

Guía Clínica Síncope

OBJETO: Establecer las actuaciones a seguir ante pacientes que acuden a Urgencias con síntomas/diagnóstico de síncope

ALCANCE: Pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias de HM Hospitales con síntomas de síncope.

DEFINICIÓN DE SÍNCOPE

El síncope es un síndrome clínico caracterizado por una pérdida transitoria de la conciencia (TLOC, por sus siglas en inglés), causada por un período de flujo sanguíneo cerebral y oxigenación inadecuados, con mayor frecuencia como resultado de una caída abrupta de la presión arterial sistémica, por lo de duración relativamente breve.

Por definición, el síncope es siempre autolimitado.

Es importante diferenciar síncope de otras causas de pérdida de conciencia: coma, crisis comicial, y también del mareo / vértigo.

Es importante reflejar en la HC la existencia previa de:

- Episodios previos de síncope vaso-vagal.
- Antecedente de enfermedad cardiaca (coronaria, estructural, arritmias).
- Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV)
- Episodios previos de Ictus / AIT / Convulsiones.
- Consumo de fármacos potencialmente inductores de síncope.

SÍNCOPE: RIESGO DE MUERTE

La aparición de un episodio sincopal puede ser un indicio de una patología grave subyacente que suponga un incremento del riesgo de muerte. El aumento del riesgo relativo (1) depende de la causa:

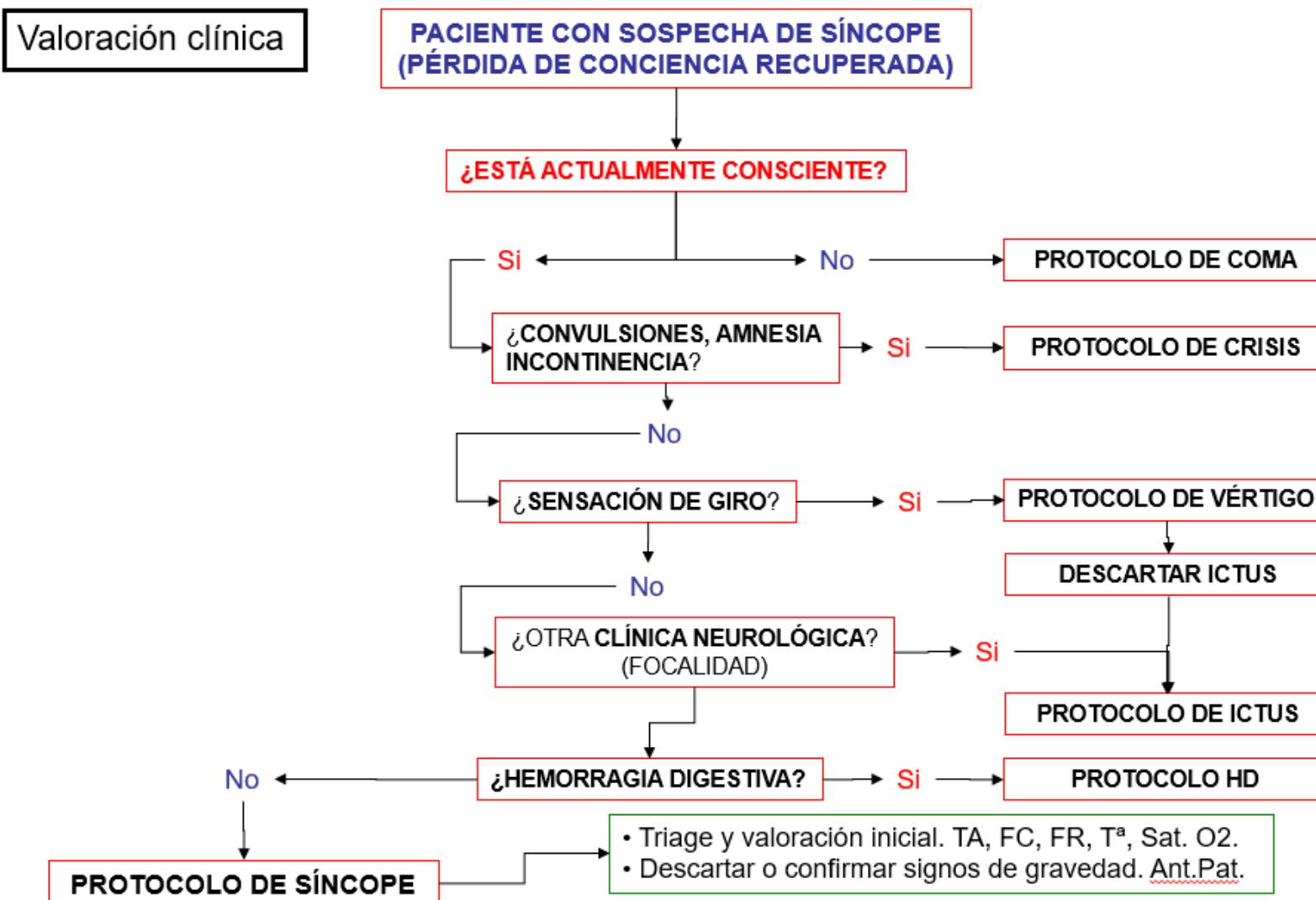
- SÍNCOPE DE ORIGEN CARDIACO: + 100%
- SÍNCOPE DE ORIGEN NEUROLÓGICO: + 50%
- SÍNCOPE DE ORIGEN DESCONOCIDO: + 30%
- SÍNCOPE VASO-VAGAL - NEUROMEDIADO: +0%

