

Consenso sobre algoritmo diagnóstico de síncope

Sabina Halac¹, Marcelo A. Villafañe², Andrés Caeiro³, Alejandro Contreras³, Ricardo Albertini⁴

¹ Médica residente, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, ² Guardia Externa, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, ³ Servicio de Cardiología, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, ⁴ Servicio de Clínica Médica, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba

Síncope

Pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural, debido a hipoperfusión cerebral, de inicio rápido, duración corta y recuperación espontánea y completa.

Evaluación inicial del paciente con síncope

1. ¿Es SÍNCOPE?
2. La historia nos orienta a algún diagnóstico etiológico? ¿Hay PATOLOGÍA CARDIACA?
3. Estratificar el RIESGO. Evaluar internación vs. Manejo ambulatorio

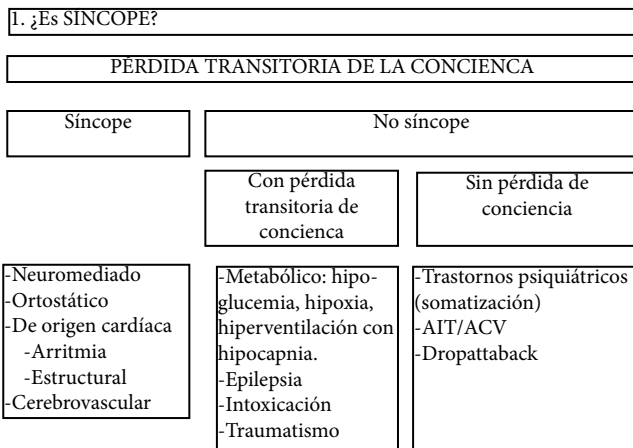


Figura 1

Correspondencia:

Sabina Halac
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba
Av. Naciones Unidas 346. X5016KEH
E-mail: sabi_halac@hotmail.com

2. ¿La historia nos orienta a algún diagnóstico etiológico? ¿Hay PATOLOGÍA CARDIACA?

Evaluar

- Anamnesis: Interrogar siempre sobre: Situación en que se produjo el síncope
- Prodromos
- Descripción de Testigos
- Recuperación
- Antecedentes familiares y personales

-Examen Físico

Signos vitales

Siempre evaluar HIPOTENSIÓN ORTÁSTICA

- Mantener el paciente en posición supina por 10 min y medir TA y FC, posteriormente realizar nuevamente medición de TA y FC con el paciente en bipedestación por 3 min.

Se define Hipotensión Ortostática a la caída de la TAS más de 20 mmHg y/o de la TAD más de 10 mmHg.

- Realizar examen físico completo enfatizando examen neurológico y cardiovascular.

-ECG

-Laboratorio: Pedir HB, Hto, ionograma, urea, creatinina y glucemia. Mujeres en edad fértil pedir BHCG. Según la clínica, puede ser necesario pedir enzimas cardíacas, gases arteriales u otros

Figura 2

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE SÍNCOPE			
	EPILEPSIA	SÍNCOPE	SÍNCOPE PSICOGENO
Prodromos	-Aura	-Síntomas neurovegetativos o sin prodromos	
Descripción de un testigo	-Movimientos tónico-clónicos prolongados. Se inician antes o simultáneamente con la pérdida de conocimiento -Movimientos clónicos automáticos -Mordedura de lengua (lateral) -Relajación de esfínteres -Cianosis facial -Rigidez	-Movimientos tónicos clónicos breves. Se inician luego de la pérdida de conciencia -Flacidez -Palidez, sudoración -Puede haber relajación de esfínteres pero no es lo habitual. -Puede haber mordedura de la lengua en la punta	-Movimientos que aumentan y disminuyen durante la pérdida de conciencia -PTC de larga duración (> de 2 min) -Ojos cerrados -Pobre respuesta a drogas antiepilépticas
Recuperación	-Prolongada -Confusión -Dolor muscular	-Rápida -Síntomas neurovegetativos	-Paciente recuerda eventos sucedidos durante la pérdida de conciencia
Antecedentes	-Antecedente familiar de epilepsia -Antecedente de TCE, hipoxia cerebral neonatal	-Antecedentes familiares de muerte súbita -Antecedentes de miocardiopatía o arritmias -Fármacos (antihipertensivos, antianginosos, antiarrítmicos, antipresivos)	-Historia psiquiátrica

Tabla 1. Principales diagnósticos diferenciales de síncope

BIBLIOGRAFÍA

1. Brignole M, Hamdan MH. New concepts in the assessment of syncope. *J Am CollCardiol*. 2012 May 1;59(18):1583-91.
2. Brignole M, Menozzi C, Bartoletti A, Giada F, Lagi A, Ungar A, Ponassi I, Mussi C, Maggi R, Re G, Furlan R, Rovelli G, Ponzi P, Scivales A. A new management of syncope: prospective systematic guideline-based evaluation of patients referred urgently to general hospitals. *Eur Heart J*. 2006 Jan;27(1):76-82. Epub 2005 Nov 4
3. Consenso para el diagnóstico y tratamiento del síncope. Sociedad Argentina de cardiología. *Revista Argentina de Cardiología*. Vol 80 N 1. Enero –Febrero 2012. 3. Consenso para el diagnóstico y tratamiento del síncope. Sociedad Argentina de cardiología. *Revista Argentina de Cardiología*. Vol 80 N 1. Enero –Febrero 2012.
4. Cooper PN, Westby M, Pitcher DW, Bullock I. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for management of transient loss of consciousness. *Ann Intern Med*. 2011 Oct 18;155(8):543-9.
5. Kessler C, Tristano JM, De Lorenzo R. The emergency department approach to syncope: evidence-based guidelines and prediction rules. *Emerg Med Clin North Am*. 2010 Aug;28(3):487-500.
6. National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions (UK). Transient Loss of Consciousness ('Blackouts') Management in Adults and Young People [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2010 Aug. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63820/>
7. Ouyang H, Quinn J. Diagnosis and evaluation of syncope in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 2010 Aug;28(3):471-85.
8. Petkar S, Cooper P, Fitzpatrick AP. How to avoid a misdiagnosis in patients presenting with transient loss of consciousness. *Postgrad Med J*. 2006 Oct;82(972):630-41. Review.
9. Quinn J, McDermott D, Stiell I, Kohn M, Wells G. Prospective validation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with serious outcomes. *Ann Emerg Med* 2006;47:448–454.
10. Smars PA, Decker WW, Shen WK. Syncope evaluation in the emergency department. *Curr Opin Cardiol*. 2007 Jan;22(1):44-8. Review.
11. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope; European Society of Cardiology (ESC); European Heart Rhythm Association (EHRA); Heart Failure Association (HFA); Heart Rhythm Society (HRS), Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB, Deharo JC, Gajek J, Gjesdal K, Krahn A, Massin M, Pepi M, Pezawas T, Ruiz Granell R, Sarasin F, Ungar A, van Dijk JG, Walma EP, Wieling W. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J*. 2009 Nov;30(21):2631-71.