓN DE PACIENTES CON
SÍNCOPE EN URGENCIAS**

CRITERIOS DE INGRESO EN LA UCE

Mayo 2011

Rosana Soriano Barrón
Médico Adjunto de Urgencias

Pedro Marco Aguilar
Coordinador de Urgencias

INTRODUCCIÓN

El **síncope** se define como una pérdida de conciencia transitoria con abolición del tono muscular y con recuperación completa y espontánea, en un intervalo corto de tiempo, y que es debida a una reducción aguda, crítica y transitoria del flujo sanguíneo cerebral (sólo deben considerarse "síncope" las pérdidas de conciencia consecuencia de este mecanismo)

Puede sobrevenir de forma brusca o puede estar precedido de síntomas premonitorios, es de corta duración y puede acontecer de forma aislada o acompañado de otros síntomas (malestar, náuseas, vómitos, incontinencia de esfínteres o movimientos convulsivos).

El síncope es un síndrome clínico muy frecuente, y supone alrededor del 1% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias, con un porcentaje de ingreso en torno al 40%.

La etiología del síncope no suele resultar evidente en la atención inicial, máxime considerando que incluso un elevado número de pacientes (30-50%) quedan sin diagnóstico tras el estudio completo. El pronóstico es muy variable en función de la causa y de los factores de riesgo, y varía desde cuadros benignos hasta la posibilidad de muerte súbita. Hay que considerar, además, la eventualidad de lesiones traumáticas en síncope bruscos.

Debido a la complejidad del diagnóstico etiológico, el objetivo de la atención de urgencia se debe centrar en:

- Identificar a aquellos pacientes con síncope asociados a patologías potencialmente mortales (TEP, disección aórtica, arritmias, cardiopatía isquémica, hemorragia subaracnoidea...)
- Estratificar el riesgo
- Establecer quienes van a necesitar medidas diagnósticas o de monitorización y en qué nivel asistencial deben llevarse a cabo.

ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS PACIENTES CON SÍNCOPE

1.- IDENTIFICACIÓN DEL SÍNCOPE:

El síncope debe diferenciarse de otras pérdidas o alteraciones del nivel de conciencia transitorias que no son debidas a una disminución crítica del flujo cerebral (tabla 1).

Pérdidas transitorias de conciencia

- Crisis epilépticas
- Ictus vertebrobasilares o AIT carotídeo
- Intoxicaciones
- Trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipoxia o hiperventilación con hipocapnia)

Alteración del nivel de conciencia

- Caídas
- Drop attacks
- AIT carotideo
- Cataplejia

Tabla 1: diagnóstico diferencial del síncope

Tiene una elevada probabilidad de ser un síncope el episodio que cursa con *todas* las siguientes características:

- Pérdida completa de conocimiento
- Pérdida de conciencia transitoria, brusca y de breve duración.
- Recuperación espontánea y sin secuelas.
- Pérdida del tono postural durante el episodio.

2.- DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico en urgencias se basa fundamentalmente en:

- Una correcta historia clínica.
- La exploración física
- El ECG.

La **anamnesis** es muy importante y debe ser meticulosa:

- Circunstancias concomitantes: contexto, factores desencadenantes, postura del cuerpo, actividad.
- Inicio del síncope: eventuales pródromos, rapidez de instauración...
- Manifestaciones durante el síncope (habitualmente referidas por testigos): forma de caer, color de la piel, sudor, tipo de respiración, movimientos musculares, duración del episodio...
- Recuperación: estado de conciencia, síntomas asociados...
- Antecedentes: consumo de fármacos o tóxicos, enfermedades previas, historia familiar.

La **exploración física** debe ser detallada. Además de los aspectos generales, se debe considerar la toma de presión arterial en ambos brazos, en decúbito y durante el ortoestatismo prolongado (10 min) y la búsqueda de soplos carotídeos.

