



MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNCOPE EN URGENCIAS

Basado en las Guías ESC 2018 sobre el diagnóstico
y el tratamiento del síncope

AUTORES

- **Alfonso Martín Martínez.**
Jefe Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid.
Miembro Grupo de Trabajo Guías Síncope ESC 2018
- **Ángel Moya Mitjans.**
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dexeus, Barcelona.
Coordinador Grupo de Trabajo Guías Síncope ESC 2018
- **Francisco Moya Torrecilla.**
Director de Servicios Médicos Internacionales,
Hospital Vithas Xanit Internacional, Málaga,
- **Coral Suero Méndez.**
Directora de Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Intensivos
y Urgencias, Hospital de la Axarquía, Málaga.

*Michele Brignole, Angel Moya, Frederik J de Lange, Jean-Claude Deharo, Perry M Elliott, Alessandra Fanciulli, Artur Fedorowski, Raffaello Furlan, Rose Anne Kenny, Alfonso Martín, Vincent Probst, Matthew J Reed, Ciara P Rice, Richard Sutton, Andrea Ungar, J Gert van Dijk, ESC Scientific Document Group; 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope, European Heart Journal, Volume 39, Issue 21, 1 June 2018, Pages 1883-1948.

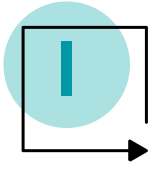


Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

Documento considerado de interés científico por SEMES

Colabora

Medtronic
Further. Together



ÍNDICE

MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNCOPE EN URGENCIAS	3
Evaluación Inicial	3
Características clínicas que sugieren una etiología	4
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO	5
Riesgo bajo	5
Riesgo alto	6
Dirección del paciente tras la estratificación de riesgo	7
TRATAMIENTO	8
Síncope en el anciano	9
Recomendaciones pacientes síncope reflejo	9
Links de utilidad	9

1

MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNCOPE EN URGENCIAS

¿Se trata de una pérdida transitoria de consciencia? (PTC)

- ✓ Pérdida de consciencia
- ✓ Anomalia del control motor
- ✓ Pérdida de la capacidad de respuesta
- ✓ Amnesia del episodio
- ✓ Corta duración

NO

Actuar en consecuencia

Sí, sincopal

- (Hipoperfusión cerebral)
- ✓ Duración breve
- ✓ Recuperación completa y espontánea
- ✓ Instauración brusca

Sí, no sincopal

- ✓ Epilepsia
 - ✓ PTC, psicogénico
 - ✓ PTC, otras causas
- Tratamiento correspondiente*

Evaluación inicial

Anamnesis, exploración, ECG, TA (Tensión arterial) en decúbito y bipedestación

Diagnóstico establecido o muy probable

Tratamiento

Diagnóstico incierto

Estratificación de riesgo

EVALUACIÓN INICIAL

Siempre

- **Anamnesis detallada:** episodio más reciente y episodios previos e interrogatorio a testigos.
- **Exploración física, TA en decúbito supino y bipedestación**
- **Electrocardiograma**

Dependiendo de la sospecha

- **Monitorización ECG:** cuando se sospecha causa arrítmica.
- **Ecocardiograma:** cuando exista cardiopatía estructural conocida o se sospecha.
- **Masaje del seno carotídeo:** en >40 años.
- **Test de mesa basculante:** si se sospecha síncope por Hipotensión Ortostática o reflejo.
- **Analítica:** hemograma si sospecha de hemorragia, troponina si isquemia, d-dímero si TEP, gasometría si hipoxemia.

