



Fundació
Sant Francesc
d'Assís

Sincope

Abril 2018

Definición

Pérdida del conocimiento momentánea debida a una hipoperfusión cerebral global transitoria

TIPICO

- Inicio rápido
- Segundos
- Recuperación espontánea completa

- Estado presincopal

ATIPICO

- Minutos
- Amnesia retrograda

Fisiopatogenesis

Caída de la TA



Situaciones clínicas incorrectamente diagnosticadas como síncope

- Trastornos con pérdida del conocimiento pero sin hipoperfusión cerebral global
 - Epilepsia
 - Trastornos metabólicos que incluyen hipoglucemia, hipoxia, hiperventilación con hipocapnia
 - Intoxicación
 - Ataque isquémico transitorio vertebrobasilar
- Trastornos con alteración de la conciencia pero sin pérdida del conocimiento
 - Caídas
 - Ataque isquémico transitorio de origen carotídeo
 - Funcional (pseudosíncope psicógeno)

Clasificación

Reflejo (neuromediado)

- Vasovagal o lipotimia común:
 - Mediado por angustia emocional, miedo, dolor, instrumentación, fobia a la sangre
- Situacional:
 - Tos, estornudos
 - Estimulación gastrointestinal g(tragar, defecar, dolor visceral)
 - Micción (posmiccional)
 - Tras ejercicio
 - Posprandial
- Síncope del seno carotídeo.

Síncope debido a hipotensión ortostática

- Disfunción autónoma primaria:
 - Disfunción autonómica primaria pura, atrofia sistémica múltiple, enfermedad de Parkinson con disfunción autonómica, demencia de los cuerpos de Lewy
- Disfunción autonómica secundaria:
 - Diabetes, amiloidosis, uremia, lesión de la médula espinal
- Hipotensión ortostática inducida por fármacos:
 - Alcohol, vasodilatadores, diuréticos, fenotiazinas, antidepresivos
- Depleción de volumen:
 - Hemorragia, diarrea, vómitos, etc.

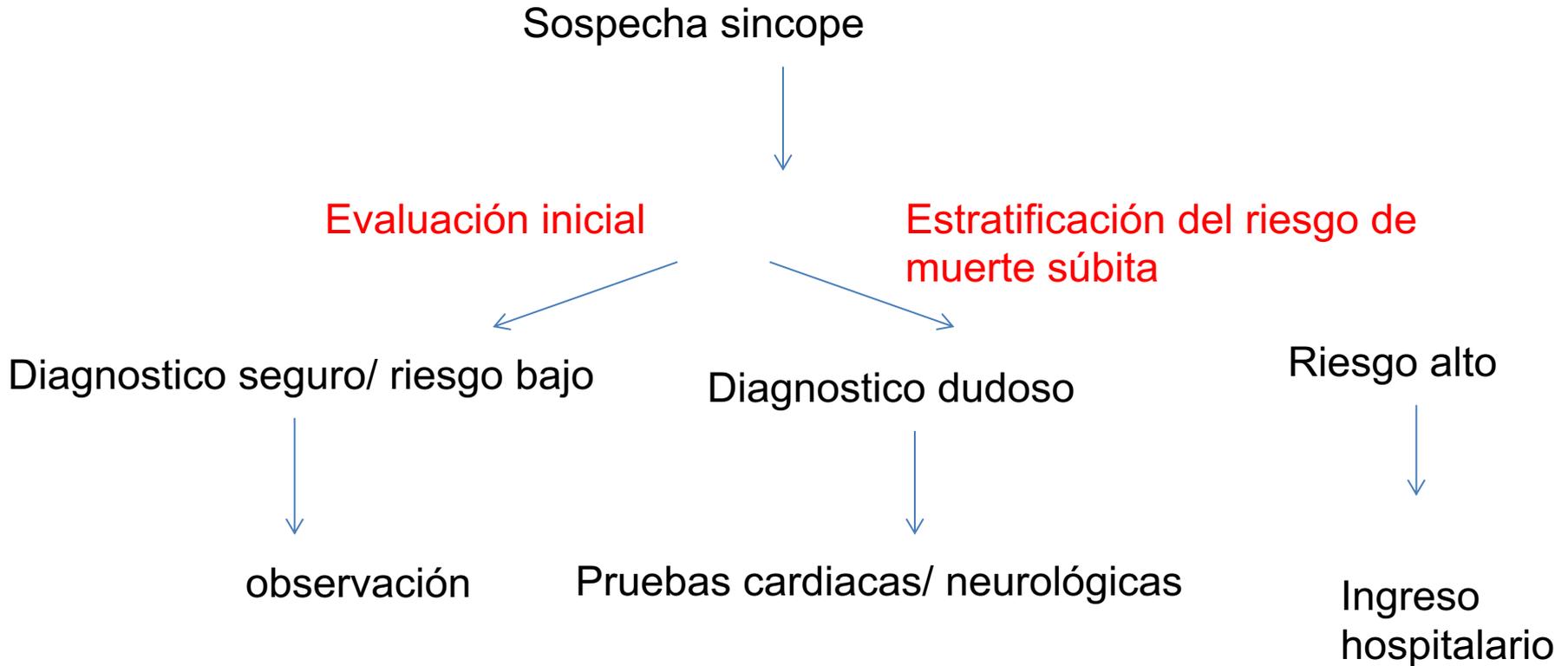
Síncope cardiaco (cardiovascular)

