

Sincope

El **sincope** se define como una **PTC** debido a una hipoperfusión cerebral, caracterizada por un inicio rápido, de corta duración y con una recuperación espontánea completa.

La **PTC** se define como la pérdida del conocimiento real o aparente, que se caracteriza por amnesia durante el periodo de inconciencia, control motor anómalo, falta de respuesta y duración corta.

El adjetivo «presincopal» se emplea para indicar los síntomas y signos que tienen lugar antes de la pérdida del conocimiento.
(Confusión e inestabilidad)



Clasificación

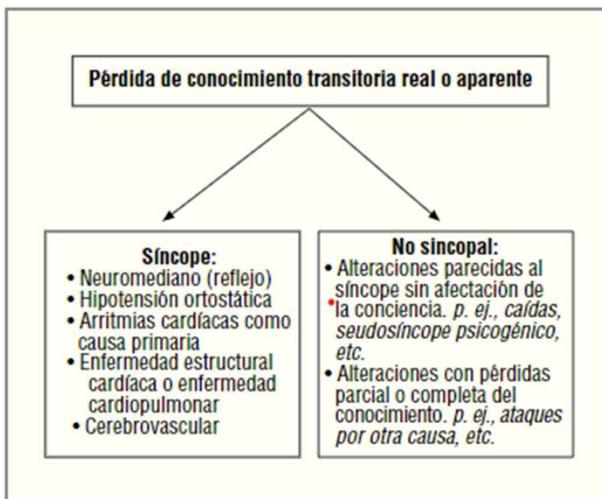


Fig. 1. Clasificación de la pérdida de conocimiento transitoria.

El síncope neuromediado (reflejo) se refiere a una respuesta refleja que, cuando se desencadena, da lugar a vasodilatación y bradicardia

Los síntomas incluyen palidez, náuseas, sudoración, ritmo cardíaco acelerado y desmayos.

El «síncope situacional» se refiere a las formas de síncope neuromediado asociadas a escenarios específicos.

Taquicardia. Palidez y sudoración.

El «síncope vasovagal clásico» está mediado por un estrés emocional u ortostático y puede ser diagnosticado a partir de la anamnesis

Mareos, Náuseas, Sudoración, Taquicardia, Bradicardia, Miosis

El «síncope del seno carotídeo» se define como un síncope que, a partir de la historia clínica, parece guardar una relación estrecha con la manipulación mecánica accidental de los senos carotídeos, y que puede ser reproducido con un masaje del seno carotídeo.

El «síncope ortostático» Se manifiesta al incorporarse del decúbito, común en ancianos, sujetos encamados.

TABLA 1. Causas del síncope

Neuromediado (reflejo)

- Síncope vasovagal (desmayo común)
 - clásico
 - no clásico
- Síncope del seno carotídeo
- Síncope situacional
 - hemorragia aguda
 - tos, estornudos
 - estimulación gastrointestinal (tragar, defecar, dolor visceral)
 - micción (posmicción)
 - postejercicio
 - posprandial
 - otros (p. ej., tocar instrumentos de viento, levantar pesas)
- Neuralgia glossofaríngea

Hipotensión ortostática

- Fallo autonómico
 - síndromes de fallo autonómico primario (p. ej., fallo autonómico puro, atrofia sistémica múltiple, enfermedad de Parkinson con fallo autonómico)
 - síndromes de fallo autonómico secundario (p. ej., neuropatía diabética, neuropatía amiloide)
 - postejercicio
 - posprandial
- Síncope ortostático inducido por fármacos (y alcohol)
- Depleción de volumen
 - hemorragia, diarrea, enfermedad de Addison

Arritmias cardíacas como causa primaria

- Disfunción del nodo sinusal (incluido el síndrome de bradicardia/taquicardia)
- Enfermedad del sistema de conducción auriculoventricular
- Taquicardias paroxísticas supraventriculares y ventriculares
- Síndromes hereditarios (p. ej., síndrome de QT largo, síndrome de Brugada)
- Funcionamiento anómalo de dispositivos implantables (marcapasos, desfibrilador implantable)
- Proarritmias inducidas por fármacos

