



FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI

CARTA DE LA SALUD

NUMERO 88

www.clinicalili.org.co

SEPTIEMBRE 2003

S Í N C O P E

Luis Fernando Pava Molano, MD, PhD
Cardiólogo Electrofisiólogo

EDITORIAL

Una de las causas más frecuentes de alarma en cualquier situación cotidiana es la de alguien que súbitamente pierde el conocimiento y cae al suelo, ante el desconcierto y angustia de los presentes.

Aunque la gran mayoría de estos episodios son de naturaleza BENIGNA, precisamos conocer algunas características para diferenciarla de otras situaciones que anuncian problemas severos y que deberán atenderse prontamente.

La presente entrega de Carta de la Salud, explica muy claramente esta situación clínica y espera educar adecuadamente a toda la población acerca de las causas, factores predisponentes, equivocaciones y mejor manera de atender el SÍNCOPE.

Martín Wartenberg V., MD.
Médico Internista - Cardiólogo

DEFINICIÓN

Es la pérdida del tono muscular y del conocimiento con una pronta y completa recuperación. Cuando la persona no llega a perder el conocimiento le llamamos pre-síncope.

Existen muchas definiciones no médicas que pueden ser interpretadas como síncope o pre-síncope: “se me fueron

las luces, me dio la pálida, tuve una lipotimia, me desmayé, me da mal aire o sufro de desmayos”.

Definición. Es la pérdida completa del tono postural y de la conciencia con una recuperación rápida y completa.

IMPORTANCIA

La importancia del síncope depende de la causa y ésta, puede ser de carácter múltiple; por lo tanto la orientación diagnóstica y el tratamiento también son variados.

Hay causas benignas de síncope y de hecho son la mayoría de ellas, pero puede haber otras más peligrosas que incluso amenacen la vida del paciente.

Cuando evaluamos una pérdida del conocimiento, en primer lugar debemos preguntarnos si esa persona sufrió un verdadero síncope. Por ejemplo, alguien que experimente una abrupta caída al suelo y se despierta con pérdida de la fuerza de medio cuerpo, desviación de la boca, movimientos convulsivos e incapacidad para expresarse, no tuvo un síncope sino un accidente cerebrovascular. Tampoco es un síncope cuando la persona sufre de intensa sensación de rotación de los objetos (vértigo) con náuseas e incapacidad para mantenerse de pie pero sin perder el conocimiento.

La Fundación Clínica Valle del Lili es una Institución privada sin ánimo de lucro que pertenece a la comunidad; organizada para ofrecer servicios de salud de alta tecnología a todas las personas sin distinción de su condición socio-económica.

Si la persona tuvo un síncope o pre-síncope, debemos preguntarnos si éste representa un peligro para su vida; sabemos que las personas con enfermedades cardiovasculares y síncope, tienen un riesgo mayor.

Ante una pérdida del conocimiento debemos preguntarnos si es un verdadero síncope y si el síncope puede representar un peligro para la integridad o la vida de la persona.

CAUSAS DEL SÍNCOPE

La causa más frecuente es el síncope mediado neuralmente, también llamado neuro-cardiogénico, vaso-vagal o desmayo común y representa hasta el 50% de todos los síncope. Por lo general es el síncope que vemos en una misa concurrída, en el soldado que hace fila al sol durante mucho rato, o el que experimentan muchas personas cuando ven sangre, cuando les van a puncionar una vena o cuando sienten un intenso dolor.

Otras causas de síncope son las originadas en el corazón, llamados síncope cardiogénicos, entre los que hay una variedad amplia de trastornos como las arritmias rápidas, los bloqueos, las enfermedades de las válvulas o las enfermedades congénitas del corazón.

Las causas neurológicas de verdadero síncope son muy raras. La hipoglicemia no lo produce. Otras causas más raras son los trastornos endocrinos, neurológicos o psiquiátricos.

