

Versión: 31 / 10 / 05 Página: 1 de 15	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN LOS PROCED. SINCOPE	
		

RESPONSABLES

Autor:

Dr. José Alcaraz Mendoza. Médico de Emergencias UME-Cartagena.
Gerencia de Emergencias 061. Murcia.

Contenido:

Miembros de la Comisión de Calidad.

Aplicación:

Personal Sanitario.

DOCUMENTOS

Ortega Marcos J, Hernández Madrid A, Moro Serrano C. Síncope. Nuevos conceptos clínicos. En: Idepsa ed. Rev. Medicine 8ª ed. 2000.

Farreras Rozman 13ªed

Marín Martínez JM., Hernández Ruipérez T. Síncope. En: AIUM Urgencias Médico-Quirúrgicas. Manual de problemas clínicos. Tomo I. 1ªed. Hospital V. Arrixaca, 1999; 195-199

Rabasa Pérez M, Soto Téllez O, Lafuente Lafuente C. Mareo, Vértigo y Síncope. En: Carnevali Ruiz, Medina Iglesias, eds. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 3ª ed. Hospital "12 de Octubre", 1994; 745-751

Serra i Moscoso J, López Navidad A. Síncope y Lipotimia. En: "Protocolos Terapeuticos del servicio de Urgencias" (Hospital de la Santa Cruz y san Pablo); 1992; 33-41

DEFINICIÓN CLÍNICA.

El síncope se define como una pérdida BRUSCA y TRANSITORIA de la conciencia y del tono postural debido a un trastorno reversible de la función cerebral secundario a una reducción transitoria del flujo sanguíneo cerebral (concretamente de la sustancia reticular del bulbo) como consecuencia de la disminución del gasto cardíaco (G.C.) y/o de la disminución de la tensión arterial (T.A.) y/o de la Obstrucción Arterial Cerebral.

Se caracteriza por tener una aparición brusca, corta duración y recuperación espontánea, y en caso de durar más de 15-30" pueden aparecer convulsiones. En ocasiones existen síntomas que preceden al cuadro sincopal (prodrómicos).

Versión: 31 / 10 / 05 Página: 2 de 15	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN LOS PROCED. SINCOPE	 
---	---	---

SINCOPE MÁS FRECUENTES y/o IMPORTANTES.

SINCOPE NO CARDIOGENICOS.

Síncope vaso-vagal. (el más frecuente: 50 %)

Opciones terapéuticas: Evitar síntomas desencadenantes. Si no es suficiente:

- o Expandir volumen (Mineralcorticoides -↑ Na en dieta).
- o Beta-Bloqueantes.
- o Teofilinas.
- o Anticolinérgicos

Síndrome de hipotensión ortostática.

Síncope reflejos.

- o Síncope por dolor intenso.
- o Síncope tusígeno.
- o Síncope miccional.

Síndrome del SENO CAROTIDEO. (Causa poco frecuente, pero recurrente)

Tratamiento: Antes de aplicarlo hemos de reproducir el cuadro haciendo un masaje del seno puesto que hay muchas personas mayores que cumplen los criterios de hipersensibilidad del seno carotídeo pero no presentan síntomas. Así pues, en:

Asintomático ó con síntomas leves y poco frecuentes: Evitar las circunstancias desencadenantes.

Síntomas graves, el tratamiento depende del subtipo:

- o Cardio-inhibitorios: Marcapasos permanente.
- o Vaso-depresor: Es mucho más difícil de tratar, así en algunos casos, los Mineralcorticoides pueden ser útiles; en aquellos casos graves estaría indicada la denervación quirúrgica del seno carotídeo; y, en cualquier caso, la atropina puede abolir la bradicardia pero no puede impedir la vasodilatación.

Síncope neurológico (cerebrovascular).

Versión: 31 / 10 / 05 Página: 3 de 15	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN LOS PROCED. SINCOPE	 
---	---	---

SINCOPE CARDIOGENICOS

SÍNDROME DE STOKES-ADAMS.

Tratamiento: En función del tipo de arritmia:

- o Taquiarritmias: antiarrítmico apropiado.
- o Bradiarritmias (casi siempre Bloqueo Completo): ISOPROTERENOL: es el de elección por ser cronopositivo, dar menos arritmias ventriculares y no aumentar mucho la TA (mientras se prepara se puede dar ATROPINA), y si nada responde hay que colocar un MARCAPASOS TEMPORAL.

