

# Manejo de los pacientes con síncope: de las guías a la práctica clínica

Àngel Moya i Mitjans y Concepción Alonso Martín

Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

El síncope, definido como un síntoma caracterizado por pérdida de conciencia transitoria con recuperación espontánea, debido a hipoperfusión cerebral, es una entidad clínica muy frecuente<sup>1</sup>. A pesar de que es difícil establecer cuáles son la prevalencia y la incidencia de los episodios sincopales, datos recientes indican que un 9-35% de la población presenta algún episodio sincopal durante su vida<sup>2,3</sup>.

Los mecanismos que pueden llevar a un episodio sincopal son varios<sup>1</sup>. La causa más frecuente es la respuesta neuromediada, en la que cabe distinguir el síncope vasovagal, los síncope situacionales y los síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo. La segunda causa es las arritmias, ya sean bradiarritmias o taquiarritmias, habitualmente en pacientes con alteraciones del electrocardiograma (ECG) o con diversos grados de cardiopatía estructural. Menos frecuentes son los síncope debidos a hipotensión ortostática, habitualmente secundarios a disfunción autonómica o la administración de fármacos. Ocasionalmente el síncope es la forma de presentación clínica de diversas afecciones cardiopulmonares agudas, como la tromboembolia pulmonar, el infarto de miocardio o el taponamiento cardíaco, y de forma excepcional pueden deberse a un síndrome de robo de la subclavia.

La severidad y el impacto clínico de los episodios sincopales están determinados no sólo por su etiología, sino también por otras circunstancias, como el modo de presentación, la tasa de recurrencias o la situación profesional del paciente. Así, los síncope ocasionales de etiología vasovagal, con desencadenantes y pródromos reconocibles, son una situación clínica benigna, habitualmente bien tolerada y de buen pronóstico. Por el contrario, un solo episodio sincopal brusco en un

paciente con bloqueo de rama izquierda y disfunción ventricular es una situación potencialmente maligna que puede comprometer la vida del paciente. Sin embargo, hay pacientes con síncope neuromediados en los que, bien por presentar episodios muy recurrentes o bruscos, bien porque desarrollan alguna actividad laboral de riesgo (trabajadores en andamios o conductores profesionales), los síncope tienen un impacto muy negativo y pueden afectar severamente a su calidad de vida.

A pesar de su aparente aparatosidad, sólo entre un 33<sup>4</sup> y un 50%<sup>2</sup> de los pacientes que presentan un episodio sincopal solicitan atención médica y la mayoría de ellos lo tienen en un hospital<sup>4</sup>. Los episodios de pérdida de conciencia representan alrededor del 1% de todas las visitas a un servicio de urgencias hospitalarias, y entre el 1 y el 3% de los ingresos hospitalarios desde los servicios de urgencias<sup>5,6</sup>. Probablemente, los pacientes con síncope que ingresan en los hospitales no son representativos de la población general con síncope, ya que la media de edad en la mayoría de las series hospitalarias está entre los 65 y los 75 años, mientras que en la población general hay dos edades en las que más se presenta el síncope, en la adolescencia y en la edad adulta. Todo ello lleva a pensar que probablemente los pacientes que acuden a un servicio de urgencias de un hospital sean los más graves, con más episodios sincopales y quizá con mayor tasa de cardiopatía o alteraciones en el ECG basal. Así pues, de todo ello se deriva que la atención de pacientes con síncope en los servicios de urgencias es un problema cuantitativa y cualitativamente importante.

Las primeras descripciones sobre los mecanismos y la presentación clínica de los episodios sincopales datan de inicios del siglo XX. Sin embargo, fue a partir de la década de los ochenta, coincidiendo con el desarrollo de nuevas herramientas diagnósticas para el síncope, como la prueba en tabla basculante, la monitorización electrocardiográfica ambulatoria, los estudios electrofisiológicos y, más recientemente, los registradores de eventos implantables, cuando hubo un incremento en el número de publicaciones sobre el síncope. Todo ello ha propiciado un importante avance en el conocimiento de los mecanismos, las etiologías y los aspectos pronósticos de los pacientes con síncope,

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 22-8

Correspondencia: Dr. À. Moya i Mitjans.  
Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Vall d'Hebron.  
Pg. de la Vall d'Hebron, 119-120. 08022 Barcelona. España.