Las causas del síncope son múltiples y entre las más frecuentes están el neuro-cardiogénico y el cardiogénico. La hipoglicemia no produce síncope.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE SÍNCOPE

A. Inestabilidad vaso-motora mediada por reflejos.

1. Síncope vaso-vagal, desmayo común o mediado neuralmente.
2. Síncope situacional (durante la micción, la tos, la defecación o la deglución).
3. Síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo (receptores de presión que se encuentran en el cuello y que al estimularlos pueden producir síncope).

4. Síncope por neuralgias, cuando hay intenso dolor.
5. Síncope de las altitudes, como ocurre en ciertos montañistas al subir a grandes alturas.
6. Desórdenes psiquiátricos.

B. Hipotensión ortostática, cuando hay caída intensa de la presión arterial con el cambio de posición de estar acostado a estar de pie.

C. Enfermedades neurológicas.

1. Migrañas.
2. Accidentes cerebrales transitorios.
3. Algunas convulsiones.

D. Disminución de la producción sanguínea del aparato cardiovascular (gasto cardíaco disminuido).

1. Estenosis aórtica. (estrechez en la válvula de salida del corazón).
2. Cardiopatía hipertrófica (corazón demasiado grueso).
3. Estenosis mitral (válvula mitral estrecha).
4. Mixoma auricular (tumor cardíaco).
5. Estenosis de la válvula o las arterias pulmonares.
6. Embolia pulmonar (como una embolia desde una pierna con tromboflebitis).
7. Hipertensión pulmonar.
8. Otras causas cardíacas como infarto o taponamiento cardíaco.

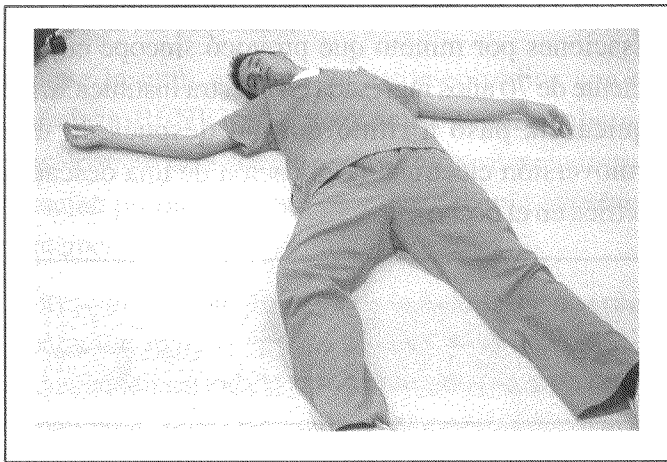
E. Trastornos del ritmo cardíaco.

1. Bradicardias o ritmos lentos del corazón: enfermedad del marcapasos natural del corazón, bloqueos cardíacos, ritmos lentos inducidos por fármacos o mal función de marcapasos artificiales.
2. Taquicardias o ritmos rápidos del corazón: taquicardia ventricular y taquicardias supra-ventriculares.

EXPLICACIÓN DEL SÍNCOPE COMÚN

El síncope de una persona que sufre un paro cardíaco transitorio, se debe a la falta de riego cerebral durante unos segundos.

Más difícil es explicar por qué ocurre el desmayo común. Cuando una persona está de pie, una cantidad abundante de sangre, por ejemplo 600 a 1000 CC, se acumula en el abdomen y en las piernas, especialmente en el sistema venoso, el cual tiene una gran capacidad para dilatarse y almacenarla. Si esa persona está predispuesta, por motivos que no conocemos claramente, y en situación propicia como estar en una fila durante mucho rato, el corazón late con más fuerza y rapidez con el fin de que llegue la sangre con buena presión al cerebro y se puede empezar a experimentar síntomas como palpitaciones, sudor frío, náuseas, malestar general y pérdida de la concentración. En caso de no tomar medidas para evitar la caída, hay personas que sufren un reflejo “neuro-cardiogénico” que induce bradicardia, vasodilatación con pérdida brusca de la presión arterial cerebral y caída al suelo. En el suelo la presión sanguínea cerebral y la conciencia se recuperan rápidamente.



