

5

SÍNCOPE

*M^a Isabel Borrego Iglesias, Yólana Calero Vallés,
Josefa Maldonado Lobo y M^a Pilar Nieto Gutiérrez.*



5.1. Introducción

El síncope es un cuadro clínico que implica una pérdida de conocimiento repentina y por lo general, breve y reversible. La severidad y el impacto de los episodios sincopales están determinados no sólo por su etiología, sino también por otras circunstancias, como el modo de presentación, la tasa de recurrencias o la situación profesional del paciente¹. Si bien puede tener una evolución benigna, también puede ser la causa de lesiones serias o relacionarse con eventos cardíacos letales. En cualquier caso, por lo llamativo del cuadro y su morbilidad, sobre todo si son recurrentes, crea gran angustia y temor en los pacientes que lo padecen, y en su familia.

Determinar la causa del síncope puede llegar a ser bastante complejo aunque, hoy en día, las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología orientan sobre los pasos a seguir en el estudio de estos pacientes. Esta complejidad ha hecho que, cada vez más hospitales, creen “Unidades de Síncope”, integradas generalmente por personal de los servicios de urgencias y cardiología, con el objetivo de enfocar y realizar las pruebas adecuadas, con la prioridad necesaria y así, llegar al mejor tratamiento para cada paciente.

En este capítulo vamos a tratar de definir la atención de enfermería a pacientes con síncope.

5.2. Definición y epidemiología

El síncope es una pérdida transitoria del conocimiento y del tono postural, debida a una hipoperfusión cerebral global transitoria (HCGT) y caracterizada por ser de inicio rápido, duración corta y recuperación espontánea completa². De acuerdo con esta definición, quedan excluidas del diagnóstico de síncope, aquellas patologías en las cuales la pérdida de conocimiento no implique una HCGT (como los ataques epilépticos y los cuadros psicogénicos). El concepto de recuperación espontánea diferencia al síncope de la muerte súbita.

Es un problema relativamente frecuente, que se puede presentar a cualquier edad. Se estima que del 15 al 23 % de la población ha presentado al menos un episodio sincopal a lo largo de su vida. A pesar que muchos de estos pacientes no buscan asistencia médica, el síncope representa del 1 al 5 % de todas las visitas a urgencias y del 1 al 3 % de los ingresos en un hospital³.

Si bien el síncope reflejo o vasovagal predomina sobre los de otra etiología en todas las edades, es extremadamente frecuente en la juventud, con un predominio de mujeres que suelen presentar su primer episodio entre los 10 y los 30 años. De acuerdo con el estudio Framingham, hay un incremento pronunciado de la incidencia de síncope después de los 70 años (de 5,7 episodios/1.000 personas-año en varones con edad de 60-69 años, a 11,1 episodios/1.000 personas-año en pacientes de 70-79 años)⁴.

5.3. Etiología y mecanismos desencadenantes.

La reducción transitoria del flujo sanguíneo cerebral, como consecuencia de una caída de la presión arterial sistémica primaria, por alteración en el ritmo cardíaco o mixto, constituye la vía final por la que se producen los distintos tipos de síncope. Una HCGT mantenida durante 6-8 segundos, es suficiente para que se produzca una pérdida completa de conciencia y tono muscular. A continuación, se adjunta una clasificación fisiopatológica de las principales causas del síncope²:

5.3.1 Clasificación del síncope:

5.3.1.1 Reflejo (neuromediado)

- Vasovagal: mediado por angustia emocional, miedo, dolor, instrumentación, fobia a la sangre y por estrés ortostático. Frecuentemente presenta pródromos, con sintomatología previa como malestar, vista nublada, sudoración, etc.
- Situacional: tos, estornudos, estimulación gastrointestinal (tragar, defecar, dolor visceral), micción (posmiccional), tras ejercicio, postprandial.
- Síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo.

5.3.1.2 Síncope debido a hipotensión ortostática

- Disfunción autónoma primaria: primaria pura, atrofia sistémica múltiple, enfermedad de Parkinson con disfunción autonómica, demencia de los cuerpos de Lewy.
- Disfunción autonómica secundaria a la diabetes, amiloidosis, uremia, lesión de la médula espinal.
- Hipotensión ortostática inducida por el alcohol o algunos fármacos: vasodilatores, diuréticos, fenotiazinas, antidepresivos.
- Depleción de volumen: hemorragia, diarrea, vómitos, etc.