- La arritmia es la causa primaria:
 - Bradicardia:
 - Disfunción del nodo sinusal (incluido el síndrome de bradicardia/taquicardia)
 - Enfermedad del sistema de conducción auriculoventricular
 - Disfunción de un dispositivo implantable
 - Taquicardia:
 - Supraventricular
 - Ventricular (idiopática, secundaria a cardiopatía estructural o a canalopatía)
 - Bradicardia y taquiarritmias inducidas por fármacos
- Enfermedad estructural:
 - Valvulopatía, infarto de miocardio/isquemia, miocardiopatía hipertrófica, masas cardíacas (mixoma auricular, tumores, etc.), enfermedad pericárdica/taponamiento, anomalías congénitas de las arterias coronarias, disfunción valvular prostética
- Otras:** embolia pulmonar, disección aórtica aguda, hipertensión pulmonar

Causas por edad

Edad	Reflejo, %	HO, %	Cardiovascular, %	Causa desconocida, %
< 40 años	51	2,5	1,1	27
40-60 años	37	6	3	34
< 65 años	68,5	0,5	12	19
> 60/65	52	3	34	11
> 75 años	36	30	16	9

Diagrama diagnóstico



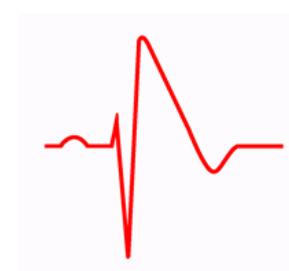
Evaluación inicial

- Historia clínica
- Determinaciones ortostáticas
- ECG

Evaluación inicial

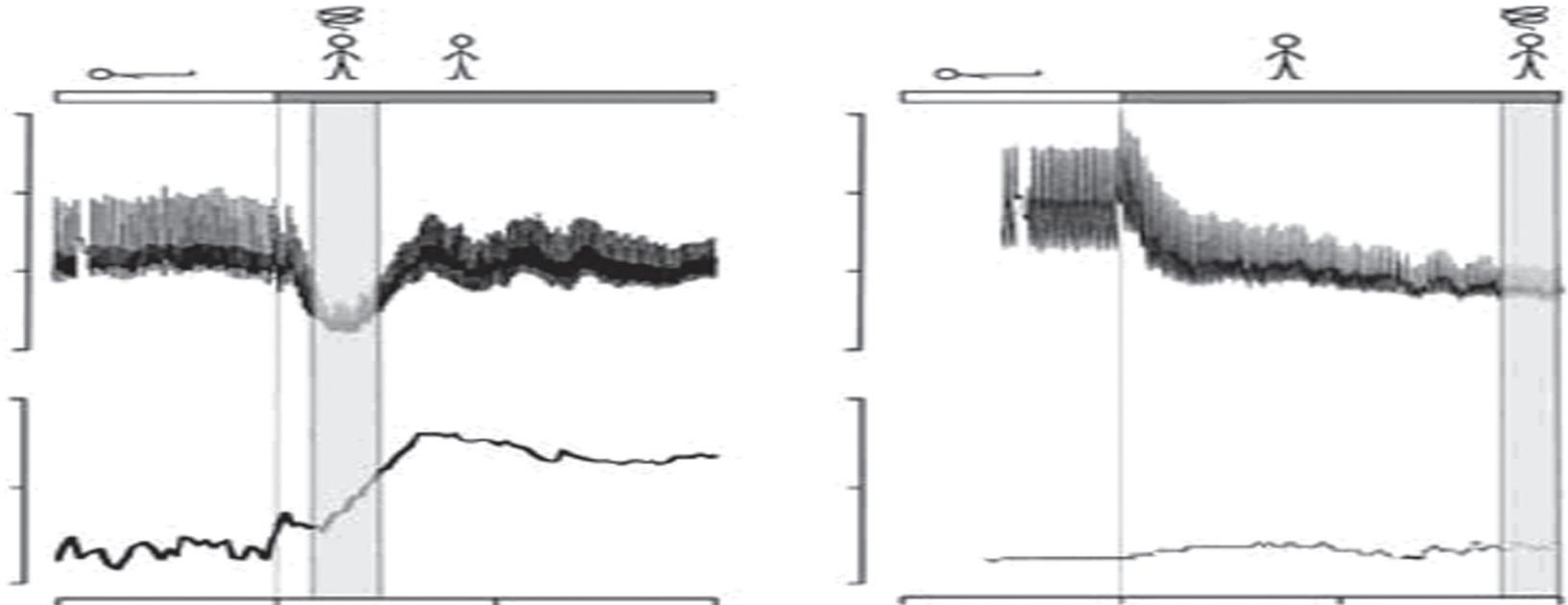
Características clínicas o del ECG que indiquen síncope cardiológico

- Síncope durante el **esfuerzo** o en decúbito supino
- **Palpitaciones** en el momento del síncope
- **Historia familiar de muerte cardiaca súbita**
- **Bloqueo bifascicular** (definido como bloqueo de rama tanto derecha como izquierda, combinado con bloqueo fascicular anterior izquierdo o posterior izquierdo)
- Otras anomalías de la conducción intraventricular (duración QRS $\geq 0,12$ s)