Enfermedad estructural cardíaca o cardiopulmonar

- Enfermedad valvular cardíaca obstructiva
- Infarto agudo de miocardio/isquemia
- Miocardiopatía obstructiva
- Mixoma auricular
- Disección aórtica aguda
- Enfermedad pericárdica/taponamiento
- Embolo pulmonar/hipertensión pulmonar

Factores de riesgo



EDAD

Bimodal primer pico 10-30 años, segundo pico >60 años de edad

SEXO

MASCULINO

OCARDIOPATIAS

Obstructivos, arrítmicos etc.

Historia familiar

Muerte súbita

Diagnostico

La evaluación inicial del paciente con PTC, y sospecha de síncope, funciona tanto para el diagnóstico como para el pronóstico.

Las principales guías sobre síncope (American college of emergency physicians, European society of Cardiology) recomiendan:

- Historia clínica detallada sobre los ataques previos y el actual, así como el relato de testigos presenciales, en persona o mediante entrevista telefónica.
- Exploración física que incluya mediciones de la presión arterial en decúbito supino y de pie.
- Electrocardiograma (ECG).

Según los resultados de estas pruebas, pueden realizarse exploraciones adicionales cuando se considere necesario

- Monitorización electrocardiográfica inmediata cuando haya sospecha de síncope arrítmico.
- Ecocardiograma cuando haya cardiopatía previa conocida o resultados compatibles con cardiopatía estructural o síncope secundario a una causa cardiovascular.
- Masaje del seno carotídeo en pacientes mayores de 40 años.
- Prueba en mesa basculante cuando se sospeche síncope causado por hipotensión ortostática o síncope reflejo.
- Análisis de sangre cuando haya indicación clínica. Por ejemplo: hematocrito o hemoglobina si se sospecha hemorragia; saturación de oxígeno y análisis de gases en sangre si se sospecha hipoxia; determinación de troponina cuando se sospeche síncope relacionado con isquemia cardíaca; prueba de dímero D si se sospecha embolia pulmonar, etc.

Recomendaciones. Criterios diagnósticos basados en la evaluación inicial

Guías de Práctica Clínica 2001

Diagnóstico

Clase I:

Los resultados de las medidas iniciales son diagnósticos de la causa de síncope en las siguientes situaciones:

- El síncope vasovagal se diagnostica si los acontecimientos precipitantes, tales como el miedo, el dolor intenso, la angustia emocional, la instrumentación o estar de pie de forma prolongada se asocian con síntomas prodrómicos típicos
- El síncope situacional se diagnostica si el síncope ocurre durante o inmediatamente después de la micción, la defecación, la tos o del acto de tragar
- El síncope ortostático se diagnostica cuando existe documentación sobre hipotensión ortostática asociada al síncope o presíncope. Las mediciones de la presión arterial ortostática se recomiendan tras 5 min en decúbito supino, seguidas por mediciones cada minuto, o más frecuentes, tras estar de pie 3 min. Las mediciones pueden prolongarse por más tiempo si la presión arterial continúa bajando a los 3 min. Si el paciente no tolera estar de pie durante este período, se debe registrar la presión arterial sistólica mínima durante la posición vertical. Una disminución de la presión arterial sistólica ≥ 20 mmHg o una presión arterial sistólica < 90 mmHg se define como hipotensión ortostática independientemente de que existan o no síntomas

• El síncope relacionado con la isquemia cardíaca se diagnostica cuando los síntomas están presentes con evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda con o sin infarto de miocardio, independientemente de su mecanismo

• El síncope relacionado con arritmias se diagnostica por ECG cuando hay:

