

Reunión Clínica

Programa de Medicina de Urgencia

Pontificia Universidad Católica de Chile

Síncope

de la tierra a la luna

Daniel Cabrera Toyos

*“La unica diferencia
entre el síncope y la
muerte súbita, es que el
paciente despierta del
síncope”.*

Escenario Epidemiológico

Consultas

- 6% de los ingresos a hospitales.
- 3% de las consultas a los servicios de urgencia.

Costos

- El costo promedio del estudio de cada paciente varia entre 10.000 y 20.000 USD.
- *Probablemente se sobrestudia a los pacientes.*
- El costo nacional para EUA es de alrededor de 10 billones de dólares anuales.

Prevalencia

- Menores de 18 años: 10%
- Entre 18 y 45 años: 20%
- Entre 25 y 65 años: 25%
- Mayores de 65 años: 35%

Con una incidencia anual del 6%.

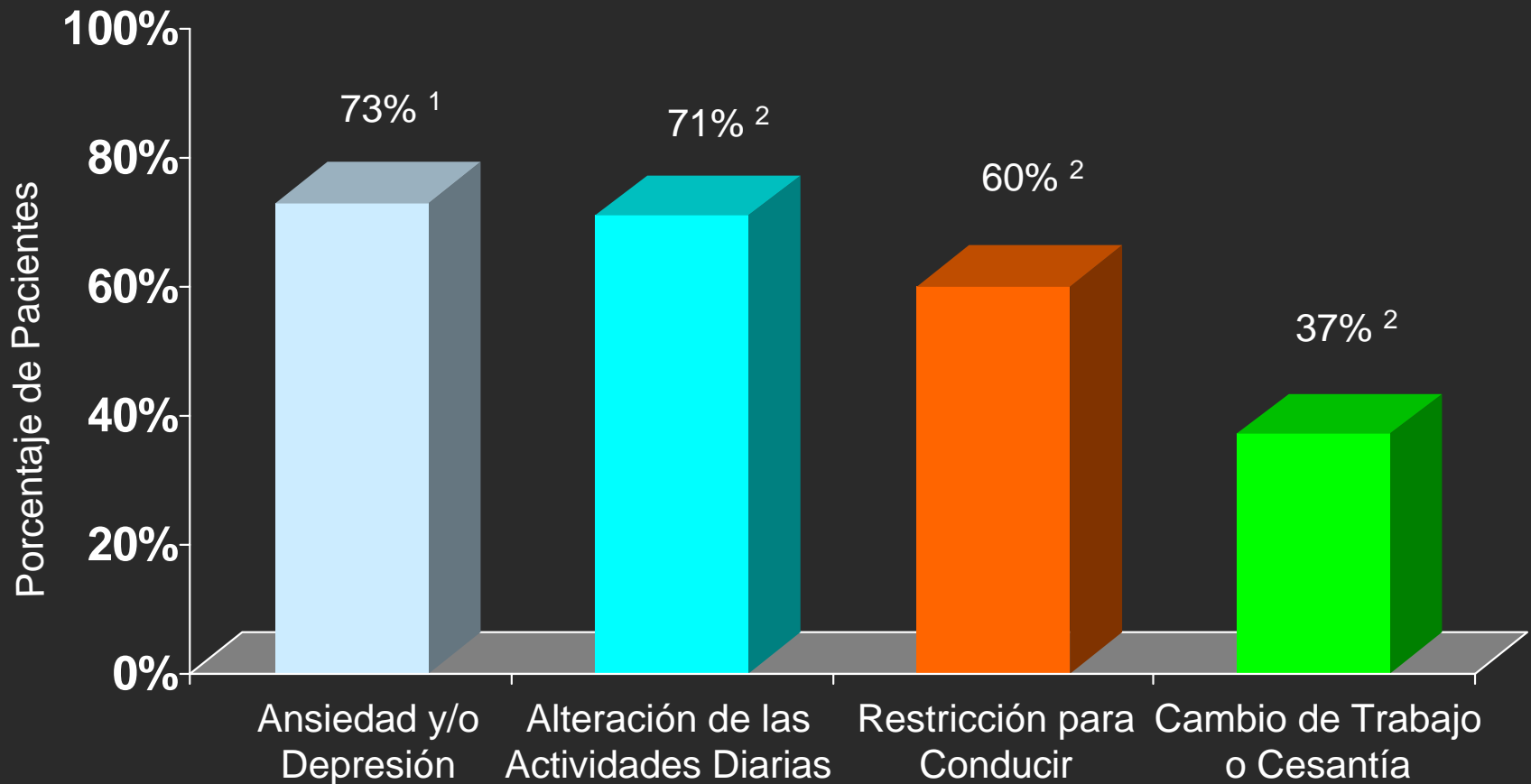
Mortalidad



- Cardiogenic
- Undetermined
- - - Noncardiac

Kapoor: Medicina, 1990

Impacto en la Calidad de Vida



¹Linzer, *J Clin Epidemiol*, 1991.

²Linzer, *J Gen Int Med*, 1994.

Definición

- Perdida de conciencia y tono postural, súbita, transitoria y autolimitada.
Fisiopatológicamente dado por disminución de la perfusión cerebral.
- No es una enfermedad o un síndrome, es solo un síntoma.

Etiología

No-cardiogénico (35%)

- Vasovagal (25%)
- Situacional
- Ortostático
- Inducido por drogas
- Síndrome del seno carotídeo
- Síndrome de robo subclavio
- Neuralgias (V y IX)
- Migraña
- *ECV (AIT y AVE)*
- *Convulsiones*

Etiología

Cardiogénico – Mediado por Flujo (15%)

- Estenosis aórtica y subaórtica
- Estenosis mitral
- Mixoma
- Estenosis pulmonar
- Tromboembolismo pulmonar
- Hipertensión pulmonar
- IAM
- Taponamiento cardiaco
- Disección aórtica

Etiología

Cardiogénico – Mediado por Arritmias (30%)

- Taquiarritmia supraventricular
- Taquicardia ventricular
- Bloqueos AV (2º Mobitz II y 3º)
- Enfermedad del Nodo
- Bradicardias sinusales extremas
- Bloqueos fasciculares
- Síndromes de QT largo
- Miocardiopatías

Etiología

- Síncopes con causa: 80%
- Síncope sin causa: 20%

4 Simples Preguntas