Entre el 7% y el 23% de los pacientes con síncope experimentarán un evento adverso grave entre los 7 a 30 días, dependiendo de la causa (2).

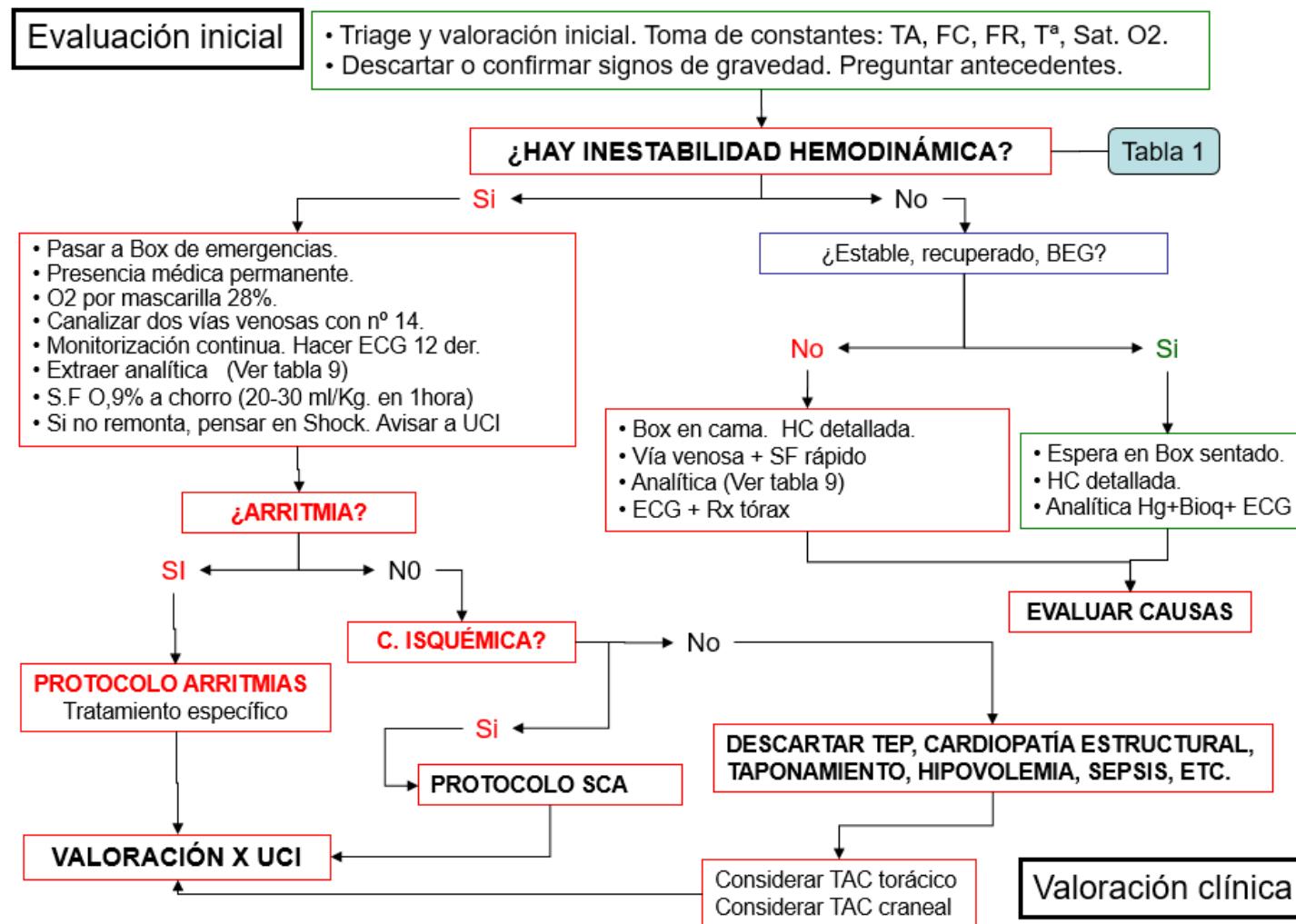
1- Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, et al.. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med.* 2002;347(12):878.

