

## Evaluación y manejo del paciente con síncope

Estepo J.F.<sup>1</sup>, Cáceres Monié C.R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sección Electrofisiología Cardíaca  
Servicio de Cardiología, Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia:

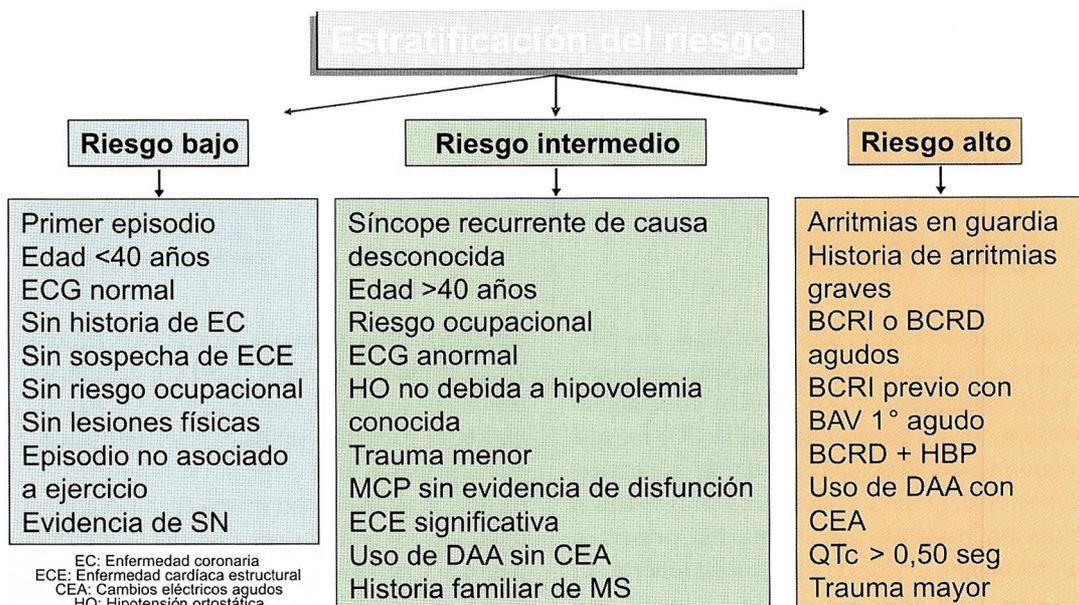
Perdriel 74, Buenos Aires, (1280), Argentina  
Teléfono/Fax: 5411 4309 6400

### Introducción

El presente camino crítico para pacientes con síncope fue realizado luego de un intercambio de conceptos e ideas entre todos los integrantes del Servicio de Cardiología de nuestro Hospital.

