

SÍNCOPE CARDIOGÉNICO. ¿CUÁNDO SOSPECHARLO?

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 25/10/2021

Patología: Arritmias / Categoría: Recordar

Tiempo de lectura: 2 minutos

<https://www.carprimaria.com/leer-arritmias/sincope-cardiogénico-sospecha>



Síncope es aquella **pérdida total, brusca y rápida de conocimiento**, asociada a falta de tono muscular, y con recuperación de forma espontánea en un breve periodo de tiempo. El mecanismo que subyace es una hipoperfusión cerebral difusa, por tanto, no existe focalidad.

Es fundamental que se cumplan los criterios que definen el síncope. Si nuestro paciente refiere caídas bruscas sin pérdida total de conocimiento; o pérdida de conocimiento, pero sin pérdida de tono muscular; o pérdida total de conocimiento con pérdida de tono muscular, pero recuperación larga con periodos estuporosos; no podemos hablar de un síncope, y, por tanto, no podemos sospechar síncope cardiogénicos.

A nivel cardiológico existen los síncope neuromediados reflejos, los síncope ortostáticos y los síncope cardiogénicos. Estos últimos pueden deberse a problemas arrítmicos (*tanto bradiarritmias como taquiarritmias*), o problemas estructurales (*valvulopatías, obstrucciones diversas al flujo, taponamiento...*) y son considerados de alto riesgo.

¿Cómo debe ser nuestra primera aproximación a un paciente con síncope?

Lo primero es que se cumplan las características que definen el síncope (*ya mencionadas en el inicio del post*). Luego debemos valorar el riesgo del síncope, clasificándolos como de bajo riesgo o de alto riesgo.

Los síncope clasificados como de bajo riesgo no requieren estudio cardiológico (*por ejemplo, el neuromediado*) y no se requiere derivación a consultas. En cambio, si los síncope de bajo riesgo tienen un comportamiento recurrente, a pesar de implementar las medidas correctivas (*fundamentalmente medidas higiénico-dietéticas*), se debe enviar a consultas de cardiología para estudio.

Los síncope de alto riesgo requieren valoración por cardiología y pruebas complementarias.

Pero ¿Cuándo sospechamos un síncope de alto riesgo, es decir, aquel que se presupone cardiogénico?

Primeramente, por la forma de presentación clínica. El síncope cardiogénico es aquel brusco, sin pródromos (*o muy breves, inferiores a 10 segundos*) ni precipitantes. Pueden ocurrir durante el ejercicio o en supino. Si se cumple esta presentación clínica, continuaremos apuntalando el diagnóstico por medio de:

- historia familiar e individual: la historia familiar de muerte súbita en edades jóvenes; paciente con historia de enfermedad coronaria y/o cardiopatía estructural,
- auscultación: presencia de soplos significativos,
- electrocardiograma: la presencia de bradicardias sinuales persistentes inferiores a 40 latidos minuto (*las bradicardias por encima de 40 latidos no producen síntomas, te recomendamos la lectura de nuestro post [bradicardia sinusal](#)*) o trastornos de conducción más avanzados (*bloqueos AV, pausas sinusales superiores a 3 segundos, taquicardias ventriculares, taquicardias supraventriculares rápidas y mantenidas, bloqueos de rama, alteraciones del QT compatibles con QTc corto o largo, alteraciones compatibles con evento isquémico agudo o crónico...*). Es decir, aquellos casos con alteraciones significativas del electrocardiograma, asociados a los síntomas antes mencionados, son de alto riesgo y se sospecha que sean cardiogénicos.

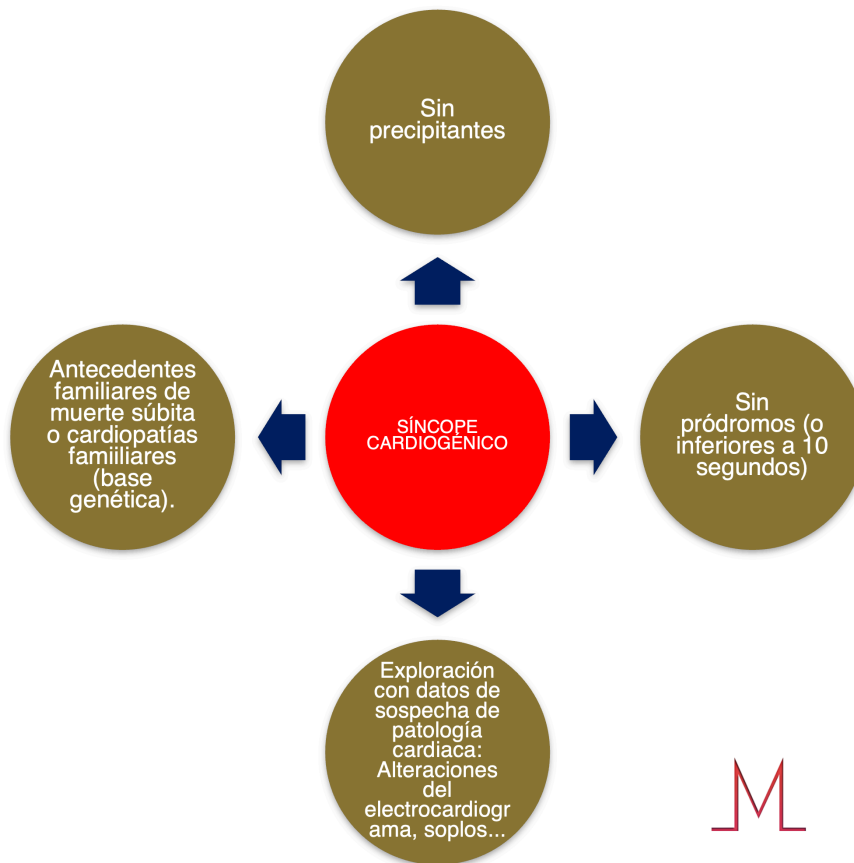


Ilustración 1. Características del síncope cardiogénico.

REFERENCIAS

Eur Heart J. 2018 Jun 1;39(21):1883-1948

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29562304/>