

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA.

TERCERA UNIDAD.

TEMA: SÍNCOPE.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

SINCOPE.

El síncope se define como una pérdida brusca de consciencia asociada a la pérdida de tono postural que puede causar una caída.

El proceso de estudio y tratamiento del síncope en la enfermedad avanzada puede diferir del de alguien sin una enfermedad terminal.

El diagnóstico y el tratamiento están gobernados por los objetivos terapéuticos fijados por el equipo de acuerdo con el paciente.

Las causas subyacentes del síncope pueden dividirse en dos tipos: no cardiovasculares y cardiovasculares.

Las causas no cardiovasculares son el síncope mediado por vía neural (p. ej., hipotensión ortostática, síncope neurocardiogénico, hipersensibilidad carotídea y disfunción autonómica) y las convulsiones.

Las causas cardiovasculares pueden subdividirse en arritmias y causas no arrítmicas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Es fundamental una anamnesis detallada de las experiencias del paciente alrededor de los episodios sincopales y de los antecedentes médicos.

La información de un testigo puede ser muy valiosa.

La exploración clínica puede proporcionar pistas sobre el diagnóstico.

Ésta debería incluir una exploración cardiovascular completa para buscar cardiopatía estructural, auscultación de ruidos carotídeos, presiones arteriales en decúbito y en bipedestación y una exploración neurológica.

La presión arterial debería medirse después de estar tranquilamente en decúbito durante 5 minutos y después de 1 y 3 minutos de bipedestación.

Los síntomas específicos obtenidos de la anamnesis y la exploración física orientan las pruebas diagnósticas más apropiadas para el individuo, que incluyen las siguientes:

- Electrocardiograma (ECG).
- Presiones arteriales en decúbito y en bipedestación.
- ECG de 24 horas.
- Presión arterial de 24 horas.
- Masaje del seno carotídeo, en decúbito y en bipedestación (sólo si es negativo en decúbito).
- Sistemas externos de registro de episodios.
- Estudios electrofisiológicos.
- Prueba de la mesa basculante.
- Tomografía computarizada de la cabeza y electroencefalografía si es adecuada.
- Registrador de episodios implantable.

Debido a que las primeras cuatro pruebas no son invasivas ni están asociadas a ningún riesgo, pueden ayudar a realizar el diagnóstico, al tratamiento conservador y a la mejoría de los síntomas.

Siempre merecen ser consideradas.

Los demás estudios tienen diferentes riesgos y pueden ser inadecuados para pacientes con enfermedad avanzada.

Debería realizarse un ECG de 12 derivaciones, porque del 5 al 11% de los pacientes tienen un diagnóstico basado en los resultados.

Aquellos con un ECG de 12 derivaciones normal (es decir, sin alteraciones del QRS o del ritmo) tienen una baja probabilidad de que la causa sea una arritmia y tienen un bajo riesgo de muerte súbita.

Si el resultado del ECG no es normal es más probable una causa cardíaca, y si son apropiados pueden seguirse de ergometría, monitorización con Holter o estudio electrofisiológico.

Si el resultado del ECG es normal, es más probable que la causa sea un mecanismo neural y se debería considerar la realización de una prueba de mesa basculante y un masaje del seno carotídeo.

TRATAMIENTO.

El tratamiento depende de la causa subyacente.

Tras la revisión del tratamiento del paciente en busca de fármacos que puedan contribuir al síncope, los primeros pasos apropiados son la rehidratación, la corrección de cualquier anomalía metabólica y la transfusión sanguínea.

Pueden estar implicados muchos fármacos y debería considerarse su suspensión.

El tratamiento consiguiente incluye medidas no farmacológicas y farmacológicas.

La fluorocortisona es el tratamiento farmacológico de primera elección y obtiene una respuesta positiva en el 40-75% de los pacientes.

La midodrina, un agonista adrenérgico periférico, es el tratamiento de segunda línea.

Puede reducir la dosis necesaria de fluorocortisona cuando se usa junto con el mineralcorticoide. Los efectos secundarios son el prurito del cuero cabelludo, las parestesias y la micción imperiosa.

Bibliografía.

D, Wash.. (2010). Medicina paliativa. España: Elsevier.