



ANÁLISIS SOBRE EL MANEJO DE SINCOPE EN URGENCIAS TRAS INTERVENCION FORMATIVA



**TRABAJO DE FIN DE GRADO DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
CURSO 2024-2025**

Alumna: Ofelia Rey Pérez

Tutora: Dra, Susana Sánchez Ramón

Cotutor: Dr. Rubén Pérez García

Médicos adjuntos. Servicios de Urgencias del HURH



ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1. CONCEPTO	3
2.2. EPIDEMIOLOGÍA	3
2.3. ETIOLOGÍA	4
2.4. DIAGNÓSTICO SEGÚN LAS NUEVAS GUÍAS 2018	4
2.5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.....	6
2.6. TRATAMIENTO	6
3. CAMBIOS EN LAS GUÍAS.....	7
4. OBJETIVOS	9
5. MATERIAL Y MÉTODOS:	9
5.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	11
5.2. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	11
5.3. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES.....	11
5.4. LIMITACIONES	12
6. RESULTADOS	12
7. DISCUSIÓN.....	17
8. CONCLUSIÓN.....	18



1. RESUMEN

Las guías clínicas surgen para informar sobre el correcto manejo, su algoritmo diagnóstico y su actuación posterior para cada enfermedad. Esto permite unificar los criterios y ayudar en la toma de decisiones. Por ello, se recalca la importancia de cursos de formación que refuerzan estas medidas.

En nuestro estudio se comparó un análisis realizado previamente en el Servicio de Urgencias con datos actuales tras una intervención formativa sobre el manejo de síncope en los meses de julio y agosto de 2024. La finalidad es analizar el protocolo de actuación de síncope en el servicio de Urgencias tras un curso de formación conociendo las ventajas y desventajas de estos.

En este caso, a pesar de la falta de significación en los resultados ni diferencias en el manejo inicial, sí que se encuentran algunas diferencias en la medición de la tensión arterial y ciertos valores analíticos. Por eso, estos estudios son interesantes para valorar la adherencia a las guías y conocer se necesita implementar más las medias con estrategias más globales.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. CONCEPTO

El síncope es una condición médica producida por una disminución del flujo sanguíneo cerebral que provoca una pérdida transitoria, brusca y breve de consciencia con recuperación completa e íntegra ⁽¹⁾. Es un motivo de consulta frecuente en urgencias que requiere un diagnóstico diferencial entre diversos tipos de patologías benignas y malignas ⁽²⁾.

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

El síncope es una afectación muy común en la población general. La incidencia de un primer episodio es alrededor de 6.2-9.5 por 1000 pacientes/año, con 1 de cada 10 pacientes hospitalizados ⁽³⁾, variando en urgencias del 0.9 a 3% ⁽⁴⁾. Sin embargo, se cree que un porcentaje elevado no solicita ayuda médica, por lo que se estima que la prevalencia aumenta a un 41% y el riesgo de recurrencia del 13,5% ⁽¹⁾.

La incidencia del primer episodio reproduce una curva bimodal, con un pico alrededor de los 15-25 años de edad, más en mujeres, y otro alrededor de los 70 años ⁽³⁾.



2.3. ETIOLOGÍA

Las causas varían dependiendo de la edad y contexto clínico que se evalúe al paciente. La caída de las resistencias periféricas, del gasto cardiaco o de la presión arterial sistémica son los mecanismos que originan la disminución del flujo cerebral, característica que define del síncope ⁽¹⁾. Existen diferentes tipos de síncope según el mecanismo por el que se produzca ⁽⁵⁾.

	Síncope reflejo	Síncope ortostático	Síncope cardiogénico
Mecanismo	• Caída de las resistencias • Disminución gasto cardiaco	Disfunción autonómica y caída de presión al cambio de posición ⁽¹⁾	Disminución del gasto cardiaco. Peor pronóstico ⁽¹⁾
Desencadenante	Estímulos dolorosos, calor, esfuerzos (tos, micción)	Daño estructural, fármacos	Fallo cardiaco, arritmias

Tabla 1: Mecanismo y desencadenantes síncope

El tipo de síncope más frecuente es el reflejo, predominando en los jóvenes sanos, en los cuales no destacan las causas cardiacas.

En ancianos, a pesar de que la etiología refleja sigue siendo la más frecuente, la incidencia por otras causas es mayor. En mayores de 75 años, la hipotensión ortostática aumenta hasta un tercio ⁽³⁾.

Por otro lado, existe un porcentaje de etiología no conocida.

No obstante, hay una serie de afectaciones médicas con pérdida de conocimiento no sincopales con las que se debe realizar un diagnóstico diferencial. Entre ellas, se encuentran los tipos de crisis epilépticas en las que se pierde el control motor, las pérdidas de conocimiento psicógenas, alteraciones metabólicas o intoxicaciones. Este diagnóstico diferencial puede ser complejo, ya que algunos de estos procesos pueden tener sintomatología de prodromos previa ⁽⁶⁾.

2.4. DIAGNÓSTICO SEGÚN LAS NUEVAS GUÍAS 2018

El diagnóstico es clínico sin ninguna prueba que confirme el diagnóstico de forma objetiva ni su causa, debido a su corta duración y la ausencia de secuelas posteriores. La evaluación inicial de un paciente con pérdida transitoria de conciencia implica una historia clínica exhaustiva, una exploración física y la realización de un ECG.



La historia clínica incluye una descripción de los desencadenantes, síntomas previos, cómo ha ocurrido el episodio sincopal y su recuperación ⁽⁷⁾.

El síncope asociado a tos, micción, en ausencia de cardiopatía, con ECG normal y sin antecedentes familiares de muerte súbita, orienta hacia un síncope reflejo. En caso de ser espontáneo, con cambios en la postura, el diagnóstico se basaría en síncope por hipotensión ortostática. Si se asocia a pródromos, sin enfermedad cardíaca, sin alteraciones electrocardiográficas, y con acontecimientos emocionales recientes se valora el diagnóstico de síncope vasovagal. El síncope arrítmico se observa en el ECG con bradicardia, bloqueos o taquicardias.

Asimismo, es interesante, conocer la cronología de síncope previos, en cuanto a su duración y frecuencia, los antecedentes personales y familiares.

Medir la presión arterial en dos posiciones (decúbito y bipedestación), un ECG y un masaje del seno carotídeo en algunos pacientes mayores de 40 años, forma parte de la exploración física.

La hipotensión ortostática es considerada a la caída de $\geq 20\text{mmHg}$ en la sistólica y $\geq 10\text{mmHg}$ en la diastólica o inferior en la sistólica a 90mmHg ^(6,7). Por otro lado, en un 20-30% el ECG es anormal, aunque no es una prueba diagnóstica en un porcentaje de casos.