SÍNDROME DEL SENO ENFERMO.

Tratamiento: Dependerá de la presencia de sintomatología: Si no hay sintomatología, no precisará tratamiento

En caso de presentar sintomatología, se iniciará tratamiento de la arritmia detectada en caso de existir deterioro hemodinámico y se derivará para estudio.

En el Síndrome TQ-BQ es mejor emplear marcapasos antes que tratar las Taquiarritmias auriculares ya que se puede favorecer la Bradiarritmias.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Nuestro objetivo debe ser, fundamentalmente, descartar un origen cardiogénico del síncope, para, en caso contrario iniciar el tratamiento correspondiente si la situación hemodinámica del paciente así lo requiere.

Anamnesis.

Nos centraremos en los síntomas que ha notado el paciente tanto antes como durante y después del episodio, a ser posible narrados por él mismo y, en su defecto, por testigos presenciales. De igual manera preguntaremos por la posible existencia de factores desencadenantes y/o coadyuvantes.

También debemos de conseguir toda la información posible respecto a enfermedades previas (pedir informes hospitalarios), actuales con su tratamiento, antecedentes familiares que pudieran estar relacionados con el evento sufrido.

Versión: 31 / 10 / 05 Página: 4 de 15	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN LOS PROCED. SINCOPE	 
---	---	---

EXPLORACIÓN FÍSICA: Valoración inicial del paciente mediante el A-B-C (vía aérea, respiración, circulación –corazón-) previa valoración del estado de conciencia y pupilar, para continuar, si toda está bien, con una valoración secundaria del sistema neurológico (pares craneales, simetría, signos meníngeos, etc.), seguida de la cardio vascular (soplos, vascularización periférica,...) y pulmonar, para terminar con una visión del aspecto general. Todo ello mientras que se realiza la toma de constantes vitales, resaltando la toma de T.A. en ambos brazos tanto en bipedestación como en decúbito.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Monitorización, Glucemia y Electrocardiograma.

PLAN de ACTUACIÓN.

Diagnostico: Ver algoritmo diagnóstico. Anexo-1 y Anexo-2

Tratamiento:

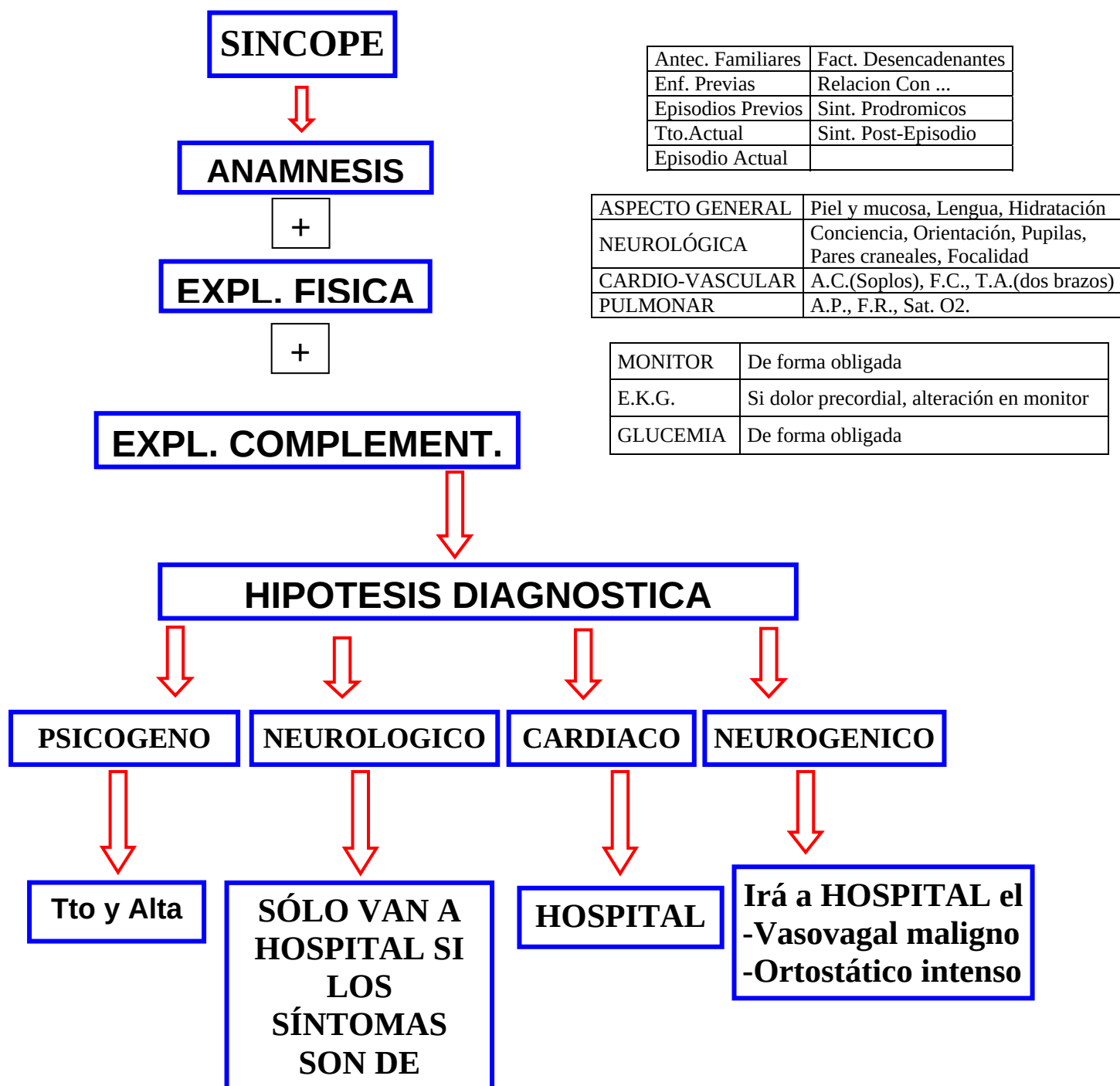
El tratamiento del síncope será en cada caso dirigido a la causa específica que lo provoca.