5.3.1.3 Síncope cardiaco (cardiovascular)

- Si la arritmia es la causa primaria, puede ser debido a:
 - Bradicardia:
 - Disfunción del nodo sinusal (incluido el síndrome de bradicardia/taquicardia).
 - Enfermedad del sistema de conducción auriculoventricular.
 - Disfunción de un dispositivo implantable.
 - Bradiarritmia inducida por fármacos.
 - Taquicardia:
 - Supraventricular.
 - Ventricular (idiopática, secundaria a cardiopatía estructural o canalopatía).
 - Taquiarritmias inducidas por fármacos.
- Algunas cardiopatías estructurales, pueden ocasionarlo:
 - Valvulopatía, infarto de miocardio/isquemia, miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular, masas cardiacas (mixoma auricular, tumores, etc.), enfermedad pericárdica/taponamiento, anomalías congénitas de las arterias coronarias, disfunción valvular protésica.
- Otras: embolia pulmonar, disección aórtica aguda, hipertensión pulmonar.

5.4 Estratificación del riesgo.

Para poder determinar la gravedad del síncope, lo primero es realizar una correcta evaluación inicial⁵ (*Figura 1*). Cuando la causa del síncope sigue siendo incierta después de la evaluación inicial, el siguiente paso, consiste en evaluar el riesgo de pre-

sentar episodios cardiovasculares mayores o muerte súbita cardíaca. Nos parece fácilmente comprensible la estratificación del riesgo empleando el algoritmo adjunto⁶:

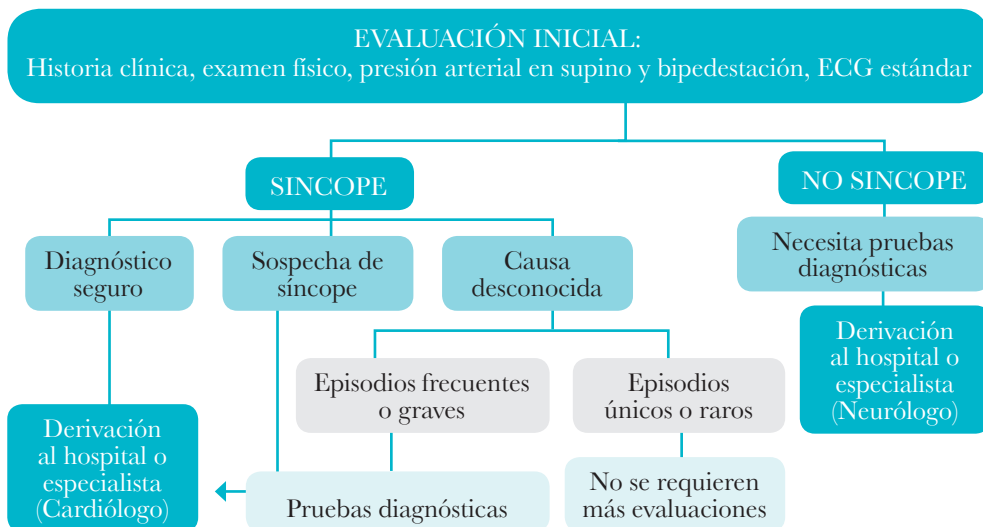


Figura 1: Evaluación inicial.

La evaluación inicial, generalmente, permite estratificar al paciente en dos grandes grupos:

- a) Paciente sin cardiopatía estructural y electrocardiograma (ECG) basal normal.
- b) Paciente con cardiopatía estructural, antecedentes familiares de muerte súbita o alteraciones significativas en el ECG basal, como aquellas sugestivas de necrosis miocárdica antigua, trastornos de la conducción o alteraciones de la repolarización sugestivas de síndrome de QT largo o síndrome de Brugada.

Esta estratificación es de suma importancia, ya que la estrategia diagnóstica y terapéutica será completamente distinta en cada uno de estos dos grupos³.