Si con esta evaluación inicial no se llega al diagnóstico, se estratifica el riesgo, y a continuación, se valoran pruebas complementarias, siendo la mayoría de provocación. En los mayores de 40 años, se recomienda el masaje del seno carotídeo, monitorizando la tensión arterial y el ECG. Una respuesta con una pausa de 3 segundos y/o una respuesta vasodepresora con una caída de la TA sistólica $>50\text{mmHg}$ implicaría la positividad ⁽⁸⁾.

La prueba de la tabla basculante, se realiza en los casos en ausencia de cardiopatía, recurrentes y de alto riesgo. Se debe colocar al paciente inclinado 20 minutos y se registra la tensión arterial y la frecuencia cardíaca. Tras este tiempo, si no ha desarrollado un síncope, se administra nitroglicerina sublingual. Un test positivo se caracteriza por el desarrollo de un síncope, aunque no implica que sea vasovagal ⁽⁶⁾.

Se recomienda en pacientes con cuadros recurrentes semanales, la observación con Holter. Además, realizar estudios ecocardiográficos en pacientes con antecedentes de cardiopatía o con anomalías al examen físico o en el ECG ⁽⁸⁾.



Una vez realizado un diagnóstico precoz, si la causa sigue siendo de origen incierto, el siguiente paso es estratificar el riesgo, ya que podrían ser necesarias hacer más pruebas complementarias que orienten hacia una etiología concreta ⁽⁸⁾.

Los pacientes de bajo riesgo tienen una muy baja probabilidad de tener un síncope cardiogénico y en la mayoría de las ocasiones, no suele ser necesario realizar más exploraciones. Se debe informar sobre dicho proceso al paciente.

En caso de alto riesgo, deben ser valorados de forma inmediata, debido a la posibilidad de arritmias o signos de enfermedad cardíaca que comprometan la vida del paciente.

Aquellos pacientes con sospecha de síncope de tipo cardiogénico, primero se les realiza un ecocardiograma y, con la sospecha clínica y, según el resultado, se les indicará otro tipo de pruebas. La prueba de esfuerzo se indica en aquellos pacientes con episodios de síncope debido al ejercicio.

Para diferenciar a este grupo de pacientes en urgencias, en concreto los de origen cardíaco, puede ser útil el EGSYS SCORE, que incluye una serie de ítems y una puntuación con un probable diagnóstico ⁽⁹⁾.

En cuanto a los criterios de riesgo que requieren hospitalización se incluyen ⁽⁶⁾:

- Presencia de cardiopatía isquémica o dilatada con FE < 35%.
- Antecedentes de necrosis miocárdica.
- Presencia de insuficiencia cardíaca.
- Bloqueo BRI o BRD más hemibloqueo anterior o posterior o QRS ≥ 120 ms.
- Preexcitación.
- QT largo o corto.
- Historia familiar de muerte súbita.
- ECG con patrón tipo Brugada.

2.5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

Las recurrencias sincopales influyen negativamente en la vida sociolaboral del paciente y su calidad de vida, ya se asocian deterioro físico, psíquico y social en un 33% ⁽⁸⁾.

2.6. TRATAMIENTO

El síncope es una condición sin un tratamiento específico, ya que la mayoría son autolimitados y se recuperan de forma completa, por ello, la finalidad del tratamiento se basa en evitar las recurrencias según la causa.



Los síncope cardiológicos se tratan la causa etiológica que lo produzca. Estos síncope se asocian a anomalías de la frecuencia cardíaca, arritmias o ciertos fármacos, valorando, en ocasiones, técnicas terapéuticas complementarias como la introducción de un marcapasos en bloqueos completos o un DAI ⁽¹⁰⁾.

En cuanto a los síncope por hipotensión ortostática se debe explicar al paciente las situaciones desencadenantes para evitarlas. Además, debido a que suelen ser pacientes de edad avanzada con comorbilidades, polimedicado, se debe reducir el tratamiento antihipertensivo, reintroducir medidas de rehidratación y dieta con sal y, en muchas ocasiones, poner medias de compresión en las extremidades inferiores ^(10,11).

El síncope reflejo es de buen pronóstico y el tratamiento se dirige a la prevención de recurrencias. Se debe explicar al paciente el diagnóstico, tranquilizarlo y aconsejar para evitar dichas situaciones, los factores favorecedores y el riesgo de recurrencia. No hay ningún tratamiento específico. En casos de síncope recurrentes y sin comorbilidades, se han utilizado tratamientos que aumentan la presión arterial, como fludrocortisona, aunque la evidencia del fármaco no está comprobada ^(10,11).

Otras medidas propuestas, pero sin datos suficientes, son la ingesta de agua o el tilt-training, que consiste en realizar repetidas pruebas en tabla basculante hasta volverse negativas y posteriormente enseñar al paciente para que en su casa lo realice. Se debe reservar para pacientes con muy sintomáticos y en los que se espere buen cumplimiento terapéutico. En la evidencia científica no hay muchos datos sobre la efectividad de la técnica ⁽¹¹⁾.

Tanto en el síncope reflejo como por hipotensión ortostática, se realizan maniobras de contrapresión, que consisten en ponerse de cuclillas o cruzar las piernas. Estas evitan la hipotensión y bradicardia causantes del síncope. disminuyendo las recurrencias y caídas en aquellos pacientes con pródromos previos a los episodios, ^(10,11).

3. CAMBIOS EN LAS GUÍAS

Las modificaciones de las guías son continuas en el ámbito sanitario, en el manejo del síncope se llevan publicando desde el año 2001 ⁽¹²⁾. Las nuevas guías de 2018, establecen unos nuevos objetivos en el ámbito diagnóstico, terapéutico haciendo énfasis en la causa, y manejo del paciente en la unidad de síncope de forma ambulatoria o en su atención en el servicio de Urgencias.

En cuanto a los principales cambios de las nuevas guías (2018) respecto a las previas (2009) y en lo que se centran los cursos de formación sobre el manejo del síncope, como ya se ha comentado en el 2.4, se basan en una serie de conceptos: anamnesis detallada y exploración física con medición de tensión arterial en decúbito supino y bipedestación y el electrocardiograma. En este punto, nos vamos a centrar en los cambios en el servicio de Urgencias.



Ilustración 1: cambios en las guías ESC 2018

Los cambios más importantes de estas guías en comparación a las previas, se resumen en el contexto global del síncope dentro de los episodios de pérdida transitoria de conciencia, datos epidemiológicos, con gran prioridad en la estratificación de riesgo, en el algoritmo diagnóstico, mayor importancia de la monitorización ECG, avances terapéuticos y el papel de las Unidades de Síncope. En las guías previas, se puede observar que se hacía más hincapié en las pistas diagnósticas que en la estratificación del riesgo.

El algoritmo diagnóstico es el que más modificaciones presenta con especial atención sobre el pronóstico, considerando la estratificación del riesgo el pilar fundamental en el manejo. Se ha introducido una medida de valoración del síncope denominada EGSYS score con un análisis sobre la probabilidad de mortalidad y porcentaje de riesgo de síncope cardíaco. La gran mayoría de criterios ya se mencionaban en las guías previas, aunque incorporando las palpitaciones en el momento del síncope y algunos datos electrocardiográficos en relación a las canalopatías.