RECURSOS NECESARIOS. Será trasladado a un servicio de urgencias hospitalario, e irá siempre acompañado de personal sanitario, todo paciente que presente síncope de alto riesgo, entendiéndose como tales:

1. Los de presentación brusca ó en decúbito.
2. Los relacionados con el esfuerzo.
3. Los de duración prolongada.
4. Los que coincidan con dolor torácico, disnea ó cefalea.
5. Los que en la exploración presenten soplos, pulsos asimétricos, focalidad neurológica ó cuadro confusional.

ANEXOS

Anexo-1 ALGORITMO DIAGNOSTICO



Versión: 31 / 10 / 05 Página: 6 de 15 	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN LOS PROCED. SINCOPEs	
--	--	---

Anexo-2 POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS EN FUNCION DE LA ANAMNESIS

Circunstancias en que ocurre		Posibilidades diagnósticas
Postura	Decúbito	Cardiogénico, epilepsia, hipoglucemia
	Al incorporarse	Ortostático
	Bipedestación prolongada	Ortostático
	Posición especial del tronco	Mixoma auricular
Ejercicio	Durante el esfuerzo	Estenosis aórtica y cardiopatías obstructiva.
	Tras el esfuerzo	Miocardopatía hipertrófica
Otras	En el baño	Miccional, Defecatorio
	Tos	Tusígeno
	Deglución	Neuralgia Glossofaríngea
	Afeitarse, Movimiento de cabeza	Hipersensibilidad seno carotídeo
	Ansiedad	Psicógeno, Vasovagal
Sínt. Premonitorios	Sofocos, Calor, Náuseas, Palpitaciones	Vasovagal
	Entumecimiento, Parestesias	Hiperventilación
	Brusco, sin aviso	Cardíaco (arrítmicos), neurológico
	Aura, ensoñación	Epilepsia, Migraña
Sínt. Coincidentes	Palpitaciones rápidas	Arritmias
	Dolor torácico	Enfermedad Coronaria
	Disnea	Tromboembolismo pulmonar
	Déficit neurológico	Acc. Isquémico Transitorio
Duración Prolongada		Estenosis Aórtica, Hipoglucemia, Psicógeno.
Sínt. Persistentes tras recuperación.	Cefalea intensa	Hemorragia subaracnoidea, Migraña