CÓMO HACER EL DIAGNÓSTICO

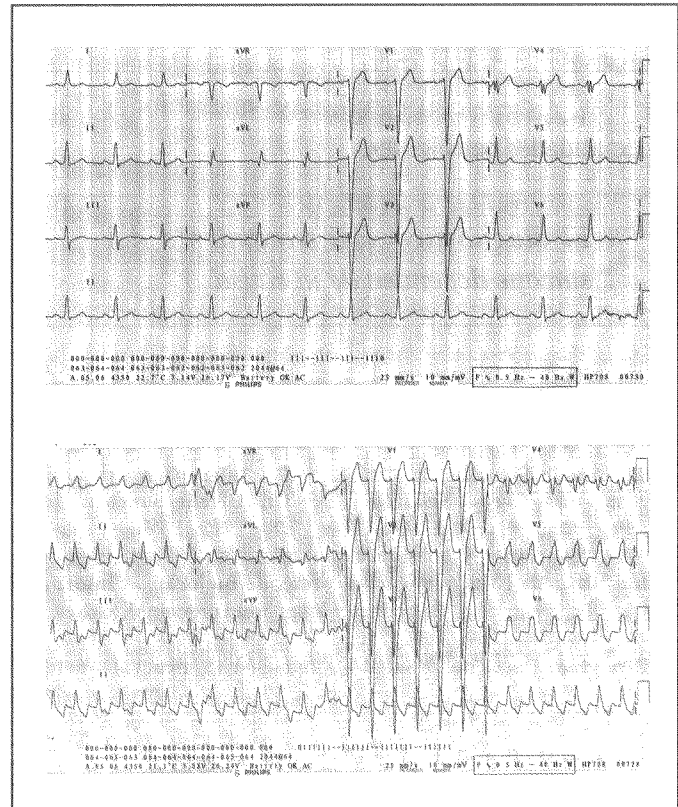
El diagnóstico de síncope es muy importante pues nos ayuda a diferenciarlo de un vértigo, de un accidente vascular cerebral o de caídas accidentales. Por eso es de gran valor que la persona que lo sufrió explique claramente el evento con sus circunstancias, y si es posible, que lleve a una persona que haya presenciado la situación. Muchas veces no es posible recordar los detalles de la caída y en otras nadie presencié, entonces los médicos ponemos en marcha unas exploraciones con el fin de encontrar la causa de dicho síncope.

EJEMPLOS DE SÍNCOPE

De manera respetuosa y a modo de ilustración, varios casos de síncope muestran la gran variedad de causas. El presidente de los EEUU, George Bush, sufrió un síncope tusígeno (causado por la tos) cuando se atragantó comiendo una galleta. La señora Noemí Sanín, mientras pronunciaba un discurso en una ciudad de la Costa Atlántica, durante su anterior campaña por la Presidencia de la República, sufrió un síncope precipitado por deshidratación y cansancio. El síncope del presidente de Cuba Fidel Castro durante uno de sus discursos en La Habana (no sabemos la causa). El joven jugador de básquetbol de Boston, Reggie Lewis, quien murió en un partido tres meses después de haber presentado un síncope y a quien se le había aconsejado abandonar la competencia deportiva porque se diagnosticó una enfermedad cardiaca; o el síncope de la ex-fiscal de los EEUU, señora Janeth Reno, en el contexto de su enfermedad de Parkinson.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico empieza por una cuidadosa historia clínica con exploración física y toma de la presión arterial. El consenso de expertos de la Sociedad Europea de



Electrocardiograma de un paciente con síncope por taquicardia

Cardiología (ESC), de la Asociación Americana del Corazón (AHA) y del Colegio Americano de Cardiología (ACC), recomienda como primera exploración el electrocardiograma con el que se puede sospechar y a veces diagnosticar la causa del síncope.