- ¿Es esto un Síncope?
- Síncope vs. Convulsión
- ¿Cuál es la etiología del Síncope?
- Elementos de riesgo (red flags) en la historia

¿Es esto un Síncope?

- Determinación **crítica** que determina manejo y mortalidad.
- Resulta clave obtener una **buena historia** del paciente y de los que observaron el evento.
- En ocasiones resulta **muy difícil diferenciarlos** de fenómenos neurológicos y psiquiátricos no sincópaes.
- El diagnóstico diferencial más difícil resulta entre **síncope y convulsión**.
- *La entidad más confusa esta determinada por el síncope convulsivo.*

Síncope vs. Convulsión

Orientan a Convulsión:

- Movimientos tónico-clónicos
- Automatismos durante o post-síncope
- Mordedura de lengua
- Aura de naturaleza neurológica
- Dolor muscular
- Confusión prolongada luego del evento (postictal)
- Incontinencia urinaria y/o fecal
- Cefalea post evento
- Lesión asociada al evento

¿Cuál es la Etiología del Síncope?

Vasovagal

- Historia familiar de “desmayos”
- Desencadenado luego de estresor
- Náuseas y vómitos como síntomas premonitorios

Los síncope vasovagales tienen una mortalidad del 12% en los mayores de 70 años.

Ortostático

- Sucede luego de segundos de pararse
- Fácilmente reproducible

El 40% de los mayores de 65 años tiene normalmente ortostatismo

¿Cuál es la Etiología del Síncope?

Disautonomias

- Luego de comidas abundantes
- Luego de realizar ejercicio (no durante)
- Asociado a historia familiar
- Asociado a hipotensión persistente (e.g., Shy-Drager)

Neuralgias

- Asociado a dolor facial o de garganta
- Con historia de enfermedad viral reciente
- Difícil de diagnosticar

¿Cuál es la Etiología del Síncope?

Síndrome del Seno Carotídeo o IVB

- Asociado a compresión o movimientos del cuello.
- Reproducible con masaje carotídeo
- El IVB se observa al hiperextender el cuello

Inducido por Drogas

- Relacionado temporalmente con una nueva prescripción.
- Especialmente antihipertensivos, antidepresivos, neurolepticos, digitálicos y drogas de abuso.

