

Prueba de inclinación

Enf. Elizabeth Salas Silva*

* Servicio de Electrofisiología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

La prueba de inclinación (PI) es una herramienta útil en la práctica clínica contemporánea para la valoración diagnóstica del síncope vasovagal (SVV), o síncope neurocardiogénico (SNC). En esta prueba la mayoría de los pacientes sin cardiopatías y con síncope de causa desconocida, reproducen los síntomas vasovagales (bradicardia e hipotensión) ante el "estrés ortostático", comparable con el síncope vasovagal de mediación neural. La participación de la enfermera durante el desarrollo de la prueba es fundamental para asegurar la calidad de atención del paciente en su totalidad.

Palabras clave: Prueba de inclinación, síncope, intervenciones de enfermería.

CONCEPTO

La prueba de inclinación es un procedimiento utilizado para evaluar las causas de los síndromes sincopales mediados neuralmente, es decir, que se relacionan con el tono postural.

OBJETIVO

Reproducir los síntomas vasovagales (bradicardia e hipotensión) ante el "estrés ortostático", para com-

ABSTRACT

Currently, a tilt table test is a useful tool in clinical practice to assess the diagnosis of vasovagal and neurocardiogenic syncope. In this test, patients without cardiopathies and with fainting episodes of unknown origin reproduce vasovagal symptoms (hypotension and bradycardia) when they are exposed to orthostatic stress which can be compared with a neurogenic vasovagal syncope. Nursing interventions during this procedure are of great importance to ensure an adequate care.

Key words: Tilt table test, syncope, nursing interventions.

pararlos con el síncope vasovagal de mediación neural y determinar la causa y el momento en el cual se desencadena el síndrome.

PRINCIPIOS

La génesis SNC sostiene que normalmente al momento de adoptar el ortostatismo existe una redistribución del volumen intravascular hacia las extremidades inferiores que condiciona una disminución del retorno venoso con consecuente disminución del volumen circulante en las cavidades cardíacas, lo que trae como resultado la disminución de la presión arterial, estos eventos activan de forma refleja al sistema nervioso simpático, dando lugar a la vasoconstricción y taquicardia, inhibición del tono parasimpático, liberación de renina y vasopresina.

En los pacientes con SNC al asumir la posición de pie, la respuesta compensatoria se interrumpe y es

Recibido para publicación: 13 de junio de 2006

Aceptado para publicación: 23 de noviembre de 2006

Dirección para correspondencia:

Elizabeth Salas Silva

Juan Badiano No. 1, Colonia Sección XVI,

Del. Tlalpan D.F. 14080.

Tel: 55732911 Ext. 1218

reemplazada por una pérdida paradójica de la actividad simpática y un aumento de la actividad parasimpática causando vasodilatación, bradicardia, hipotensión y síncope.^{1,2}

INDICACIONES

- Valoración del paciente con síncope y pródromos clínicos vegetativos de reacción vagal.
- Valoración del síncope de etiología desconocida.
- Dx. de síncope neurocardiogénico.
- Diferenciación entre "síncope convulsivo" y epilepsia.
- Valoración de síncope recurrente inducido por ejercicio en atletas.
- Valoración de los sobrevivientes de muerte súbita en la infancia.
- Evaluación del vértigo recurrente asociado a síncope.
- Valoración de episodios de isquemia cerebral transitoria en ancianos cuyos estudios neurológicos no son concluyentes.
- Valoración de la respuesta al tratamiento en pacientes con Dx., de síndrome neurocardiogénico.
- Valoración del paciente con síndrome de QT largo.
- Valoración del paciente con síndrome de fatiga crónica.
- Síndrome de taquicardia postural ortostática.
- Síndrome del seno carotídeo.
- Síncope psicógeno.

MATERIAL Y EQUIPO

- Mesa o tabla basculante.
- Monitor con impresora.
- Esfigmomanómetro mecánico o no invasivo automatizado (recomendado para niños).
- Saturómetro digital.
- Parches para ECG.
- Sol. salina 500 mL.
- Equipo macrogotero.
- Catéter periférico No.14 ó 16.
- Llave de tres vías.
- Parche adhesivo para venoclisis.
- Isosorbide 5 mg.
- Carro rojo de emergencia.