- Bradicardia sinusal de < 40 latidos/min o bloqueos sinoauriculares repetitivos o pausas sinusales > 3 s en ausencia de medicación cronotrópica negativa
- Bloqueo auriculoventricular de segundo grado Mobitz II o de tercer grado. Bloqueo de rama izquierda y derecha alternativo
- Taquicardia supraventricular paroxística rápida o taquicardia ventricular
- Funcionamiento anómalo del marcapasos con pausas cardíacas

Actualización 2004

Diagnóstico

Clase I:

Los resultados de la evaluación inicial son diagnósticos de la causa de síncope en las siguientes situaciones:

- El síncope vasovagal clásico se diagnostica si los acontecimientos precipitantes, tales como el miedo, el dolor intenso, la angustia emocional, la instrumentación o estar de pie de forma prolongada, se asocian con síntomas prodrómicos típicos
- No hay cambios
- No hay cambios

– No hay cambios

– No hay cambios



Actualización 2004

Cuando el mecanismo de síncope no es evidente, la sospecha de cardiopatía o la cardiopatía confirmada se asocian a un mayor riesgo de arritmias y a una mayor mortalidad al año. En pacientes con características clínicas sugestivas de síncope cardíaco como las que se enumeran en las tablas 3 y 4, se recomienda la evaluación cardíaca. La evaluación cardíaca consiste en ecocardiografía, prueba de estrés, monitorización electrocardiográfica prolongada (Holter, grabadora de asa continua externa o implantable según convenga) y estudio electrofisiológico. Si la evaluación cardíaca no puede confirmar que la arritmia sea la causa del síncope, se recomienda una evaluación para síncope neuromediado en aquellos pacientes con síncope recurrente o grave.

En pacientes sin cardiopatía dudosa o confirmada, se recomienda una evaluación para síncope neuromediado cuando el síncope es recurrente o grave. Las pruebas para síncope neuromediado consisten en mesa basculante y masaje carotídeo y, si son negativas, en monitorización electrocardiográfica prolongada y grabadora de asa continua implantable. La mayoría de los pacientes con episodios únicos o esporádicos en esta categoría tiene, probablemente, un síncope neuromediado y normalmente no se requieren pruebas para confirmarlo.

Continuación

Indicaciones

Clase I:

- Las pruebas básicas de laboratorio sólo están indicadas si el síncope puede deberse a una pérdida del volumen circulante, o si se sospecha de una afección parecida a un síncope de causa metabólica
- En pacientes con sospecha de cardiopatía, se recomienda una ecocardiografía, una monitorización electrocardiográfica prolongada y, si estas pruebas no son diagnósticas, estudios electrofisiológicos como primeros pasos de la evaluación
- En pacientes con palpitaciones asociadas al síncope, se recomienda monitorización electrocardiográfica y ecocardiografía como primeros pasos de la evaluación
- En pacientes con dolor en el pecho sugestivo de isquemia antes o después de la pérdida de conocimiento, se recomienda una prueba de estrés, una ecocardiografía y una monitorización electrocardiográfica, como primeros pasos de la evaluación
- En pacientes jóvenes sin sospecha de cardiopatía o enfermedad neurológica y síncope recurrente se recomienda la prueba de la mesa basculante, y si son más mayores, masaje carotídeo, como primeros pasos de la evaluación
- En pacientes en los que el síncope tiene lugar cuando giran el cuello, se recomienda de entrada un masaje del seno carotídeo
- En pacientes en los que el síncope tiene lugar durante o después de un esfuerzo, se recomienda una ecocardiografía y una prueba de estrés como primeros pasos de la evaluación
- En pacientes con signos de fallo del sistema nervioso autónomo o enfermedad neurológica se debe realizar un diagnóstico específico

