

OLA DE CALOR

. . .



83 años

FRCV: Tabaquismo (1-2 puros/día) y dislipémico

Hª cardiológica: Valorado hace 2 años por alteración ECG (FA con adecuada respuesta ventricular y BRDHH). Se realizó ETT (AI ligeramente dilatada. IM leve. Esclerosis valvular aórtica. FEVI normal) y se recomendó ACO (CHA2DS2-vasc = 2).

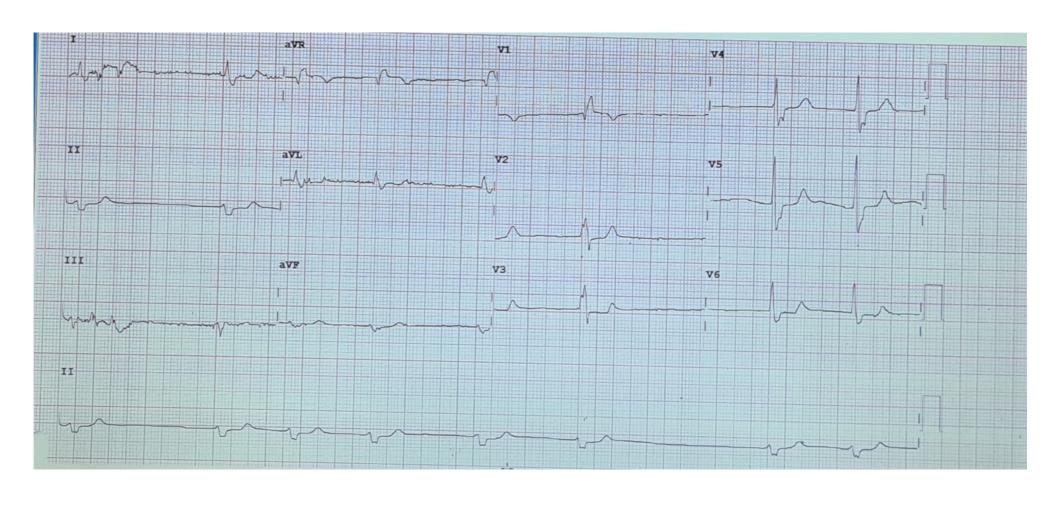
IQx catarata ojo derecho.

Tratamiento: Atorvastatina 10mg/24h. ACOD autofinanciado.

Acude al PAC por síncope. Refiere que estaba viendo en la TV un partido de tenis y se levantó a coger un vaso de agua porque hacía mucha calor. Como el partido estaba muy interesante se detuvo ante el TV y continuó viendo el partido en bipedestación durante 5 – 10 minutos (no sabe precisar). Percibió que se le nublaba la vista y se mareaba, pero no le dio tiempo a agarrarse. Presentó contusión leve en ambas rodillas y hombro derecho. Su esposa, que presenció el episodio refiere que estaba pálido y con sudor frío. Recuperación sin déficits neurológicos en segundos. No relató palpitaciones ni dolor torácico asociado. Atribuye a elevadas temperaturas. Acude por insistencia de su esposa, ya que él prefería "estar viendo el partido de tenis de Rafa Nadal".



Acude a PAC: Asintomático. TA 122/68 mmHg. EF anodina. Se adjunta el ECG realizado:





¿Qué consideras más acertado?

- 1.- No tengo suficientes datos. Remitiría a Urgencias para completar estudio.
- 2.- FA lenta y BRD. Indicado ingreso para implante de Marcapasos.
- 3.- TA en supinación y ortostática. Vigilancia domiciliaria y recomendaciones para evitar recurrencias (个 ingesta de líquidos, ↓exposición a temperaturas elevadas o bipedestación mantenida, etc.).
- 4.- FA bloqueada y BRD. Remito a Urgencias en ambulancia medicalizada.

Evaluación inicial del síncope (H+EF, ECG, PA en supinación y ortostática)

Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. Rev Esp Cardiol. 2018;71(10):837.e1-e92

H: HISTORIA

- Bipedestación, tras levantarse.
- Elevadas temperaturas.
- Sudor frío
- Palidez facial
- Pródromo (visión borrosa).
- No déficits neurológicos.
- Recuperación rápida, ad integrum
- No dolor torácico ni palpitaciones

Orientan a síncope por hipotensión ortostática

EF: Exploración Física

Anodina.

No soplos cardiacos ni otros signos clínicos que hagan sospechar cardiopatía estructural.