En este caso, las preguntas principales en el diagnóstico inicial son: ¿Es un episodio sincopal? ¿Se ha obtenido el diagnóstico etiológico con la evaluación inicial? En los casos en los cuales no se llega a un diagnóstico inicial, ¿Hay datos de riesgo cardiovascular o muerte? ⁽¹³⁾.



Otro aspecto nuevo es el papel de la monitorización ECG prolongada en pacientes con síncope de etiología desconocida sin alto riesgo o en los que se ha excluido una etiología arrítmica grave.

Por último, tanto en el ámbito terapéutico como para el manejo de estos pacientes, las nuevas guías destacan el importante papel de las Unidades de Síncope. En este aspecto, las guías de 2004 ya mencionaban la necesidad de una estructura organizada para su individualizada atención, no obstante, las guías actuales introducen nuevas evidencias sobre la necesidad de este tipo de organización, con el fin de mejorar y unificar la atención a estos pacientes optimizando el rendimiento diagnóstico y los costes.

Las guías de práctica clínica (GPC) y sus derivados surgieron para disminuir la variabilidad de la práctica médica y ayudar al profesional a la toma de decisiones ⁽¹⁴⁾. Para ello existen numerosas estrategias de intervención que buscan mejorar la aplicación de las mismas. Una de las metodologías más importantes es el registro y la formación, de esta manera se puede comprobar por una parte la adherencia a los protocolos de actuación y por otra parte si la formación permite la mejora de atención. Por ello, en el verano del 2024 se realizaron unas sesiones formativas al personal médico insistiendo en las guías vigentes actuales de síncope del año 2018. Existe un trabajo de campo recogido en un trabajo de investigación previo ⁽¹⁵⁾ y con los nuevos datos recogidos pretendemos ver si existe una mejora en la atención a estos pacientes.

4. **OBJETIVOS**

PRINCIPAL: analizar si se producen cambios en el manejo del síncope en el servicio de Urgencias tras intervención formativa.

SECUNDARIOS:

- Conocer las ventajas y desventajas de un curso de formación en el transcurso de un síncope en un equipo sanitario de Urgencias.
- Analizar las atenciones en urgencias tras un síncope.

5. **MATERIAL Y MÉTODOS:**

- **Tipo de estudio:** descriptivo transversal retrospectivo.
- **Ámbito de estudio:** Servicio de Urgencias del HURH.



- **Población:** Pacientes mayores de 18 años atendidos por un síncope durante el mes de octubre del 2024.
- **Criterios de inclusión:** Se incluirán a los pacientes mayores de 18 años atendidos en el SUH del HURH por sospecha de síncope.
- **Criterios de exclusión:** Se excluirán aquellos que no cumplan con los criterios diagnósticos del síncope como, por ejemplo, con pérdidas de conciencia asociado a otros motivos no relacionados con un cuadro sincopal como crisis epilépticas, pérdidas psicógenas, traumatismos encefálicos, enfermedades cerebrovasculares (ictus), intoxicación alcohólica.
- **Mediciones e intervenciones:** A partir de la base de datos de pacientes atendidos durante los últimos años en el SUH, se seleccionarán aquellos que cumplen con los criterios de inclusión. Posteriormente, se procederá a recoger los datos pertinentes para las variables del estudio. Los datos personales de los pacientes no figuraran en el estudio. Se analizará el manejo de los pacientes según las guías ESC 2018.
- **Variables recogidas**
 - Datos del paciente: Sexo, fecha de nacimiento, fecha de atención.
 - Antecedentes médicos y factores de riesgo cardiovascular: HTA, cardiopatía isquémica, marcapasos, neoplasias y FA, cirugías previas, tóxicos, alergias, tratamiento que realiza.
 - Situación funcional y basal del paciente.
 - Episodio actual: pérdida de conocimiento brusca con recuperación completa y de breve duración y si hay relajación de esfínteres.
 - Síntomas asociados: dolor torácico, disnea, palpitaciones, mareo.
 - Fase de prodromos o desencadenantes: cambios de temperatura, bipedestación, reposo, ejercicio, defecación. Relajación de esfínteres.
 - Pruebas complementarias: ECG, troponina, dímero D radiografía de tórax, pruebas de imagen cerebrales.
 - Juicio clínico y seguimiento: Diagnóstico del tipo de síncope. Ingreso y re- consulta al mes.

Análisis estadístico propuesto: los datos serán almacenados en una base de datos EXCEL que será empleado para realizar un estudio estadístico mediante el programa SPSS. Se realizará un estudio descriptivo de la muestra uni y bivalente.



Las variables cualitativas se expresarán como número de casos y porcentaje, las variables cuantitativas se describirán mediante tendencias centrales y de dispersión. Las variables cuantitativas continuas se describirán como media $\pm$ desviación estándar (DS) en caso de distribución normal, o como mediana y rango si la distribución no fue normal.

Se utilizará la prueba de la t de Student para la comparación de medias en el caso de variables cuantitativas con valores distribuidos normalmente, si no se tratase de una distribución normal, se utilizará la prueba U de Mann-Whitney. Para determinar la relación de dependencia o asociación entre variables cualitativas ha realizado la prueba de chi cuadrado para tablas 2x2. Se ha considerado significativo un nivel de confianza del 95% y una significación estadística para un p-valor menor de 0,05 ($p < 0.05$)

5.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las guías de práctica clínica orientan a los profesionales sanitarios a seleccionar las mejores estrategias diagnósticas y terapéuticas para el manejo de aquellos pacientes que presenten un episodio sincopal. Hemos creído pertinente realizar un estudio de los síncope atendidos en un servicio de urgencias tras una pequeña formación a fin de realizar una comparación de procedimientos recomendados en las guías frente al conjunto de pacientes seleccionados, para ver las posibilidades de mejora en la atención a este tipo de pacientes. Hay un estudio previo realizado en el servicio con el que vamos a comparar.

5.2. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Con los resultados obtenidos, pretendemos hacer una reflexión y un protocolo de actuación que facilite el manejo de este tipo de pacientes.

5.3. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Este trabajo se ha desarrollado de acuerdo con el código de buenas prácticas científicas y en el marco jurídico compuesto por la siguiente normativa que adopta el grupo investigador:

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos con carácter personal y garantía de los derechos digitales.
- Ley 14/2007 de 3 de Julio de investigación biomédica.
- Ley 14/2011 de 1 de junio de la Ciencia Tecnología e investigación



Los investigadores han seguido en todo momento la Declaración de Helsinki de principios y recomendaciones que debe seguir la investigación biomédica en seres humanos, incluida la investigación de material humano y de información. El trabajo que presentamos es puramente descriptivo sin ningún tipo de intervención en el paciente.