Indicaciones específicas

- Las pruebas básicas de laboratorio sólo están indicadas si el síncope puede deberse a una pérdida del volumen circulatorio, o si se sospecha de una afección parecida a un síncope de causa metabólica
 - En pacientes con sospecha de cardiopatía, se recomienda una ecocardiografía, una monitorización electrocardiográfica prolongada y, si estas pruebas no son diagnósticas, estudios electrofisiológicos como primeros pasos de la evaluación
 - En pacientes con palpitaciones asociadas al síncope, se recomienda monitorización electrocardiográfica y ecocardiografía como primeros pasos de la evaluación
 - En pacientes con dolor en el pecho sugestivo de isquemia antes o después de la pérdida de conocimiento, se recomienda una prueba de estrés, una ecocardiografía y una monitorización electrocardiográfica, como primeros pasos de la evaluación
 - En pacientes jóvenes sin sospecha de cardiopatía, o enfermedad neurológica y síncope recurrente, se recomienda la prueba de la mesa basculante, y si son más mayores, masaje carotídeo, como primeros pasos de la evaluación
 - En pacientes en los que el síncope tiene lugar cuando giran el cuello, se recomienda de entrada un masaje del seno carotídeo
 - En pacientes en los que el síncope tiene lugar durante o después de un esfuerzo, se recomienda una ecocardiografía y una prueba de estrés como primeros pasos de la evaluación
 - En pacientes con signos de fallo del sistema nervioso autónomo o enfermedad neurológica se debe realizar un diagnóstico específico
- En pacientes con síncope recurrente frecuente que se presenta con múltiples quejas somáticas asociadas, y en los que la evaluación inicial despierta la sospecha de estrés, ansiedad, y otras posibles afecciones psiquiátricas, se recomienda una evaluación psiquiátrica
 - Cuando el mecanismo del síncope permanece sin aclararse después de una evaluación completa, se recomienda una grabadora de asa continua («loop recorder») implantable en los pacientes que tienen características clínicas o electrocardiográficas sugestivas de síncope arritmico enumeradas en las tablas 3 y 4 o una historia de síncope recurrentes en las que se infligen daño

Pruebas dx y exámenes de gabinete



PASIÓN POR EDUCAR

Valoración cardiaca: Ecocardiografía es esencial para estimar la presencia de anormalidades estructurales.

Electrocardiograma útil en px con antecedentes de enfermedad cardiaca, hallazgos anormales en EKG o sospecha dx de valvulopatía.

Monitorización cardiaca continua: Monitores Holter.

