

Protocolo Asistencial: Síncope	
Elaborado por: Felipe Atienza Fernández Iago Sousa Casasnovas	Aprobado por: Dr. Francisco Fernández-Avilés
Modificaciones	

Fecha de presentación: 08/09/2007

Aprobación: Francisco Fernández-Avilés (jefe de Servicio)

Fecha de revisión: 4 años (septiembre 2011)

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA
3. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA
4. PAUTA DE ESTUDIO
 - 4.1. Evaluación diagnóstica inicial
 - 4.2. Criterios diagnósticos
 - 4.3. Criterios de ingreso
 - 4.4. Exploraciones complementarias
5. TRATAMIENTO
 - 5.1. Síncope vasovagal y síncope ortostático
 - 5.2. Síncope arrítmico
 - 5.3. Indicaciones específicas de marcapasos y DAI
6. BIBLIOGRAFÍA

1. DEFINICIÓN DE SÍNCOPE

Es un síntoma, caracterizado por la pérdida de conciencia transitoria y autolimitada, precedido o no de prodromos, que habitualmente se acompaña de caída al suelo. Su inicio suele ser brusco y la recuperación es espontánea, completa y habitualmente rápida.

2. CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DEL SÍNCOPE

• SÍNCOPE NEUROMEDIADO

- Vasovagal
- Situacional: tusígeno, miccional, deglutorio.
- Hipersensibilidad del seno carotídeo
- Síncope por hipotensión ortostática

• SÍNCOPE ARRÍTMICO

- Bradiarritmias
- Disfunción sinusal
- Bloqueo A-V
- Taquiarritmias
- Supraventriculares
- Ventriculares
- Canalopatías (Sind. QT largo, Brugada, etc).
- Secundario a Cardiopatía Estructural
- Secundario a otras patologías cardiopulmonares agudas
- Cerebro-vascular (Síndrome de robo de la subclavia)

3. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

• OBJETIVOS

- Determinar el riesgo de muerte: descartar cardiopatía estructural o sustrato arrítmico primario (p.e. QT largo).
- Identificar la causa del síncope: Instaurar tratamiento adecuado para mejorar la calidad de vida y evitar el daño del paciente y/o de otras personas.

4. PAUTA DE ESTUDIO

4.1. Evaluación diagnóstica inicial

• ANAMNESIS

Debe siempre considerar las características del síncope y sus desencadenantes, así como la existencia de antecedentes familiares, tratamiento farmacológico previo y cambios recientes de medicación.

- Síncope neuromediado: Síncope desencadenado por una causa precipitante (dolor, instrumentación, comidas, micción, giro de la cabeza, afeitado, etc) o que ocurre en situaciones favorecedoras (aglomeraciones, calor ambiental, etc) en un paciente con ECG normal y sin cardiopatía de base, habitualmente precedido de pródromos. En aquellos pacientes con cardiopatía de base o alteraciones de conducción en el ECG basal, sólo se establecerá el diagnóstico de síncope vasovagal cuando se hayan excluido causas cardiogénicas de síncope.
- Síncope ortostático: ocurre tras permanecer de pie, en lugares concurridos, en relación con cambios de medicación y con neuropatías/Parkinson.
- Síncope cardiogénico: historia familiar de muerte súbita, antecedentes de cardiopatía, aparición durante el esfuerzo o en decúbito supino, precedido de palpitaciones. Patologías agudas con afectación del estado general.
- Síncope cerebro-vascular: en relación con movimientos de brazos.

• EXPLORACIÓN FÍSICA

Debe siempre incluir TA supino/bipedestación, auscultación cardiaca y carotídea.

• ANALÍTICA BÁSICA

Es útil para descartar causas metabólicas, anemia, y detectar marcadores de daño miocárdico.

• ELECTROCARDIOGRAMA

Es fundamental en la evaluación del síncope. Debemos recordar que las alteraciones que sugieren origen arrítmico del síncope y deben confirmarse mediante pruebas específicas son:

- Bloqueo bifascicular (Bloqueo completo de rama izquierda o bloqueo completo de rama derecha que asocia hemibloqueo anterior o posterior de la rama izquierda).
- Trastornos de la conducción intraventricular (QRS > 0,12 segs).
- Bloqueo AV de 2º grado Mobitz I.