2- Venkatesh Thiruganasambandamoorthy , Kenneth Kwong , George A. Wells , et al. CMAJ 06 de septiembre de 2016 188 (12) E289-E298; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.151469> CMAJ 06 de septiembre de 2016 188 (12) E289-E298; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.151469>

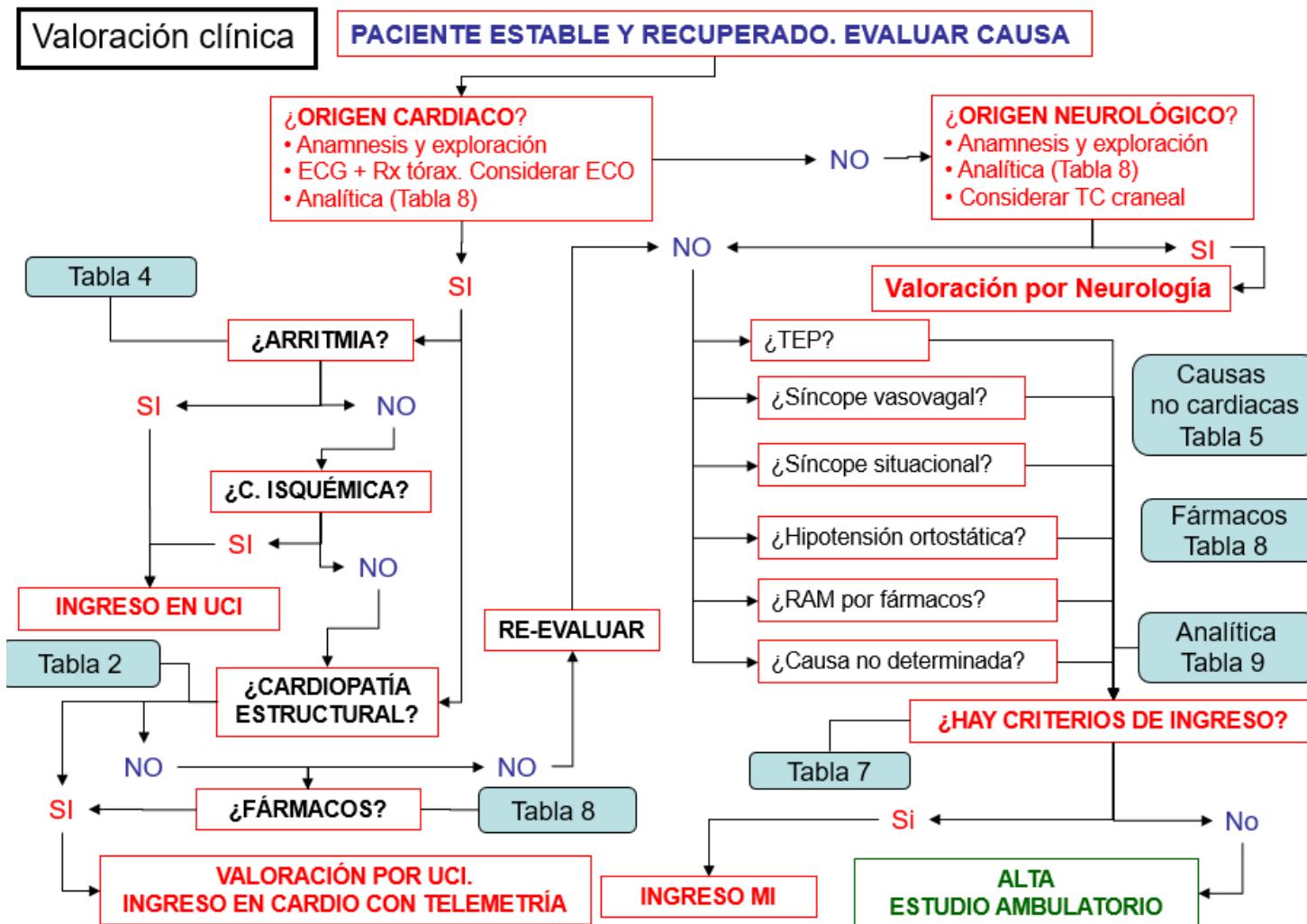
PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON SINCOPE