- Bloqueo auriculoventricular de segundo grado Mobitz I
- **Bradicardia sinusal** inadecuada asintomática (< 50 lpm), bloqueo sinoauricular o pausa sinusal ≥ 3 s en ausencia de medicaciones cronotrópicas negativas
- **Taquicardia ventricular** no sostenida
- Complejos QRS preexcitados
- Intervalos QT largos o cortos
- Repolarización precoz
- Patrón de bloqueo de rama derecha con elevación ST en las derivaciones V1-V3 (**síndrome de Brugada**)
- Ondas T negativas en derivaciones precordiales derechas, ondas épsilon y potenciales tardíos ventriculares compatibles con miocardiopatía arritmogénica ventricular derecha
- Ondas Q compatibles con infarto de miocardio



Hipotensión ortostática

- Es el signo clínico definido como la caída de la TAS > 20 mmHg y de la TAD > 10 mm Hg en los primeros 3 minutos tras ponerse de pie



Estratificación del riesgo

- Cardiopatía estructural
- Características clínicas o del ECG que indiquen síncope arrítmico (la mayoría)
- Comorbilidades importantes
(Anemia grave o alteraciones hidroelectrolíticas)

Riesgo de recurrencia

N. de episodios

Severidad

Cardiopatía estructural

Masaje del seno carotideo

- > 40 años en caso de duda tras la evaluación inicial
- No en pc con TIA previo, en pc con accidente cerebrovascular en los últimos 3 meses, en pc con soplos carotideos
- 10 D-I con monitorización ECG y de la TA
- Es diagnóstica una pausa de > 3 seg o una caída de la TA de > 50 mm Hg

Monitorización ECG hospitalaria

- Siempre cuando el paciente tenga hallazgos clínicos o ECG gráficos que indiquen síncope arrítmico