¿Cuál es la Etiología del Síncope?

Cardiológico

- Antecedente o sospecha de cardiopatía
- Durante el ejercicio
- Paciente sentado o acostado
- Precedido por dolor torácico o palpitaciones
- Historia familiar de muerte súbita
- Signos vitales alterados
- Dolor torácico persistente

Elementos de Riesgo en la Historia

Previos al Síncope:

- Paciente sentado o acostado
- Dolor torácico
- Palpitaciones
- Disnea
- Sin síntomas premonitorios
- Trauma importante luego de la caída

¿Cuál es el Riesgo de Este Paciente?

Durante el Síncope:

- Mordedura de lengua
- Incontinencia urinaria o fecal
- Compromiso de conciencia prolongado
- Convulsiones

Después del Síncope:

- Confusión prolongada
- Cefalea
- Signos vitales anormales
- Déficit neurológico

¿Cuál es el Riesgo de Este Paciente?

Características

- En general evento benigno
- Sobre el 95% se debe a un fenómeno vasovagal
- Lo más complejo es diferenciar un síncope neurocardiogénico de un fenómeno convulsivo.

Elementos de Alto Riesgo:

- Durante el ejercicio
- Asociado a drogas
- Con historia familiar de muerte súbita
- En contexto de enfermedad viral presente

¿El Desafío en el Servicio de Urgencia?

- **El gran desafío es distinguir entre un evento benigno y el que va a producir alta mortalidad.**
- La clave para esto es realizar una exhaustiva **historia** y un **examen físico** focalizado.
- El problema radica es que con la clínica se puede llegar solo a un **50-60% de diagnósticos etiológicos.**
- Tampoco se dispone en forma habitual de **capacidades diagnósticas** que pudieren ser útiles.
- **Resulta claro que el servicio de urgencia no es el lugar para realizar un estudio comprehensivo del paciente.**

¿El Desafío en el Servicio de Urgencia?

- Entre los exámenes de laboratorio resulta clave tomar **un ECG.**
- **Con este solo examen se puede determinar en gran parte el riesgo y el pronóstico del paciente.**
- Otros exámenes generales resultan inútiles, a excepción de la **glicemia** y la **HCG β .**

Resulta más seguro y costo-efectivo estratificar el riesgo asociado al síncope que llegar a la etiología.

¿Es seguro Estratificar el Riesgo?

- American College of Emergency Physicians. **Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting with syncope.** *Ann Emerg Med.* June 2001;37:771- 776.]
- Crane SD. **Risk stratification of patients with syncope in an accident and emergency department.** *Emerg Med J.* 2002 Jan;19(1):23-7.
- **Elesber AA, Decker WW, Smars PA, Hodge DO, Shen WK.** Evaluation of the Safety and Cost—Effectiveness of the ACEP Clinical Policy in Regards to Admission of the Syncopal Patient.

¿Es seguro Estratificar el Riesgo?

- Sarasin FP, Hanusa BH, Perneger T, Louis-Simonet M, Rajeswaran A, Kapoor WN. **A risk score to predict arrhythmias in patients with unexplained syncope.** Acad Emerg Med. 2003 Dec;10(12):1312-7.
- Quinn JV, Stiell IG, McDermott DA, Sellers KL, Kohn MA, Wells GA. **Derivation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with short-term serious outcomes.** Ann Emerg Med. 2004 Feb;43(2):224-32.

Estratificación del Riesgo

¿Tiene el paciente historia de cardiopatía?

- Insuficiencia Cardíaca
- Cardiopatía Coronaria
- Miocardiopatías
- Disritmias Ventriculares
- Uso de marcapaso
- Bloqueos AV o fasciculares
- Antecedentes familiares de muerte súbita

Si la respuesta es SI,
entonces es de alto riesgo

Estratificación del Riesgo

¿Tiene el paciente un ECG alterado?

- Evidencia de isquemia
- Taquicardia ventricular o EV frecuentes
- Taquiarritmias supraventriculares
- Evidencia de enfermedad del nodo
- Bloqueos AV 2º Mobitz II o 3º
- Bloqueos fasciculares
- QRS > 120ms
- QT > 440ms
- Evidencia de Muerte Súbita

Si la respuesta es SI,
entonces es de alto riesgo

Estratificación del Riesgo

¿Tiene Alguno de los Siguietes?

