

URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA: PÉRDIDA DE CONCIENCIA TRANSITORIA.

AUTORÍA

Villarejo Aguilar, Luis*.

Ybarra Lara, Alberto*.

* Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Andújar (Jaen).

Dirección para correspondencia:

luisvillarejo@hotmail.es

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

RESUMEN

Introducción: La pérdida de conocimiento es un motivo frecuente de solicitud de asistencia urgente, que origina ansiedad y confusión en los DCCU debido a su inespecificidad. Suele ser por lo general breve y de aparición repentina. Son múltiples las posibles causas y varían desde las benignas hasta las que pueden poner en peligro la vida.

Objetivos: Describir el perfil y determinar las causas más frecuentes de pérdidas de conocimiento transitorio atendidas por el DCCU de Andújar (Jaén).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal y retrospectivo realizado durante el período comprendido desde el 01-01-2010 hasta 01-12-2010. La población de estudio fue la de todos los usuarios atendidos por el DCCU de la Zona Básica de Salud de Andújar (Jaén) cuyo motivo de consulta fue la Inconsciencia. Las fuentes de extracción de datos fueron los informes de asistencia del DCCU y registros en historia de salud digital.

Resultados: En dicho período de estudio se atendieron 133 casos; 55,6% mujeres y un 44,4% hombres. Las causas más frecuentes fueron vasovagales 42,1% y cardiogénicas 22,4%.

Conclusiones: El perfil de los usuarios atendidos por pérdidas de conocimiento transitorias es el de una mujer adulta con diagnóstico al alta de síncope vasovagal, sin necesidad de traslado hospitalario. En hombres predomina el síncope de origen cardíaco con derivación hospitalaria.

PALABRAS CLAVES

Síncope, inconsciencia, urgencias, asistencia prehospitalaria.

TITLE

EMERGENCY OUTPATIENT: TRANSIENT LOSS OF CONSCIOUSNESS

ABSTRACT

The loss of knowledge is a common reason for emergency assistance request, which causes anxiety and confusion in DCCU because of its specificity. Usually tends to be brief and sudden appearance. There are many possible causes, ranging from the benign to those that may endanger life.

Objectives: To describe and determine the most common causes of transient loss of consciousness addressed by the DCCU de Andújar (Jaén).

Methods: Retrospective descriptive study and conducted during the period from 01-01-2010 to 12.01.2010. The study population consisted of all users served by the DCCU of basic health area of Andújar (Jaén), whose reason for consultation was unconsciousness. The sources of data were extracted from the attendance reports and records DCCU digital health history.

Results: In the study period 133 cases were treated, 55.6% women and 44.4% men. The most frequent causes were vasovagal 42.1% and 22.4% cardiogenic.

Conclusions: The profile of users served by transient loss of consciousness is that of an adult woman with a discharge diagnosis of vasovagal syncope, without hospital transfer. In men predominate cardiac syncope referral hospital

KEY WORDS

syncope, unconsciousness, emergency, prehospital assistance.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de conciencia transitoria o síncope es una situación clínica relativamente frecuente en las emergencias extrahospitalarias. Es considerada una emergencia médica que, potencialmente puede causar lesiones físicas o psíquicas, evolucionar con crisis tónicas o tónico-clónicas y puede ser letal, por lo que se hace necesario un diagnóstico etiológico inmediato, estableciendo el tratamiento precoz y la prevención de la recurrencia de otros episodios.

El síncope se define como una pérdida transitoria y reversible de la conciencia, asociada a una pérdida del tono postural con presencia o no de pródromos con recuperación espontánea y completa de la conciencia (1,2).

Sucede en todos los grupos etarios y se estima que 15% de los niños presentan un episodio sincopal antes de alcanzar la adolescencia (3,4). En ancianos esta estimación llega a alcanzar hasta el 23% (5,6).

Es debida a una hipoperfusión cerebral global y transitoria. Las causas de hipoperfusión se deben a una disminución del gasto cardíaco y/o disminución de la resistencia vascular periférica.

Existen muchas causas capaces de producir un síncope, pero, desde un punto de vista práctico, interesa diferenciar tres grandes grupos: trastornos del sistema nervioso autónomo, causas cardíacas y no cardíacas. Los únicos síncope que pueden entrañar gravedad son los de origen cardíaco que pueden conducir al paro circulatorio y muerte, aunque son de muy baja frecuencia.

