



ARTÍCULO ORIGINAL

Conocimientos de los médicos sobre síncope en adultos y su atención en Urgencias

Physicians' knowledge of syncope in adults and its care in the emergency department

Manuel Quintero-García¹ , **Medardo Rodríguez-López¹** , **Marta María Morera-Negre¹** , **Orestes Moya-Alvarez¹** , **Leodan Díaz-Pérez¹** 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río, Cuba.

Recibido: 30 de agosto de 2022

Aceptado: 4 de diciembre de 2022

Publicado: 27 de febrero de 2023

Citar como: Quintero-García M, Rodríguez-López M, Morera-Negre MM, Moya-Alvarez O, Díaz-Pérez L. Conocimientos de los médicos sobre síncope en adultos y su atención en Urgencias. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 27(2023): e5752. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5752>

RESUMEN

Introducción: el síncope constituye una entidad común en los servicios de urgencias.

Objetivo: evaluar en médicos de un hospital general, el conocimiento sobre el síncope y su manejo en urgencias.

Métodos: se realizó una investigación cualitativa, de tipo evaluativo; mediante la aplicación de un cuestionario académico prediseñado, sobre aspectos claves de la atención del síncope en urgencias, a médicos de especialidades clínicas relacionadas con la atención de urgencias, del hospital general docente Abel Santamaría; provincia Pinar del Río, en abril del 2022. Los encuestados, fueron escogidos al azar, de forma voluntaria y anónimo.

Resultados: se aplicó el cuestionario a 35 médicos. Se requirieron menos de cinco minutos para responder el cuestionario completo. Según los aspectos evaluados; el 40 % de los encuestados no seleccionó la respuesta correcta relacionada con la definición y causas de síncope; sobre la evaluación inicial y atención multidisciplinaria, los aciertos alcanzaron el 74 % y 71 % respectivamente. En relación al diagnóstico y estratificación de riesgo, los desaciertos fueron del 80 %. La aplicación del coeficiente KR20 clasificó como muy buena la consistencia interna del instrumento evaluativo empleado.

Conclusiones: se evaluó el nivel de conocimiento de los médicos sobre síncope y su manejo en urgencias. Existe déficit del conocimiento en los aspectos evaluados. Los resultados obtenidos se consideran confiables.

Palabras clave: Síncope; Trastornos de la Conciencia; Manifestaciones Neuroconductuales; Conocimiento.

ABSTRACT

Introduction: syncope is a common entity in emergency departments.

Objective: to evaluate the knowledge about syncope and its management in the emergency department in physicians of a general hospital.

Methods: a qualitative, evaluative research was carried out through the application of a pre-designed academic questionnaire on key aspects of syncope care in the emergency department to physicians of clinical specialties related to emergency care at the Abel Santamaría general teaching hospital, Pinar del Río province, in April 2022. Respondents were chosen randomly, voluntarily and anonymously.

Questionnaire: the questionnaire included 5 questions, single-choice multiple choice type, with 4 possible answers (a, b, c, d). The aspects evaluated were: definition, causes, initial evaluation, diagnosis, risk stratification, and syncope care.

Results: the questionnaire was administered to 35 physicians. Less than 5 minutes were required to complete the questionnaire. According to the aspects evaluated, 40 % of the respondents did not select the correct answer related to the definition and causes of syncope; on the initial evaluation and multidisciplinary care, the correct answers reached 74 % and 71 % respectively. And in relation to diagnosis and risk stratification, misses were 80 %. The application of the KR20 coefficient classified the internal consistency of the evaluation instrument used as very good.

Conclusions: the level of knowledge of physicians about syncope and its management in the emergency department was evaluated. There is a knowledge deficit in the aspects evaluated. The results obtained are considered reliable.

Keywords: Syncope; Consciousness Disorders; Neurobehavioral Manifestations; Knowledge.

INTRODUCCIÓN

El síncope, es definido como la pérdida transitoria y autolimitada del estado de conciencia y del tono postural, debido a hipoperfusión cerebral global transitoria, de inicio rápido, duración corta y recuperación espontánea y completa.^(1,2,3,4,5) Definición que excluye las entidades en las cuales la pérdida de conocimiento no implique una hipoperfusión cerebral global transitoria (ataques epilépticos, cuadros psicogénicos). Los episodios sincopales pueden estar precedidos de síntomas característicos (mareos, sensación de desmayo, debilidad, fatiga, trastornos visuales y auditivos) o puede ocurrir sin síntomas prodrómicos.

