

El síncope: un problema con mayúsculas

Ángel Moya, Nuria Rivas, Jordi Pérez-Rodón, Ivan Roca y David García-Dorado

Unidad de Arritmias. Área del Cor. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

En este artículo se revisan algunos de los aspectos actuales y controvertidos sobre el síncope. En primer lugar, y de acuerdo con las nuevas guías de síncope de la Sociedad Europea de Cardiología, se define el síncope, para diferenciarlo de otros cuadros que cursan con pérdida transitoria de la conciencia. En segundo lugar, se hace una revisión actualizada de la epidemiología del síncope. También se hacen unas consideraciones sobre el proceso diagnóstico de los pacientes que sufren episodios de pérdida transitoria de la conciencia, con especial énfasis en la estratificación de riesgo. Por último, se hace una revisión actualizada del tratamiento de los pacientes con síncope, especialmente de las maniobras de contrapresión, y de las situaciones en que, debido al perfil de riesgo de los pacientes, se considere indicada la implantación de un desfibrilador automático, independientemente de la causa de los episodios sincopales.

Palabras clave: *Síncope. Guías de práctica clínica. Pérdida de conciencia. Desfibrilador implantable.*

Syncope: a Problem Writ Large

This article contains a review of some current controversies concerning syncope. Firstly, in accordance with new European Society of Cardiology guidelines on the condition, a definition of syncope is presented that differentiates it from other syndromes that can cause a transient loss of consciousness and that must be distinguished from syncope. Secondly, an update on the epidemiology of syncope is presented. Thereafter, there is a discussion of some aspects of the process of diagnosis in patients who experience episodes of a transient loss of consciousness, with particular emphasis on risk stratification. Finally, there is an up-to-date review of current treatment for patients with syncope, especially counterpressure maneuvers, and of those situations in which the patient's risk profile indicates that implantation of an automatic defibrillator should be considered, irrespective of the cause of the syncopal episodes.

Key words: *Syncope. Clinical practice guidelines. Loss of consciousness. Implantable defibrillator.*

INTRODUCCIÓN

Los problemas que plantea el manejo de los pacientes con síncope son múltiples y en el momento actual muchos de ellos no están resueltos. Por un lado, porque se trata de una situación clínica muy frecuente entre la población general. Por otro, se trata de un síntoma transitorio, por lo que, en la mayoría de las ocasiones, cuando el paciente acude a ser visitado no hay ningún dato objetivo que permita establecer el diagnóstico con seguridad. Además, hay que tener en cuenta que el síncope es la manifestación de una gran variedad de situaciones clínicas que pueden ir desde mecanismos banales con excelente pronóstico a trastornos graves que afectan a la supervivencia inmediata. Es decir, engloba a pacientes con pronósticos muy variados que pueden requerir diferentes aproximaciones te-

rapéuticas. Por último, hay que recordar que en el momento actual sigue sin resolverse la mayoría de los aspectos terapéuticos del síncope.

En este artículo, más que hacer un repaso exhaustivo y detallado de la clasificación, los procesos diagnósticos y las alternativas terapéuticas, que se puede encontrar en cualquier libro de texto o en las guías de actuación clínica, vamos a dar una visión más o menos crítica de los problemas pendientes en la actualidad.

DEFINICIÓN

Una correcta definición de lo que se puede y lo que no se puede considerar síncope es fundamental por diversas razones. En primer lugar, para poder etiquetar correctamente a nuestros pacientes, ya que un enfoque inicial erróneo puede llevar a planteamientos diagnósticos, consideraciones pronósticas y actitudes terapéuticas incorrectas. En segundo lugar, es fundamental tener una definición clara y precisa para que todas las publicaciones que traten sobre síncope, tanto de investigación original como de revisión, se refieran al mismo proceso ya

Correspondencia: Dr. A. Moya.
Unidad de Arritmias. Área del Cor. Hospital Universitario Vall d'Hebron.
Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico: amoya@comb.es

ABREVIATURAS

AV: auriculoventricular.
DAI: desfibrilador automático implantable.
ECG: electrocardiograma.

que, de no hacerlo de manera homogénea y bien estandarizada, se puede establecer recomendaciones, pautas y conclusiones que lleven a confusión.