Cuando atendemos a un paciente que ha sufrido una pérdida de conciencia transitoria y una vez recuperado es fundamental reconstruir todo el proceso, con una amplia anamnesis que puede comprender:

1. Características del episodio: síntomas previos, posición y postura en la que se encontraba, duración.
2. Antecedentes personales: episodios anteriores, consumo de sustancias tóxicas, fármacos, enfermedades que padece, antecedentes familiares de muerte súbita.
3. Factores desencadenantes: esfuerzos previos, cambios de posición, determinados movimientos del cuello, aglomeraciones gente, dolor, calor, etc.
4. Situaciones específicas: tos, defecación, etc.
5. Recuperación tras episodio: rápida, con síntomas postcrisis, confusión, cefalea, focalidad neurológica.

Tras la recogida de información se efectuará una adecuada exploración física: cardiológica y neurológica que nos ayudarán al diagnóstico final.

1- Constantes vitales: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos periféricos, frecuencia respiratoria, glucemia capilar, temperatura.

2- Estado general del paciente: coloración piel (cianosis, palidez), hidratación, examen neurológico, valoración cardiológica (auscultación y realización EKG), auscultación pulmonar, palpación abdomen, inspección de las extremidades (edemas, signos TVP), inspección cuello (ingurgitación venosa, rigidez).

La realización o no de otras pruebas complementarias como analítica de sangre, radiografía, ecocardio, Tilt Test o basculación para diagnóstico y la decisión de derivar al paciente para ingreso hospitalario se derivan del resultado de esta evaluación inicial.

Con estas sencillas exploraciones se llega al diagnóstico en más del 50% de los casos.

Lo preferente en la atención del síncope a nivel extrahospitalario es descartar la gravedad que pueda llevar a la muerte del paciente como pueden ser traumatismos, hemorragias, TVP o cardiopatías inestables. Una vez priorizada la gravedad y estratificado el riesgo (Tabla1) podremos buscar la posible etiología con más calma y decidir el tratamiento más adecuado.

TABLA 1. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN EL SINCOPE

Riesgo alto:

- Pacientes de cualquier edad con datos de cardiopatía significativa y síncope relacionada con la misma

Riesgo medio:

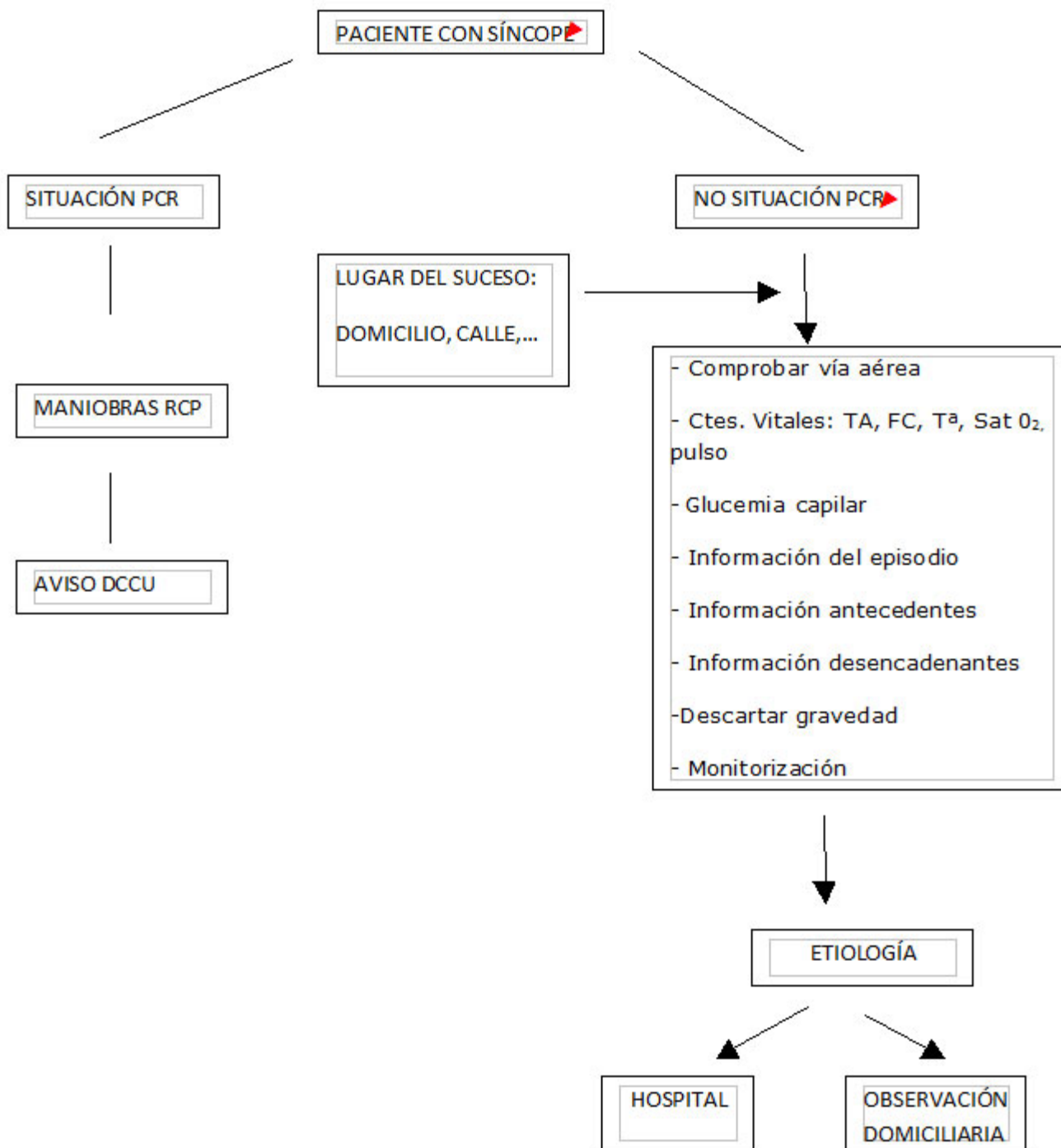
- Pacientes > 70 años y síncope psicógeno, vagal, ortostático o indeterminado.
- Pacientes > 30 años y síncope neurológico, metabólico o farmacológico