Al entrar en el estudio a cada persona se le asignará un número de identificación personal, de esta manera el nombre y apellidos no figura en ningún documento generado por el estudio ni en ninguna base de datos. Cada miembro del proyecto de investigación será responsable de seguir los protocolos establecidos en cada Área de Salud para acceder a los datos clínicos que se precisen para completar el estudio.

Al ser un proyecto retrospectivo y la imposibilidad de solicitar un consentimiento informado consideramos que no es necesario para la realización del mismo, por otra parte, se circunscribe en un tiempo muy limitado con una valoración de la historia clínica de la paciente circunscrita a la historia clínica del SUH y solo delimitada a las variables que se quieren investigar. Este proyecto cumple con los requisitos establecidos en la legislación vigente en materia de investigación biomédica, protección de datos de carácter personal y bioética.

El estudio recibió la aprobación y autorización por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid con fecha de 08 de noviembre de 2023 con el número de referencia ; Ref. : CEIm: 22-PI147, (*Anexo 3*).

5.4. LIMITACIONES

El estudio está limitado a una población reducida, que son las personas que acuden al SU del HURH, además en ocasiones el diagnóstico puede estar codificado como la causa etiológica pudiendo realmente comprender un número de pacientes más amplio, es posible que con un mayor número de pacientes y/o un periodo de tiempo mayor pudiéramos haber obtenido resultados diferentes.

Es una limitación el hecho de que el estudio sea unicéntrico, lo cual dificulta extrapolar las conclusiones.

6. RESULTADOS

Se comparó un estudio previo realizado en el Servicio de Urgencias sobre el manejo del síncope (preS) con los datos obtenidos tras la intervención formativa (postS).

El tamaño muestral del postS es de 15 pacientes. El 60% (9) de los pacientes son de sexo masculino y un 40% (6) son de sexo femenino (*gráfica 1 anexo 1*). La mediana de la edad fue 69 años con un rango de 74 años, siendo la mediana en mujeres de 75,50 años y en varones de 65 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad y el sexo.

La mediana del valor tensional sistólico es de 116mmHg con un rango de 94mmHg, La mediana del valor diastólico en bipedestación es de 63mmHg con un rango de 41. La mediana de la frecuencia cardiaca fue de 66 lpm.

Cabe destacar que en la mayoría de pacientes en ambos estudios disponemos de una única medida de valor tensional sistólico y diastólico, sin embargo, las guías ⁽⁷⁾ recomiendan medir las tensiones en dos posiciones (decúbito y bipedestación).

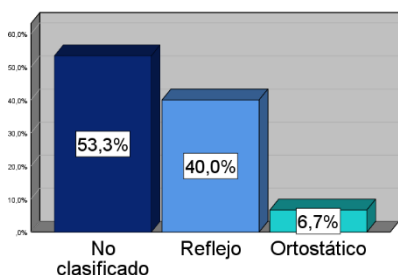


Gráfico 2: tipos de síncope

El porcentaje de cada tipo de síncope es de 6 pacientes para el síncope reflejo (40%), el síncope ortostático con un único paciente (6,67%), y los 8 pacientes restantes (53,3%) no pudo ser clasificado el tipo de síncope. El reflejo ortostático (100%), se produce en el sexo masculino, mientras que, dentro de los 6 síncope reflejos, el 33,3% fueron mujeres y el 66,6% fueron varones. Dentro de las mujeres, el 66,6% fueron no clasificados, el resto reflejos. En los hombres, el 44,4% son reflejos, 44,4% no clasificados y 11,1% ortostático. En los menores de 40 años, hay un 100% de casos con diagnóstico de síncope reflejo frente a un 37,5% en los mayores de 65 años.

	Síncope más frecuente	Síncope menos frecuente	Desencadenante más frecuente	Desencadenante menos frecuente
PreS	Reflejo	Cardiogénico	Bipedestación	Cambios bruscos térmicos
PostS	Reflejo(excluyendo indeterminados)	Ortostático(excluyendo el cardiaco)	Cambios bruscos térmicos	Bipedestación

Tabla 2: comparación preS frente a postS

Por lo que, en nuestra muestra el tipo de síncope menos común es el cardiogénico (0) seguido del ortostático y reflejo, siendo el mayor porcentaje de causa indeterminada. El orden del estudio anterior coincide, aunque con todos los pacientes se llega a un

diagnóstico concreto y existiendo un porcentaje de pacientes con síncope cardíaco. Esto puede explicarse por la pequeña muestra obtenida y por los desencadenantes recogidos.

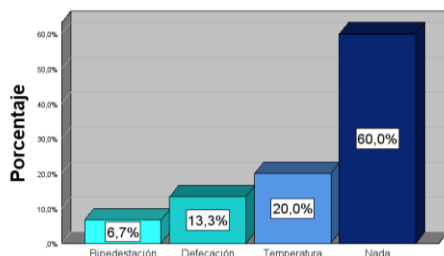


Gráfico 3: desencadenantes

El desencadenante es en un 6,67% la bipedestación, en un 13,33% la defecación, en un 20% el cambio brusco de temperatura y en un 60% ninguno. De todos los pacientes cuyo desencadenante fue el calor (3 pacientes) un 66,7% se diagnosticaron de síncope reflejo y un 33,3% indeterminado.

En el preS, prevalecen los síncope debido a la bipedestación, siendo menos frecuentes asociados a cambios bruscos de temperatura. En postS ocurre de forma contraria con un 20% debidos a cambios bruscos de temperatura frente a 6,7% en bipedestación.

Según el tipo de síncope, los desencadenantes variaron, en el síncope ortostático, no hay ningún desencadenante que lo produjera en mayor medida, en el síncope reflejo, un 66,7% es debido a cambios bruscos de temperatura, mientras que el 33,3% es por la defecación.

Un 53,3% de los pacientes (8) presentaron pródromos de tipo palidez, náuseas o aura (gráfico 4 anexo 1). De estos pacientes con pródromos, el 62,5% tuvieron un síncope reflejo. Ninguno de los pacientes presenta dolor torácico, disnea ni palpitaciones.

En relación a la recurrencia, un 73,3% (11 pacientes) es su primer síncope frente a un 26,7% (4 pacientes) que ya habían presentado algún síncope previamente. Aquellos con síncope previos, el 50% son no clasificados y la otra mitad reflejos. De los pacientes con un primer síncope, 6 pacientes (54,5%) son no clasificados, 4 (36,4%) reflejos y 1 (9,1%) ortostático (gráfico 5 anexo 1). De estos 11 pacientes con más de un síncope (26,7%), 7 tuvieron pródromos neurovegetativos previos al episodio, de los cuales 4 son diagnosticados de síncope reflejo y los otros 3 no se encontró una causa determinada (gráfico 6 anexo 1).