- Bradicardia sinusal (< 50 lpm) o pausas sinusales > 3 segs. en ausencia de fármacos.
- Preexcitación.
- QT largo
- Patrón de Brugada (bloqueo completo de rama derecha junto con ascenso del ST en precordiales derechas).
- Ondas T negativas y onda epsilon en precordiales derechas.
- Datos de cardiopatía isquémica aguda o crónica (ondas "q" de necrosis, alteraciones de la repolarización).
- Extrasistolia ventricular frecuente o taquicardia ventricular no sostenida (TVNS).

4.2. Criterios diagnósticos

- SÍNCOPE VASOVAGAL: Síncope desencadenado por una causa precipitante clara (dolor, estrés, instrumentación o bipedestación prolongada) habitualmente precedido de pródromos típico con ECG normal.
- SÍNCOPE ORTOSTÁTICO: Disminución de TAs > 20 mmHg o por debajo de 90 mmHg con la bipedestación (tras 5 minutos en decúbito supino).
- SÍNCOPE CARDIO-PULMONAR: datos clínicos y ECG de isquemia aguda, derrame pericárdico, embolismo pulmonar o disección aórtica.
- SÍNCOPE ARRÍTMICO:
 - Bradicardia sinusal < 40 lpm o pausas sinusales > 3 segundos.
 - Bloqueo AV 2º grado tipo Mobitz II o Bloqueo AV completo.
 - Bloqueo de rama alternante
 - Taquicardia supraventricular o ventricular documentada.
 - Disfunción de Marcapasos/DAI con pausas.

4.3. Criterios de ingreso

Se deben considerar candidatos a ingreso hospitalario para estudio y/o tratamiento:

- Presencia o sospecha fundada de cardiopatía estructural significativa.
- Portadores de Marcapasos/DAI.
- Alteraciones ECG sugerentes de causa arrítmica.

Se individualizará la indicación de ingreso hospitalario en las siguientes situaciones:

- Palpitaciones en el contexto de síncope.
- Síncope de esfuerzo.
- Síncope en decúbito supino.
- Síncope con lesiones graves secundarias.
- Historia familiar de muerte súbita.
- Episodios muy frecuentes de síncope.

4.4. Otras exploraciones complementarias

- ECOCARDIOGRAMA:

El ecocardiograma se considera fundamentalmente indicado en dos situaciones:

- Cuando tras la evaluación inicial existe sospecha de cardiopatía estructural no confirmada.
- De forma urgente para descartar patología cardio-pulmonar aguda grave.

- PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ISQUEMIA.

- Ergometría: en pacientes con síncope de esfuerzo, historia de cardiopatía isquémica o factores de riesgo.

En pacientes que sean revascularizados como resultado de estas pruebas, posteriormente debe descartarse también el origen arrítmico de los casos (excepto pacientes con cardiopatía isquémica aguda).

- PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ADICIONALES

Una vez descartada la existencia de cardiopatía estructural, el pronóstico vital es bueno con excepción de los accidentes que pudieran ocurrir como consecuencia del síncope.

La intensidad del esfuerzo diagnóstico adicional debe depender de:

- Malignidad de los episodios (ej: traumatismo craneo-encefálico)
- Frecuencia de los episodios
- Circunstancias laborales

I) Monitorización electrocardiográfica prolongada

Se considera como "gold standard" diagnóstico de síncope de causa arrítmica el registro ECG durante el episodio. En base a esto se pueden utilizar diferentes estrategias de monitorización electrocardiográfica prolongada:

- a) Registro Holter: bajo rendimiento en caso de episodios esporádicos, útil si los eventos son casi diarios
- b) Registradores de eventos: útil en los pacientes con >1 episodio/mes.
- c) Holter Insertable: tiene su utilidad en caso de episodios esporádicos/impredecibles.

Indicado en:

- Síncope recidivante (grave/circunstancias laborales de riesgo) sin cardiopatía estructural
- Síncope recidivante con cardiopatía estructural y pruebas complementarias (incluyendo EEF) negativas.

- Sospecha síncope arritmico con pruebas negativas.

II) Test mesa basculante

Valor únicamente confirmatorio en caso de sospecha de síncope neuromediado sin cardiopatía.