1.1 Características clínicas que sugieren una etiología

Síncope reflejo

- Síncopes de repetición, particularmente si debut <35 años
- Después de una sensación desagradable
- Después de bipedestación prolongada
- Después de rotación craneal o presión en seno carotídeo
- Durante la comida
- En ambientes calurosos o abarrotados
- Precedido de síntomas de activación autonómica (pródromos típicos): palidez, sudoración, náusea
- Ausencia de cardiopatía

Síncope secundario a Hipotensión Ortostática (HO)

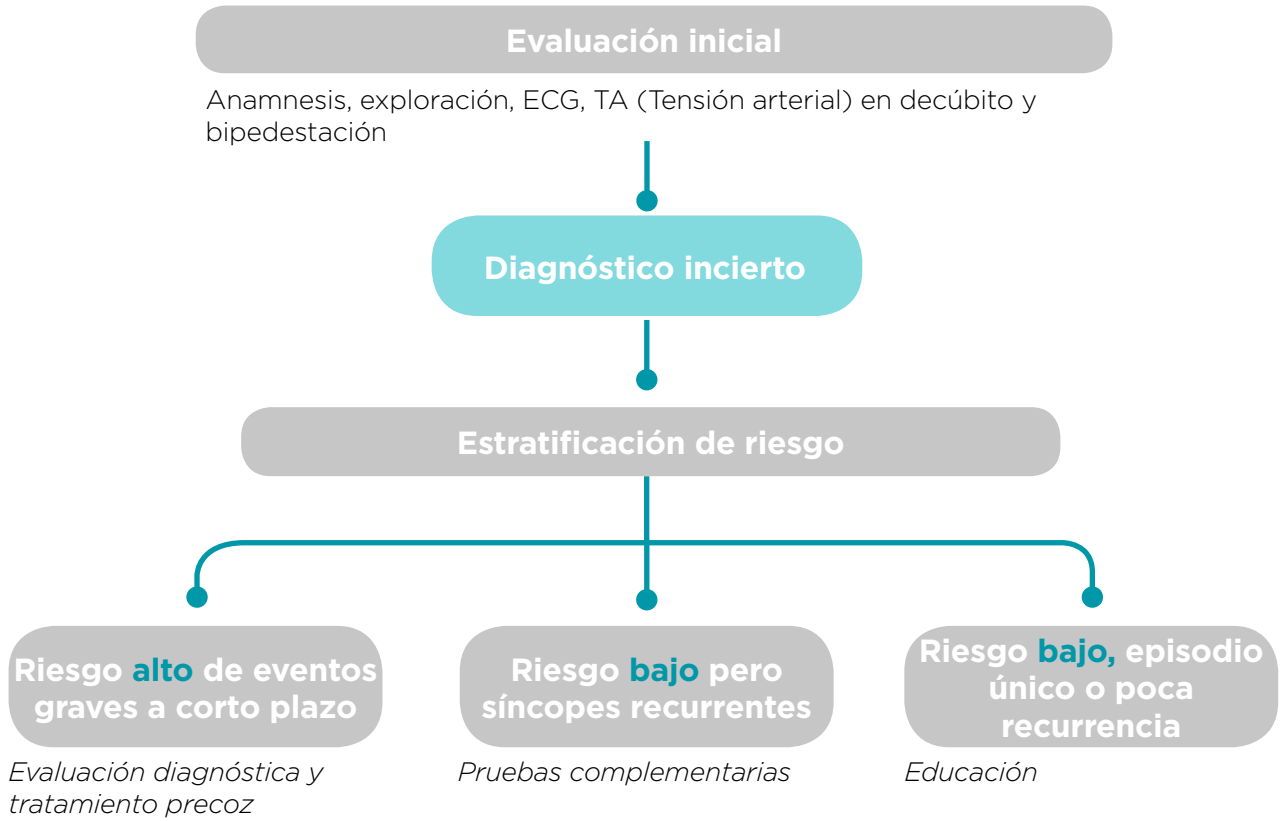
- Durante o tras la bipedestación, particularmente si prolongada o tras ejercicio
- Coincidiendo con inicio o modificación en fármacos vasodpresores o diuréticos
- En presencia de parkinsonismo o neuropatía autonómica