- Hay sospecha o no se descartaron etiologías ominosas
- Hay sospecha de convulsión
- Mayor de 65 años
- Sin red de apoyo
- Polifarmacia (3) posible de asociar al síncope
- Sospecha de convulsión
- Trauma importante asociado a un síncope benigno

Si la respuesta es SI,
entonces es de alto riesgo

Estratificación del Riesgo

Si todas las respuestas fueron NO y el paciente es menor de 45 años puede manejarse ambulatoriamente



HERE MEN FROM THE PLANET EARTH
FIRST SET FOOT UPON THE MOON
JULY 1969, A. D.

WE CAME IN PEACE FOR ALL MANKIND

Neil A. Armstrong *Michael Collins* *Edwin S. Aldrin, Jr.*

NEIL A. ARMSTRONG MICHAEL COLLINS EDWIN S. ALDRIN, JR.
COMMANDER COMMANDER COMMANDER

Richard Nixon

RICHARD NIXON
PRESIDENT OF THE UNITED STATES OF AMERICA

A photograph of a lunar surface, showing a white rock in the upper center and a shadowed object in the lower center. The surface is covered in small rocks and dust. A white banner is overlaid at the bottom with the text "¿Qué Hacemos?".

¿Qué Hacemos?

¿Qué Hacemos?

- **No está demostrado que el hospitalizar a los pacientes de alto riesgo disminuya la mortalidad.**
- De la misma forma no está demostrado que la monitorización disminuya la mortalidad.
- **Teóricamente** alrededor del 50% de las disritmias que provocaron un síncope tienden a recurrir en las siguientes 24 horas.

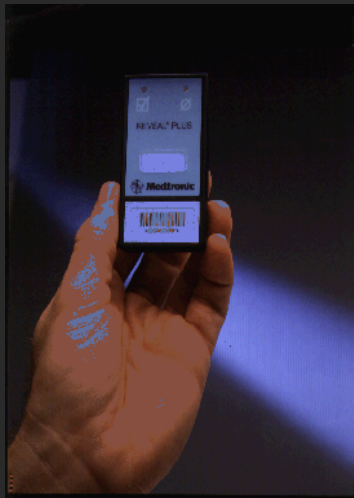
¿Qué Hacemos?

- Las normas internacionales (ESC) **recomiendan** que el paciente hospitalizado sea **monitorizado** por **24 horas**.
- Un paciente con síncope que se sospecha **cardiogénico** debería quedar hospitalizado e una **unidad de cuidado coronario**.
- Un paciente con síncope **sin etiología clara** debería quedar en una unidad de **monitorización general** durante 24 horas.

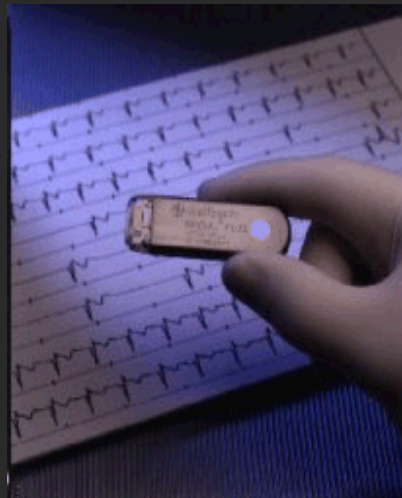
¿Qué Hacemos?

- La evidencia actual es que los **EEF** deben ser reservados para pacientes en los cuales se sospechen disrritmias ventriculares paroxísticas (eventualmente DAE empírico)
- El uso de **ELR** ha demostrado que disminuye el numero de síncope sin etiología, pero no modifica la mortalidad.
- El resto de los **exámenes de laboratorio cardiológico** deben ser usados solo si existen sospechas clínicas de enfermedad.

Reveal[®] Plus Insertable Loop Recorder



Patient Activator



Reveal[®] Plus ILR



9790 Programmer

▲=Activation point



Corolario

- El síncope es solo un síntoma
- Puede ser causado por etiologías benignas hasta otras francamente ominosas
- El diagnóstico diferencial es extenso y no siempre se puede llegar a una causa
- **Resulta más fácil estratificar el riesgo asociado del paciente al evento sincopal**
- Los pacientes de alto riesgo deben ser ingresados al menos a una unidad de intermedio
- Los pacientes de bajo riesgo se pueden manejar de forma segura ambulatoriamente