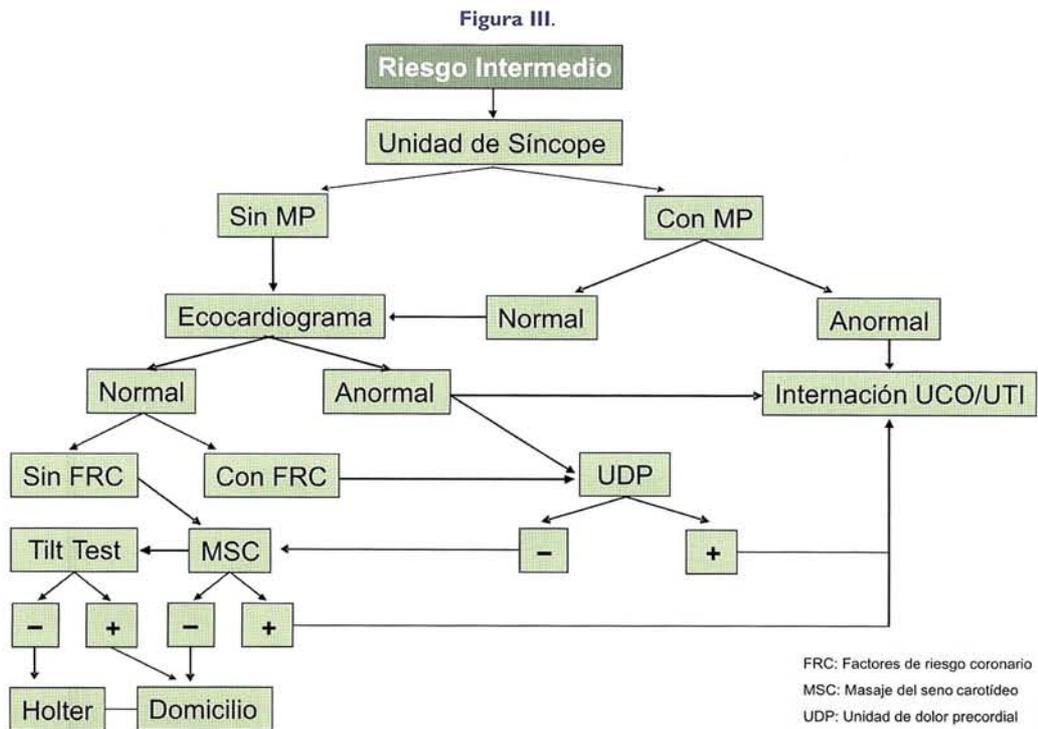
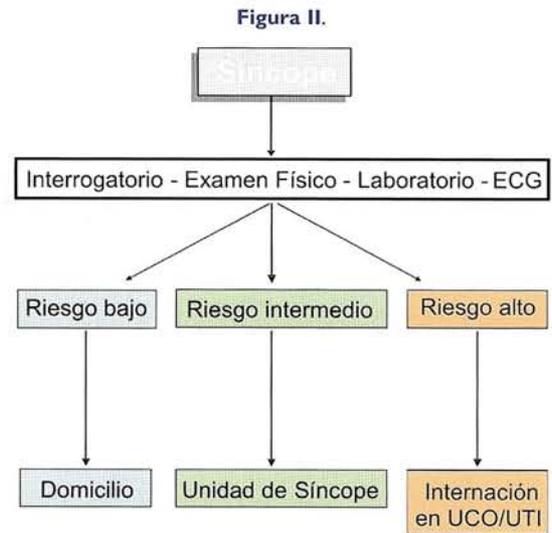
El síncope consiste en la pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural, seguida de recuperación espontánea, sin necesidad de maniobras de reanimación. Constituye el 6% de los ingresos hospitalarios y el 3% de las consultas en guardia. El pronóstico varía de acuerdo a su origen. Algunos subgrupos tienen una buena evolución, mientras que otros tienen un riesgo aumentado de muerte súbita. Dada la dificultad para establecer un diagnóstico definitivo en el Servicio de Emergencias, existe una tendencia a internar a estos pacientes para completar el estudio complementario. Esta elevada tasa de internaciones lleva a un importante consumo de recursos y esto no ha demostrado que influya en el pronóstico del paciente.

Figura I.



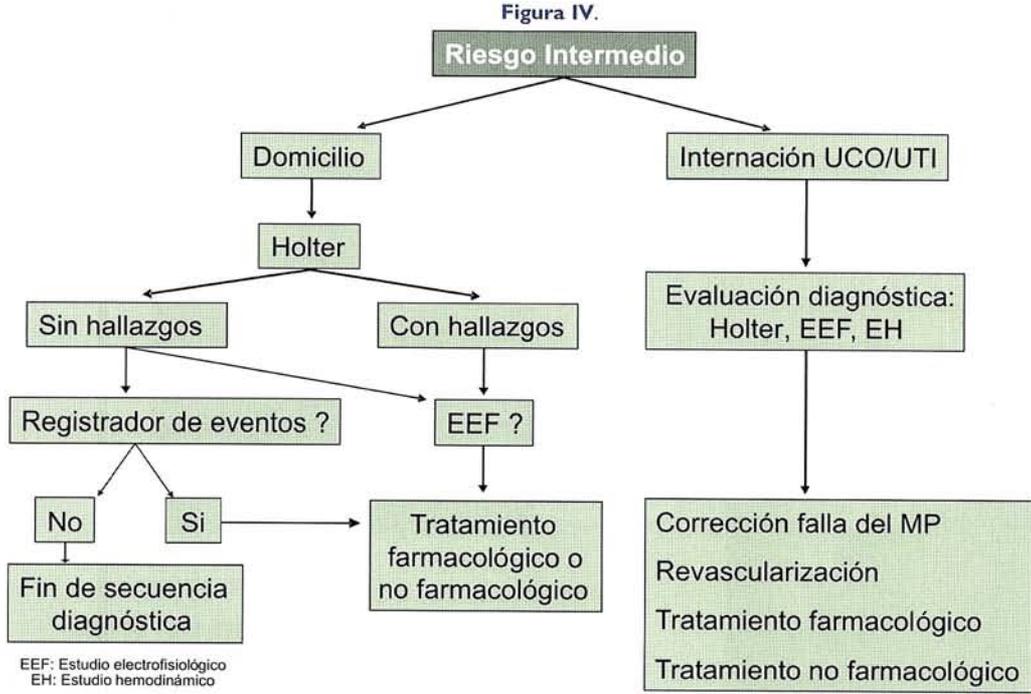
Nuestro objetivo fue crear una Unidad de Síncope que, mediante un algoritmo diagnóstico, pudiera prevenir las internaciones innecesarias de los pacientes que concurren a la Sala de Emergencia con síncope y lograr un rendimiento diagnóstico adecuado sin afectar el pronóstico de los pacientes.