Electrocardiograma: A todos los pacientes con síncope se les debe realizar un ECG de 12 derivaciones. Aunque su sensibilidad es baja, es una prueba accesible y de bajo coste que permite diagnosticar en algunos casos en la evaluación inicial la etiología del síncope (tabla 2) o proporcionar en otros datos de sospecha sobre el posible origen arrítmico (tabla 3) o de cardiopatía (hipertrofia, sobrecarga, etc).

- Bradicardia sinusal persistente < 40 lpm en vigilia o bloqueo sinoauricular repetitivo o pausas sinusales ≥ 3 segs
- Bloqueo auriculoventricular de segundo grado Mobitz II o de tercer grado
- Bloqueo alternante de rama izquierda y derecha
- Taquicardia ventricular sostenida
- Taquicardia supraventricular paroxística rápida
- Episodios no sostenidos de taquicardia ventricular polimórfica e intervalo QT largo o corto
- Disfunción de marcapasos
- Evidencia de isquemia aguda con o sin infarto de miocardio.

Tabla 2: ECG diagnóstico en el síncope

- Bloqueo bifascicular
- QRS $\geq 0,12$ segundos
- Bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo Mobitz I
- Bradicardia sinusal inadecuada asintomática (<50 lpm)
- Taquicardia ventricular no sostenida
- Complejos QRS preexcitados
- Intervalos QT largos o cortos
- Repolarización precoz
- Síndrome de Brugada
- Ondas T negativas en precordiales derechas, ondas épsilon y potenciales tardíos ventriculares compatibles con displasia arritmogénica ventricular derecha
- Signos de isquemia crónica o necrosis

Tabla 3: ECG con sospecha de síncope arrítmico

Otras pruebas complementarias:

Glucemia capilar: si existe sospecha de hipoglucemia.

Pruebas de laboratorio: son habitualmente de poca utilidad en la evaluación del paciente con síncope. No se recomienda su solicitud sistemática, sino guiada por los hallazgos o la sospecha clínica.

Pruebas de imagen: al igual que sucede con las pruebas de laboratorio, su solicitud debe ser motivada por la sospecha clínica tras una adecuada anamnesis y exploración física.

La evaluación inicial puede resultar diagnóstica de la etiología del síncope en un 23 - 50% de los casos. Algunos de los hallazgos en la historia clínica, exploración o ECG ser diagnósticos de la causa de síncope, sin necesidad de realizar estudios adicionales (tabla 4).

Tipo de síncope	Características
Vasovagal	<ul style="list-style-type: none"> • Pródromo típico y • Asociado a angustia o miedo (fobias, maniobras instrumentales, dolor...) o estrés ortostático (ortoestatismo prolongado, calor, olores, aglomeraciones...)
Situacional	<ul style="list-style-type: none"> • Ocurre durante o inmediatamente tras desencadenante: tos o estornudo, micción, defecación, deglución, posprandial, dolor, ejercicio, risa...
Ortostático	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevenido al ponerse de pie con evidencia de hipotensión ortostática
Hipersensibilidad seno carotideo	<ul style="list-style-type: none"> • Desencadenado por maniobras que estimulen el seno carotídeo y • Se comprueba una respuesta diagnóstica en el masaje del seno carotideo.
Arrítmico	<ul style="list-style-type: none"> • ECG diagnóstico (tabla 2)
Isquemia cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de isquemia aguda o infarto de miocardio
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Mixoma auricular que prolapsa o • Estenosis aórtica severa o • Hipertensión pulmonar o • Embolia pulmonar o • Disección aórtica aguda

Tabla 4: Criterios que permiten realizar un diagnóstico etiológico en la evaluación inicial.

En otras ocasiones, los hallazgos iniciales no permiten un diagnóstico etiológico, pero permiten realizar un **diagnóstico de sospecha**, requiriéndose habitualmente pruebas adicionales para discernir su causa (tabla 5)