El pre síncope se refiere al período antes del síncope, pero también se usa para describir un estado, que supuestamente refleja igual fisiopatología que el síncope, pero menos severo, y no es seguido por síncope. Se refiere a la sensación de pérdida inminente de la conciencia sin que esta llegue a producirse. De ahí que sea necesario evaluar de forma similar al cuadro sincopal.⁽²⁾

El síncope afecta a un porcentaje elevado de la población a lo largo de su vida. Su impacto social y sanitario no es irrelevante. Constituye el 3 % de todas las consultas de urgencias y el 1 % de todas las hospitalizaciones. Son frecuentes las recurrencias y tiene un impacto sustancial en la calidad de vida de la persona. A pesar de su elevada incidencia poblacional el síncope es un cuadro clínico infravalorado. Todas las formas de síncope comparten en común la hipoperfusión cerebral y la hipotensión arterial como vía final común. Se diferencian en los mecanismos de hipotensión. Sus causas son muy variadas; pueden ser benignas hasta potencialmente mortales;⁽⁶⁾ y representan un desafío diagnóstico en urgencias.

De la adecuada atención inicial en urgencias dependerá la toma de decisiones correctas. Por su elevada incidencia poblacional, la amplia variedad de etiologías, y su diversidad pronóstica, el manejo adecuado del síncope debe ser obligatoriamente multidisciplinario y transversal. En el transcurso del año actual, solo se han notificado a estadísticas siete casos de síncope en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", ninguno notificado en el servicio de urgencias. La presente investigación se realizó con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de los médicos sobre el síncope y su manejo en urgencias.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal en médicos de especialidades clínicas relacionadas con la atención de urgencias del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río, en el mes de abril de 2022. Se seleccionó mediante un muestreo aleatorio simple una muestra de 35 médicos, encuestados en dos grupos, un primer corte de 15 médicos y un segundo corte de 20 médicos.

Para la obtención de los datos de interés se aplicó un cuestionario académico, prediseñado sobre aspectos claves de la atención del síncope en urgencias. El cuestionario, "Síncope en Urgencias", (anexo 1) incluye cinco preguntas, de tipo selección múltiple de respuesta única, sobre aspectos de la atención del síncope en urgencias; cada una incluye cuatro posibles respuestas o ítems (a, b, c, d). Los aspectos evaluados en el cuestionario fueron: definición, causas, evaluación inicial, diagnóstico, estratificación de riesgo, y atención al síncope.

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos confeccionada al efecto.

Se recolectaron los resultados obtenidos en cada una de las encuestas agrupados según el momento en que se aplicó la encuesta y el total de la muestra. Se realizó la sumatoria de los ítems seleccionados y se calcularon los porcentajes, para cada una de las respuestas seleccionadas. Posteriormente se realizó el análisis comparativo de estos valores, con respecto a la respuesta correcta.

Para determinar la confiabilidad interna del cuestionario se aplicó la prueba de *Kuder Richardson # 20* (KR20), en dos ocasiones. Primero, se utilizaron los resultados de los primeros 15 encuestados. La segunda ocasión incluyó la totalidad de los encuestados. En ambas ocasiones, el índice de confiabilidad obtenido se clasifica como muy bueno, según la escala de valoración de Debelis.

RESULTADOS

El 40 % de los encuestados no seleccionó la respuesta correcta relacionada con la definición, ni con las causas de síncope. Sobre la evaluación inicial y atención multidisciplinaria, el porcentaje de aciertos alcanzó el 74 % y 71 % respectivamente. Resultado contrario se obtuvo en relación al diagnóstico y estratificación de riesgo del síncope en urgencias, donde los desaciertos fueron de un 80 %. Los resultados de la aplicación de la encuesta se consideran confiables. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de encuestados según respuestas en cada pregunta. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río, abril de 2022.