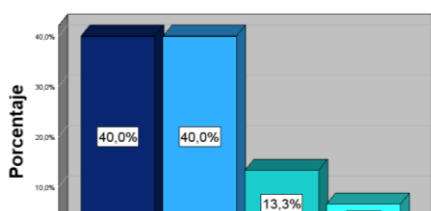


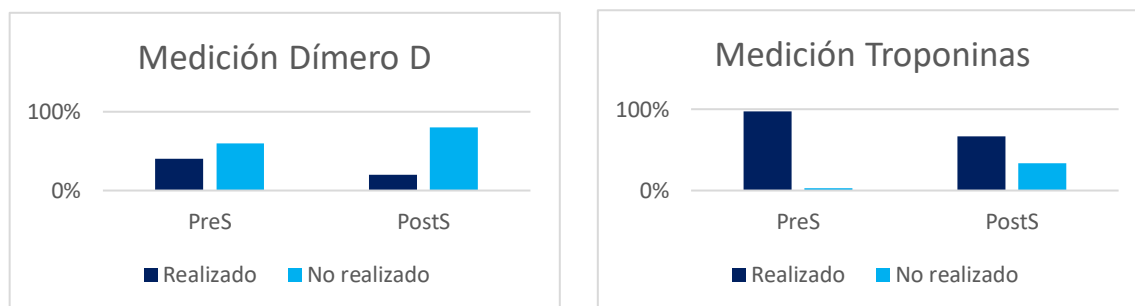
Gráfico 7: factores de riesgo cardiovascular

En relación a los factores de riesgo cardiovascular, el más predominante fue la hipertensión arterial con un 40% (6 pacientes), seguido de 3 pacientes con fibrilación auricular (20%) y cardiopatía isquémica (13,3%, 2 pacientes), solo 1 (6,7%) tenía alguna

neoplasia activa o previa. Dentro de estos factores de riesgo destaca la HTA en ambos casos, aunque esta comorbilidad ocurre en pacientes mayores de 65 años (excepto un caso), por lo que podría considerarse criterio de confusión.

El electrocardiograma se realiza en 93,3% (siendo patológico en 28,57%) (*gráfico 8 anexo 1*) respecto al 100% de los pacientes en pres como es recomendado por las guías citadas (7).

De los pacientes con ECG alterado el diagnóstico de siguió predominando en el reflejo no clasificado en un 75%, y reflejo en un 25% (*gráfico 9 anexo 1*). No hay pacientes con ECG alterado y síncope ortostático.



Gráficos 10 y 11: comparación dímero D y troponina preS y postS

Sí que ha habido cambios en relación a las variables analíticas como la medición del dímero D (si hay sospecha de TEP) con 40,5% en el estudio anterior frente a 20% (con 6,7% de pacientes con el parámetro elevado), la troponina (en sospecha de isquemia) con 97,3% frente a 66,7% con 1 patológico y el pro-BNP 0% respecto a 13,3% respectivamente. Estos valores, tampoco están recomendados de forma sistemática, solo en casos de sospecha, ya que podrían ser útiles para diferenciar síncope cardíacos de no cardíacos.

La radiografía de tórax se realiza en 11 pacientes (73,3%), el TC cerebral en 4 pacientes (26,7%) y el TC torácico en un paciente (6,7%). En el 100% de los tres tipos de pruebas complementarias fueron normales y ninguna patológica. En los pacientes con TC de tórax realizado, su dímero D se encuentra alterado. Es decir, en cuanto a las pruebas de imagen, no hay cambios significativos en ambos estudios realizándose hasta en el 73% de los pacientes en el caso de la RX, a pesar de su escasa indicación de forma rutinaria en las guías. El TC craneal podría justificarse en casos de TCE o sospecha de ACV en pacientes con factores de riesgo.

4 pacientes ingresan y a 7 se les realiza seguimiento, 2 fueron seguidos por el servicio de Cardiología, 1 por Neurología, 1 por Medicina Interna y 3 por otros especialistas.

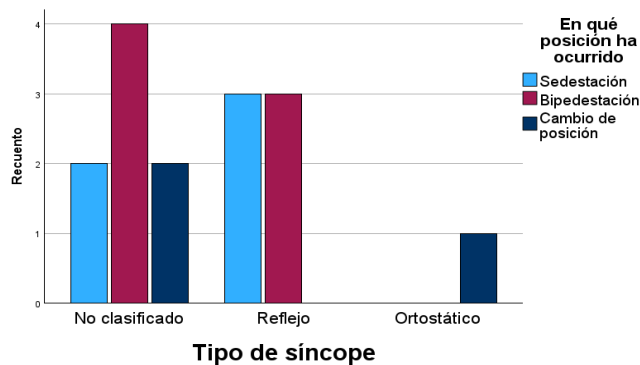


Gráfico 12: posición en la que ha ocurrido

En cuanto a los desencadenantes, el síncope ortostático, se caracteriza por ocurrir tras bipedestación prolongada o por el cambio de posición, el reflejo se produce tras las comidas, con cambios bruscos de temperatura y en bipedestación. 3 de 6 son debidos al calor y otros 3 tras

bipedestación prolongada, 5 con síntomas prodrómicos, ninguno tras la ingesta ni con afectación. 1 paciente se diagnostica de síncope ortostático, tras bipedestación prolongada o por el cambio de posición con síntomas prodrómicos (como es nuestro caso).

		Bipedestación	Defecación	Temperatura	Ninguna	
Tipo de síncope	Indeterminado	1	1	1	5	8
	Reflejo	0	1	2	3	6
	Ortostático	0	0	0	1	1
Total		1	2	3	9	15

Tabla 3: tipo de síncope junto a su desencadenante

Tras realizar la anamnesis, la exploración física con la toma de la tensión arterial y el electrocardiograma, se clasifica el tipo de síncope. Aquellos cuyo diagnóstico sea de etiología concreta se trata de forma específica (visto en 2.4), en los síncope sin una causa determinada, se estratifica el riesgo según una serie de criterios (*ilustración 2 anexo*)

Los criterios de alto riesgo (*ver tabla 4 anexo 1*) de origen cardíaco son pacientes con alteraciones electrocardiográficas o cardiopatías estructurales asociados a la ausencia de pródromos, con antecedentes familiares y en sedestación, durante el ejercicio y las palpitaciones. Aunque, ninguno de los pacientes debutó con un síncope cardiogénico conocido, 3 de los pacientes cumplían estas características, a los cuales se monitorizó a 2 de ellos y uno de esos dos ingresó. Además, dos de los pacientes tenían un riesgo



de EGSYS mayor o igual a 3 implicando un alto riesgo de síncope cardiaco con una mortalidad del 17% a los 2 años.

Los pacientes de bajo riesgo (*ver tabla 4 anexo 1*) en síncope indeterminados (5/15) muestran fase prodrómica, en bipedestación, tras largos periodos de pie o con el cambio brusco de posición o temperatura, durante la ingesta o con esfuerzos (toser, defecar o miccionar), tienen historia de síncope recurrentes y con una exploración física y electrocardiográfica normal. Estos pacientes deben ser dados de alta, sin embargo, se ingresa y son seguidos 3 pacientes por el servicio de neurología e interna debido a las recurrencias, aunque sin riesgo según EGSYS de síncope de origen cardiaco.