Full English text available from: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

pero todavía quedan por responder cuestiones referentes al papel de las diferentes pruebas y a la estrategia diagnóstica que seguir en estos pacientes<sup>6,7</sup>. Por otra parte, estos avances no se han acompañado de una mejora en el conocimiento del tratamiento de muchos de estos pacientes, especialmente aquellos con síncope neuromediados o por hipotensión ortostática.

Así pues, en un intento de poner orden y dar pautas de actuación estructurada para el manejo de los pacientes con síncope, se elaboraron las guías de actuación clínica sobre el síncope de la European Society of Cardiology (ESC) en 2001, actualizadas en 2004<sup>1</sup>. Coincidiendo con la difusión de dichas guías, apareció una serie de publicaciones en las que se valoraron diferentes estrategias dirigidas a mejorar la aproximación diagnóstica en pacientes con síncope<sup>5-11</sup>. Los objetivos de dichas estrategias eran incrementar la tasa de diagnósticos etiológicos, racionalizar el uso de pruebas y disminuir la tasa de ingresos innecesarios.

Blanc et al<sup>5</sup> realizaron un estudio en el que compararon una serie de variables que incluían las exploraciones complementarias realizadas, la tasa de ingresos y la tasa de diagnósticos, en situación basal y tras un período en que se había hecho difusión y docencia sobre las guías de la ESC; observaron que dicha estrategia no lograba mejorar el patrón de asistencia a estos pacientes.

Otra alternativa que se ha propuesto es la creación de las llamadas «unidades de síncope» (US). El concepto de US ha sido diferente según los autores. Así pues, Shen et al<sup>8</sup> describen un modelo de US que es una área específica dentro del servicio de urgencias, con disponibilidad de monitorización ECG durante varias horas y acceso preferente a todas las exploraciones específicas para el síncope. Para otros autores<sup>9</sup>, se trataría de una estructura coordinada por cardiólogos especializados, a los que se puede remitir a todos los pacientes vistos por síncope. Asimismo, desde esta unidad se tendría acceso preferencial para la realización de las pruebas necesarias, y habría posibilidad de consulta con otros especialistas cuando se considerara necesario. Shen et al<sup>8</sup> compararon, en un subgrupo seleccionado de pacientes que definieron como de riesgo intermedio, su estrategia habitual con el manejo de estos pacientes en la US del servicio de urgencias. Con esta estrategia, observaron un incremento en la tasa de diagnósticos y una reducción de los ingresos hospitalarios, con una supervivencia similar en el seguimiento de ambos grupos. Por otro lado, Brignole et al<sup>9</sup>, con su modelo de US, compararon la asistencia a pacientes con episodios sincopales atendidos en 6 hospitales que disponían de US frente a otros 6 que no disponían de ella. En ese estudio observaron que en el grupo de hospitales con US hubo una reducción en la tasa de hospitalizaciones, se realizaron menos pruebas por paciente, especialmente a expensas de reducir el número de exploraciones poco útiles para el síncope, y hubo un in-

cremento en la tasa de pacientes en que se llegó al diagnóstico etiológico final.

Todas estas observaciones llevaron a que en la actualización de las guías para el manejo del síncope de la ESC publicadas en 2004<sup>1</sup> se dedicara un apartado específico al modelo organizativo para la atención de pacientes con síncope. En ese apartado se destaca el hecho de que la asistencia convencional de los pacientes con síncope es heterogénea, conlleva frecuentemente la realización de pruebas diagnósticas no indicadas y comporta una tasa de ingresos muy elevada<sup>5,6</sup>. Por este motivo se consideró que se debía definir un modelo que mejorara el manejo de estos pacientes. Más que una estructura única y rígida, se definieron diferentes modelos asistenciales, que tenían en común que hubiera un protocolo estructurado y uniforme, lo más adherido posible a las guías de actuación clínica, que en cada centro hubiera un grupo específico de especialistas que coordinara la aplicación de dicho protocolo y que se estableciera una vía de acceso rápida y preferente de estos pacientes a las exploraciones necesarias para su estratificación y diagnóstico. En ese apartado se hace referencia específica a que el tipo de especialista que debe hacerse cargo de dicha unidad puede variar en función de las características del centro o del tipo de paciente referido<sup>10</sup>, pero en cualquier caso se hace hincapié en el aspecto multidisciplinario de la atención a estos pacientes y en la necesidad de colaboración entre los distintos servicios que pueden estar implicados en el proceso asistencial<sup>10</sup>. Recientemente, Brignole et al<sup>11</sup> han mostrado que, en un mismo hospital, la aplicación sistemática de un protocolo reglado que sigue el algoritmo diagnóstico de las guías de la ESC permite reducir la tasa de ingresos y el número de pruebas innecesarias y mejorar la tasa de diagnósticos, cuando se la compara con la práctica no controlada.