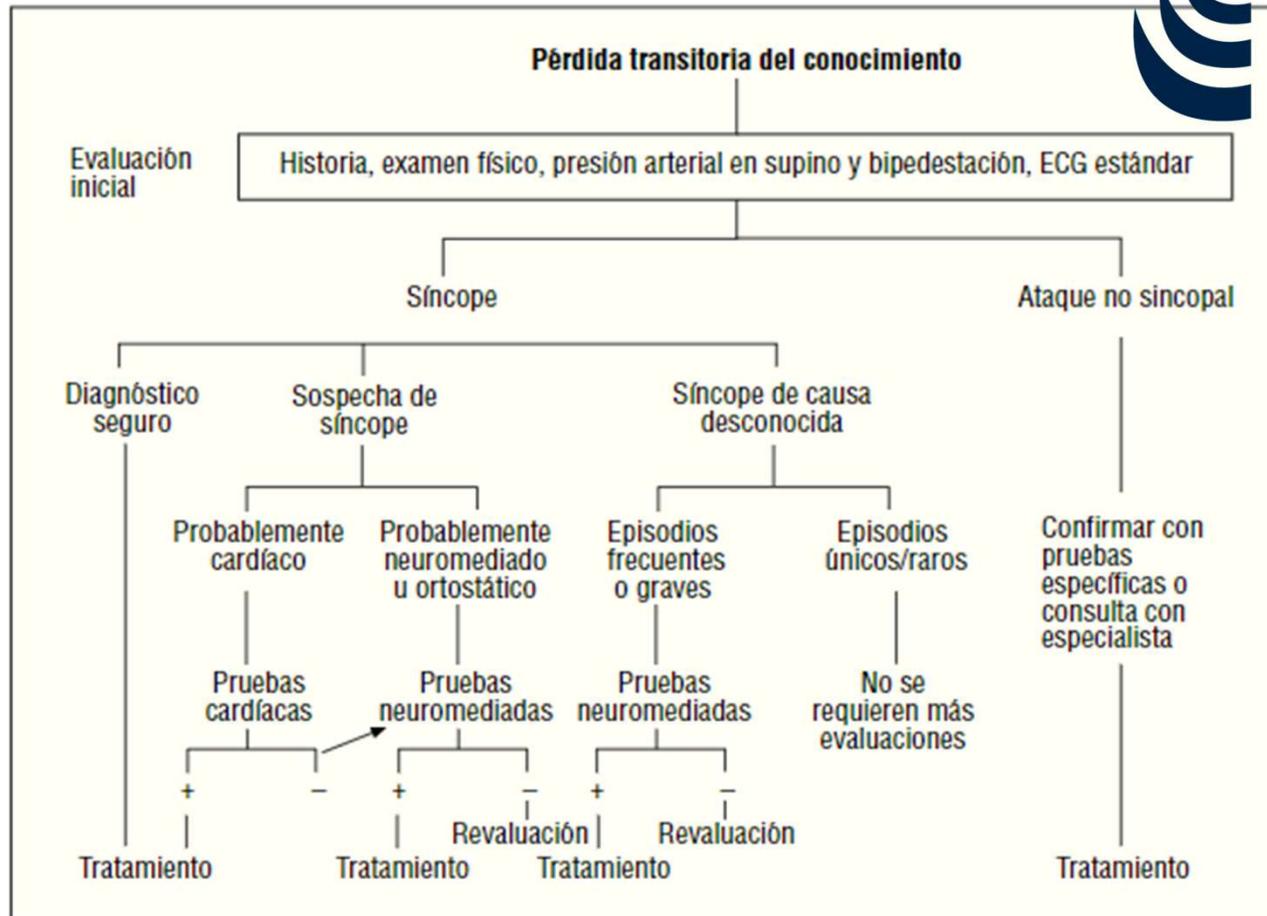
Pruebas del SNA:

Till Test (Mesa de inclinación): Es un procedimiento seguro diseñado para precipitar la hipotensión y la bradicardia, se utiliza para confirmar el diagnóstico seguro del síncope ortostático.

pruebas de esfuerzo y estudios electrofisiológicos: poca sensibilidad y especificidad, excepto en el contexto clínico de una anomalía estructural.

el masaje del seno carotídeo en pacientes con síntomas que sugieran síncope del seno carotídeo y en mayores de 40 años con síncope recurrente de origen inexplicado. La maniobra es positiva cuando produce una pausa asistólica o ventricular de más de 3 segundos o una disminución de la presión arterial sistólica de al menos 50 mm Hg

Valoración psiquiátrica: por último, la inclusión de la valoración, psiquiátrica en pacientes con sospecha de pseudo-síncope. La detección de trastornos psiquiátricos puede ser adecuada en personas con síncope repetido inexplicable, por tanto, la prueba en la mesa de inclinación, con demostración de sintomatología en ausencia de cambios hemodinámicos, ayuda a evidenciar el síncope en pacientes con sospecha de síncope psicógeno



Tratamiento

Prevención

Los tratamientos «físicos» de tipo no farmacológico están emergiendo como tratamientos de primera línea en el síndrome vasovagal.

Actualización 2004

En general, el tratamiento inicial, como la educación o tranquilizar al paciente, es suficiente. Puede ser necesario un tratamiento adicional en situaciones de riesgo alto o frecuencia alta cuando:

- El síncope es muy frecuente y altera la calidad de vida
- El síncope es recurrente e impredecible (ausencia de síntomas premonitorios) y expone al paciente a una situación de «riesgo alto» de tener un trauma
- El síncope ocurre mientras se realiza un actividad de «riesgo alto» (p. ej., conductores, operarios de máquinas, pilotos, atletas de competición, etc.)