PROCEDIMIENTO

Actividades técnico-administrativas:

1. Recepción cordial, explicando el procedimiento brevemente, otorgando confianza y seguridad en cada momento.
2. Proporcionar bata para la realización de la prueba.
3. Solicitar el consentimiento informado por escrito para realizar la prueba.
4. Trasladar al paciente hacia el laboratorio de PI, colocando al usuario en la mesa basculante de la forma más cómoda.
5. Instalar un acceso vascular periférico calibre 14 ó 16, permeando con solución salina a mínimo goteo para la ministración de líquidos o medicamentos de ser necesario.
6. Realizar limpieza de la piel en la cara anterior del tórax, para retirar la grasa superficial de la misma se frota consistentemente con una gasa alcoholada antes de colocar los parches electrodos del ECG.
7. Sujetar con los cinturones de seguridad para evitar lesiones por caída durante el procedimiento.
8. Registro de ECG y signos vitales basales, de acuerdo al protocolo.
9. Solicitar al paciente permanecer con los ojos abiertos durante la prueba.
10. Valorar y detectar oportunamente los signos y manifestaciones de síntomas de SVV u otras complicaciones.
11. Durante la prueba se debe mantener el monitoreo continuo de ECG, además del control de TA no invasiva y el monitoreo de saturación de oxígeno.
12. Registrar continuamente signos vitales y ECG durante los primeros 30 minutos en una inclinación de 70°.
13. Si no se manifiesta SVV, se procede al reto farmacológico, administrando nitrato de isosorbide 5 mg sublingual.
14. Registrar ECG y signos vitales durante la inclinación con reto farmacológico cada 2 minutos, durante un periodo de doce minutos.
15. En caso de presentar el SVV, se suspende la inclinación, se regresa al paciente a posición supina y se ministran cargas de volumen de solución salina al 0.9% lo más rápido posible.
16. Mantener el monitoreo y la venoclisis periférica hasta que el paciente recupere el estado cognoscitivo y la estabilidad de parámetros vitales, en ese momento ayudar al paciente a reincorporarse.
17. Retirar el monitoreo, la venoclisis y verificar el estado del paciente.
18. Llevar al paciente con su familiar y explicarle que el médico responsable de la PI le informará del resultado o Tx a seguir.

19. Entregar documentos, aclarando en todo momento las dudas al paciente y familiar, las veces que sean necesarias.
20. Dar cita de control para seguimiento del paciente.
21. Asistir al paciente hasta que éste se retire y/o supervisar su traslado al servicio de hospitalización correspondiente.

COMPLICACIONES

- Paro cardiorrespiratorio.
- Hipotensión arterial.
- Bradicardia.
- Síncope.

PUNTOS IMPORTANTES

Recomendaciones generales al paciente programado para PI

- Para el estudio, debe acudir acompañado de algún familiar.
- Presentarse en ayuno de por lo menos 4 horas.
- Evitar la ingesta de medicamentos que modifiquen la influencia autonómica sobre el aparato cardiovascular, ocasionando falsas positivas (beta-bloqueadores, vasodilatadores, antihistamínicos).
- No ingerir cafeína, tabaco y alcohol.
- Portar ropa y zapatos cómodos, sin tacones.

Medidas generales

- Una vez realizada la prueba se debe explicar al paciente la naturaleza de su padecimiento e instruirlo para que limite los factores predisponentes (calor

extremo, deshidratación, sitios conglomerados, etc.), así como también reconocer los prodromos premonitorios, de tal manera de abortarlos si le es posible colocándose de inmediato en decúbito y realizar maniobras que favorezcan el retorno venoso.

- Cuando existen factores que limitan la precarga, como un retorno venoso inadecuado o hipovolemia crónica (ejem. el uso de diuréticos, etc.), puede ser que los síntomas desaparezcan al corregir dichos factores, adecuaciones en las dosis de diuréticos, uso de medias compresivas.
- Es muy importante instruir al paciente para que incremente la ingesta de líquidos y sal en su alimentación diaria. La alimentación es libre, recomendado reducir el consumo de grasas y carbohidratos y favorecer el consumo de frutas y verduras de preferencia.
- Orientarle que puede hacer cualquier tipo de actividad física dinámica, dando prioridad al ejercicio que fortalezca las extremidades inferiores, ejemplo: caminata, bicicleta, banda sin fin, etc., pero debe instruirse para que incremente el ejercicio de acuerdo a tolerancia y no al máximo esfuerzo sin estar condicionado, además de consumir bebidas hidratantes antes y después de la actividad física.³

REFERENCIAS

1. Iturralde TP. *Arritmias cardíacas*. 2ª ed. México: Interamericana Mc Graw-Hill; 2002.
2. Braunwald E et al. *Cardiología*. 6ª ed. Madrid: Marbán Libros; 2004.
3. Brignole M et al. New classification of haemodynamics of vasovagal syncope: beyond the vasis classification. *Europace* 2000; 2: 66-77.