En este número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, Rodríguez-Entem et al<sup>12</sup> publican una experiencia que tiene como objetivo evaluar un protocolo de manejo del síncope en el propio servicio de urgencias basado en un algoritmo de diagnóstico y estratificación de riesgo y que está especialmente orientado a evitar el ingreso hospitalario. En su servicio de urgencias se dispone de un número variable de camas, en las que estos pacientes permanecen con monitorización ECG hasta que son dados de alta o ingresados. A estos pacientes se les aplica un protocolo diagnóstico del síncope, bien elaborado y estratificado, en el que se realizan todas las pruebas diagnósticas y eventualmente se aplica tratamiento manteniendo al paciente ingresado en el servicio de urgencias. De 199 pacientes que acuden al servicio de urgencias por síncope, se obtiene el diagnóstico etiológico tras la valoración inicial en 120 (60%) pacientes. De los restantes 79 pacientes, 52 que tenían el ECG y el ecocardiograma normales fueron dados de alta y se los programó para una prueba en ta-

bla basculante ambulatoria, mientras a los restantes 27, que tenían alteraciones en el ECG o en el ecocardiograma, se les realizó un estudio electrofisiológico, que fue anormal en 8 y normal en 16, y se los sometió a prueba en tabla basculante, que se consideró diagnóstica en 1 y no diagnóstica en los 15 restantes, a los que se implantó un registrador de eventos subcutáneo. Al final del estudio, en 36 pacientes se implantó un marcapasos y en 3, un desfibrilador automático implantable.

En ese estudio, aplicando un protocolo estricto y escalonado se consigue un diagnóstico final en el 78% de los pacientes, con una buena adecuación de las pruebas realizadas. La aportación más relevante de este estudio es que a estos pacientes se les aplica el algoritmo diagnóstico y terapéutico desde el mismo momento en que llegan al hospital y manteniéndolos en el mismo servicio de urgencias. Así pues, el 90% de los pacientes son estratificados, diagnosticados y eventualmente tratados en un plazo de  $19 \pm 15$  h, y precisan ingreso hospitalario sólo el 10% de los pacientes.

Para ello, los autores han puesto en marcha una estrategia similar a la descrita por Shen et al<sup>8</sup>, consistente en: una estrecha colaboración entre el servicio de urgencias y el servicio de cardiología, la disponibilidad de las pruebas necesarias para estos pacientes, especialmente el ecocardiograma y el estudio electrofisiológico, de forma preferencial e inmediata, y por último la disponibilidad de unas camas específicas con monitorización para estos pacientes, con posibilidad de estancia prolongada, en el propio servicio de urgencias. Ésta es una interesante aproximación a lo que debe ser un manejo multidisciplinario de los pacientes con síncope. Quedan, sin embargo, algunas cuestiones por responder con respecto a este diseño. En primer lugar, los autores se plantean como un objetivo que los pacientes permanezcan en el propio servicio de urgencias, sin ingresar en la sala de hospitalización, durante todo el proceso diagnóstico. El concepto de «no ingreso» en estos pacientes es relativo, pues lo que en realidad se hace es mantenerlos en el servicio de urgencias hasta haber completado la estratificación, las pruebas diagnósticas y el eventual tratamiento, lo que en realidad es una forma de mantenerlos hospitalizados. De hecho, el estudio no está diseñado para responder a la pregunta de si esta estrategia ahorra costos<sup>13</sup> y es más cómoda para el paciente y si, teniendo en cuenta la saturación de los servicios de urgencias en la mayoría de nuestros hospitales, representa una ventaja o una sobrecarga para dichos servicios. En realidad, la colaboración que se establece entre los dos servicios, así como la rapidez con que se realizan las pruebas necesarias, no debería estar en contradicción con el planteamiento de ingresar a los pacientes que requieran pruebas diagnósticas o tratamientos específicamente cardiológicos en los servicios de cardiología lo más precozmente posi-