Además de una exhaustiva historia clínica, ECG basal y exploración física, las pruebas diagnósticas más utilizadas en estos pacientes son: la monitorización electrocardiográfica ambulatoria con holter de 24 horas o holter de eventos, la prueba de mesa basculante, el estudio electrofisiológico (EEF), y otras encaminadas a descartar cardiopatías, como la ecocardiografía, la ergometría o la resonancia cardíaca.

Factores (1 punto cada uno):

- Edad > 65
- Historia de cardiopatía estructural
- Síncopes sin pródomos
- ECG anormal

Puntuación vs Mortalidad a 1 Año

| | |
|----------|-------|
| 0 puntos | 0% |
| 1 punto | 0,8% |
| 2 puntos | 19,6% |
| 3 puntos | 34,7% |
| 4 puntos | 57,1% |

En los pacientes sin cardiopatía y ECG normal, la actitud diagnóstica irá dirigida a descartar una etiología neuromediada y por lo general, de buen pronóstico. Mientras que para los pacientes con cardiopatía estructural y alteraciones en el ECG, la estrategia diagnóstica debe ir encaminada a confirmar o descartar la etiología cardiológica como causa, requiriendo exploraciones específicas y, en muchos casos, EEF. Si a pesar de todo, no se consigue determinar la causa y, los síncope son recurrentes, se puede optar por el implante de un holter insertable.

5.5 Prevención y tratamiento

Los objetivos principales del tratamiento de los pacientes con síncope son prolongar la supervivencia, limitar las lesiones físicas y prevenir las recurrencias. No se puede hablar del tratamiento del síncope, sino del tratamiento de los distintos tipos de síncope. En la tabla adjunta² se especifican tratamientos según el tipo, tal como se indican en las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (Figura 2).

Así, por ejemplo, si la causa del síncope es vasovagal, la educación al paciente es fundamental para la prevención de recurrencias, mientras que si es debido a arritmias, puede requerir el implante de marcapasos o de desfibrilador automático implantable.

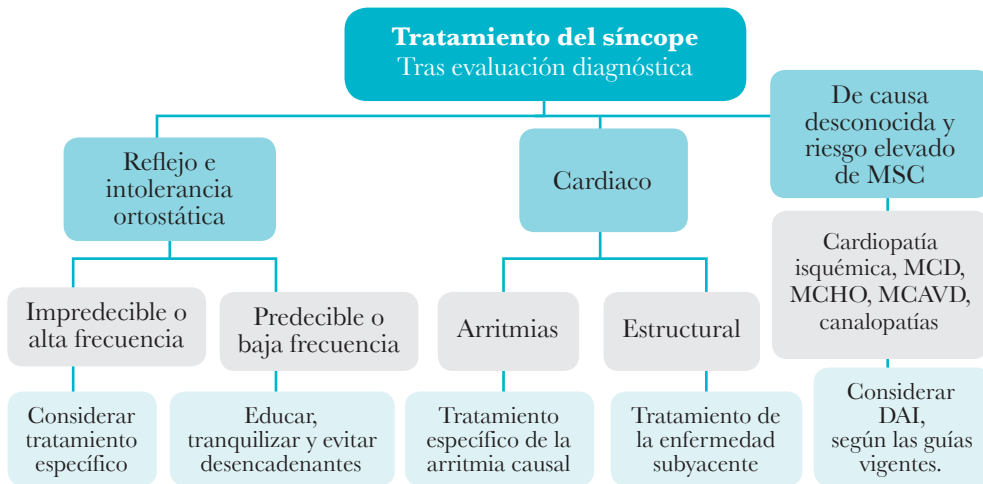


Figura 2: Tratamiento del síncope.

Leyenda: **MSC:** muerte súbita cardíaca. **DAI:** desfibrilador automático implantable. **MCD:** miocardiopatía dilatada. **MCHO:** miocardiopatía hipertrófica obstructiva. **MCAVD:** miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho.

5.6 Valoración y cuidados de enfermería

Para describir la actuación de enfermería, dividimos este punto en tres apartados: atención al paciente en urgencias, en las distintas pruebas diagnósticas y en la educación sanitaria (esta última, sobre todo en caso de síncope vasovagales).