Arritmias que ponen en riesgo la vida

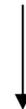


Ingreso y Telemetría

Estudio
electrofisiológico

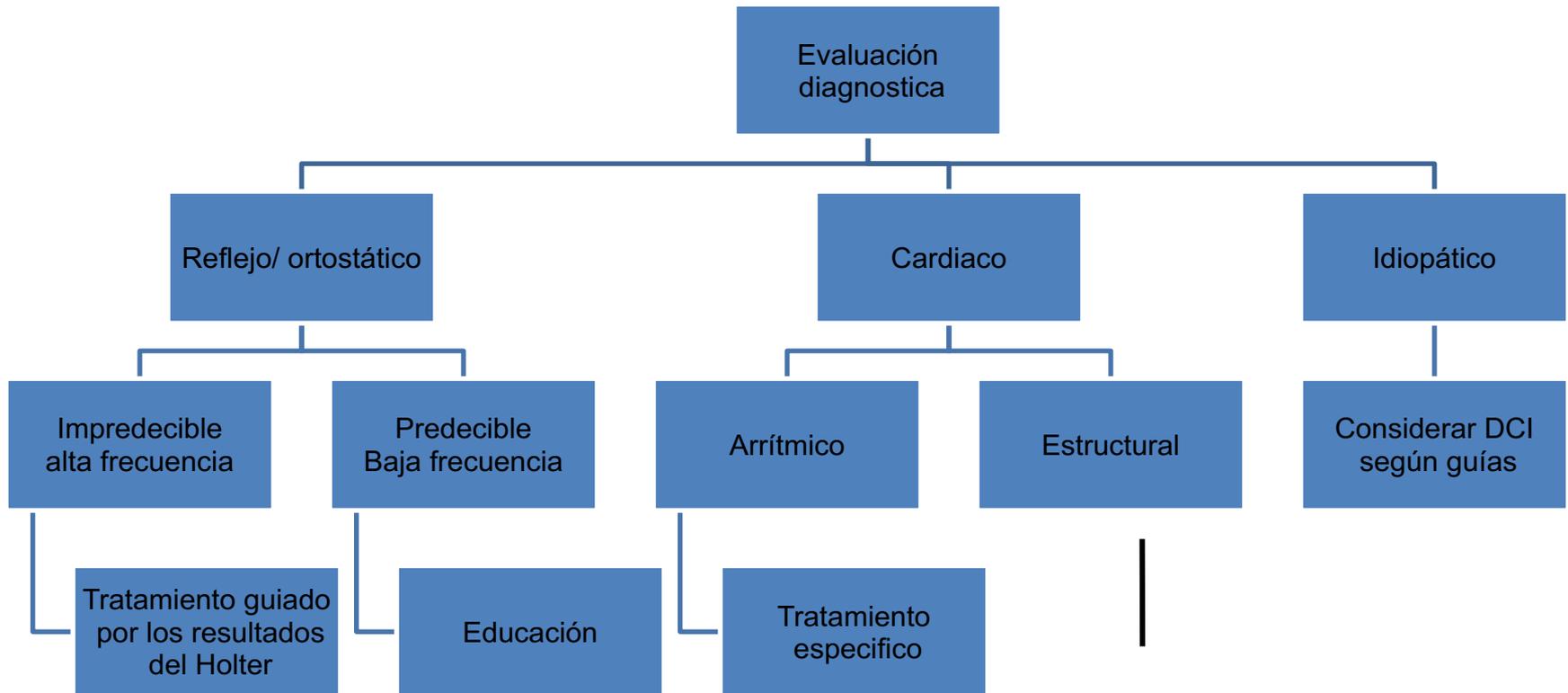
Arritmias que no ponen en riesgo la vida/ alta frecuencia

- Mobitz I
- TV no sostenida
- Repolarización precoz



Alta + Holter

Organigrama terapeutico



To take home

- El **síncope** es un estado de hipoperfusión cerebral transitoria
- En la evaluación inicial hay que realizar anamnesi, ECG y prueba de ortostatismo y hay que estratificar el riesgo de muerte súbita y recurrencia
- En los casos dudosos o de alto riesgo habrá que pedir evaluación cardiológica



Documento descargado de <http://www.revespcardiol.org> el 21/03/2012. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

ARTÍCULO ESPECIAL



Este artículo completo sólo se encuentra disponible en versión electrónica: www.revespcardiol.org

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del síncope (versión 2009)

Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Manejo del Síncope de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)

Desarrollada en colaboración con European Heart Rhythm Association (EHRA)¹, Heart Failure Association (HFA)² y Heart Rhythm Society (HRS)³