III) Masaje del seno carotídeo

Se considera indicado en los síncope origen desconocido en pacientes con edad por encima de los 40 años. El resultado será diagnóstico de hipersensibilidad del seno carotídeo en caso de reproducir el síncope junto con una pausa mayor de 3 segs o una disminución de TAS > 50 mmHg respecto a la basal.

IV) Estudio electrofisiológico

No está recomendado de forma rutinaria en pacientes sin cardiopatía estructural. Las indicaciones en el paciente con síncope son:

- Sospecha de síncope arritmico.
- Síncope maligno aun en ausencia de cardiopatía.
- Cardiopatía isquémica, con independencia de la FEVI.
- Miocardiopatía dilatada con trastornos electrocardiográficos sin indicación de DAI por prevención primaria.
- Displasia arritmogénica de ventrículo derecho si presenta extrasolia ventricular monomórfica frecuente o taquicardia ventricular documentada.
- Síndrome de Brugada: no se considera indicada la realización de estudio electrofisiológico. En caso de síncope sin evidencia de una etiología alternativa se indica implante directo de DAI.

Una vez realizado el estudio electrofisiológico, se considera que su resultado es diagnóstico si se documenta:

- Bradicardia sinusal y Tiemp de recuperación del nodo sinusal corregido (TRNSC) >525 ms.
- Bloqueo bifascicular con intervalo HV $\geq$ 100ms.
- Bloqueo infrahisiano con estimulación auricular < 140 lpm.
- Inducción de taquicardia venricular monomórfica sostenida.
- Inducción de taquicardia supraventricular que reproduce los síntomas.

5. TRATAMIENTO

• PATOLOGÍA CARDIO-PULMONAR:

En pacientes con patología cardio-pulmonar de base el tratamiento del síncope consistirá en el tratamiento de la patología de base responsable del mismo (estenosis aórtica, mixoma auricular, etc).

• SÍNCOPE NEUROMEDIADO (VASOVAGAL E HIPOTENSIVO):

a) Medidas Higiénico-Dietéticas

- Evitar desencadenantes y circunstancias favorecedoras.
- Ingesta rica en sal y líquidos (salvo en hipertensos)
- Evitar alcohol y comidas copiosas.
- Entrenar en el reconocimiento de síntomas premonitorios.
- Realizar ejercicio físico regularmente.
- Realización de ejercicios de contracción isométrica en pacientes con pródromos/maniobras posicionales.

b) Tratamiento Farmacológico

- Corregir tratamientos farmacológicos concomitantes relacionados.
- Paroxetina: alternativa farmacológica a considerar.

• SÍNCOPE ARRÍTMICO:

Según proceda se indicarán fármacos, ablación o implante de dispositivo. Se enumeran a continuación las indicaciones específicas de implantación de dispositivos en pacientes con síncope agrupadas por patologías. Habrá que descartar siempre causas reversibles (isquemia, fármacos, alteraciones electrolíticas, etc).

I) Implantación de Marcapasos

- Enfermedad del nodo sinusal espontánea y/o diagnosticada mediante EEF: marcapasos (MP) AAIR vs DDDR + MVP
- Bloqueo AV 2º grado (tipo I diurno y tipo II) y 3er grado: MP DDDR vs VDD vs VVIR
- Bloqueo bi o trifascicular, bloqueo de rama alternante, HV > 100 ms, bloqueo infra-His durante estimulación: MP DDDR vs VDD vs VVIR
- Bloqueo de rama y EEF normal, HV >70 y <100 ms: individualizar.
- Síndrome del Seno Carotídeo: DDDR (con algoritmos específicos).

I) Implantación de DAI

Se considera clara la indicación de Desfibrilador automático implantable (DAI) en los siguientes casos:

- Síncope con TVMS documentada (individualizar).
- Síncope que no ha podido ser explicado por otra causa en presencia de:
 - Síndrome de Brugada
 - Miocardiopatía dilatada
 - Síndrome de QT largo con síncope a pesar de tratamiento betabloqueante (LQT1).
 - Cardiopatía Isquémica, síncope y TV inducible.
 - Miocardiopatía Isquémica, síncope y FEVI<35%.
 - Insuficiencia cardíaca y FEVI<35%.
 - Miocardiopatía hipertrófica y alto riesgo de MS.
 - Displasia arritmogénica de VD.