

INTRODUCCIÓN

- La mayoría de los síncope son de causa benigna y autolimitada, pero pueden indicar paro cardíaco, especialmente en pacientes con enfermedad cardíaca orgánica.
- El abordaje es distinguir entre causas benignas y causas de origen cardíaco.

TÉRMINOS

Síncope: Pérdida pasajera de la conciencia por hipoperfusión cerebral con:

- Pérdida del tono postural (caída)
- Recuperación rápida y total

Lipotimia/Mareo: Pre-síncope; sensación de perder la conciencia; a punto de desmayarse.

Vértigo: Sensación de inestabilidad o pérdida del equilibrio. Sensación de desasociación entre la persona y su entorno, frecuentemente con sensación de movimiento. No es síncope. No es un término médico ni diagnóstico. raga subaracnoidea

- Enfermedad Cerebrovascular (Insuficiencia vertebro-basilar)
- Migraña
- Síndrome de robo arterial
- Hipoglicemia

SÍNTOMAS / ANAMNESIS

- Una historia detallada es más importante que exámenes adicionales.
- Dolor torácico o palpitaciones apuntan a la Embolia Pulmonar o al Síndrome Coronario Agudo.
- Si los síntomas se desencadenan al levantarse, pensar en ortostatismo.
- Sospechar Síndrome de Brugada en pacien-

tes jóvenes con historia familiar de síncope, muerte súbita o muertes traumáticas inexplicadas, como accidentes de coche que hayan podido resultar de una pérdida de conciencia.

• Para distinguir el síncope de las convulsiones, es importante la presencia de testigos que nos informen los detalles de los movimientos involuntarios, e investigar sobre algún estado confusional o de desorientación (postictal), que no vemos en el síncope.

SIGNOS

- Hipotensión
- Ortostatismo
- Taquicardia
- Signos de trauma
- Soplos cardíacos
- Romberg positivo
- Sangre en heces

LABORATORIO (INDIVIDUALIZADO)

- Biometría Hemática
- β HCG (en mujeres en edad fértil)
- Gasometría
- Electrolitos: cuando hay deshidratación profunda, arritmias cardíacas, diuréticos
- EKG: Ondas Q, arritmias, bradicardia, bloqueo AV de 2do grado, bloqueo intraventricular, intervalo QTprolongado, Síndrome WPW (onda delta), Patrón Brugada (raro), taquicardia ventricular.
- Ecocardiograma: si se sospecha de enfermedad cardíaca estructural o de conducción.

SIGNOS

- Regla del Síncope de San Francisco: uno de los siguientes criterios amerita ingresar al paciente: COSER 30

- **C** ORAZÓN CON FALLA
- **S** ISTÓLICA MENOS DE 90
- **E** LECTRO ANORMAL
- **R** ESPIRACIÓN CON FALLA
- **30** O MENOS DE HEMATOCRITO

- Adicionalmente: tercera edad, dolor precordial, trauma, palpitaciones también deben ser hospitalizados y monitorizados.

MANEJO

1. Vía para hidratación (en sospecha de hipovolemia)
2. Toma de PA y FC acostado y parado: para descartar Ortostatismo (disminución de PAS >20mmHg o PAD > 10mmHg o aumento de pulso de 10/min a los 2 minutos de estar parado)
3. Masaje Carotideo (reproduce síncope con asistolia >3 segundos?)
3. Corregir trastornos electrolíticos (de ser necesario)
4. Oxígeno
5. Iniciar RCPA en pacientes inestables hemodinámicamente
6. Monitoreo Cardíaco no invasivo
7. Considerar ECO (sospecha anomalía estructural cardíaca)

PERLAS

- El Síncope neurológico es raro y generalmente no necesita TAC, Electroencefalograma, o Resonancia Magnética a menos que se encuentren otros signos neurológicos.

- Sin embargo, se puede utilizar TAC de encefalo si hay sospecha de trauma intracraneal por la caída asociada con el síncope.