Para ello, efectuamos un interrogatorio, un examen físico y análisis de laboratorio. De esta manera estratificamos el riesgo de cada paciente en un período menor de 24 horas. El riesgo de morbilidad y mortalidad en pacientes con síncope evaluados en la Sala de Emergencia fue clasificado en alto, intermedio y bajo. El riesgo bajo (RB) corresponde a los pacientes que presentan un primer episodio, edad <40 años, ECG normal, sin cardiopa-



tía, riesgo ocupacional ni lesiones físicas, sin relación con el ejercicio o claro origen neurocardiogénico. Estos pacientes con RB egresan directamente. Corresponden a riesgo intermedio (RI) los que presentan síncope recurrente, edad >40 años, riesgo ocupacional, porten marcapasos sin evidencia de disfunción, padezcan una cardiopatía, presenten un trauma menor o historia familiar de muerte súbita. El riesgo alto (RA) corresponde a los pacientes que se presentan con arritmias, tienen historia de arritmias graves, BCRI o BCRD agudos, están re-

cibiendo antiarrítmicos con cambios agudos en el ECG, presentan un QTc <0.50 seg o padecieron un traumatismo mayor. Los pacientes con RA son internados. El paciente con RI es re-estratificado. Si tiene marcapasos se lo controla: si es anormal se interna y si es normal o no posee, se efectúa un ecocardiograma. Si el mismo es anormal se interna o bien pasa a la Unidad de Dolor Precordial. Si el ecocardiograma es normal se realiza un "tilt test". Si resulta positivo egresa y si es negativo se le coloca un Holter previo al egreso.

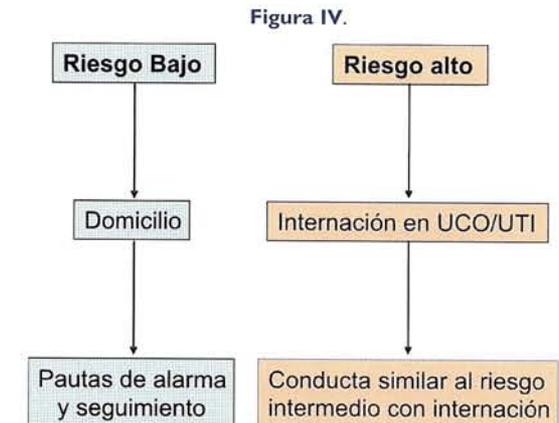


En diferentes trabajos que hemos presentado, demostramos que siguiendo este algoritmo, se puede evitar la internación de los 2/3 de los pacientes con RI que en las condiciones habituales hubieran sido admitidos en el hospital.

Otros estudios obtuvieron similares resultados y además comprobaron que la utilización de estos protocolos llevados a cabo en Unidades de Síncope no suponen una mayor incidencia de eventos adversos durante el seguimiento.

### Bibliografía

1. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Benjamin EJ, et al. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med.* 2002;347:878-85.
2. Shen WK, Decker WW, Smars PA, Goyal DG, Walker AE, Hodge DO, et al. Syncope Evaluation in the Emergency Department Study (SEEDS): multidisciplinary approach to syncope management. *Circulation.* 2004;110:3636-45.
3. Estepo, José; Cáceres Monié, César; Montoya, Pablo; César, Jorge; Casas, Fernando; Manuale, Osvaldo; Humphreys, Juan; Baranchuk, Adrián; Morillo, Carlos. Hospital Británico de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. -McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada. A Syncope Unit avoids unnecessary admissions: A pilot experience in a community Hospital. *Heart Rhythm* 2006. Vol 3 (5); S314: P6-39



4. Brignole M, Ungar A, Batoletti A, Ponassi I, Lagi A, Mussi C, et al, for the Evaluation of Guidelines in Syncope Study 2 (EGSYS 2) group. Standardized-care pathway vs usual management of syncope patients presenting as emergencies at general hospitals. *Europace.* 2006;8:644-50.
5. Felipe Rodríguez-Entem, Susana González-Enrriquez, Juan J. Olalia-Antolín, Manuel Cobo-Beláustegui, Víctor Expósito-García, Miguel Llano-Cardenal, Miguel A. Casanova-Martín y Cristina Ruisánchez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España. Manejo del síncope en el servicio de urgencias sin ingreso hospitalario: utilidad de un protocolo coordinado con la unidad de arritmias. *Rev Esp Cardiol* 2008;61(1):22-8