A pesar de estos datos, el porcentaje de ingresos es mucho que los referidos en las guías clínicas, lo que indica mejoría en los estudios, con una tasa de reconsultas del 0%. Este porcentaje puede deberse al seguimiento que se realiza en las consultas más especializadas según el tipo de síncope.

7. DISCUSIÓN

Estas nuevas guías, basadas en la evidencia científica, se han creado por la creciente necesidad de reducir los ingresos hospitalarios y pruebas innecesarias, así como de priorizar la detección del síncope de riesgo. Para reforzar e introducir estas medidas valoradas en las guías clínicas, se crean cursos de formación en el ámbito sanitario. Estas actuaciones permiten adaptarse continuamente a las nuevas técnicas y avances, motivando a los profesionales a llevar a cabo una actuación más reglada con la finalidad de unificar los criterios. Por ello, se recalca la importancia de los cursos de formación, ya que, sin los conocimientos adecuados y un mal uso de los algoritmos, afectaría negativamente al paciente en su salud y calidad de vida.

Durante los meses de julio y agosto del 2024 se hicieron una serie de sesiones formativas a los médicos del servicio como recordatorio y refuerzo al manejo de los síncope, además se hicieron infografías que se colocaron en sitios visibles como recordatorio. Conocer el impacto a corto y largo plazo de la intervención llevada a cabo para mejorar la adherencia de los profesionales a las recomendaciones de estas dos Guías Clínicas nos permite además conocer si debemos extender el método a otras guías clínicas o si es necesaria una estrategia más global.

En nuestro estudio, los resultados se intentan acercar a la realidad, sin embargo, no todos son estadísticamente significativos debido al pequeño tamaño de la muestra, el porqué de éste es que se decidió dejar 2 meses después de hacer la formación dado



que, si se hubiera hecho de manera inmediata a la actividad relatada, los resultados podrían estar artefactados. El periodo de tiempo a recoger pacientes es corto (1 mes) por tanto el número de pacientes depende de la atención de los mismos en el SUH. A pesar de eso, este estudio quiere abordar y valorar el esfuerzo por tratar de incluir los cambios necesarios para un manejo diagnóstico y terapéutico del síncope, sin embargo, todavía queda mucho por introducir y modificar en los servicios de urgencias, siendo la evaluación clínica y la estratificación del riesgo la idea fundamental en lo que se centra el algoritmo diagnóstico. Se hace énfasis en la mayor probabilidad de tener un síncope cardiogénico y, por lo tanto, más riesgo de muerte súbita en los pacientes con alto riesgo, que aquellos con bajo riesgo los cuales tienen más probabilidad de síncope reflejo con buen pronóstico ^(16,17).

Pese a las virtudes de las guías clínicas, frecuentemente los clínicos no las siguen. Las barreras esgrimidas son múltiples y variadas ⁽¹⁴⁾: dependientes de la propia guía, de la organización, del profesional, o del propio paciente. Por tanto, resulta interesante este tipo de estudios porque nos permiten implementar estrategias de mejora con una mayor calidad de la atención y mejores resultados sobre la salud del paciente.

Valorar si las intervenciones mejoran tras una formación, el aprendizaje continuo y el refuerzo son fundamentales para el crecimiento profesional. Creemos que después del análisis es necesario continuar con actividades similares y en el caso concreto que nos ocupa volver a repetir y reforzar.

8. CONCLUSIÓN

El manejo del síncope en urgencias supone un reto debido a la necesidad de adecuar las exploraciones complementarias con una valoración precoz para poder estimar su riesgo, realizar las pruebas necesarias e instaurar un tratamiento adecuado. Los objetivos del tratamiento son la prevención de la recurrencia de síntomas, la mejoría en la calidad de vida y la prolongación de la supervivencia.

Tras la intervención docente sobre la actualización del manejo del síncope se objetiva un cambio en el manejo, así como de la realización de procedimientos y en la solicitud de pruebas complementarias. No hubo cambios significativos en cuanto al diagnóstico, necesidad de ingreso hospitalario o necesidad de seguimiento por especialista hospitalario debido al tamaño muestral obtenido, por lo que, se podría sugerir realizar este estudio con la incorporación de más pacientes.



La formación continuada es de vital importancia en la práctica clínica ya que permite actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ⁽¹⁸⁾. Es necesario realizar de forma periódica jornadas formativas que garanticen la actualización de los conocimientos, potenciar su capacidad docente y posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

Esta necesidad marcada en los últimos años es debido al requerimiento de un enfoque multidisciplinar, donde estén implicados de forma coordinada diversos especialistas sanitarios. Además, proporcionan información objetiva y médica sobre las generalidades del síncope permitiendo un mayor conocimiento y entendimiento de este para un abordaje más adecuado. Por otro lado, favorece el desarrollo de las habilidades prácticas para manejarlo, identificar los factores de riesgo para prevenirlo y garantizar una buena comunicación hacia el paciente brindando apoyo y consejos.

Por ello, los cursos de formación proporcionan conocimientos necesarios para mantener una actualización constante y una atención de mayor calidad, valorando siempre la situación basal de cada paciente.

9. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope. JACC. agosto de 2017;70(5):e39-110.
2. Approach to the adult patient with syncope in the emergency department - UpToDate [Internet]. [citado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate-com.ponton.uva.es/contents/approach-to-the-adult-patient-with-syncope-in-the-emergency-department/print?search=syncope%20&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3
3. Gómez JMS, Martínez Á, Izquierdo M, Ferrero Á, Granell RR. Pronóstico e impacto del síncope sobre la calidad de vida en pacientes sin cardiopatía.
4. Epidemiological characteristics and diagnostic approach in patients admitted to the emergency room for transient loss of consciousness: Group for Syncope Study in the Emergency Room (GESINUR) study | EP Europace | Oxford Academic [Internet]. [citado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://academic.oup.com/europace/article/12/6/869/447802>
5. Brignole M, Alboni P, Benditt DG, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, Gert van Dijk J, Fitzpatrick A, Hohnloser S, Janousek J, Kapoor W, Anne Kenny R, Kulakowski P, Masotti G, Moya A, Raviele A, Sutton R, Theodorakis G, Ungar A, Wieling W; Grupo de Trabajo sobre el Síncope de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de Práctica Clínica sobre el