- Insuficiencia carotídea no causa Síncope y no se requiere ECO Doppler de carótidas.

- Síncope puede provocar breves episodios de mioclonus por hipoxia transitoria que deben confundirse con vulsiones.

- Descartar uso de alcohol, drogas, trauma o epilepsia.

- Es importante conocer el historial patológico y farmacológico del paciente.

- Luego de una convulsión, el paciente presenta un estado postictal (confusión > 30min.). El síncope no produce un estado postictal.

- Síncope sin síntomas prodrómicos, con signos de trauma (ej. Ojo verde), es muy sospechoso de arritmia cardíaca.

- La causa principal del Síncope es neurocardiogenica.

- “Regla de 15%”: Aproximadamente 15% de las siguientes condiciones amenazantes a la vida se presentan con síncope: Hemorragia Subaracnoidea, Síndrome Coronario Agudo, Disección Aórtica, Aneurisma Aortico-abdominal(AAA), Embarazo Ectópico accidentado.

- Síncope en pacientes con una Fracción de Eyección < 40% amerita evaluación electrofisiológica de 3er nivel por el riesgo de arritmia letal.

- Es prudente ingresar y observar 24 horas cualquier paciente con Síncope.

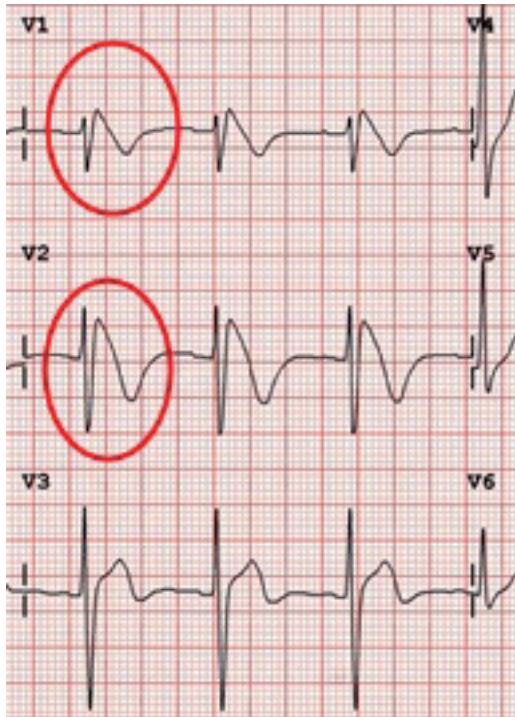
- La anamnesis es fundamental para precisar el diagnóstico.

- Evaluación clínica de lipotimia (pre-síncope) es igual que síncope verdadero.

- Síncope cardiovascular es preocupante y amerita una evaluación más exhaustiva.

- Síndrome de Brugada: Hallazgos de EKG

incluyen RsR' y elevación del segmento ST en V1-V3, es causa de muerte súbita cardíaca.



Síndrome de Brugada

BIBLIOGRAFÍA

Linzer M, Yang EH, Estes NA III, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 1: value of history, physical examination, and electrocardiography. Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997;126:989-996.

MJ Matthew J Reed, DE David E Newby, AJ Andrew J Coull, RJ Robin J Prescott, KG Keith G Jacques, AJ Alasdair J Gray. The ROSE (risk stratification of syncope in the emergency department) study. *Journal of the American College of Cardiology* 2010;55:713-721.

Summaries for patients: management of transient loss of consciousness: National Institute for Health and Clinical Excellence guideline. *Annals of internal medicine* 2011;155:138.

MJ Matthew J Reed, DE David E Newby, AJ Andrew J Coull, RJ Robin J Prescott, KG Keith G Jacques, AJ Alasdair J Gray. The ROSE (risk stratification of syncope in the emergency department) study. *Journal of the American College of Cardiology* 2010;55:713-721.

Quinn J, McDermott D, Stiell I, et al. Prospective validation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with serious outcomes. *Ann Emerg Med*. 2006;47(5):448-54.