Tipo de síncope	Características
Neuromediado	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de cardiopatía • Historia prolongada de síncope • Desencadenado tras una visión, sonido u olor desagradable, o tras un dolor • Estar de pie durante mucho tiempo o en lugares abarrotados y mal ventilados • Nauseas, vómitos asociados a síncope • Sobrevenido durante una comida o inmediatamente después • Sobrevenido tras presión contra el seno carotídeo o al girar la cabeza • Sobrevenido después de un esfuerzo.
Hipotensión ortostática	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevenido en bipedestación • Relación temporal con el inicio de una medicación que produce hipotensión o con cambios de la dosis. • Relacionado con estar de pie durante mucho tiempo, especialmente en lugares abarrotados y mal ventilados • Presencia de neuropatía autónoma o parkinsonismo • Después de un esfuerzo.
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de cardiopatía estructural confirmada • Historia familiar de muerte cardiaca súbita de causa desconocida o canalopatía • Sobrevenido durante el esfuerzo, o en posición supina • Inicio súbito de palpitaciones seguidas inmediatamente de síncope • Hallazgos en el ECG que se pueden asociar con síncope arrítmico (tabla 3).

Tabla 5: Características clínicas que sugieren la etiología del síncope

3.- ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO:

Si tras la valoración inicial no se consigue saber la causa del síncope se debe evaluar el riesgo de episodios graves a corto plazo.

En la estratificación del riesgo se tienen especialmente en cuenta dos circunstancias:

- El riesgo de muerte súbita.
- El riesgo de síncope recurrente con traumatismo asociado.

- Enfermedad cardiaca (coronaria o estructural severa): insuficiencia cardiaca, FEVI baja o infarto de miocardio.
- Características clínicas del ECG que indiquen o sugieran síncope arrítmico.
- Hematocrito <30%
- Desequilibrios electrolíticos graves.
- Palpitaciones en el momento del síncope.
- Síncope durante el esfuerzo o en decúbito.
- Historia familiar de muerte súbita cardiaca prematura.

Tabla 6: Criterios de riesgo del paciente con síncope.

La mayor parte de las muertes y el mal pronóstico parecen estar más en relación con la enfermedad subyacente que con el síncope en sí mismo.

4.- DECISIÓN DE DESTINO DE LOS PACIENTES CON SÍNCOPE:

1.- Ingreso hospitalario:

- Síncope secundario a enfermedad grave (TEP, disección aórtica...)
- Síncope cardiovascular, arrítmico (tabla 2) o por isquemia coronaria.
- Comorbilidades graves (anemia grave, desequilibrios electrolíticos)

2.- Observación en urgencias e interconsulta con cardiología:

Características clínicas o del ECG que establezcan el diagnóstico de sospecha de síncope cardiovascular:

- Síncope durante el esfuerzo o en decúbito supino.
- Inicio brusco de palpitaciones que se siguen inmediatamente de síncope.
- Historia familiar de muerte cardiaca súbita prematura.
- Hallazgos ECG que sugieran origen arrítmico (tabla 3)

3.- Ingreso en UCE:

Se debe valorar qué pacientes deben ingresar en la UCE para prolongar su periodo de observación, especialmente cuando la evaluación inicial no permite llegar al diagnóstico y exista incertidumbre sobre el pronóstico.

Se debe prestar atención especial a los pacientes que presentan alguno de las siguientes características.

- Mayores de 70 años con comorbilidad.
- Ausencia de pródromos
- Síncope en decúbito o de esfuerzo
- Antecedentes de cardiopatía o de enfermedad neurológica
- Síncopes de repetición.

Tras una evaluación más detallada (24 horas), algunos pacientes pueden ser diagnosticados de alguna patología susceptible de ingreso hospitalario convencional, y se transferirán desde la UCE al servicio que corresponda. Si no es así, serán dados de alta desde la UCE a su domicilio, con la posibilidad de remitirlos a la consulta de los especialistas que se estimen oportunos.

- Pacientes mayores de 70 años con comorbilidad con síncope de cualquier causa (excepto los de causa cardiovascular), o de causa no determinada.
- Sintomatología muy florida e incontrolable, aunque el síncope sea de riesgo bajo.
- Hipotensión ortostática aguda severa o crónica moderada-severa
- Que se considere necesario un periodo de observación hospitalaria para la retirada o modificación de dosis de fármacos implicados en el origen del síncope
- Necesidad de ingreso por el traumatismo derivado del síncope.