Respuesta correcta	Ítems	Pregunta	No.	%
¿Cuál de estas afirmaciones sobre la definición de síncope es correcta?				
	a	La pérdida de conciencia es transitoria y duración corta, usualmente no más de 2 minutos	6	18
	b	El síncope siempre está precedido de síntomas prodrómicos	4	11
✓	c	El presíncope debe evaluarse de forma similar al síncope.	21	60
	d	Ninguna de las anteriores	4	11
¿Cuál de estas afirmaciones sobre las causas del síncope es correcta?				
	a	Los síntomas prodrómicos son más frecuentes en el síncope de causa cardíaca.	7	20
	b	El síncope situacional asociado a un suceso concreto, como la micción o la deglución es el más frecuente en adultos.	3	9
	c	El síncope que se presenta en posición sentada o acostada está relacionado con causas benignas.	4	11
✓	d	Ninguna de las anteriores	21	60
Pregunta 3. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre la evaluación inicial del síncope es correcta?				
	a	Se recomienda realizar estudios de imágenes a todos los pacientes con un episodio sincopal.	4	11
	b	La anamnesis y la evaluación física son métodos poco específicos y sensibles para valorar el síncope.	3	9
	c	Se recomienda un electrocardiograma de 12 derivaciones en reposo, solo cuando se sospeche síncope de causa cardíaca.	2	6
✓	d	Ninguna de las anteriores	26	74
Pregunta 4. ¿Cuál de las afirmaciones sobre el diagnóstico y estratificación de riesgo del síncope es correcta?				
	a	La estratificación de riesgo de los pacientes con síncope siempre se realizará en el área de emergencias.	10	29
✓	b	Las características clínicas del evento sincopal son de utilidad en el diagnóstico causal y fisiopatológico del síncope	7	20
	c	Para la estratificación de riesgo para eventos cardiovasculares mayores nos apoyaremos en la aplicación de escalas de riesgo.	15	42
	d	Ninguna de las anteriores	3	9
Pregunta 5. ¿Cuál de las afirmaciones sobre atención multidisciplinaria del síncope es correcta?				
	a	Serán evaluados por Cardiología solo los pacientes clasificados de Alto Riesgo.	3	9
	b	Los pacientes clasificados de Riesgo Bajo e Intermedio no requieren otras evaluaciones.	3	9
✓	c	Se recomienda atención multidisciplinaria a todos los pacientes con síncope.	25	71
	d	Todas las anteriores	4	11

DISCUSIÓN

Se encontró que un elevado número de profesionales desconocía la definición y principales causas del síncope.

Los episodios de síncope pueden estar precedidos de síntomas característicos o prodrómicos (mareos, sensación de desmayo, debilidad, fatiga, trastornos visuales y auditivos) o puede ocurrir sin síntomas previos. El presíncope describe el período antes del síncope. También se usa para describir un estado que refleja igual fisiopatología que el síncope, pero menos severo, en el que existe la sensación de pérdida inminente de la conciencia sin que esta llegue a producirse; debe evaluarse de forma similar al cuadro sincopal.

Todas las formas de síncope comparten la hipoperfusión cerebral y la hipotensión arterial como vía final común. Se diferencian en los mecanismos de hipotensión. Comúnmente las principales causas de síncope se dividen en tres grupos con patofisiología y riesgo común; cada uno de ellos incluye otras causas de síncope. síncope reflejo o neuromediado (vasovagal, situacional, estimulación/ hipersensibilidad del seno carotídeo y las formas de presentación atípica); síncope cardíaco (disritmias, enfermedad valvular, enfermedad estructural y otras causas cardiovasculares); síncope mediado por hipotensión ortostática (depleción de volumen, shock distributivo y disfunción autonómica). La expresión clínica de las principales formas está estrechamente vinculada a su patofisiología, lo cual es importante cuando se trata de establecer el diagnóstico diferencial.^(6,7,8)

Los conocimientos relacionados a la evaluación inicial del síncope obtuvieron mejores resultados comparados con el resto de los ítems. La evaluación inicial del paciente con pérdida transitoria de la conciencia, tiene varios objetivos. Primero la identificación rápida de las condiciones de riesgo vital o peligro para la vida, para su atención inmediata en el servicio de emergencias. Luego establecer si se trata o no de un síncope, así como definir la enfermedad de base y/o el mecanismo causal del síncope.^(9,10,11) Para después proceder a estratificar el riesgo y establecer las prioridades.

La evaluación diagnóstica inicial incluye la historia clínica detallada sobre los ataques previos y el actual, de testigos presenciales, en persona o mediante entrevista telefónica, si fuera necesario. Describir los factores desencadenantes, los síntomas previos; qué ocurrió durante el episodio y durante el proceso de recuperación. La fecha y cronología de los episodios sincopales previos, duración y frecuencia de los mismos. Así como antecedentes patológicos personales de cardiopatías u otras enfermedades, uso de fármacos; y los antecedentes patológicos familiares de muerte súbita y/o cardiopatía familiar.^(12,13) También incluirá la exploración física, mediciones de la presión arterial en decúbito supino, de pie y sentado y en ambos brazos. Presencia de soplos cardíacos y carotídeos, signos de estenosis aórtica, de insuficiencia cardíaca o arritmias.