Aprobada por las siguientes sociedades: European Society of Emergency Medicine (EuSEM)⁴, European Federation of Internal Medicine (EFIM)⁵, European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)⁶, American Geriatrics Society (AGS), European Neurological Society (ENS)⁷, European Federation of Autonomic Societies (EFAS)⁸ y American Autonomic Society (AAS)⁹

Autores/miembros del Grupo de Trabajo: Ángel Moya (Coordinador) (España)*, Richard Sutton (Coordinador) (Reino Unido)*, Fabrizio Ammirati (Italia), Jean-Jacques Blanc (Francia), Michele Brignole¹ (Italia), Johannes B. Dahm (Alemania), Jean-Claude Deharo (Francia), Jacek Gajek (Polonia), Knut Gjesdal² (Noruega), Andrew Krahn³ (Canadá), Martial Massin (Bélgica), Mauro Pepi (Italia), Thomas Pezawas (Austria), Ricardo Ruiz Granell (España), Francois Sarasin⁴ (Suiza), Andrea Ungar⁵ (Italia), J. Gert van Dijk⁷ (Países Bajos), Edmond P. Walma (Países Bajos) y Wouter Wieling (Países Bajos)

Contribuyentes externos: Haruhiko Abe (Japón), David G. Benditt (Estados Unidos), Wyatt W. Decker (Estados Unidos), Blair P. Grubb (Estados Unidos), Horacio Kaufmann⁹ (Estados Unidos), Carlos Morillo (Canadá), Brian Olshansky (Estados Unidos), Steve W. Parry (Reino Unido), Robert Sheldon (Canadá) y Win K. Shen (Estados Unidos)

Comité de la ESC para la Práctica de las Guías (CPG): Alec Vahanian (Coordinador) (Francia), Angelo Auricchio (Suiza), Jeroen Bax (Países Bajos), Claudio Ceconi (Italia), Veronica Dean (Francia), Gerasimos Filippatos (Grecia), Christian Funck-Brentano (Francia), Richard Hobbs (Reino Unido), Peter Kearney (Irlanda), Theresa McDonagh (Reino Unido), Keith McGregor (Francia), Bogdan A. Popescu (Rumania), Zeljko Reiner (Croacia), Udo Sechtem (Alemania), Per Anton Simes (Noruega), Michal Tendera (Polonia), Panos Vardas (Grecia) y Petr Widimsky (República Checa)

Revisores del Documento: Angelo Auricchio (Coordinador de la Revisión del CPG) (Suiza), Esmeray Acarturk (Turquía), Felicia Andreotti (Italia), Riccardo Asteggiano (Italia), Urs Bauersfeld (Suiza), Abdelouahab Bellou⁴ (Francia), Athanase Benetos⁶ (Francia), Johan Brandt (Suecia), Mina K. Chung⁵ (Estados Unidos), Pietro Cortelli⁸ (Italia), Antoine Da Costa (Francia), Fabrice Extramiana (Francia), José Ferro⁷ (Portugal), Bulent Gorenek (Turquía), Antti Hedman (Finlandia), Rafael Hirsch (Israel), Gabriela Kaliska (República de Eslovaquia), Rose Anne Kenny⁹ (Irlanda), Keld Per Kjeldsen (Dinamarca), Rachel Lampert³ (Estados Unidos), Henning Molgard (Dinamarca), Rain Paju (Estonia), Aras Puodziukynas (Lituania), Antonio Raviele (Italia), Pilar Roman⁵ (España), Martin Scherer (Alemania), Ronald Schondorp⁹ (Canadá), Rosa Sicari (Italia), Peter Vanbrabant⁴ (Bélgica), Christian Wolpert¹ (Alemania) y José Luis Zamorano (España)

Los formularios de autorización de todos los autores y revisores se encuentran en la página web de la ESC www.escardio.org

*Correspondencia:
Dr. A. Moya.
Hospital Vall d'Hebron.

- Exportar archivo PDF
- Crear archivo PDF
- Editar PDF
- Comentar
- Combinar archivos
- Organizar páginas
- Rellenar y firmar
- Enviar para firmar
- Enviar y realizar un seguimiento
- Más herramientas

Almacene y comparta archivos en Document Cloud

[Más información](#)