5.6.1 Atención al paciente en Urgencias

La mayor parte de los pacientes con síncope requieren atención en el primer nivel de los servicios médicos de salud. La estrategia debe ser adaptada al estado en que se encuentra el paciente y las condiciones en que se le atiende. En algunos casos, la evaluación apunta a una posible causa cardiogénica, que puede hacer peligrar la vida del paciente, y que debe ser confirmada por pruebas complementarias.

Cuando el paciente acude buscando asistencia sanitaria por haber sufrido un cuadro sincopal, tendremos que tener en cuenta⁷:

Atención inmediata

- Intentar averiguar la causa del síncope o de la pérdida de conciencia.
- Prevenir las complicaciones derivadas de la falta de conciencia, en caso que ésta se prolongue.
- Prevenir las complicaciones derivadas de la causa del síncope.

Secuencia de actuación

- Mantener una posición adecuada para su seguridad.
- Monitorizar el nivel de conciencia (test de Glasgow).
- Monitorizar el estado respiratorio: frecuencia respiratoria, patrón respiratorio, saturación de oxígeno y movimientos torácicos.
- Prevenir complicaciones respiratorias: administración de oxígeno según pauta, preparar los dispositivos de aspiración y el tubo de guedel, colocar en decúbito lateral en caso de presentar náuseas e incorporar la cabecera de la camilla (30°), si no existe contraindicación o hipotensión arterial.
- Monitorizar el estado circulatorio: monitorización de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y el ECG. Medir glucemia capilar, palpar presencia de pulsos (carotídeo, femoral y radial), vigilar la coloración de la piel (cianosis, palidez), el llenado capilar, buscar signos de hemorragia y valorar la diuresis.
- Prevenir el fracaso circulatorio: canalizar al menos una vía venosa periférica, mantener al paciente en posición de decúbito supino y elevarle las piernas si presenta hipotensión.
- Mantener el carro de parada cerca.

Pruebas complementarias

- ECG
- Glucemia capilar.
- Analítica sanguínea para determinar: hematimetría, bioquímica (glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, enzimas cardíacas si existe sospecha de IAM, tóxicos, etc).
- Prueba de embarazo en la mujer.
- Gasometría en pacientes con dificultad respiratoria.
- TAC craneal.

Complicaciones

- Asfixia por caída de la lengua sobre la faringe por relajación del músculo.
- Broncoaspiración de contenido oral o gástrico.
- Depresión respiratoria (por afectación del centro respiratorio).
- Traumatismo (traumatismo craneoencefálico, fracturas).
- Otras complicaciones secundarias a la patología de base.

5.6.1.1 Valoración de Enfermería

En la valoración de un paciente que ha sufrido un síncope y acude a Urgencias, debemos considerar la información que nos llega de diferentes fuentes⁸:

- Información directa del paciente, mediante entrevista con él y su familia.
- Información obtenida de la exploración física.
- Información procedente de pruebas diagnósticas y de laboratorio.

Así pues, realizaremos nuestra valoración según el sistema diseñado por Marjory Gordon, que define los patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades⁹: (*Tabla 1*). Sólo haremos referencia a patrones alterados.

| <i>Patrón 1.- Percepción de la salud - Manejo de la Salud.</i> | <i>Patrón 5.- Sueño- Descanso.</i> |
|--|--|
| Puede sufrir accidentes como consecuencia del síncope. La enfermedad ha podido ser provocada por cualquiera de las posibles etiologías descritas. Acude al servicio de urgencias y es ingresado en un hospital para ser estudiado. Para el paciente es muy importante estar informado sobre el proceso de la enfermedad. | Tiene problemas para conciliar el sueño debido a la interrupción para procedimientos, además de las molestias ambientales. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Patrón 3.- Eliminación. | | Patrón 7.- Autopercepción – Auto-concepto. | |
| Puede tener sudoración excesiva en el momento del síncope. | | Tiene miedo que se repita el síncope | |
| Patrón 4.- Actividad - Ejercicio. | | Patrón 8.- Rol- Relaciones. | |
| La capacidad percibida para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta que es portador de vía IV. Movilidad general | | La familia vive la situación con una sensación de desajuste, desorientación y/o preocupación; no entienden el porqué de la circunstancia. | |
| Movilidad general | 1 | Movilidad en cama | 0 |
| Alimentarse | 1 | Arreglarse | 1 |
| Bañarse | 1 | vestirse | 1 |

Tabla 1: Patrones alterados.