Los exámenes complementarios básicos son suficiente, en la mayoría de los casos, para establecer un diagnóstico. Se indicará a todos los pacientes: electrocardiograma de 12 derivaciones y D II largo, hematología completa y glicemia. Solo un limitado grupo de pacientes con formas de presentación atípicas, requerirá de otras pruebas adicionales.

En los aspectos evaluados sobre el diagnóstico y estratificación de riesgo del síncope, solo el 20 % eligió la respuesta correcta, lo que indica que el déficit de conocimiento sobre este aspecto alcanza el 80 % de los encuestados.

En muchas ocasiones no será fácil establecer un diagnóstico o diferenciarlo de otras posibles causas. El principal diagnóstico diferencial se presenta con la epilepsia⁽¹⁰⁾ y con las caídas en los ancianos. También son de interés otras entidades que pueden simular un síncope (enfermedad cerebrovascular, trastornos metabólicos, intoxicaciones).⁽¹³⁾ Una vez excluidas las otras posibles causas es necesario identificar la causa del síncope. Las características clínicas relacionadas con el evento sincopal pueden ser muy orientadoras. Cuando en la evaluación inicial no se llega a un diagnóstico, el próximo paso es realizar la estratificación de riesgo para eventos cardiovasculares mayores.^(14,15) La aplicación de escalas de riesgo no han mostrado superioridad sobre el juicio clínico.⁽¹⁵⁾ Los elementos obtenidos en la evaluación inicial (anamnesis, examen físico, electrocardiograma y hematología) orientarán a posibles condiciones benignas o causas más serias.⁽¹⁶⁾

Se clasificarán de bajo riesgo los pacientes sin hallazgos patológicos en la evaluación inicial y ningún criterio para ser clasificado de alto riesgo. Serán pacientes sin cardiopatía, con síncope reflejos o hipotensivos no reflejos. En los pacientes de alto riesgo^(2,9,12,13), la probabilidad que exista una causa cardíaca del síncope es mayor. Se incluyen los pacientes con enfermedad cardíaca estructural y trastornos eléctricos primarios que, a su vez, constituyen factores de riesgo para muerte súbita y mortalidad total en estos pacientes.

Los pacientes con riesgo intermedio o moderado son los más difíciles de definir, dado que tienen características de ambos grupos y no cumplen criterios para catalogarse como de alto o bajo riesgo.⁽¹⁷⁾ Son los candidatos ideales para ser evaluados en las unidades de síncope.

La evaluación posterior de los pacientes estará determinada por el riesgo establecido; así como su derivación y manejo, ambulatorio o intrahospitalario. Los pacientes clasificados de bajo riesgo pueden tratarse ambulatoriamente con la educación adecuada. Los clasificados de alto riesgo cardiovascular requerirán de estudios complementarios urgentes y hospitalización.⁽²⁾ El paciente con riesgo intermedio requerirá reevaluación en una unidad de observación o en la unidad de síncope si estuviera disponible.⁽¹⁸⁾

Cuando la primera evaluación médica no se realiza en urgencias, sino en consulta de atención primaria, la evaluación diagnóstica inicial no difiere de la evaluación en urgencias. Los datos obtenidos orientarán a la causa del síncope y permitirá la estratificación del riesgo, que a su vez favorecerá la toma de decisiones acertadas.

La necesidad de atención multidisciplinaria del síncope fue identificada por el 71 % de los encuestados. Deben ser evaluados por Cardiología en el área de urgencias antes de ser derivados, los pacientes clasificados como alto riesgo y como riesgo intermedio o moderado. También se evaluarán en urgencias, los pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisible (ECNT), los pacientes con cardiopatía estructural conocida, compensada o no; y aquellos portadores de dispositivos de estimulación.

Se solicitarán todas las interconsultas necesarias que la evaluación clínica sugiera. Puede ser necesaria la hospitalización,⁽¹⁸⁾ en presencia de cualquier enfermedad potencialmente grave que coexista y requiera de hospitalización; en presencia lesiones asociadas (traumáticas) consecuencia del síncope o cuando el plan de tratamiento propuesto requiera internación, o se necesiten pruebas urgentes no disponibles en urgencias. También los pacientes con episodios sincopales repetidos (síncope vasovagal maligno no controlado o hipotensión ortostática intensa) y en los que no ha sido posible descartar la etiología cardiovascular del síncope.

CONCLUSIONES

La aplicación de la encuesta fue útil para evaluar el nivel de conocimiento de los médicos sobre el síncope; y su manejo en urgencias. Existe déficit del conocimiento en aspectos relacionados con la atención al síncope en urgencias.