- manejo (diagnóstico y tratamiento) del síncope. Actualización 2004. Versión resumida [Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Update 2004. Executive summary]. Rev Esp Cardiol. 2005 Feb;58(2):175-93.
6. Moya-i-Mitjans A, Rivas-Gándara N, Sarrias-Merce` A, Jordi Pérez-Rodón J, Roca-Luque I I. Síncope. Revista Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012; 65(8): 755-65. [citado 19 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.revescardiol.org/es-sincope-articulo-S0300893212001947-pdf>
 7. 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. 1 de junio de 2018;39(21):1883-948.
 8. Molina Castaño D, Campos Quesada M, Núñez Guerrero A. Síncope: generalidades. Rev Medica Sinerg. 1 de mayo de 2020;5(5):e478.
 9. Rubiales E. EGSYS-U Score (Evaluación del pronóstico del Síncope en Urgencias)- Versión Univariante [Internet]. SAMIUC. [citado 19 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.samiuc.es/egsys-u-score-evaluacion-del-pronostico-del-sincope-en-urgencias-version-univariante/>
 10. Síncope en adultos: manejo y pronóstico - UpToDate [Internet]. [citado 19 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate-com.ponton.uva.es/contents/syncope-in-adults-management-and-prognosis/print?search=near%20syncope%20syncope%3F&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
 11. Protocolo terapéutico del síncope en urgencias. Medicine (Baltimore). 1 de noviembre de 2021;13(44):2607-10.
 12. Luque IR, Pascual JF, Rodón JP, Rivas N, Moya A. ¿Que cambian las nuevas guías?
 13. Síncope. FMC Form Médica Contin En Aten Primaria. 1 de enero de 2024;31(1):33-9.
 14. Gómez Doblas JJ, Rodríguez Padial L. Implementación de las guías de práctica clínica: deseo o realidad. Algoritmo de decisión. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis 2021;33(Supl 1):33-9..
 15. Gerbolés Andrés P. Estudio de los síncope atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. Adecuación a las guías de práctica clínica y evolución de los mismos. 2024 [citado 28 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/68632>
 16. Comentarios a la guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. Rev Esp Cardiol. 1 de octubre de 2018;71(10):787-93.
 17. Reed MJ, Karuranga S, Kearns D, Alawiye S, Clarke B, Möckel M, et al. Management of syncope in the Emergency Department: a European prospective cohort study (SEED). Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med. 1 de abril de 2024;31(2):136-46.
 18. Planas Comes F, San Vicente L, Planas Ayma F, Viles J, Planas A, Serrado A, et al. [Efficacy of a protocol for the diagnosis and management of syncope in an unselected population]. Med Clin (Barc). 21 de enero de 2012;138(1):7-10.