5.6.1.2 Identificación de Diagnósticos, Criterios de Resultados e Intervenciones^{10,11,12} (Tabla 2)

| Diagnóstico Enfermero | Factor/es relacionado/s o de riesgo | Criterios de Resultados | Intervenciones Enfermería |
|--|---|---|--|
| 0004 Riesgo de infección | Procedimientos invasivos | 0703 E. infeccioso | 6540 Control de infecciones |
| 00035 Riesgo de lesión | Químicos (fármacos) Hipoxia tisular | 1913 Estado de la seguridad: lesión física 1911 Conducta seguridad: personal | 6654 Vigilancia: seguridad 5510 Educación sanitaria 6200 Cuidados en la emergencia |
| 00102 Déficit de autocuidados: alimentación | Debilidad o cansancio Barreras ambientales | 0303 Cuidados personales: comer | 1803 Ayuda en los autocuidados: alimentación. |
| 00108 Déficit de autocuidados: baño /higiene | Debilidad o cansancio | 0305 Cuidados personales: higiene 0301 Cuidados personales: baño | 1801 Ayuda en los autocuidados: baño e higiene |
| 00109 Déficit de autocuidados: vestido / acalamiento | Debilidad o cansancio | 0302 Cuidados personales: vestir 0304 Cuidados personales. Peinado | 1802 Ayuda en los autocuidados: vestido/arreglo personal |

| <i>Diagnóstico Enfermero</i> | <i>Factor/es relacionado/s o de riesgo</i> | <i>Criterios de Resultados</i> | <i>Intervenciones Enfermería</i> |
|--|---|---|---|
| 00110 Déficit de autocuidados: uso del inodoro | Debilidad o cansancio Barreras ambientales | 0310 Cuidados personales: uso del inodoro | 1804 Ayuda en los autocuidados: aseo |
| 00092 Intolerancia a la actividad | Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno | 0001 Resistencia | 0180 Manejo de la energía 3320 Oxigenoterapia |
| 00030 Deterioro del intercambio gaseoso | Desequilibrio ventilación / perfusión | 0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso | 3390 Ayuda a la ventilación 3350 Monitorización respiratoria |
| 00029 Disminución del gasto cardiaco | Alteración de la frecuencia o gasto cardiaco Alteración de la contractilidad | 0400 Efectividad de la bomba cardiaca | 4090 Manejo de la disritmia. 4044 Cuidados cardiacos: agudos 4150 Regulación hemodinámica |
| 00095 Deterioro del patrón de sueño | Ambientales | 0004 Sueño | 1850 Fomentar sueño |
| 00148 Temor 00146 Ansiedad | Respuesta aprendida. Amenaza de cambio en el estado de salud | 1404 Control del miedo 1402 Control de la ansiedad | 5230 Aumentar el afrontamiento 5820 Disminución de la ansiedad |
| 0074 Afrontamiento familiar comprometido | La persona de referencia está temporalmente preocupada e intenta manejar sus conflictos emocionales y sufrimiento personal, por lo que es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva con respecto a las necesidades del cliente | 2204 Relación entre cuidador familiar y paciente | 7040 Apoyo al cuidador principal |

Tabla 2: Identificación de Diagnósticos, Criterios de Resultados e Intervenciones.

5.6.1.3 Intervenciones derivadas de los diagnósticos médicos (Tabla 3)

| | <i>Prescripción Médica</i> | <i>Intervenciones</i> |
|-----------------------------|---|---|
| <i>Técnicas</i> | Punción IV Cateterización | 4190. Punción intravenosa 2440. Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso |
| <i>Pruebas Diagnósticas</i> | Analítica Estudio Radiológico ECG Ecocardiograma | 4238. Flebotomía: muestra de sangre venosa 7820. Manejo de muestras 7680. Ayuda en la exploración 7690. Interpretación de datos de laboratorio |
| <i>Medicamentos, Otros</i> | Sueroterapia | 4200. Terapia I.V. 2300. Administración de medicamentos 6650. Vigilancia |

Tabla 3: Intervenciones derivadas de los diagnósticos médicos.

