

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN INICIAL EN LOS PACIENTES CON SÍNCOPE

Autora: Dra. Lucía Larraín S., Residente de Medicina Familiar UC

Editora: Dra. Isabel Mora M., Docente de Medicina Familiar UC

Fecha: mayo 2021

Portada: El síncope es una pérdida transitoria de conciencia que tiene diferentes causas de gravedad muy variable, desde causas benignas hasta potencialmente mortales. En este artículo revisaremos la evaluación inicial del paciente con síncope, en el contexto de atención primaria, para identificar elementos que orienten el manejo posterior.

Palabras clave: Síncope, APS, Medicina Familiar, Evaluación inicial.

Introducción

El síncope se define como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y completa y se debe a hipoperfusión cerebral transitoria. Esta definición permite diferenciarlo de otras causas de pérdida transitoria de conciencia causadas por otros mecanismos.^(1,2)

Estudios indican que aproximadamente un 40% de los adultos han presentado un síncope alguna vez en su vida y la incidencia aumenta con la edad, siendo el triple sobre los 80 años. Según lo reportado en el Framingham Heart Study, 44% de los pacientes no consultaron luego de un episodio de síncope.⁽³⁾

Los pacientes con síncope significan un desafío diagnóstico dado que se puede presentar por causas muy variadas que pueden ser benignas hasta potencialmente mortales. Por lo anterior se debe determinar el alcance de la evaluación, qué exámenes solicitar y si es necesaria la hospitalización para monitorización o estudio inmediato.^(2,3)

Clasificación

La clasificación fisiopatológica se basa en la caída de la presión arterial con reducción del flujo sanguíneo cerebral como característica definitoria de síncope.⁽²⁾ Las tres etiologías de síncope más importantes son el síncope reflejo o neuromediado, el síncope de origen cardíaco y el síncope secundario a hipotensión ortostática (HO).^(1,2)

En la tabla 1 se muestran las distintas etiologías de síncope que se deben tener en cuenta al momento de realizar la evaluación de los pacientes.^(1,2)

Tabla 1. Clasificación de síncope^(1,2)

Síncope reflejo o neuromediado	<ul style="list-style-type: none">- Vasovagal- Situacional- Síndrome del senocarotídeo- Formas atípicas
Síncope de causa cardíaca	<ul style="list-style-type: none">- Arritmia (Bradiarritmia, Taquiarritmia)- Cardiopatía estructural
Síncope debido a hipotensión ortostática	<ul style="list-style-type: none">- HO inducido por fármacos- Depleción de volumen- Disfunción autonómica primaria- Disfunción autonómica secundaria

HO: Hipotensión ortostática

Elaboración propia a partir de referencia citada

Evaluación inicial

La evaluación inicial de un paciente que consulta por síncope se basa en tres pilares que corresponden a la **anamnesis, el examen físico y el electrocardiograma (ECG)**.⁽⁴⁾

Con la anamnesis se debe determinar si el evento corresponde a una pérdida transitoria de conciencia y si ésta es de origen sincopal.⁽²⁾

Una vez establecido esto se debe realizar una anamnesis completa que permita la identificación de factores de riesgo de que el síncope haya sido de origen cardíaco.⁽³⁾

Por lo tanto, la anamnesis debe incluir las circunstancias en que se produjo el síncope, los síntomas prodrómicos, si es que los hubo, los síntomas posteriores al evento, las enfermedades crónicas conocidas, los medicamentos que esté tomando el paciente y los antecedentes familiares, principalmente si hay antecedentes de muerte súbita o cardiopatías congénitas. Para obtener todos estos datos se puede utilizar tanto el autoreporte del paciente como la observación de terceros, especialmente para caracterizar el evento sincopal.^(2,4)

En segunda instancia se debe realizar el examen físico en el cual lo primero es obtener los signos vitales, sin olvidar evaluar una posible HO que se define como una caída de la presión arterial sistólica (PAS) mayor igual o mayor a 20mmHg, caída de la presión arterial diastólica igual o mayor a 10mmHg o una PAS menor a 90mmHg a la bipedestación.^(2,4)

También se debe realizar un examen cardíaco en búsqueda de alguna alteración y un examen neurológico.^(2,4)

Finalmente debemos solicitar un ECG que debe ser analizado minuciosamente.⁽⁴⁾

Con lo anterior se completa la evaluación inicial lo que permitirá identificar elementos que orienten a causa cardíaca, y por lo tanto de mayor gravedad.⁽⁴⁾ Si eso ocurre, las guías sugieren que los pacientes deben ser estudiados en un ambiente hospitalario o en el caso de APS los pacientes deben ser referidos al Servicio de urgencia (SU).^(2,4)

En la tabla 2 se enumeran estos elementos y otras que orientan a causas de menor gravedad.^(1,2,4)

Tabla 2. Elementos de la evaluación inicial que orientan sobre gravedad del síncope^(2,4)