Otras veces hay que seguir profundizando en el estudio y otros exámenes pueden ser útiles como un Holter ECG de 24 horas, un ecocardiograma, una prueba de esfuerzo, etc. Las exploraciones neurológicas como el electroencefalograma, la escanografía craneal y la resonancia nuclear magnética cerebral tienen utilidad cuando existe una elevada sospecha de que el síncope sea por una enfermedad neurológica.

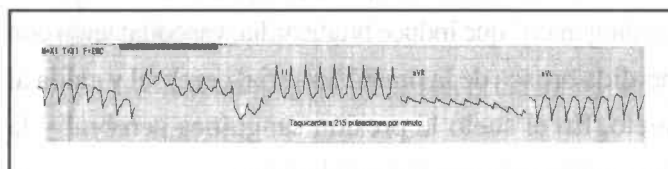
La curva de glicemia no está contemplada como exploración en el consenso de expertos de estas sociedades. Cuando existe hipoglicemia, la persona siente hambre y si es intensa y progresiva, se acompaña de una disminución del nivel de conciencia pudiendo llegar al coma, como puede ocurrir en diabéticos que por error utilizan exceso de medicamentos hipoglicemiantes.

Si sospechamos un desmayo común o neurocardiográfico, podemos realizar la prueba de la mesa basculante o "tilt-test" que consiste en poner de pie a la persona, utilizando una mesa o cama especial con la cual evaluamos los síntomas, la presión y el pulso cardiaco cuando subimos la cabecera de la cama a 70° durante varios minutos. Cuando sospechamos que hay un evento neurológico o psiquiátrico, no cabe duda de que se debe orientar el caso con estudios y valoraciones de las especialidades pertinentes.

El diagnóstico y el tratamiento del síncope dependen de la causa

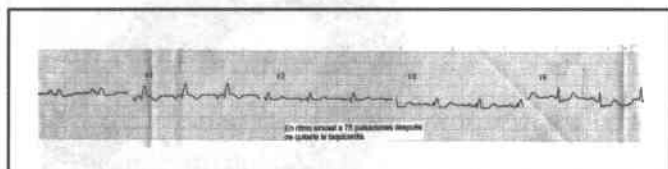
TRATAMIENTO

Es el de la causa del síncope. Por ejemplo una persona que toma dosis excesivas de un anti-hipertensivo debe disminuirla; otra con un bloqueo cardiaco amerita un marcapasos y la persona sana con síncope neurocardiográfico debe tomar en cuenta algunas medidas generales como: evitar comer con poca sal, estar bien hidratada, hacer ejercicio regular no extenuante, y muy importante, ante el menor asomo de síncope, sentarse con la cabeza entre las piernas o acostarse con las piernas en alto. A veces prescribimos fármacos que retardan la aparición de los síntomas y del síncope, mejoramos la calidad de vida de estas personas y conseguimos que se encuentren más seguras en sus actividades diarias.



ECG 1

En el ECG 1 se observa una taquicardia rápida a 215 pulsaciones por minuto que provocó síncope en una paciente de 70 años ingresada en nuestra Institución. La taquicardia pasó a ritmo normal después de una cardioversión eléctrica. (Aplicación de una descarga eléctrica en el pecho).



ECG 2

En el ECG 2 se observa el ritmo sinusal normal de la paciente a 75 pulsaciones por minuto.

Comité Editorial:

- Dr. Martin Wartenberg
- Dr. Paulo José Llinás
- Dra. Marisol Badiel
- Dra. Sonia Jiménez Suárez
- Dr. Adolfo Congote
- Dr. Jaime Orrego
- Dra. Yuri Takeuchi
- Enfermera Ma. Elena Mosquera
- Sra. María Teresa Sellarés
- Dr. Alfredo Sánchez
- Dr. Carlos Alberto Cañas

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Clínica Valle del Lili - Cra. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@telesat.com.co

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



EL PAIS
El Diario de nuestra gente