Conflicto de Interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

Contribución de Autoría

Todos los autores participaron en la conceptualización, investigación, análisis formal, redacción – borrador inicial, redacción – revisión y edición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB, et al. Syncope. Eur Heart J [Internet]. 2009 [citado 4/02/2020]; 30: 2631-71. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org>.
2. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J [Internet]. 2018 [citado 4/02/2020]; 39(21): 1883-1948. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/21/1883/4939241>.
3. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, et al. Guía de 2017 ACC / AHA / HRS para la evaluación y el tratamiento de pacientes con síncope: un informe del grupo de trabajo del Colegio Estadounidense de Cardiología / Asociación Estadounidense del Corazón sobre las guías de práctica clínica y la sociedad del ritmo cardíaco. J Am Coll Cardiol. 2017; 70(5): e39–110.
4. Carlson MD. Síncope. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, et al.(eds.) Harrison Principios de Medicina Interna. Vol1 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2018. p. 148-153.
5. Calkins H, Zipes DP. Hipotensión y síncope. En: Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Tomaselli GF, Braunwald E. (eds.) Braunwald Tratado de Cardiología. Vol 1. 11ª ed. España: Elsevier; 2019. p.848-858.
6. Arthur W, Kaye GC. The pathophysiology of common causes of syncope. Postgrad Med J [Internet]. 2000 Dec [citado 4/02/2020]; 76(902): 750-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11085764/>
7. Fedorowski A. Orthostatic intolerance: orthostatic hypotension and postural orthostatic tachycardia syndrome. En: Camm JC, Lüscher TF, Maurer G, Serruys PW. (eds.) ESC CardioMed 3ª ed. Oxford University Press; 2020.

8. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. (Artículo especial). Rev Esp Cardiol [Internet]. 2018 [citado 4/02/2020]; 71(10): 837.e1-e92. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218304895>
9. Vaneiro G. Síncope 2018: ¿qué hay de nuevo en las guías europeas? Rev Urug Cardiol [Internet]. 2018 [citado 4/02/2020]; 33: 295-302. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v33n3/1688-0420-ruc-33-03-108.pdf>
10. Consenso para el Diagnóstico y Tratamiento del Síncope Sociedad Argentina de Cardiología: Argentine Society of Cardiology. Rev. argent. cardiol [Internet]. 2012 Feb [citado 22/02/2023]; 80(1): 65-68. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000100014&lng=es
11. van Dijk J. Gert, and Roland D. Thijs, 'Definition, epidemiology, classification, and pathophysiology', in A. John Camm and others (eds), *The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine*. 3 edn. The European Society of Cardiology Series: Oxford; 2018. Disponible en: https://doi.org/10.1093/med/9780198784906.003.0468_update_001
12. Molina Castaño D, Campos Quesada M, Núñez Guerrero A. Síncope: generalidades. Rev.méd.sinerg [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 27/02/2023]; 5(5): e478. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/478>
13. Martín A, Moya A, Moya F, Suero C. Manejo del paciente con síncope en Urgencias [Internet]. SEMES; 2019. [citado 27/02/2023]. Disponible en: www.revespcardiol.org/contenidos/pdf-avances/guia_sincope
14. de Lange FJ, van Dijk JG. Diagnostic evaluation. En: Camm JC, Lüscher TF, Maurer G, Serruys PW (eds.) ESC CardioMed. 3ª ed. Oxford University Press; 2020: 1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/med/9780198784906.003.0472>.
15. Mora G, Rendón I, Martínez JL, Cajas LJ, Eslava J. Síncope y escalas de riesgo: ¿Qué evidencia se tiene?. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. 2011 Dec [cited 27/02/2023]; 18(6): 330-339. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332011000600005&lng=en.
16. Larraín L, Mora I. (ed.) Importancia de la evaluación inicial en los pacientes con síncope [Internet]. Mayo; 2021 [citado 27/02/2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/10/articulo-sincope-medfamuc.pdf>
17. Acevedo YY, Fajardo S, Hernán C, Tascon BN. Guía de Práctica Clínica sobre el diagnóstico, tratamiento y atención al paciente con síncope en el servicio de urgencias. Del Hospital simulado de la Universidad de Santiago de Cali. Colombia; Junio 2021.
18. Militello C, Vecchio N, Albina G, Barroso F, Di Toro D, et al. Consenso Argentino para el Diagnóstico y Tratamiento del Síncope. Sociedad Argentina de Cardiología. Rev Argent Cardiol [Internet]. 2021 [cited 27/02/2023]; 89(3): 1-60. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2021/06/consenso-89-3.pdf>