Elementos que orientan a síncope de origen cardíaco	Elementos que orientan a síncope de origen no cardíaco
Edad mayor a 60 años	Paciente joven
Sexo masculino	Sin cardiopatía
Antecedente de cardiopatía isquémica, arritmia o función ventricular disminuida	Síncope sólo en bipedestación
Pródromo breve como palpitaciones o sin prodromo	Síncope producido en cambios posicionales
Síncope durante el esfuerzo	Presencia de prodromo: náuseas, vómitos, sensación de calor
Síncope en posición supina	Presencia de gatillantes específicos: Deshidratación, dolor, ambiente médico
Pocos episodios de síncope (1-2)	Presencia de gatillantes situacionales: Tos, risa, defecación, deglución
Examen cardíaco anormal	Historia de síncope recurrente con características similares
Antecedente familiar de muerte súbita	ECG normal
Antecedente de cardiopatía congénita	
Alteraciones en el ECG	

Elaboración propia a partir de referencias citadas

Se ha observado una alta precisión diagnóstica por parte de los médicos luego de la evaluación inicial de los pacientes con síncope.⁽⁵⁾ En un estudio⁽⁵⁾ se evaluó la exactitud diagnóstica de la causa de síncope al comparar el diagnóstico dado tras realizar la evaluación inicial, categorizado como

diagnóstico seguro y diagnóstico altamente probable, comparado con el diagnóstico final dado luego de 2 años de seguimiento y de realizar más exámenes en caso de necesidad. En este estudio se observó una exactitud diagnóstica del 93% (IC 87-97%) en los casos en que el diagnóstico había sido seguro y de un 85% (IC 80-89%) en los casos en que era altamente probable. En promedio se obtuvo una exactitud diagnóstica del 88% (IC 84-91%).

Estratificación de riesgo

Con la información obtenida en la evaluación inicial se puede realizar una estratificación de riesgo del paciente. Según las diferentes guías se recomienda estratificar el riesgo según el criterio clínico ya que no se ha demostrado que ninguna escala sea superior para evaluar el riesgo. ^(2,4)

Según una revisión sistemática publicada el 2020, posterior a las últimas guías clínicas, se mantiene esta recomendación, aunque sugiere que la Canadian Syncope Risk Score (CSRS) sería la más precisa para identificar pacientes de alto y de bajo riesgo. ⁽⁶⁾

Exámenes complementarios

El realizar exámenes complementarios a pacientes que han presentado un síncope no se recomienda de regla y estos deben ser guiados por la evaluación inicial. ^(2,3,4)

Sería razonable realizar un test de embarazo a mujeres en edad fértil y un hemograma en sospecha de sangrado o anemia. ⁽³⁾

El ecocardiograma podría ser útil en pacientes en los que se sospeche cardiopatía estructural por lo que se reserva para esos pacientes y no debe hacerse de rutina. ^(2,4)

Del mismo modo la monitorización cardíaca se recomienda sólo en pacientes en los que se sospecha una arritmia y puede realizarse con diferentes dispositivos. El Holter de ritmo se recomienda cuando los episodios de síncope son frecuentes, es decir al menos uno a la semana. ⁽²⁾

El Tilt test o mesa basculante podría solicitarse en caso que en la evaluación inicial se sospeche síncope vasovagal o HO, pero queden dudas diagnósticas. ^(2,4)

Por último, las neuroimágenes tampoco se recomienda realizarlas en forma rutinaria a menos que se evidencie focalidad neurológica en el examen físico o haya habido traumatismo craneal. ⁽⁴⁾

Conclusiones

- El síncope corresponde a una pérdida transitoria de conciencia que tiene causas variadas y heterogéneas en su gravedad.
- Implica un desafío diagnóstico y obliga a realizar una evaluación minuciosa para estratificar el riesgo e intentar identificar la causa.
- Una correcta evaluación inicial incluye una anamnesis detallada, el examen físico y un ECG, asociado siempre al criterio clínico.
- Esta evaluación inicial permitirá identificar elementos que orienten a un síncope de origen cardíaco de mayor gravedad que requiera derivación a urgencias o manejo intrahospitalario, o por el contrario, elementos que orienten a causas más benignas que puedan manejarse de forma ambulatoria.
- Del mismo modo la evaluación inicial permitirá establecer la necesidad de algún estudio complementario y orientar al más adecuado para el paciente.

Referencias:

1. Belzunegui Otano T, Aldaz Berruezo J, Lafuente Jiménez A. Síncope. FMC - Formulario Médica Contin Aten Primaria. 2001; 8 (6): 378–89
2. Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento del síncope. Rev Esp Cardiol. 2018; 71 (10): 837.e1-837.e92.
3. Gauer R. Evaluación del síncope. Soy Fam Physician. 2011; 84 (6): 640–50.
4. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, et al. Guía de 2017 ACC / AHA / HRS para la evaluación y el tratamiento de pacientes con síncope: un informe del grupo de trabajo del Colegio Estadounidense de Cardiología / Asociación Estadounidense del Corazón sobre las guías de práctica clínica y la sociedad del ritmo cardíaco. J Am Coll Cardiol. 2017; 70 (5): e39–110.
5. van Dijk N, Boer KR, Colman N, Bakker A, Stam J, van Grieken JJM y col. Alto rendimiento diagnóstico y precisión de la historia, el examen físico y el ECG en pacientes con pérdida transitoria del conocimiento en FAST: el estudio de evaluación de desmayos. J Cardiovasc Electrophysiol. 2008; 19 (1): 48–55.
6. Swenor RAL, Redelmeier RJ, Simel DL, Albassam OT, Shadowitz S, Etchells EE. Multivariable risk scores for predicting short-term outcomes for emergency department patients with unexplained syncope: A systematic review. Acad Emerg Med. 2021;28(5):502–10.