5.6.2 Atención de enfermería en pruebas diagnósticas

El diagnóstico diferencial del síncope, puede requerir que el paciente sea sometido a diversas pruebas, en las que la actuación de enfermería será primordial para la realización de las mismas.

Las pruebas a realizar dependerán del diagnóstico de sospecha, en cuanto al tipo de síncope, así se realizará test de mesa basculante, conocido también como Tilt test, si se sospecha que es **vasovagal**. Si se piensa que es de origen **cardiológico**, se realizarán aquellas exploraciones que monitoricen el ritmo cardiaco, como holter de 24 horas, de eventos o holter implantable. También se pueden realizar tests farmacológicos para desenmascarar alguna alteración en el ECG, que confirme la presencia de canalopatías o trastornos de ritmo. Por último, si el paciente tiene **cardiopatía estructural**, asociada a factores de riesgos de enfermedad coronaria, o en caso de **síncope recurrente**, en ausencia de enfermedad orgánica y Tilt test negativo, se realizará un EEF.

Puesto que estas pruebas, van a ser ampliamente tratadas en capítulos específicos de este manual, y cada una de ellas tiene cuidados especiales, aquí nos referiremos a las **intervenciones de enfermería** más comunes¹²:

- **5820 Disminuir la ansiedad del paciente:** En todas las pruebas, será común conseguir una adecuada colaboración del paciente y para ello, será necesario ofrecerle una información correcta del procedimiento que se le va a realizar, disminuyendo de esta forma la ansiedad ante lo desconocido. También es misión de enfermería apoyar a los familiares, aclarándoles todas aquellas dudas que se les planteen.

- **7680 Ayuda en la exploración:** Nos aseguraremos que estén firmados los consentimientos, que el paciente se encuentre en ayunas, esté retirada la prótesis dental, preparado el campo quirúrgico (como rasurado y desinfección) en el caso que la prueba lo precise.
- **6482 Actuación ambiental:** Nos aseguraremos que en la sala donde se realiza la prueba el ambiente sea agradable.
- **4190 Punción intravenosa:** Se le canalizará al paciente una vía intravenosa, para administrar medicación de urgencia y habitual, según indicación médica o protocolo de la unidad.
- **6680 Vigilancia periódica de los signos vitales y 7880 Utilización de tecnología:** En las pruebas que así lo requieran, se vigilarán los signos vitales del paciente, observando si hay cambios, por lo que debemos monitorizar el ritmo cardíaco, la saturación de oxígeno y la presión arterial. Si va a ser sometido a un EEF, debemos realizar las conexiones al polígrafo y al monitor desfibrilador, comprobando que todo funciona correctamente.
- **7920 Documentación:** Todo debe quedar registrado.
- **4090 Actuación ante la disritmia:** El personal de enfermería debe estar preparado para una rápida intervención ante una disritmia, tanto en la administración de medicamentos de urgencia, como realizando soporte vital avanzado.
- **7710 Apoyo médico y 5270 Apoyo emocional:** Es necesario en todo momento, informar al médico de los cambios en el estado del paciente y las inquietudes de éste. Atender y colaborar en las intervenciones médicas, para proporcionar cuidados de calidad, sin olvidar aportar seguridad y ánimo al paciente y a los familiares.
- **8060 Transcripción de órdenes:** Es importante que al finalizar cada prueba, quede un informe de continuidad de cuidados, adjunto a la historia del paciente, donde figuren aquellas incidencias ocurridas durante el procedimiento y el resultado del mismo.

5.6.3 Educación al paciente y familia

La educación sanitaria ha ido ganando importancia a lo largo de los años, como instrumento para la promoción de la salud. La OMS, en la Carta de Ottawa de 1986, hace referencia al papel que ésta desempeña, al proporcionar un aumento de las opciones que dispone la población, para tener mayor control sobre su propia salud y optar por conductas propiciadoras para ello¹³, tarea en la que los profesionales estamos directamente implicados.