Síncope cardiogénico

- Durante el ejercicio o en decúbito
- Precedido de palpitaciones
- En presencia de cardiopatía estructural
- En pacientes con antecedentes familiares de muerte súbita
- Anomalías electrocardiográficas:
 - QRS ancho o bloqueo bifascicular
 - Bloqueo Auriculoventricular (BAV) de 2º o 3º grado o BAV 1º grado con PR muy prolongado
 - Disfunción sinusal (bradicardia sinusal <50 lpm) en ausencia de medicación cronotrópica negativa (Considerar factor de alto riesgo en caso de historia compatible con síncope relacionado con arritmia)
 - Taquicardia ventricular no sostenida
 - Preexcitación
 - Intervalo QT corto o largo
 - Repolarización precoz
 - Morfología de Brugada
 - Morfología de displasia arritmogénica del ventrículo derecho
 - Onda Q
 - Criterios de hipertrofia ventricular

2

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO



RIESGO BAJO

Historia clínica

- Precedido por síntomas prodrómicos típicos: mareo, sensación de calor, sudoración, palidez, náuseas
- Ocurrido tras una sensación desagradable; tras la bipedestación prolongada o en sitio caluroso o abarrotado; tras adoptar la bipedestación durante la comida o tras ella; tras toser, defecar o miccionar; tras rotación craneal o presión del seno carotideo
- Antecedente de síncope de repetición de largo tiempo, de perfil de riesgo bajo, similares al episodio actual
- Ausencia de cardiopatía estructural

Exploración física

- Sin hallazgos

Electrocardiograma

- Normal



RIESGO ALTO

Historia clínica

MAYORES:

- Molestia torácica, disnea, dolor abdominal o cefalea de nueva aparición
- Durante el ejercicio o en decúbito supino
- Precedido de palpitaciones de instauración brusca

MENORES:

(Sólo de alto riesgo si asociadas a alteraciones en ECG o cardiopatía estructural)

- Sin pródromos o pródromos de corta duración
- Sentado
- Historia familiar de muerte súbita cardíaca antes de los 60 años
- Cardiopatía estructural o isquémica grave (disfunción de VI, insuficiencia cardíaca o infarto previo)

Exploración física

- TA sistólica <90 mmHg sin causa (Considerar de alto riesgo en caso de presentar otro factor)
- Sospecha de sangrado gastrointestinal
- Soplo sistólico no estudiado
- Bradicardia <40 lpm persistente o intermitente

Electrocardiograma

MAYORES:

- Cambios electrocardiográficos sugestivos de isquemia
- Taquicardia ventricular no sostenida
- Bradicardia sinusal asintomática inapropiada o FA lenta (FC<50 lpm)
- Bloqueo de rama, trastorno de la conducción intraventricular, criterios de hipertrofia u ondas Q compatibles con isquemia o cardiomiopatía
- Taquicardia supraventricular o FA paroxística
- Disfunción de dispositivo cardíaco implantable
- Elevación del ST con morfología tipo 1 en V1-V3 (Sdr. Brugada)
- Intervalo QT>480 ms sugestivo de Sdr. de QT largo