El tratamiento no es necesario en pacientes que han sufrido un único síncope y que no tienen síncope en situaciones de riesgo alto. Es de utilidad evaluar la contribución relativa de la cardioinhibición y la vasodepresión antes de iniciar un tratamiento específico ya que hay diferentes estrategias terapéuticas para los dos aspectos. Incluso cuando la evidencia de la utilidad de esta valoración existe sólo para el masaje del seno carotídeo, se recomienda extender esta evaluación mediante la prueba de la mesa basculante o la grabadora de asa continua implantable

Clase I:

- Explicar el riesgo y tranquilizar al paciente sobre el pronóstico del síncope vasovagal
- Evitar los factores desencadenantes siempre que se pueda y reducir la magnitud de los potenciales desencadenantes si es factible (p. ej., el disgusto emocional) y las situaciones causales en el síncope situacional
- Modificar o discontinuar el tratamiento con fármacos hipotensores para condiciones concomitantes
- Marcapasos cardíaco en pacientes con síndrome cardioinhibitorio o síndrome mixto del seno carotídeo

Clase II:

- Expansión del volumen con suplementos de sal, programas de ejercicios o reposo nocturno en cama inclinada con elevación del cabezal (> 10°) en el síncope postural
- Entrenamiento de basculación en pacientes con síncope vasovagal
- Maniobras isométricas en brazos y piernas en pacientes con síncope vasovagal
- Marcapasos cardíaco en pacientes con síncope vasovagal cardioinhibitorio con una frecuencia de > 5 ataques al año o con daño físico importante o accidente y > 40 años de edad

Clase III:

- No hay cambios

«entrenamientos de basculación») puede reducir la recurrencia del síncope.

Tratamiento



PASIÓN POR EDUCAR

Síncope neuromediado (vasovagal, etc.) Sólo está indicado el tratamiento en aquellos pacientes con síntomas recurrentes o incapacitantes. Las recomendaciones en el tratamiento del síncope neuromediado con indicaciones de Clase I son:

Marcapasos cardiacos en pacientes con síndrome cardioinhibitorio o síndrome mixto del seno carotídeo.
Marcapasos cardiaco en pacientes con síncope vasovagales cardioinhibitorio con una frecuencia de > 5 ataques al año o con daño físico importante y mayor de 40 años.

FARMACOS

1. Betabloqueantes: atenolol (25-200 mg/día), metoprolol (50-200 mg/día), propranolol (40-160 mg/día). Al disminuir la capacidad contráctil, disminuyen el estímulo sobre los mecanorreceptores.
2. Anticolinérgicos: parche de escopolamina (cada dos o tres días), propantelina, disopiramida (200-600 mg/día).
3. Teofilina (6-12 mg/kg/día).
4. Medidas para aumentar el volumen: ingesta de sal, mecanismos de compresión desde tobillos hasta cinturas y acetato de fludrocortisona (0,05-0,1 mg/día).
5. Marcapasos auriculoventriculares (preferiblemente DDD): pueden ser útiles en el caso de síncope cardioinhibitorio (vasovagales y del seno carotídeo), aunque aún puedan suceder reacciones vasodepresoras. Incluso aquellos con bradicardia e hipotensión como respuesta en el tilttest, mejorarán con fármacos.

Tratamiento

Hipotensión ortostática: El tratamiento adecuado es asegurar una ingesta adecuada de sal y de líquidos y retirar los fármacos causantes de la hipotensión ortostática

Maniobras físicas (doblar las piernas, cuclillas, flexionar el cuello, levantarse lentamente) y evitar estar mucho tiempo de pie. Usar medias de compresión hasta el muslo que disminuirán el estancamiento venoso. Las comidas ligeras y frecuentes evitarán la hipotensión postprandial

FARMACOS

En hipotensión ortostática por fallo autonómico:

1. acetato de fludrocortisona (0,05-0,1 mg/día),
2. midodrina (alfa 1 agonista a dosis 2,5 mg/12
3. horas hasta 10 mg/8 horas), eritropoyetina (25
4. a 75 U/kg tres veces a la semana) (

Fuentes



- <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218304895>
- <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-13071892>