En la atención integral al paciente y su familia, el rol fundamental del profesional de enfermería es proporcionar educación sanitaria, ya que la información favorece el conocimiento, reduce la ansiedad y el miedo ante lo desconocido, favoreciendo el autocuidado.

En el paciente diagnosticado de **síncope vasovagal**, la propensión a que los episodios reaparezcan durante largos periodos de tiempo, puede alterar significativamente la calidad de vida y provocar estrés psicológico¹⁴, por lo que proporcionarle una adecuada educación, puede ser de gran ayuda. También hay que dirigirla a la familia, a veces testigos presenciales de los episodios, principalmente a padres que ven como sus hijos pierden la conciencia, que les genera ansiedad y miedo, y a los cuidadores de los ancianos, pues el síncope puede provocar traumatismos que disminuyen su independencia, haciéndolos más vulnerables.

La información que daremos al paciente y su familia debe ser clara y concisa, usando un lenguaje sencillo, con actitud empática y favoreciendo un clima de confianza, que les ayude a plantear sus dudas y temores. Debe ir dirigida a conseguir principalmente los siguientes objetivos¹⁴:

- Reconocer los *pródromos*, que pueden durar de segundos a minutos, y pueden ser: malestar general, nerviosismo, palidez, sudoración fría, náuseas, mareo, inestabilidad, visión borrosa, etc. De esta forma, podrán poner en marcha, las medidas abortivas para evitar el síncope.
- Evitar situaciones predisponentes como: los ambientes calurosos, las aglomeraciones, permanecer mucho tiempo de pie, las emociones fuertes (estrés, miedo, etc.), ver sangre, las heridas, las inyecciones, la ingesta excesiva de alcohol, las comidas copiosas, la falta de descanso, etc.
- Realizar maniobras físicas intentando abortar el síncope. Entre ellas, las *Maniobras de contrapresión*. Se trata de maniobras que pretenden producir aumento de la presión arterial y consisten en cruzar las piernas tensionando los glúteos (*figura 3*), contracción isométrica de las manos (*figura 4*) y tensar los brazos (*figura 5*).



(fig.3)



(fig.4)



(fig.5)

Otra medida, es el llamado “*Tilt training*” que consiste en entrenar al paciente en mantenerse de pie, en postura erecta, durante un tiempo cada vez más prolongado, aunque aún hay pocos estudios que aseguren su efectividad.

También es recomendable que realice ejercicio físico regularmente¹⁵.

Si las medidas para abortar el síncope no han resultado efectivas, debe adoptar la posición de decúbito supino, con los miembros inferiores elevados en la medida de lo posible, y así intentar evitar, las caídas y los posibles traumatismos.

En el paciente con **síncope por hipotensión ortostática**, generalmente de edad avanzada¹⁶, el cuidador principal juega un papel importante en la aplicación de las medidas dirigidas a prevenir la pérdida de conocimiento. Les educaremos para que intenten:

- Mantener a estos pacientes siempre con una hidratación adecuada, pues suelen tener la sensación de sed disminuida; pueden consumir sal si lo indica su médico y deben animarle a realizar ejercicio físico moderado, para aumentar la masa muscular y favorecer la tolerancia al ortostatismo.
- Deben evitar pasar súbitamente de la posición de decúbito a la bipedestación, sobre todo tras periodos largos de encamación o procesos febriles.
- Insistir para que la toma de medicación sea de forma correcta, pues a menudo, están polimedicados y el incumplimiento o error en las dosis de fármacos diuréticos e hipotensores, pueden desencadenar síncope.

En el paciente con **síncope cardiaco**, la educación sanitaria estará dirigida a diferentes aspectos, en función de la indicación del cardiólogo sobre el tratamiento: farmacológico, implante de dispositivos (marcapasos, DAI), ablación de las arritmias, cirugía cardíaca, intervencionismo percutáneo coronario, etc.

A los pacientes portadores de holter insertable y a su familia, les educaremos para que conozcan la función diagnóstica del dispositivo, hagan un uso correcto del activador y acudan a la consulta periódicamente para el análisis de los registros.