Tabla 7: Criterios que pueden aconsejar ingreso en UCE

- Síncopes diagnosticados de causa cardiovascular, por isquemia miocárdica o arrítmico (tabla 2).
- Pacientes que además del síncope presentan una patología tributaria de ingreso hospitalario.
- Inestabilidad hemodinámica.

Tabla 8: Criterios de exclusión de ingreso en UCE

4.- Alta de urgencias:

Cuando se trata de un síncope debido a un proceso benigno (vasovagal, ortostático, situacional), el paciente puede ser dado de alta domiciliaria; se le debe tranquilizar y proporcionar las recomendaciones oportunas en función del tipo de síncope.

ANEXO

CLASIFICACIÓN ETIOPATOGENICA Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS SÍNCOPES.

SÍNCOPES CARDIACOS (10-40%). Suelen ser de instauración muy brusca, de corta duración y la recuperación suele ser muy rápida. Si son suficientemente prolongados pueden aparecer signos de anoxia cerebral severa (convulsiones, incontinencia de esfínteres..) que configuran el Síndrome de Stokes-Adams.

Pueden ser secundarios a arritmias o de tipo obstructivo.

- Secundario a **arritmias**. La mayoría de los síncope cardiacos son secundarios a una arritmia, bradiarritmia (BAV, enfermedad del nodo sinusal..) o taquiarritmia. Las taquiarritmias supraventriculares raramente son causa de síncope (salvo que exista cardiopatía de base o que cursen con frecuencia ventricular muy alta). Las arritmias ventriculares son causa reconocida de síncope. La mayoría ocurren en pacientes con cardiopatía orgánica de base, pero a veces son manifestación de trastornos puramente eléctricos (Síndrome de QT largo, Síndrome de Brugada).
- Secundario a cardiopatía **obstructiva**. En pacientes con patologías que pueden causar obstrucción mecánica al flujo sanguíneo (Estenosis aórtica, estenosis pulmonar, tromboembolismo pulmonar, HTA pulmonar, mixoma auricular..).

SÍNCOPE POR HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA. Es debido a un descenso brusco de la presión arterial al adoptar la posición erecta debido a hipovolemia o a un fallo de los mecanismos reflejos que controlan la presión arterial. Su diagnóstico requiere la presencia de clínica sugestiva y la comprobación de este fenómeno. La hipovolemia de cualquier causa y muchos fármacos pueden provocar o agravar la hipotensión ortostática.

SÍNCOPE DE ORIGEN REFLEJO. SÍNCOPE NEUROMEDIADOS. En su mecanismo de aparición juega un papel muy importante la activación de un arco reflejo que implica al sistema autónomo neurovegetativo con estimulación vagal e inhibición simpática.

- **Síncope vasovagal o vasodepresor.** Diversos desencadenantes producen una disminución del tono simpático que causa hipotensión arterial (componente vasodepresor) y un aumento del tono vagal que impide la aparición de taquicardia compensadora e incluso puede causar bradicardia severa y asistolia de segundos de duración (componente cardioinhibidor).

Se presenta en situaciones en las que hay disminución del volumen ventricular (ortostatismo prolongado, ambientes calurosos, sudoración, donación de sangre..) o en situaciones de descarga adrenérgica (dolor, miedo, estímulos emocionales intensos..)

Es la causa más común de síncope en la población general y suele iniciarse en edades jóvenes. Suele ser de instauración lenta con pródromos de segundos a minutos de duración (palidez, sudoración, náuseas, debilidad muscular..) y con recuperación paulatina (síncope vasovagal benigno). En ocasiones son de instauración más brusca, sin desencadenante y prácticamente sin pródromos, en los que la prueba en mesa basculante permite demostrar mecanismo vasovagal (síncope vasovagal maligno) y suele ocurrir en pacientes de mayor edad.

- **Síncope situacionales:** síncope miccional, defecacional, tusígeno, por deglución.

