

# ABORDAJE DEL SÍNCOPE EN URGENCIAS



**César Sáez Ariza.**

*Máster en Medicina Estética.*

*Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias.*

*Médico 061 de Sevilla.*

*Instructor de Soporte Vital Avanzado del Plan Nacional de RCP.*

## INTRODUCCIÓN

La práctica clínica en un centro de medicina estética no suele ser excesivamente agresiva ni intervencionista, por lo que los riesgos de presentar complicaciones agudas importantes son pequeños.

A pesar de ello, cualquier intervención, por pequeña que sea, se encuentra expuesta a la aparición de alguna de esas complicaciones. Es obligación, por ley, de todos los centros sanitarios, de contar con un material y medicación mínimos para hacer frente a las mismas. Igualmente, es necesario que el profesional de la medicina estética esté familiarizado con ellas.

Precisamente el escaso índice de presentación de complicaciones graves hace que si bien el conocimiento teórico se posee, no se tenga la desenvoltura que sólo ofrece la experiencia y la práctica diaria. La implantación en todo el territorio nacional de los Sistemas Integrales de Urgencias y Emergencias hace que podamos solicitar la presencia de equipos de urgencias o emergencias a través de un número de teléfono que puede variar según las comunidades autónomas (061, 112,..).

Los cuadros clínicos que se pueden presentar pueden ser, aunque infrecuentes, variados (desvanecimientos, reacciones alérgicas, etcétera...). Pero también debemos recordar que estamos en un centro sanitario, y se nos puede requerir como médicos para una primera atención de un paciente que de forma súbita se ha encontrado mal, aunque no esté directamente relacionado con nuestra actividad (acompañante en la sala de espera, transeúnte,...).

No obstante, tratar de abarcar todas estas posibilidades sobrepasaría el propósito del presente tema, y correspondería más a un tratado de urgencias.

Hay una entidad fisiopatológica que, como veremos más adelante, tiene mucha predisposición a presentarse entre nuestros pacientes, y es el **síncope**. De él vamos a tratar.

No lo vamos a analizar de forma exhaustiva, para ello podremos recurrir a mucha bibliografía de urgencias y emergencias. Si vamos a dar un enfoque sencillo y un esquema de abordaje terapéutico práctico.

## CONCEPTO DE SÍNCOPE

El síncope es una pérdida **transitoria** del conocimiento debida a una hipoperfusión cerebral global transitoria, caracterizada por ser de **inicio rápido** (puede haber pródromos), **duración limitada** y **recuperación espontánea completa**.

El síncope es un cuadro muy frecuente que engloba procesos banales y

enfermedades con alta morbimortalidad. La cardiopatía estructural y la enfermedad eléctrica primaria son los principales factores de riesgo de muerte súbita cardíaca y mortalidad global en pacientes con síncope.

Para confirmar un síncope, deberemos responder afirmativamente a cada una de las cuatro preguntas siguientes:

1. ¿La pérdida de conocimiento fue completa?
2. ¿La pérdida de conocimiento fue transitoria, de comienzo rápido y duración corta?
3. ¿El paciente se recuperó espontánea y completamente y sin secuelas?
4. ¿El paciente perdió el tono muscular?

Es muy frecuente que nos encontremos con episodios de sensación de desfallecimiento inminente sin llegar a perder la conciencia, con cortejo vegetativo importante (palidez, sudoración). Nos encontraremos ante un **pródromo del síncope** si el cuadro evoluciona a éste, o ante un **presíncope**, si queda ahí y no se llega a perder completamente la conciencia.

Es importante tener previamente recogidos en la historia clínica antecedentes personales de cardiopatía, síncope previos y medicación habitual.

## CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA

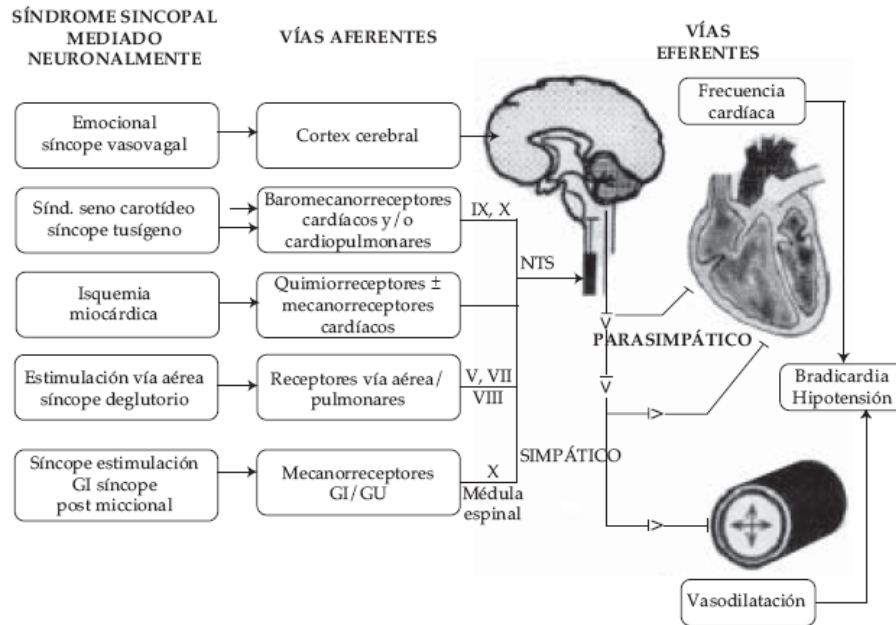
### Síncope reflejo o neuromediado

Los reflejos cardiovasculares no responden ocasionalmente ante diferentes tipos de estímulos y se produce vasodilatación o bradicardia y, por lo tanto, una caída en la presión arterial y en la perfusión cerebral global.

En este grupo se encontrará el síncope más frecuentes que nos vamos a encontrar, el **síncope vasovagal**. Entre los factores desencadenantes del mismo nos encontraremos el miedo, el dolor, la fobia a la sangre, el estrés ortostático o gravitacional (estar mucho tiempo en tensión y de pie).

El paciente aprensivo, la deficiente anestesia, el tiempo de espera previo al tratamiento, van a ser factores que pueden conducir a un paciente predispuesto a sufrir un síncope.

Causa	Prevalencia media
Síncope neurogénico	
Descarga vasovagal	18(8-37)
Síncope situacional	5(1-8)
Síncope del seno carotídeo	1(0-4)
Desórdenes psiquiátricos	2(1-7)
Hipotensión ortostática	8(4-10)
Medicamentos	3(1-7)
Enfermedad neurológica	10(3-32)
Síncope cardíaco	
Enfermedad orgánica cardíaca	4(1-8)
Arritmias	14(4-38)
Desconocida	34(13-41)



De: Benditt D. Causes of Syncope. En: Podrid P, Kowey P. Cardiac Arrhythmia, Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.

### Síncope neuromediado

#### [Síncope debido a hipotensión ortostática](#)

La actividad simpática está crónicamente alterada de forma que la vasoconstricción es deficiente. Se suele producir en pacientes de edad avanzada y enfermedades crónicas (Parkinson, diabetes, toma de antihipertensivos / vasodilatadores, antidepresivos tricíclicos), ingesta de alcohol, depleción de volumen (diarrea, vómitos, hemorragias), por lo que su presentación en nuestra consulta no será muy probable, aunque es conveniente tener identificados a pacientes diabéticos o hipertensos.

Aún así, deberemos tener especial cuidado con el paciente que está durante un tiempo prolongado en un ambiente relajado, tumbado, y que de repente se pone de pie (un ejemplo claro será el paciente al que tras realizarle algún tratamiento lo dejamos un tiempo tumbado con una mascarilla; sobre todo si es mayor, deberemos invitarlo a incorporarse de forma progresiva y no brusca).

#### [Síncope cardiovascular](#)

Es la segunda causa más frecuente de síncope. Puede presentarse en ausencia de enfermedad estructural (arritmias, taquicardias o bradicardias) o en presencia de ellas (estenosis aórtica, hipertrofia ventricular izquierda,...).

Especial cuidado debemos tener con el síncope desencadenado por hiperestimulación del seno carotídeo. Ojo con los masajes o con la aplicación de hielo en la zona del cuello tras un tratamiento.

## EXPLORACIÓN BÁSICA

Nivel de conciencia.

Tensión arterial, si es posible en supino y en ortostatismo (disminución de TAs de 20 mmHg o más al pasar a bipedestación es signo de hipotensión ortostática).

Frecuencia cardiaca. Especial atención a las frecuencias extremadamente altas o bajas (mayores de 100 o menores de 50 lpm).

Frecuencia respiratoria. Una respiración acelerada y superficial puede corresponder a una hiperventilación psicógena en un paciente aprensivo.

Si disponemos de ello, monitorización cardiaca y saturación periférica de oxígeno

Los siguientes signos son indicativos de síncope grave:

- Desencadenado por esfuerzo
- Duración prolongada
- Acompañado o precedido de dolor torácico, disnea o cefalea
- Focalidad neurológica posterior
- Alteraciones en el ECG
- TAs menor de 90 mmHg

## MEDIDAS GENERALES DE ACTUACIÓN

La causa más frecuente en nuestro medio es el síncope vasovagal. La mayor parte de las veces se va a tratar de un presíncope.

El tratamiento postural suele ser suficiente (posición en Trendelemburg, o, en caso de que no sea posible, decúbito supino con elevación de las piernas). En caso de hipotensión persistente, canalizaremos una vía periférica con SSF.

En caso de no recuperación, o detección de alguna causa potencialmente grave (principalmente arritmias), activaremos al SIUE. Recordemos que si la pérdida de conciencia no es temporal y de recuperación completa, no se tratará de un síncope, y deberemos iniciar el algoritmo de soporte vital.