Riesgo bajo:

- Pacientes < 30 años sin cardiopatía.
- Pacientes < 70 años con psicógeno, vagal, ortostático o indeterminado

Las pautas de actuación y tratamiento (Tabla 2), en la mayoría de los casos, suelen resolverse con la educación sanitaria: se explica al paciente la benignidad del trastorno que padece y se le explican medidas generales como evitar factores desencadenantes, ayudarle a reconocer síntomas prodrómicos (si los hubiera) y adoptar la posición de decúbito antes del cuadro sincopal para evitar traumatismos.

Tabla 2. Algoritmo de actuación en urgencias del síncope.



OBJETIVOS:

- Describir el perfil de los usuarios atendidos por pérdidas de conocimiento transitorias por el DCCU extrahospitalario de Andújar.
- Determinar las causas más frecuentes de pérdidas de conocimiento transitorio en la ZBS.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de diseño descriptivo transversal y retrospectivo, realizado en una Zona Básica de Salud (ZBS) de Andújar, del Distrito Sanitario Jaén-Norte, durante el período comprendido desde el 01-01-2010 hasta 01-12-2010. La población de estudio fue la de todos los usuarios atendidos por el DCCU de la ZBS cuyo motivo de consulta fue la Inconsciencia. Los criterios de inclusión en la muestra fueron:

- Edad > 14 años.

- Pérdida breve de la conciencia y tono muscular con recuperación espontánea.

Asimismo se excluyeron los pacientes que requirieron maniobras de RCP y pacientes con sospecha de Ictus.

Se estudiaron las variables: edad, sexo, franja horaria, lugar de la asistencia, causa probable, y derivación al alta. Las fuentes de extracción de datos fueron los informes de asistencia del DCCU y registros en historia de salud digital.

Se realizó análisis estadístico descriptivo de todas las variables y se construyen los Intervalos de Confianza para la media al 95%. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar, y las variables cualitativas en porcentajes.

RESULTADOS:

Se atendieron 133 casos de pérdida de conocimiento, como motivo de consulta urgente al DCCU.

La edad media de los pacientes atendidos fue de 66 años (Límites 18-93 años), de los que 55,6% eran mujeres y un 44,4% hombres.

