

## SÍNCOPE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

### SYNCOPE IN PRIMARY CARE. PRESENTATION OF A CLINICAL CASE

### SÍNCOPE NA ATENCIÓN PRIMARIA. PRESENTACIÓN DUN CASO CLÍNICO.

#### AUTORA

Pérez Aguilar, Aisha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Primer año de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Bertamirans. Area Sanitaria de Santiago de Compostela Y Barbanza.  
Dirección: Tr.ª Pedregal, 10, 15220 Bertamirans, A Coruña

Autora para correspondencia: Aisha Perez Aguilar. Dirección de correo electrónico:  
[aishaperez@hotmail.com](mailto:aishaperez@hotmail.com)

#### INTRODUCCIÓN

Varón de 78 años, acude en junio del 2022 por cuadro sincopal dos días antes mientras caminaba (aproximadamente 10 km), estuvo inconsciente por tiempo indeterminado, sin pródromos. No acude a centro asistencial por asociarlo a altas temperaturas.

Antecedentes personales: HTA a tratamiento con lbersartán 150 mg/24h y adenocarcinoma de próstata en el 2008 tratado con prostatectomía total y radioterapia prostática.

El paciente menciona cuadros similares previos y que era común encontrarlo en la huerta inconsciente, no acudió a su médico de familia por dicha clínica. Revisando la historia clínica se encuentran dos episodios, uno en el año 2019 presentando hematoma en cadera derecha, otro en el año 2021 presentando un cuadro presincopal.

Exploración física: presión arterial (PA) 118/71 mmHg; saturación de oxígeno 96%; frecuencia cardíaca (FC): 78 latidos por minuto; auscultación pulmonar: crepitantes finos en bases pulmonares; auscultación cardíaca: arrítmica sin soplos; sin alteraciones de la marcha ni temblor en reposo. Electrocardiograma (ECG): Bloqueo auriculoventricular (BAV) de segundo grado Mobitz 2. Remitimos al servicio de urgencias por síncope de origen cardíaco.

#### DIAGNÓSTICO

En urgencias: PO<sub>2</sub> de 57; radiografía de tórax: opacidad en lóbulo superior izquierdo. Ingresa en Neumología por Neumonía adquirida en la comunidad en lóbulo superior izquierdo Fine III. Ecocardiograma transtorácico: insuficiencia mitral y aórtica ligeras y alta probabilidad de hipertensión arterial pulmonar.

Se hace una interconsulta al servicio de cardiología para descartar hipertensión pulmonar como causa de los síncope. En cardiología responden: no datos de disfunción sistólica ventricular derecha o dilatación significativa de la arteria pulmonar; se colocará Holter y evaluará trastornos de la conducción.

Septiembre del 2022 consulta en atención primaria: el familiar refiere deterioro cognitivo, olvidos de memoria reciente y apraxia. Exploración física: No bracea extremidad superior derecha y arrastra extremidad inferior izquierda, no marcha tándem, mini mental test sin alteración, no temblor, apraxia en movimientos finos, bradipsiquia. Se solicita vitamina B12, ácido fólico, serología de sífilis, e interconsulta a neurología.

En octubre de 2022 se le coloca un Holter: Posible rachas de fibrilación auricular de < 5 segundos. Extrasistolia ventricular frecuente en parejas y una racha de taquicardia ventricular de 4 latidos. Dos aislados episodios de Bloqueo AV de segundo grado Mobitz II sin pausas. Se hace un diagnóstico de síncope de perfil cardiogénico, bloqueo AV de segundo grado Mobitz II. Ingresa en ese mismo mes para colocación de marcapasos bicameral.

Actualmente el paciente se encuentra con un buen estado general y la clínica neurológica desapareció posterior a la colocación del marcapasos.

## CONCLUSIÓN

Cuando evaluamos un síncope debemos tener claro que es un motivo de consulta muy frecuente en la atención primaria, su clínica es inespecífica y se debe a una gran cantidad de causas, además carece de un único especialista de referencia.

Se puede clasificar en síncope no cardíaco: síncope reflejo (vasovagal, situacional, del seno carotideo), intolerancia ortostática (deshidratación, medicación, neurogénica, hipotensión ortostática); o de origen cardíaco (arritmias, estructural o cardiopulmonar) (4). Al encontrarnos con un síncope hay parámetros que tenemos que evaluar: 1) edad; 2) que hacía mientras ocurrió; 3) si hubo pródromos; 4) ¿Hay algún fármaco que pudiera ser la causa? (1,2).

En la evaluación inicial se debe hacer una historia detallada: examen físico (signos vitales ortostáticos estandarizados como PA, FC en posiciones acostadas y sentadas) y ECG de 12 derivaciones. Identificar el síncope como no cardíaco, cardíaco u otro, puede ayudar al pronóstico (2,4).

Posteriormente evaluar según criterios. Un paciente sin alteraciones electrocardiográficas y exploración normal pensamos en síncope neuromediados y se tratará en consultas de AP, si estos son recurrentes o invalidantes conviene remitirlos a la consulta de cardiología (1). Pacientes que no cumplen características de alto ni de bajo riesgo lo mejor es una observación entre 6-48 horas, esto genera un mejor diagnóstico. Pacientes de alto riesgo deben ingresar para estudio y posible tratamiento (2,4).

La disfunción sinusal, los BAV completo o de segundo grado, BAV de primer grado prolongado y sintomático, son motivos para la colocación de marcapasos; aunque esta decisión no es del médico de primaria, es algo que se debe conocer (3).

Pero por la clínica o las alteraciones en el ECG podríamos plantearnos una derivación a urgencias si este es reciente (<72 horas) o recurrente, sobre todos en los que pensamos en un compromiso hemodinámico (1).

**Consentimiento informado:** Se cuenta con el consentimiento informado del paciente para la presentación del caso clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agustin Pastor F., Santiago Díaz S. Síncope. Procesos asistenciales compartidos entre Atención primaria y cardiología. (2015). pp: 27-32. Disponible en: <https://1aria.com/images/entry-pdfs/procesos-asistenciales-compartidos-entre-atencion-primaria-y-cardiologia.pdf>
2. Alfonso Martín M., Angel Moya M., Francisco Mora T., Coral Suero M. MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNCOPE EN URGENCIAS. (2018). Disponible en: <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/06/manejo-paciente-con-sincope-en-urgencias.pdf>
3. Mónica Pardo F., Saleta Fernández B., Inmaculada González B. Valoración y manejo de las Bradicardias en urgencias de Atención Primaria. Cad Aten Primaria (2011). Volumen 18. pp 107-110. Disponible en: [https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18\\_2\\_abcde\\_1.pdf](https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_2_abcde_1.pdf)
4. Primary Writing Committee; Sandhu RK, Raj SR, Thiruganasambandamoorthy V, Kaul P, Morillo CA, Krahn AD, Guzman JC, Sheldon RS; Secondary Writing Committee; Banijamali HS, MacIntyre C, Manlucu J, Seifer C, Sivilotti M. Canadian Cardiovascular Society Clinical Practice Update on the Assessment and Management of Syncope. Can J Cardiol. 2020 Aug;36(8):1167-1177. doi: 10.1016/j.cjca.2019.12.023. Epub 2020 Jul 2. PMID: 32624296.