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON SINCOPE



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON SINCOPE



ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Signos de shock
- Tabla 2. Causas de síncope de origen cardiaco
- Tabla 3. Anormalidades en el ECG que sugieren un síncope arrítmico.
- Tabla 4. Arritmias potencialmente fatales.
- Tabla 5. Causas de síncope neurológico más frecuentes.
- Tabla 6. Causas de síncope no cardiógeno y no neurológico más frecuentes
- Tabla 7. Criterios de ingreso.
- Tabla 8. Drogas que pueden ser causa de síncope.
- Tabla 9. Analítica a pedir en urgencias

Tabla 1

SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA / SHOCK

- Hipotensión (TAS<90 mmHg, TAD<50 mmHg).
- Taquicardia (FC>100).
- Frecuencia respiratoria >30 o <10 por minuto.
- Pulso débil
- Mala perfusión periférica.
- Palidez, sudoración fría.
- Agitación, obnubilación.

Tabla 2

TIPOS DE SÍNCOPE CARDIOGÉNICO MÁS FRECUENTES

ARRITMIAS	Se diagnostica por ECG cuando se comprueba que hay una arritmia que explique el cuadro:
BRADIARRITMIAS	FC< 40 lpm. o bloqueos sinoauriculares repetitivos o pausas sinusales > 3 s en ausencia de medicación cronotrópica negativa
BLOQUEOS AV	Bloqueo auriculoventricular de segundo grado Mobitz II o de tercer grado. Bloqueos de rama izquierda y derecha HH alternativos.
TAQUIARRITMIAS	FC>100 lpm en presencia de TSV o TV
QT LARGO	Intervalo QT prolongado. Historia familiar de muerte súbita o arritmias.
QT CORTO	Alto riesgo de PCR.
SDE. BRUGADA	Bloqueo incompleto de rama derecha con ascenso del ST de morfología descendente en precordiales derechas (V1 a V3). Historia familiar de muerte súbita y predisposición genética para sufrir arritmias mortales. Los cambios del ECG pueden ser intermitentes.
C. ESTRUCTURALES	
DISPLASIA	BRDHH o BIRD, alteración de la repolarización (T negativa V1-V3) y onda epsilon (alteración específica de la zona final del QRS).
ARRITMOGÉNICA	
VALVULOPATÍA AÓRTICA/MITRAL	Se desencadena durante un esfuerzo físico. Soplo de estenosis Ao o mitral. Puede haber crecimiento de cavidades izquierdas.
MIOARDIOPATÍA	Se desencadena tras un esfuerzo físico. Suele haber signos de crecimiento de cavidades izq. y dchas. A menudo hay disnea o palpitaciones. Rx con aumento del ICT
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	Se diagnostica cuando los síntomas están presentes con evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda con o sin infarto de miocardio, independientemente de su mecanismo
TAPONAMIENTO CARDIACO	Dolor torácico, disnea importante, presentación en decúbito. ECG con voltajes bajos y Rx tórax.
HT PULMONAR	Disnea progresiva con o sin dolor torácico. Rx sugestiva.
TEP	Dolor pleurítico y/o disnea súbitos. Hipoxemia. Patrón S1Q3T3. TAC sugestivo.

Tabla 3**ANORMALIDADES EN EL ECG QUE SUGIEREN UN SÍNCOPE ARRÍTMICO**

- Bloqueo bifascicular (definido como bloqueo de rama izquierda o como bloqueo de rama derecha del haz de his combinado con bloqueo fascicular anterior izquierdo o posterior izquierdo)
- Otras anomalías de conducción intraventriculares (duración del QRS $\geq 0,12$ s)
- Bloqueo auriculoventricular de segundo Grado Mobitz i
- Bradicardia sinusal asintomática (< 50 latidos por minuto), bloqueo senoauricular o pausas sinusales de ≥ 3 s en ausencia de medicaciones cronotrópicas negativas
- Complejos QRS preexcitados
- Intervalo QT prolongado o QT corto (<360 mseg.)
- Patrón de bloqueo de rama derecha con elevación del segmento ST en v1-v3 (Síndrome de Brugada)
- Ondas T negativas en derivaciones precordiales derechas, ondas épsilon y potenciales ventriculares tardíos sugestivos de displasia ventricular derecha arritmogénica
- Ondas Q sugestivas de infarto de miocardio

Tomado de: Brignole M, Alboni P et al. Sociedad Europea de Cardiología. Guías de Práctica Clínica sobre el manejo (diagnóstico y tratamiento) del síncope. Actualización 2004. Versión resumida. Rev Esp Cardiología Vol 58, Febrero 2005.