Las causas más frecuentes fueron vasovagales 42,1% y cardiogénicas 22,4%. Otras menos frecuentes fueron el síncope de origen neurogénico 12,7%, ortostático 6,0%, por fármacos 5,9%, psicógeno 3,0%, situacional 2,2 %, vértigo 2,1%, GEA 1,4%, e intoxicación etílica 1,4%. Tabla 3.

Tabla 3. Distribución según sexo de las causas de síncope atendidos por el DCCU. (N= 133)

	HOMBRES Porcentaje (frecuencia)	MUJERES Porcentaje (frecuencia)
VASOVAGALES	15,0% (20)	27,0% (36)
CARDIOGÉNICAS	14,2% (19)	8,2% (11)
NEUROGENICAS	6,0% (8)	6,7% (9)
GEA	0,7% (1)	0,7% (1)
VÉRTIGO	1,4% (2)	0,7% (1)
INTOX.ETÍLICA	1,4% (2)	0,0% (0)
ORTOSTÁTICO	3,0% (4)	3,0% (4)
PSICÓGENO	0,7% (1)	2,2% (3)
SITUACIONAL	0,7% (1)	1,4% (2)
FÁRMACOS	0,7% (1)	5,2% (7)

La mayoría de las actuaciones del DCCU fueron en el domicilio 76% y en diferentes franjas horarias: matutina 47%, vespertina 35% y madrugada 18%.

En cuanto al destino al alta un 65% fue trasladado al Hospital y observación domicilio 35%.

DISCUSIÓN

De nuestro estudio se deduce una prevalencia similar al de otras zonas analizadas, aunque la prevalencia de los distintos síncope es muy variada según los estudios. Habitualmente, se recogen los datos de varios estudios de población y se halla la media de las prevalencias de cada tipo de síncope (1,7).

La edad media de los pacientes atendidos 66 años coincide con otros estudios (8). Predominó el sexo femenino, coincidiendo con la literatura analizada (9).

En nuestro estudio, los síncope de causa refleja vasomotora son los más prevalentes (42,1%), superior al dato de los estudios publicados (prevalencia media del 37%). El síncope cardiogénico es el segundo en frecuencia en nuestro estudio, pero su porcentaje (22,4%) es también superior a la prevalencia media que reflejan otros trabajos (18%).

En cuanto al alto porcentaje de pacientes trasladados al Hospital señalar que en parte es debido a no existir un criterio unitario en la atención a esta patología y a las limitaciones propias de la asistencia extrahospitalaria para lograr un diagnóstico de certeza.

CONCLUSIONES

El perfil de los usuarios atendidos por pérdidas de conocimiento transitorias es el de una mujer adulta con diagnóstico al alta de síncope vasovagal, sin necesidad de traslado hospitalario. En hombres predomina el síncope de origen cardíaco con derivación hospitalaria.

La mayoría de los casos sincopales son banales y suelen resolverse con la educación sanitaria por parte del equipo DCCU.

BIBLIOGRAFÍA:

- Brignole M, Alboni P, Benditt D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001;20:1256-306.
 - Morillo J. Manual de enfermería de asistencia prehospitalaria urgente. Ed Elsevier 2007.
 - Driscoll DJ, Jacobsen SJ, Porter CJ, Wollan PC. Syncope in children and adolescents. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: 1039-45.
 - Massin MM, Bourguignont A, Coremans C, Comte L, Lepage P, Gerard P. Syncope in pediatric patients presenting to an emergency department. *J Pediatr* 2004; 145: 223-8.
 - Lamarre M. Syncope in older Adults. *Geriatrics Aging* 2007; 10(4): 236-40.
 - Soteriades E, Evans J, Larson M, Chen M, Chen L, Benjamin E, et al. Incidence and prognosis of syncope. *N Eng J Med* 2002;347(12):878-85.
 - Linzer M, Yang EH, Mark Estes III NA, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 1: Value of history, physical examination, and electrocardiography. Clinical guideline. *Ann Intern Med* 1997;126:989-96.
 - Hernández García J, Salegi Etxebeste I, Marín Tamayo JM, Pérez Irazusta I. Criterios de derivación hospitalaria en los pacientes con síncope. *Emergencias* 2004;16:68-73.
 - Savage DD, Corwin L, Mc Gee DL y col: Epidemiologic features of isolated syncope: The Framingham Study. *Stroke* 16: 626, 1985.
-