Para concluir, comentar que existe una tendencia en los últimos años, a valorar positivamente el papel que desempeñan las “Unidades de Síncope”, mejorando la tasa de diagnósticos, disminuyendo los ingresos hospitalarios y reduciendo la indicación de exploraciones poco específicas, esto repercute en una mejor atención al paciente racionalizando los recursos. En estas unidades, la atención a estos pacientes está centralizada en un grupo de profesionales y enfermería puede desempeñar un papel importante, tanto en el apoyo directo a las actuaciones médicas, como al paciente y su familia, ante las pruebas diagnósticas y en la educación sanitaria.

RESUMEN

- El síncope es una patología frecuente, aunque generalmente de naturaleza benigna, resulta alarmante para el paciente y él que lo presencia. Dada su diversa etiología, en algunos casos puede revestir una gravedad extrema. Determinar su causa requiere una valoración inicial exhaustiva y, en muchas ocasiones, pruebas complementarias específicas.
- Enfermería estará presente en cada fase de la atención a los pacientes con síncope: en los primeros niveles de asistencia, en pruebas complementarias, tratamiento específico y educación sanitaria.

5.7 Bibliografía

1. Moya i Mitjans À y Alonso Martín C. Manejo de los pacientes con síncope: de las guías a la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61(1):10-3. Disponible en: www.revespcardiol.org/es/pdf/13114951/S300/. Consulta: 14 enero 2013.
2. Moya A *et al*. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del síncope (versión 2009). *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62(12):1466.e1-e52. Disponible en: www.revespcardiol.org/es/linksolver/ft/id/13145649. Consulta: 14 enero 2013.
3. Moya A. Síncope. En: Merino Llorens J L. *Arritmología clínica. Momento Médico Iberoamericana*, s.l; 2003. p. 67-79.
4. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Benjamin EJ *et al*. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 2002; 347:878-85.
5. Barón-Esquivias G. Síncope. Atención urgente. *JANO* 3-9 octubre de 2008. N.º 1.709. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1709/33/00330038_LR.pdf. Consulta: 14 enero 2013.
6. Colovichi *et al*. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. *EUR HEART J* 2003; 24:811-9.
7. Perelló C, Campaner CP, Gutiérrez JCB, Veny SM. Actuación ante el paciente inconsciente. *Estudios de Enfermería. Universitat de les illes Balears. Open Course Ware*. 2009. Disponible en: <http://ocw.uib.es/ocw/infermeria/atencion-de-enfermeria-frente-situaciones-de/ppt7a>. Consulta: 14 enero 2013.
8. Maldonado J, Nieto MP, Borrego IM. Consulta y seguimiento de pacientes portadores de un DAI. *Manual de enfermería en Estimulación cardiaca y dispositivos implantables. AEEC*; 2010. p . 223-37.
9. Gordon M. *Diagnóstico Enfermero- Proceso y Aplicación - 3ª edición*. Madrid: Editorial Mosby / Doyma libros. 1996.
10. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. 1ª ed. © 2010. ELSEVIER.
11. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª ed.* © 2009. ELSEVIER.
12. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª ed.* © 2009. ELSEVIER.
13. Aula virtual FUDEN. *Enfermería y Educación*. Disponible en: www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/aula/aula_acredit_eps_OCT04. Consulta: 14 enero 2013.
14. García Civera R *et al*. Síncopes Neuromediados. I Síncope Vasovagal. En: García Civera R, Ruiz Granel R, Morell Cabedo S, Llácer Escorihuela A. *Síncope: Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento*; 2008. p. 119-48.
15. Atienza F, Sousa I. *Protocolo Asistencial: Síncope*. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Comunidad de Madrid.

Año 2007. Disponible en: <http://files.forocardio.webnode.es/200000054-8638a86b1e/12.%20Protocolo%20S%C3%ADncope.pdf>. Consulta: 14 enero 2013.

16. Moya A et al. El Síncope: un problema con mayúsculas. *Rev Esp Cardiol* 2010; 10 (Supl. A): 53-9. Disponible en: <http://www.revcardiol.org/es/el-síncope-un-problema-con/articulo/13154834/>. Consulta: 14 enero 2013.