- **Síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo** (1-5%). En personas normales la compresión del seno carotídeo produce un cierto grado de bradicardia sinusal e hipotensión. La exageración de este fenómeno se denomina hipersensibilidad del seno carotídeo. La respuesta a la estimulación del seno carotídeo tiene 2 componentes: uno cardioinhibidor (patológico si pausa de más de 3 segundos) y otro vasodepresor (descenso de la PAS mayor de 30 mmHg). El componente cardioinhibidor es el más frecuente. Este síncope es más frecuente en personas de edad. Su diagnóstico sólo debería hacerse cuando el síncope es desencadenado por una maniobra de estimulación del seno carotídeo y se comprueba una respuesta patológica al masaje del seno carotídeo.

OTROS TIPOS DE SÍNCOPE.

- **Síncope de esfuerzo**, precipitado por el esfuerzo en pacientes con estenosis aórtica, estenosis pulmonar y en la hipertensión pulmonar. El esfuerzo también puede provocar arritmias paroxísticas.

Un síncope que ocurre durante un esfuerzo físico importante es sugestivo de origen cardiológico, mientras que si ocurre después del esfuerzo es más probable que sea por un mecanismo reflejo vasovagal.

- **Síncope secundario a fármacos**. Algunos fármacos pueden ser causa de síncope al provocar hipotensión (hipotensores, diuréticos, vasodilatadores..) o al inducir arritmias (efecto proarrítmico de algunos antiarrítmicos). La cocaína y la marihuana también pueden ser causa de síncope.

- **Síncope secundario a enfermedad neurológica**. Muchas enfermedades neurológicas pueden ocasionar hipotensión ortostática e inducir síncope.

BIBLIOGRAFÍA

Brugada J. Papel de los urgenciólogos en la detección de pacientes con riesgo de muerte súbita. *Emergencias* 2011;23:5-7.

Decker WW, Quinn JV, Perron AD, et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adults Patients Presenting to the Emergency Department with Syncope. *Ann Emerg Med* 2007;49:431-444.

Diagnostic evaluation and management of patients with syncope. *ME-Clin- North-Am* 2001; 85 (2): 423-56.

Dolz R, Samperiz P, Calvo E, Toyas C, Ruiz F, Morales JL, Pérez J, Ruiz F, Amores M. Síncope: ¿muchos estudios y pocos diagnóstico? *Rev Clin Esp* 2004; 204 (1): 9-13.

González JJ, López A, Prados F. Síncope de esfuerzo y riesgo de muerte súbita en deportistas jóvenes: perspectiva clínica y genética. *Emergencias* 2011;23:47-58.

Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Manejo del Síncope de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del síncope (versión 2009). *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(12):1466.e1-e52.

Hernández J, Salegi I, Marín JM, Pérez I. Criterios de derivación hospitalaria en los pacientes con síncope. *Emergencias* 2004;16:68-73.

Jiménez L, Montero FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª edición.

Lisa V. Valoración inicial de la pérdida de conciencia. *FMC* 2004; 11 (9): 540-546.

Martínez J, Capdevila D, Pérez A. Síncopes de repetición en varón joven. Síndrome de Brugada. *Emergencias* 2004;16:23-9.

Moya A, Alonso C. Manejo de los pacientes con síncope: de las guías a la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol* 2008;61(1):10-3.

Navarro ML, Fraile R, Sáez L, Arribas J. Síncope. Diagnóstico diferencial. SEMERGEN 2001; 27: 297-300.

Rodríguez F, González S, Olalla JJ, Cobo M, Expósito V, Llano M, Casanova MA, Ruisánchez C. Manejo del síncope en el servicio de urgencias sin ingreso hospitalario: utilidad de un protocolo coordinado con la unidad de arritmias. Rev Esp Cardiol.2008;61(1):22-8.

Ruiz-Ares G, Merino J.L, Díez-Tejedor E. Síncope. Medicine. 2011;10(74):5017-25.

Sagristá J. Abordaje diagnóstico y terapéutico del síncope en urgencias. Emergencias 2007;19:273-282.

Strickberger SA, Benson W, Biaggioni DG, et al. AHA/ACCF scientific statement on the evaluation of syncope. Circulation 2006;113:316-327.