ANEXO 1

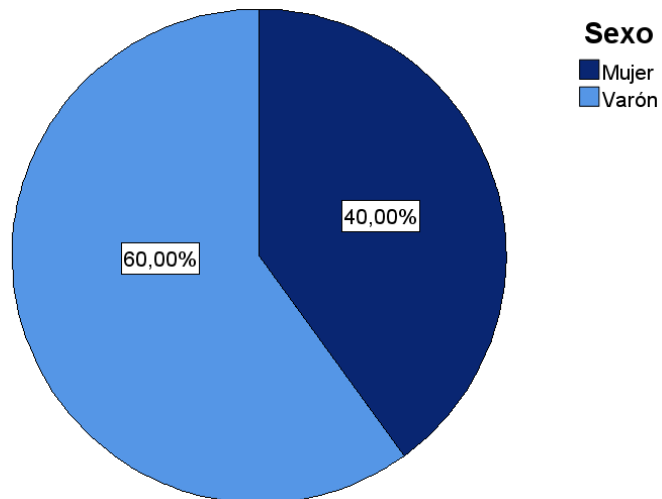


Gráfico 1: distribución por sexos

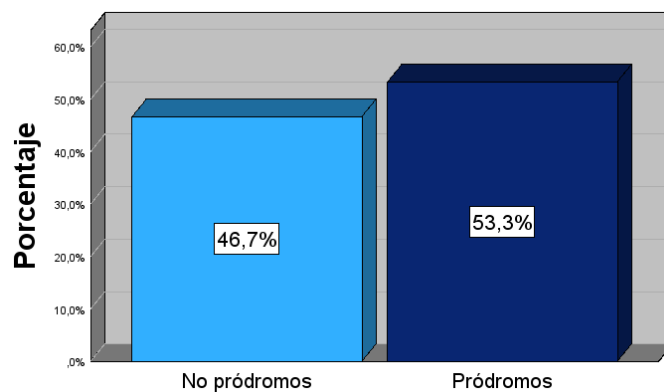


Gráfico 4: porcentaje de pacientes con pródromos

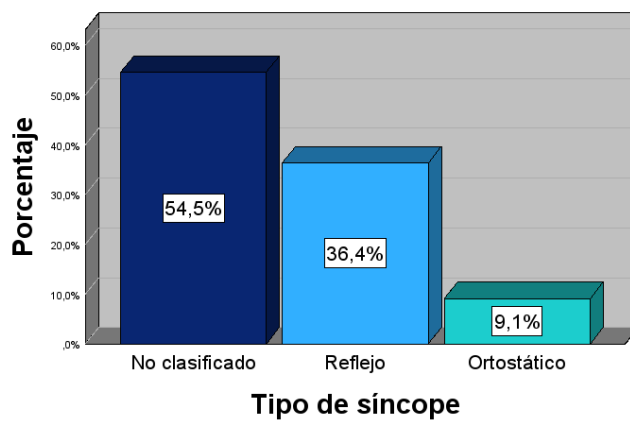


Gráfico 5: tipos de síncope recurrentes

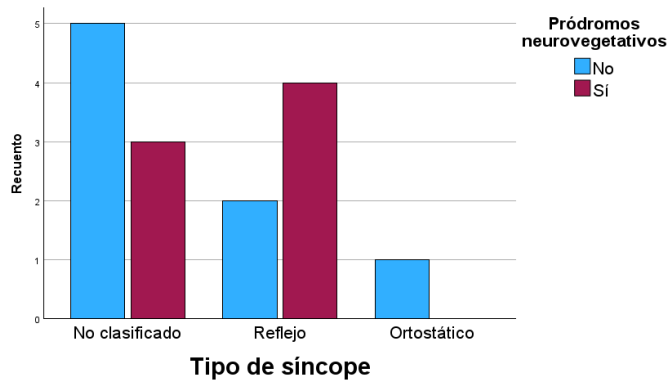


Gráfico 6: frecuencia de
pródromos según el tipo de
síncope en los que recurren

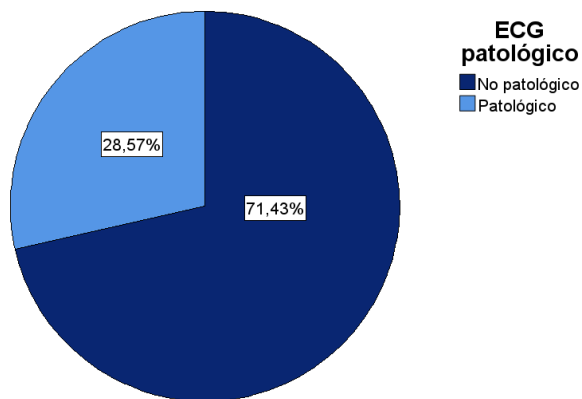


Gráfico 8: porcentaje de ECG
patológico

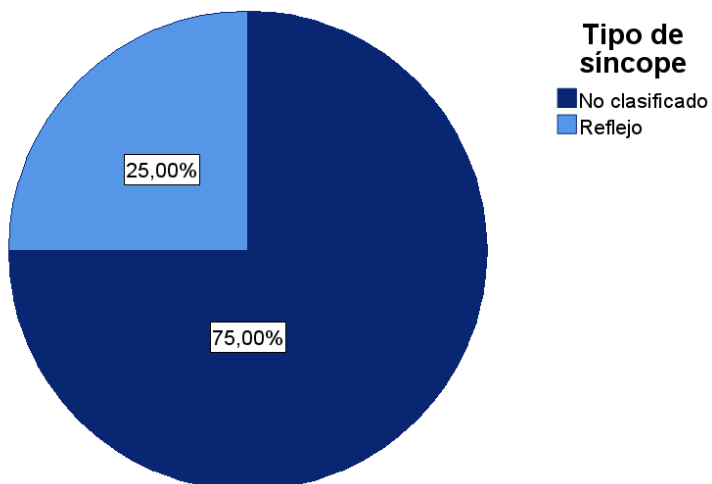


Gráfico 9: porcentaje de síncope
en pacientes con ECG alterado

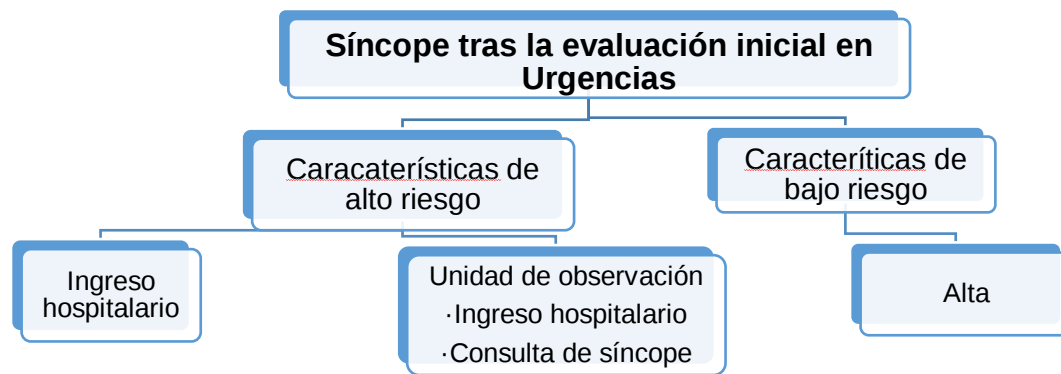


Ilustración 2: síncope tras la evaluación inicial en Urgencias

Bajo riesgo	Alto riesgo
• Fase prodrómica • Tras bipedestación prolongada o con temperaturas elevadas • Durante las comidas o posprandial • Desencadenado por tos, defecación o micción • Al rotar la cabeza o presionar el seno • Cambios de posición	• Alteraciones electrocardiográficas • Cardiopatías estructurales • Ausencia de pródromos • Antecedentes familiares • Tras el ejercicio • Palpitaciones

Tabla 4: Características tras la anamnesis, exploración física y ECG para estratificar el riesgo

ANÁLISIS SOBRE EL MANEJO DE SÍNCOPE EN URGENCIAS TRAS INTERVENCIÓN FORMATIVA



Alumna: Ofelia Rey Pérez

Tutores: Dra. Susana Sánchez Ramón

Cotutor: Rubén Pérez García

Médicos adjuntos: Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega

INTRODUCCIÓN

Las guías clínicas surgen para disminuir la variabilidad de la práctica médica y ayudar en las decisiones. Para ello existen numerosas **estrategias de intervención** que buscan mejorar su aplicación. Una de las metodologías es el registro y la **formación** que compruebe la adherencia a los protocolos de actuación y si la formación permite la mejora de atención.

OBJETIVOS

- **PRINCIPAL:** Analizar el **protocolo de actuación** de síncope en el servicio de Urgencias tras un curso de formación.
- **SECUNDARIOS:**
 - Conocer las ventajas y desventajas de formación.
 - Analizar las atenciones en urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descriptivo transversal retrospectivo. Se emplea el programa SPSS para el estudio estadístico.

Criterios inclusión

Pacientes > 18 años atendidos por síncope en Urgencias.

Criterios exclusión

Pacientes con pérdidas de conciencia asociado a otros movimientos no relacionados con un cuadro sincopal.

Limitaciones

- Población reducida.
- Diagnósticos codificados como causa etiológica.

RESULTADOS

Se comparó un estudio previo realizado en el Servicio de Urgencias sobre el manejo del síncope (preS) con los datos obtenidos tras la intervención formativa (postS). No hubo diferencias estadísticamente significativa en la edad, sexo, ni en el manejo inicial.

	Síncope más frecuente	Síncope menos frecuente	Desencadenante más frecuente	Desencadenante menos frecuente
PreS	Reflejo	Cardiogénico	Bipedestación	Cambios temperatura
PostS	Indeterminado-reflejo	Cardiogénico-ortostático	Cambios temperatura	Bipedestación

Tabla 1: comparación preS frente a postS



Gráficos 1 y 2: comparación dímero D y troponina preS y postS

- Única medición de **tensión arterial**, a pesar de la recomendación en las guías en dos posiciones.
- Menos mediciones de los valores de **dímero D y troponina**.
- A un porcentaje de pacientes con síncope de origen desconocido, no se les trata con las medidas necesarias en cada caso según la estratificación del riesgo.

DISCUSIONES

En nuestro estudio, **no todos los resultados son estadísticamente significativos** debido al pequeño tamaño de la muestra. A pesar de eso, se quiere valorar el esfuerzo por tratar de incluir los cambios necesarios diagnósticos y terapéuticos del síncope, sin embargo, todavía queda mucho por incluir en los servicios de urgencias ya que, pese a las virtudes de las guías clínicas, frecuentemente los clínicos no las siguen.

Por tanto, resultan interesantes estos estudios porque nos permiten **implementar estrategias** de mejora con una mayor calidad de la atención y mejores resultados sobre la salud del paciente.

Valorar si las intervenciones mejoran tras una formación, el aprendizaje continuo y el refuerzo son fundamentales para el crecimiento profesional. Creemos que después del análisis es necesario continuar con actividades similares y reforzar.

CONCLUSIÓN

El manejo del síncope en Urgencias supone un reto en el aumento de la supervivencia y de la calidad de vida.

Tras la intervención docente sobre el síncope se objetiva un cambio en el manejo por lo que sería interesante realizar este estudio con más pacientes. Esta necesidad de formación viene marcada por el requerimiento de un enfoque multidisciplinar con la coordinación de diferentes especialistas, por ello, los cursos formativos proporcionan los conocimientos necesarios para mantener una **actualización constante** y una atención de mayor calidad. Son de vital importancia en la práctica clínica ya que permite actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