Tabla 4

ARRITMIAS POTENCIALMENTE FATALES

- Taquicardia ventricular
- TSV de alta frecuencia (>150 lpm) que no cede con tto.
- Bradicardia extrema (<40 lpm) no atribuible a drogas
- Bloqueo AV completo

La aparición de un síncope en pacientes con **QT largo o QT corto** se considera un evento de alto riesgo de arritmia maligna.

Deberán ingresar con monitorización continua (telemetría o uci)

Tabla 5

CAUSAS DE SÍNCOPE NEUROLÓGICO MÁS FRECUENTES

- Hemorragia subaracnoidea
- Accidente Isquémico Transitorio
- Migraña
- Sd.de robo de la subclavia

Tabla 6

Tipos de síncope no cardiogénico y no neurológico más frecuentes

TIPO DE SÍNCOPE	DIAGNÓSTICO
HEMORRAGIA	Generalmente Hemorragia digestiva, alta o baja. Hemorragia abdominal: rotura de bazo (traumática o espontánea); rotura de embarazo ectópico o de quiste ovárico.
VASOVAGAL	Personas jóvenes. 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 prodromicos típicos (palidez, sofoco, sudoración, mareo, etc.). Exploración normal, puede haber FC y TA bajas.
SITUACIONAL	Se desencadena por la tos, estornudo, micción, defecación, deglución. Exploración normal, analítica y ECG normal.
HIPERSENSIBILIDAD SENO CAROTIDEO	Se desencadena con movimientos de la cabeza o maniobras que supongan masaje del seno carotideo. Se reproduce con el masaje del SC. Exploración y ECG normales.
GLOSFARÍNGEO	Dolor intenso por cualquier causa en la faringe. Puede haber faringitis, amigdalitis, absceso faríngeo. Resto Exploración y ECG normales.
ORTOSTÁTICO	Se diagnostica cuando existe documentación sobre hipotensión ortostática asociada al síncope o presíncope. 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

Tabla 7**SÍSCOPE. CRITERIOS DE INGRESO.**

- Síncope repetidos y evaluación negativa.
- Sospecha de arritmia maligna (palpitaciones rápidas; antecedente de CI).
- Etiología cardiovascular no diagnosticada.
- Cardiopatía arritmogénica
 - (Displasia arritmogénica, Sd. de Brugada, QT largo, QT corto, etc.)
- Antecedente de Cardiopatía Isquémica
- Presencia de síntomas neurológicos de reciente aparición.
- Daño traumático grave secundario a la caída.
- Episodios múltiples en pacientes que no han sido todavía valorados.
- Hipotensión ortostática intensa
- Síncope vaso-vagal maligno no controlado.
- Paciente anciano en la que la sospecha de etiología cardiológico es alta.

Tabla 8**DROGAS QUE PUEDEN SER CAUSA DE SÍNCOPE*****Dilatadores venosos arteriales***

- Bloqueantes de los canales del calcio
- Hidralicina
- Nitratos
- Inhibidores de la ECA
- Alfabloqueantes

Antihipertensivos

- Betabloqueantes
- Clonidina
- Metildopa

Prolongación del intervalo QT (Arritmias ventriculares)

- Antarrítmicos clase Ia: Quinidina
- Antiarrítmicos clase III: Sotalol
- Antibióticos y antimicóticos: Eritromicina, Ketoconazol
- Probuco
- Cisaprida

Efecto pro-arrítmogénico

- Todos los fármacos antiarrítmicos

Mecanismos diferentes

- Terfenadina
- Antidepresivos tricíclicos
- Fenotiacina

Tabla 9

ANALÍTICA A PEDIR EN CASO DE SÍNCOPE

- **A TODOS:**
 - HEMOGRAMA
 - BIOQUÍMICA BÁSICA: Glucosa, Urea, Creatinina, Iones.
- **SI HAY SOSPECHA DE ORIGEN CARDIACO O TEP:**
 - BIOQUÍMICA ESPECÍFICA: Troponina T.
 - COAGULACION CON DD.
- **SI HAY INESTABILIDAD HEMODINÁMICA, HEMORRAGIA O FIEBRE:**
 - GASOMETRÍA VENOSA CON LACTATO