Tampoco signos que orienten a anemización /sangrado activo. HD estable durante valoración en PAC y asintomático.

TA en supinación y ortostática ¡¡IMPORTANTE!!

Una ↓de 20 mmHg en la TA sistólica y/o una ↓de 10 mmHg en la TA diastólica tras 2-5 minutos de bipedestación orienta a hipotensión ortostática.

ECG

- FA lenta (48 lpm)
- BRDHH (ya conocido previamente)

¿Tiene criterios ECG de alto riesgo por los que deba derivarse al S. de Urgencias?

Alto riesgo si FA lenta (< 40 lpm) persistente o bloqueada. Si FA lenta (40-50 lpm) solo se consideraría de alto riesgo en caso de historia compatible con síncope relacionado con arritmia

Tabla 30.2. Características clínicas que pueden orientar el diagnóstico en la evaluación inicial

Reflejo o neuromediado

- Historia larga de síncope recurrente, especialmente si ocurre antes de los 40 años.
- Desencadenado después de una visión, sonido, dolor u olor desagradable. tras largo tiempo de pie, durante las comidas, en lugares muy concurridos o calurosos.
- Activación autonómica del síncope: palidez, sudoración, náuseas, vómitos.
- Al rotar la cabeza o presionar el seno carotídeo (como en tumores, al afeitarse, con cuellos de camisa apretados).
- Ausencia de cardiopatía.

Hipotensión ortostática

- Estando de pie o después de ponerse de pie.
- Tras largo tiempo de pie.
- Permanecer de pie después de un esfuerzo físico.
- Hipotensión postprandial.
- Relación temporal con el inicio o la modificación de la dosis de fármacos vasodepresores o diuréticos que producen hipotensión.
- Presencia de neuropatía autonómica o parkinsonismo.

Cardiaco

- Durante el esfuerzo o en decúbito supino.
- Palpitaciones de inicio rápido seguidas inmediatamente de síncope.
- Historia familiar de muerte súbita prematura de causa desconocida.
- Presencia de cardiopatía estructural o enfermedad arterial coronaria.
- Hallazgos electrocardiográficos compatibles con síncope relacionado con arritmias:
 - Bloqueo bifascicular (bloqueo de rama izquierda o derecha combinado con bloqueo fascicular anterior izquierdo o posterior izquierdo).
 - Otros trastornos de la conducción intraventricular (duración del QRS > 0.12 s).
 - BAV de segundo grado Mobitz I y BAV de primer grado con prolongación acusada del PR.
 - Bradicardia sinusal asintomática leve o FA lenta (40-50 lpm) en ausencia de tratamiento cronotrópico negativo.
 - TV no sostenida.
 - Complejos QRS preexcitados.
 - Intervalos QT largos o cortos.
 - Repolarización precoz.
 - Patrón de Brugada tipo 1 (elevación del segmento ST en derivaciones V1-V3).
 - Ondas T negativas en derivaciones precordiales derechas.
 - Ondas épsilon compatibles con miocardiopatía arritmogénica.
 - Hipertrofia del ventrículo izquierdo compatible con miocardiopatía hipertrófica.

2021. de Toledo. Quinta Ed, Manual de protocolos y actuación en Urgencias, Hospital Universitario

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Es fundamental estratificar a los pacientes en función del riesgo de sufrir acontecimientos graves o incluso mortales, siendo el predictor más importante la presencia de cardiopatía estructural. La Figura 30.3 representa el algoritmo de actuación tras la clasificación del síncope según riesgo, tras la valoración inicial en el Servicio de Urgencias.

- Características de bajo riesgo: presencia de pródromos, tras una visión, sonido u olor desagradable, tras tiempo prolongado en bipedestación o lugar caluroso, durante las comidas o postprandial, desencadenado por la tos, defecación o micción, al rotar la cabeza o presionar el seno carotídeo, al levantarse desde bipedestación/supinación, ausencia de cardiopatía estructural, ECG normal, exploración física y neurológica normal.
- Características de alto riesgo: presencia de dolor torácico, disnea, dolor abdominal o cefalea de nueva aparición, síncope durante el esfuerzo o en supinación, palpitaciones de aparición rápida seguidas del síncope, cardiopatía estructural o enfermedad arterial coronaria grave, PAS < 90 mmHg sin causa conocida, sospecha de sangrado gastrointestinal en tacto rectal, bradicardia persistente (< 40 lpm) en vigilia y sin ejercicio, soplo sistólico no diagnosticado, ECG alterado (Tabla 30.2).