Así pues, de acuerdo con las guías de la Sociedad Europea de Cardiología, el síncope se ha definido como un «cuadro caracterizado por pérdida de conciencia, de aparición relativamente brusca, con recuperación espontánea, sin secuelas y que se debe a una hipoperfusión cerebral transitoria»¹. Esta definición contiene todos los elementos que deben estar presentes para considerar un determinado episodio como síncope y a la vez permite excluir otros cuadros de características similares que no deben ser etiquetados como tal. Así pues, para establecer el diagnóstico de síncope, debe haber una pérdida de conciencia. Ello, que no siempre es fácil de establecer sólo con el interrogatorio, debe permitirnos diferenciar los episodios sincopales de otros cuadros. Por ejemplo, episodios psiquiátricos (que se debe considerar seudosíncopes) o cuadros de caídas sin pérdida de conciencia, que son relativamente frecuentes en personas de edad avanzada. Tal como se describe en la definición, para que un episodio de pérdida de conciencia pueda ser considerado síncope, la recuperación ha de ser espontánea. Con ello se excluyen todos los episodios de pérdida de conciencia que para su recuperación requieran de alguna intervención médica, desde maniobras de reanimación cardiopulmonar, en cuyo caso deberían considerarse situaciones de parada cardiorrespiratoria recuperada, a otro tipo de intervenciones terapéuticas, como la administración de glucosa en las crisis de hipoglucemia. Por otro lado, el concepto de que la causa debe ser una hipoperfusión general cerebral transitoria excluye los episodios de pérdida transitoria de conciencia con recuperación espontánea debidos a otros mecanismos como, por ejemplo, las crisis epilépticas o los accidentes cerebrovasculares. En éstos la hipoperfusión cerebral no es general, sino localizada, y en la mayoría de las ocasiones se acompaña de signos neurológicos focales y secuelas.

MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ASISTENCIALES DEL PROBLEMA

Uno de los aspectos que hacen del síncope un problema con mayúsculas es su prevalencia. Como

ocurre en la mayoría de los estudios epidemiológicos, los datos son discordantes, básicamente debido a los diferentes tipos de población estudiada y la forma en que se recoge la información. En cualquier caso, parece claro que entre un 15 y un 35% de la población han tenido al menos un episodio sincopal a lo largo de su vida^{2,3}. Diversos estudios muestran que hay dos picos de edad en la aparición del primer episodio sincopal. El primero está entre los 15 y los 20 años, con predominio en mujeres, que corresponde fundamentalmente a síncope de origen reflejo⁴⁻⁶, y el segundo a partir de los 60 años, coincidiendo con un incremento de los síncope de causa cardiogénica² y por hipotensión ortostática⁷. En general, en 2/3 pacientes que sufren episodios sincopales éstos no recidivan o lo hacen de forma ocasional, mientras que el tercio restante sufre síncope repetidamente, a veces muy frecuentes⁸.

Estudios realizados en diferentes países europeos muestran, de una manera bastante reproducible, que aproximadamente un 1% de todos los pacientes atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias acuden por episodios de pérdida de conciencia y que dichos pacientes acaban representando el 1% de todos los ingresos hospitalarios desde urgencias⁹⁻¹⁵.

Dado que el síncope es un síntoma con muy diferentes etiologías, el pronóstico depende más de la presencia y la gravedad de una posible cardiopatía de base que del síncope en sí mismo. De todas maneras, e independientemente de su etiología, la presencia de episodios sincopales recurrentes puede causar una grave deterioro de la calidad de vida de los pacientes¹⁶⁻¹⁹.

Por todo ello, es imprescindible establecer una estrategia lo más efectiva posible, dirigida a obtener el diagnóstico, evitar la realización de pruebas inútiles y establecer un tratamiento efectivo en el mayor número de pacientes.

PROCESO DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SÍNCOPE

Ante cualquier paciente que se presenta por un episodio de posible pérdida transitoria de la conciencia deben establecerse dos niveles de proceso diagnóstico. El primero de ellos es confirmar si el paciente ha tenido o no un episodio sincopal. Para ello debemos contestar a tres preguntas fundamentales: ¿ha habido realmente pérdida de conciencia?, ¿ha sido transitoria y el paciente se ha recuperado espontáneamente y sin secuelas? y ¿ha sido causada por una hipoperfusión cerebral transitoria? Si la respuesta a estas tres preguntas es positiva, se puede considerar que el paciente ha tenido un síncope. Aunque no siempre es fácil, en la mayoría de las ocasiones se puede responder a estas preguntas con una anamnesis detallada obtenida del paciente y de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019599>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019599>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)