

38. SÍNCOPE DE ORIGEN RESPIRATORIO, HIDROELECTROLÍTICO, POR SOMATIZACIÓN O MEDICAMENTOS, Y SU INFLUENCIA AL VOLANTE

ENCEFALOPATÍA RESPIRATORIA

La descompensación de las bronconeumopatías crónicas con enfisema es la causa más frecuente de encefalopatía respiratoria. A la hipoxia se une la hipercapnia y la consiguiente acidosis de las células nerviosas.

La hipoxemia puede producir, además de la disnea, estado de confusión, malestar general o incluso pérdida de conciencia.

A menudo, se origina vasodilatación cerebral con hipertensión intracraneal y poliglobulia con aumento de la viscosidad sanguínea e incremento del sufrimiento cerebral.

Los trastornos psíquicos y de la vigilancia son los más abundantes. Es frecuente que se asocien movimientos anormales de las extremidades en forma de sacudidas mioclónicas o temblor.

La mejoría de la insuficiencia respiratoria por la adecuada ventilación alveolar se manifiesta con la disminución de la disnea y de los trastornos de la conciencia.

La mayoría de los pacientes con EPOC lo son porque fuman. El tabaco disminuye la capacidad de conducir debido a los altos niveles de CO presentes en el interior del vehículo.

Los accesos de tos con maniobra de Valsalva mantenida pueden provocar un síncope, debido al aumento de presión intratorácica que reduce el retorno venoso y disminuye el gasto cardíaco y la presión arterial.

Se puede considerar que algunos enfermos broncópatas son más vulnerables y pueden tener mayor riesgo de sufrir un síncope.

DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO

Esta situación puede originar disfunción cerebral y determinar signos de encefalopatía.

La secreción inadecuada de hormona ADH provoca situaciones de hipoosmolaridad con hiponatremia, que son causa de estados confusionales, con riesgo de crisis epilépticas y posible coma.

Algunos pacientes diabéticos tratados con clorpropamida, que tiene actividad antidiurética, sufren situaciones semejantes.

La hipercalcemia puede provocar manifestaciones nerviosas como depresión, deterioro intelectual o síndrome cerebral seudotumoral.

La hipocalcemia asociada a un estado de hiperexcitabilidad neuromuscular y crisis de tetania puede ocasionar signos de sufrimiento cerebral con lentitud intelectual y, a menudo, crisis convulsivas y pérdida de conciencia.

38. SÍNCOPE DE ORIGEN RESPIRATORIO, HIDROELECTROLÍTICO...

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Enfermedad neurótica caracterizada por síntomas múltiples somáticos, incluyendo los que se manifiestan en la historia de conversión clásica, y que se asocia con frecuencia a la ansiedad y la depresión.

Se caracteriza por la presencia de cefaleas, náuseas, vómitos, dolor abdominal, alteraciones digestivas, astenia y síncope.

MEDICAMENTOS

Algunos de los fármacos que utilizamos corrientemente con nuestros pacientes pueden producir síncope.

Es el caso de la intoxicación por digital, la depleción de volumen producida por diuréticos, la hipotensión provocada por vasodilatadores periféricos o quinidina y la hipotensión postural intensa producida por clorpromacina y ciertos hipotensores.

La medicación antiarrítmica constituye una parte principal en el tratamiento de la mayoría de las arritmias importantes. Todos los medicamentos tienen limitaciones y pueden incluso empeorar o favorecer la aparición de otras arritmias.

Con frecuencia hay que cambiar las dosis o el tratamiento hasta seleccionar el fármaco más adecuado.

Consejo sobre encefalopatía respiratoria

- ▶ Además de recomendar a los pacientes con EPOC que dejen de fumar para no morir por su enfermedad, tienen que saber que son más vulnerables al CO retenido en el interior del vehículo, que se suma a la hipoxia que ya sufren.
- ▶ Si no van a dejar de fumar, por lo menos que ventilen el vehículo.
- ▶ Quizás, estos pacientes son los que más se beneficiarían de un entorno libre de humos en su hogar y en su coche, pues si quienes les rodean siguen fumando, difícilmente ellos podrán aislarse del tabaquismo.
- ▶ El paciente que ha sufrido pérdida de conocimiento por anoxia o intoxicación por CO debe ser objeto de valoración del especialista por las posibles secuelas neurológicas que limiten la conducción.
- ▶ Hasta que el paciente no tenga el informe de su médico permitiéndole conducir, no puede hacerlo, aunque aparentemente se encuentre bien.
- ▶ No se puede conducir con disnea, alteraciones de la conciencia, mareo o dificultad en la concentración y la atención debida a hipoxia.
- ▶ El paciente con EPOC debe conocer el riesgo que tiene con síntomas de hipoxia y retención de CO₂ ante una complicación de su enfermedad, como puede ser un catarro o una infección respiratoria.
- ▶ El paciente con EPOC complicada y síntomas neurológicos no puede conducir y debe acudir cuanto antes a su médico para que instaure el tratamiento oportuno.
- ▶ El médico informará de la mejoría completa del paciente que le permitirá volver a conducir.



38. SÍNCOPE DE ORIGEN RESPIRATORIO, HIDROELECTROLÍTICO...

Consejo sobre desequilibrio hidroelectrolítico

- ▶ Las alteraciones hidroelectrolíticas que se acompañen de riesgo de síncope impiden conducir, hasta que la enfermedad causal se encuentre controlada y el médico lo permita.

Consejo sobre trastorno por somatización

- ▶ Resulta favorable la actuación del médico escuchando al paciente y atendiendo sus posibles componentes psicológicos y de estado emocional.
- ▶ Esta atención permite reducir el número de fármacos y sustituirlos por una atención más emocional.
- ▶ El paciente que, a pesar del tratamiento, presente riesgo de síncope no puede conducir.

Consejo sobre la ingestión de medicamentos para controlar los síncope

- ▶ El control farmacológico de las arritmias no es sencillo y mientras no se consiga y exista riesgo de síncope, no se puede conducir.
- ▶ El paciente debe saber que, aunque aparentemente se encuentre bien con los medicamentos, mientras persista riesgo de síncope, se le recomienda no conducir por su seguridad y la de todos.
- ▶ El tratamiento farmacológico con evolución favorable, y siempre después de un periodo más o menos prolongado de seguridad en el que el paciente no manifieste síntomas, permitirá al médico valorar la posibilidad de que su paciente vuelva a conducir, siempre que no exista riesgo de pérdida de conocimiento.
- ▶ Son conductores que, aunque se encuentren controlados, deben saber que en los viajes largos tienen que conducir acompañados de personas que conozcan su problema, por si surge un imprevisto.
- ▶ El informe médico tiene que estar en lugar visible dentro del vehículo, para ser correctamente atendidos en caso de necesidad.

