

## 407 - SÍNCOPE

*Esteve Ruiz, Iris  
Zamora Sierra, Mariano  
Esteve Ruiz, Irene*

Pérdida transitoria de conocimiento y del tono postural debida a una hipoperfusión cerebral global transitoria de inicio rápido, duración corta, recuperación espontanea completa y sin secuelas.

Lo más importante en la atención al paciente que ha sufrido una pérdida de conocimiento es identificar su causa. Un síncope con pródromos puede ser de origen cardíaco; y un síncope sin pródromos puede no ser cardiogénico. Deben tenerse en cuenta otros hallazgos a la hora de considerar la etiología. Para la correcta filiación de la etiología es importante realizar una anamnesis dirigida. Debe de completarse con exploración física, toma de constantes y electrocardiograma, es recomendable medir el QTc a todos los pacientes con síncope. Se debe de realizar test de ortostatismo si sospecha de síncope por hipotensión ortostática: tomar TA tras 5 min en decúbito supino y posteriormente 1 y 3 min tras bipedestación.

Deben de valorarse otras pruebas en función de la sospecha etiológica: Rx tórax, analítica, GSV, etc.

Puede valorarse realizar la prueba de masaje del seno carotideo en aquellos pacientes mayores de 40 años en los que no se tenga claro el diagnostico etiológico (definiéndose síndrome de seno carotideo a la presencia de asistolia mayor o igual a 3 segundos y/o a la presencia de la caída de la TA mayor o igual a 50mmHg tras el masaje del seno carotideo, independientemente de la presencia de síntomas).

### PREGUNTAS CLAVE

- ¿Qué estaba haciendo?
- ¿Dónde estaba?
- ¿Se encontró mal previamente?
- ¿Recuerda algo de lo ocurrido?
- ¿Le ha pasado en más ocasiones?

Cuando la etiología del síncope es incierta o no podemos obtener confirmación en la valoración inicial en Urgencias, debemos valorar el perfil del riesgo del síncope para decidir el manejo (alta, revisión ambulatoria, ingreso en Observación o en planta).

**BAJO RIESGO:** Suelen ser neuromediados.

Características de bajo riesgo: pacientes jóvenes (<40 años) sin hallazgos patológicos en la EF o el ECG, sin AF de muerte súbita o cardiopatía, sin otros datos de alto riesgo.

Pueden ser dados de alta.

**ALTO RIESGO:** Suelen ser de origen cardíaco.

Características de alto riesgo:

- Síncope en supinación o durante el esfuerzo (importante diferenciar durante vs. en el postesfuerzo inmediato).
- Dolor torácico, disnea súbita o palpitaciones previo al síncope
- AF de MS en jóvenes, portadores de DAI

- Antecedentes de IAM o de FEVI reducida.
- En decúbito o sedestación.
- Diagnosticado de MCHO
- Soplo sistólico no diagnosticado.
- En el ECG: bradiarritmias, arritmias ventriculares o supraventriculares rápidas, QTc corto o largo, preexcitación, patrón de Brugada, alteraciones inusuales de la repolarización.

Los pacientes con varias características de alto riesgo deberán ser ingresados en planta de Cardiología (especificar con telemetría) o Box.

Aquellos con características intermedias deberán pasar a Observación Camas (monitorizados y sin permiso para levantarse) y ser valorados por Cardiología si existe sospecha de posible etiología cardíaca.

## CLASIFICACIÓN

NEUROMEDIADO	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA	CARDIOGÉNICO	CEREBROVASCULAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasovagal.</li> <li>• Hipersensibilidad del seno carotídeo.</li> <li>• Situacional.</li> <li>• Atípico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallo autonómico.</li> <li>• Postejercicio.</li> <li>• Fármacos.</li> <li>• Alcohol.</li> <li>• Depleción de volumen: hemorragia, diarrea, insuficiencia suprarrenal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arritmias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bradicardias.</li> <li>- Taquicardias.</li> </ul> </li> <li>• Enfermedades estructurales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardíacas: estenosis aórtica, IAM, MCHO, taponamiento, masas cardíacas...</li> <li>- TEP, disección aórtica, HTP.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de robo de la arteria subclavia.</li> </ul>
ALTA MAP	AJUSTE TRATAMIENTO DOMICILIARIO ALTA MAP	INGRESO CARDIOLOGÍA	IC NEUROLOGÍA (doppler)