ble. Otro de los aspectos importantes en ese estudio es la rapidez y la disponibilidad de las exploraciones requeridas en estos pacientes. Esta estrategia, en unos servicios de cardiología con unos laboratorios de ecocardiografía y unas unidades de arritmias cada vez más saturadas e implicadas en tratamientos complejos, puede plantear un problema logístico. Sin embargo, dado que en la mayoría de estos pacientes lo que se requiere son estudios relativamente simples, se debería valorar si el acceso preferente de los mismos a estudios dirigidos a confirmar o descartar una etiología arrítmica del síncope es factible y rentable en nuestro medio<sup>13</sup>.

Así pues, los resultados de ese estudio, que muestran cómo la colaboración estrecha entre el servicio de urgencias y el servicio de cardiología permite una elevada tasa de diagnósticos en un corto lapso, deberían ser un estímulo no sólo para establecer protocolos asistenciales estrictos, basados en las guías de actuación clínica, aplicables desde el mismo momento en que los pacientes acuden al hospital y con una colaboración multidisciplinaria, sino también para realizar estudios que permitan establecer cuál puede ser, en nuestro medio, la mejor estrategia de manejo que obtenga una elevada tasa de diagnósticos, con adecuación de los costes y sea aplicable a la mayoría de los centros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Brignole M, Alboni P, Benditt D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al. Guías de Práctica Clínica sobre el manejo (diagnóstico y tratamiento) del síncope. Actualización 2004. Versión resumida. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:175-93.
2. 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.
3. Ganzeboom KS, Mairuhu G, Reitsma JB, Linzer M, Wieling W, Van Dijk N. Lifetime cumulative incidence of syncope in the general population: a study of 549 Dutch subjects aged 35-60 years. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2006;17:1172-6.
4. Cosín Agullar J, Solaz Minguez J, García Civera R, Ruiz Granell R. Epidemiología del síncope. En: García Civera R, Sanjuán Mañez R, Cosín Aguilar J, López Merino V, editores. *Síncope*. Barcelona: MCR; 1989. p. 53-74.
5. Blanc JJ, L'her C, Gosselin G, Cornily JC, Fatemi M. Prospective evaluation of an educational programme for physicians involved in the management of syncope. *Europace*. 2005;7:400-6.
6. Martín Martínez A, Moya i Mitjans A, Del Arco Galán C, García Civera R, Laguna del Estal P, Martínez Alday J, et al. El síncope en el siglo XXI: análisis multidisciplinario de sus características clinicoepidemiológicas e implicaciones (estudio GESINUR-1) [resumen]. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58 Supl 1:117.
7. García Civera R, Ruiz Granell R, Morell Cabedo S, Sanjuan Mañez R, Perez Alcalá F, Plancha E, et al. Selective use of diagnostic tests in patients with syncope of unknown cause. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41:787-90.
8. Shen WK, Decker WW, Smars PA, Goyal DG, Walker AE, Hodge DO, et al. Syncope Evaluation in the Emergency Department Study (SEEDS): a multidisciplinary approach to syncope management. *Circulation*. 2004;110:3636-45.

9. Brignole M, Disertori M, Menozzi C, Raviele A, Alboni P, Pitzalis MV, et al. Management of syncope referred urgently to general hospitals with and without syncope units. *Europace*. 2003;5:293-8.
10. Kenny RA, O'Shea D, Walker HF. Impact of a dedicated syncope and falls facility for older adults on emergency beds. *Age Ageing*. 2002;31:272-5.
11. Brignole M, Ungar A, Bartoletti A, Ponassi I, Lagi A, Mussi C, et al. Standardized-care pathway vs. usual management of syncope patients presenting as emergencies at general hospitals. *Europace*. 2006;8:644-50.
12. Rodríguez-Entem F, González-Enríquez S, Olalla-Antolín JJ, Cobo-Belaustegui M, Expósito-García V, Llano-Cardenal M, et al. 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;61:22-8.
13. Barón-Esquivias G, Moreno SG, Martínez A, Pedrote A, Vázquez F, Granados C, et al. Cost of diagnosis and treatment of syncope in patients admitted to a cardiology unit. *Europace*. 2006;8:122-7.