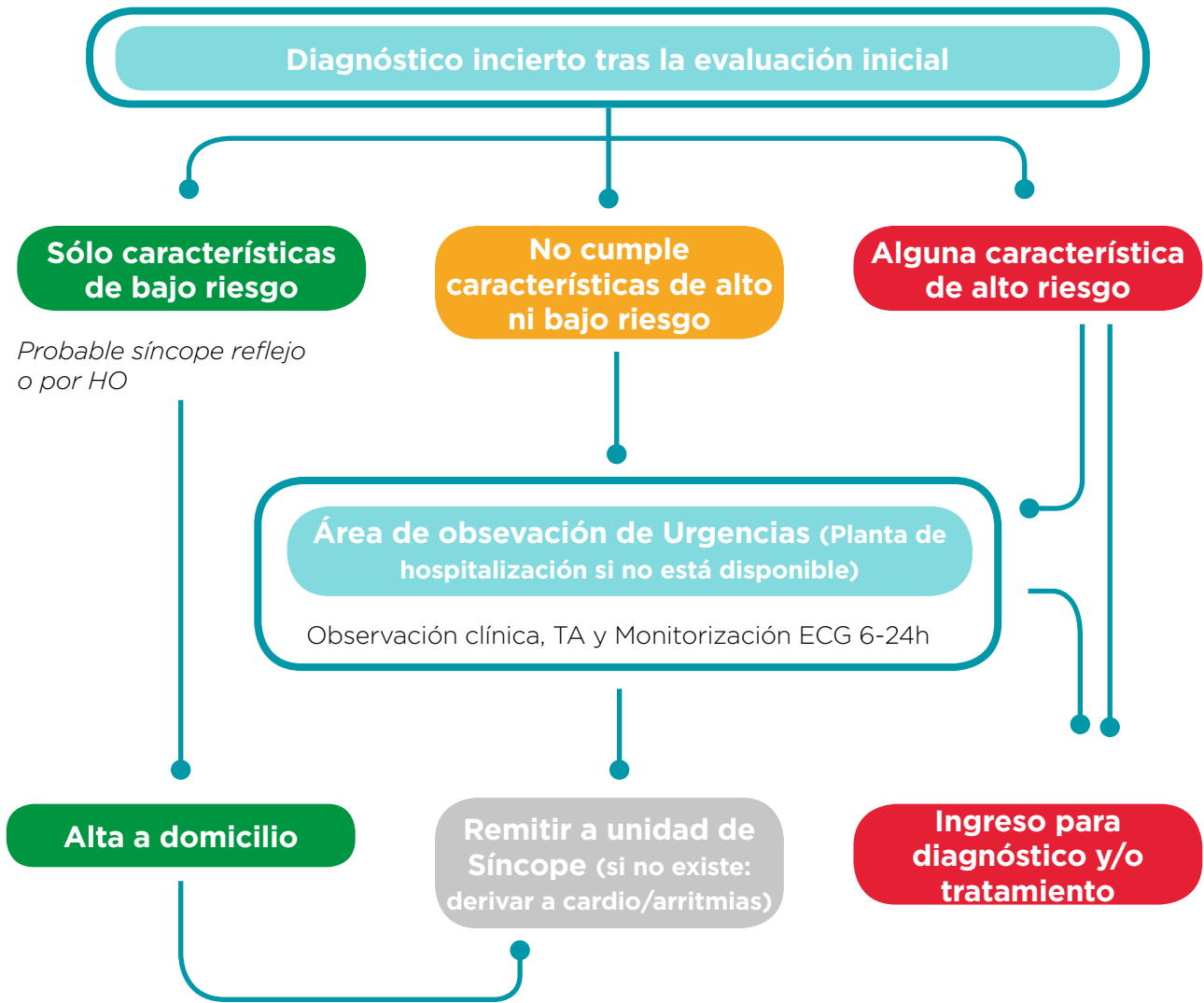
MENORES:

(Considerar sólo si historia sugestiva de síncope arritmogénico)

- BAV 2º grado tipo I o BAV 1º grado con intervalo PR muy prolongado
- Pre-excitación
- Intervalo QT<340 ms
- Otros patrones sugestivos de Sdr. Brugada (tipo 2 o 3)
- Ondas T negativas en precordiales derechas, ondas epsilon o potenciales ventriculares tardíos sugestivos de displasia arritmogénica del ventrículo derecho



2.1. Dirección del paciente tras la estratificación de riesgo



Los pacientes de **bajo riesgo** pueden ser dados de alta de forma segura. Si recidivas, remitir a una Unidad de Síncope.

Los pacientes que **no cumplen características de alto ni de bajo riesgo** no se benefician de un ingreso hospitalario directo, mientras que una estancia en observación con monitorización de entre 6-24 horas mejora el rendimiento diagnóstico y reduce los ingresos y la estancia hospitalaria sin empeorar el pronóstico.

Los pacientes de **alto riesgo** deben ingresar para estudio y eventual tratamiento urgente, a menos que puedan ser manejados en una unidad de síncope capaz de proporcionar consejo experto, pruebas diagnósticas especializadas, monitorización durante al menos 24 horas y maniobras de resucitación en caso de deterioro clínico o hemodinámico.



PÁGINA SIGUIENTE

PACIENTES CON SÍNCOPE Y ALTO RIESGO: CRITERIOS QUE FAVORECEN LA ESTANCIA EN LAS ÁREAS DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN

A favor de la atención inicial en las Áreas de Observación de Urgencias

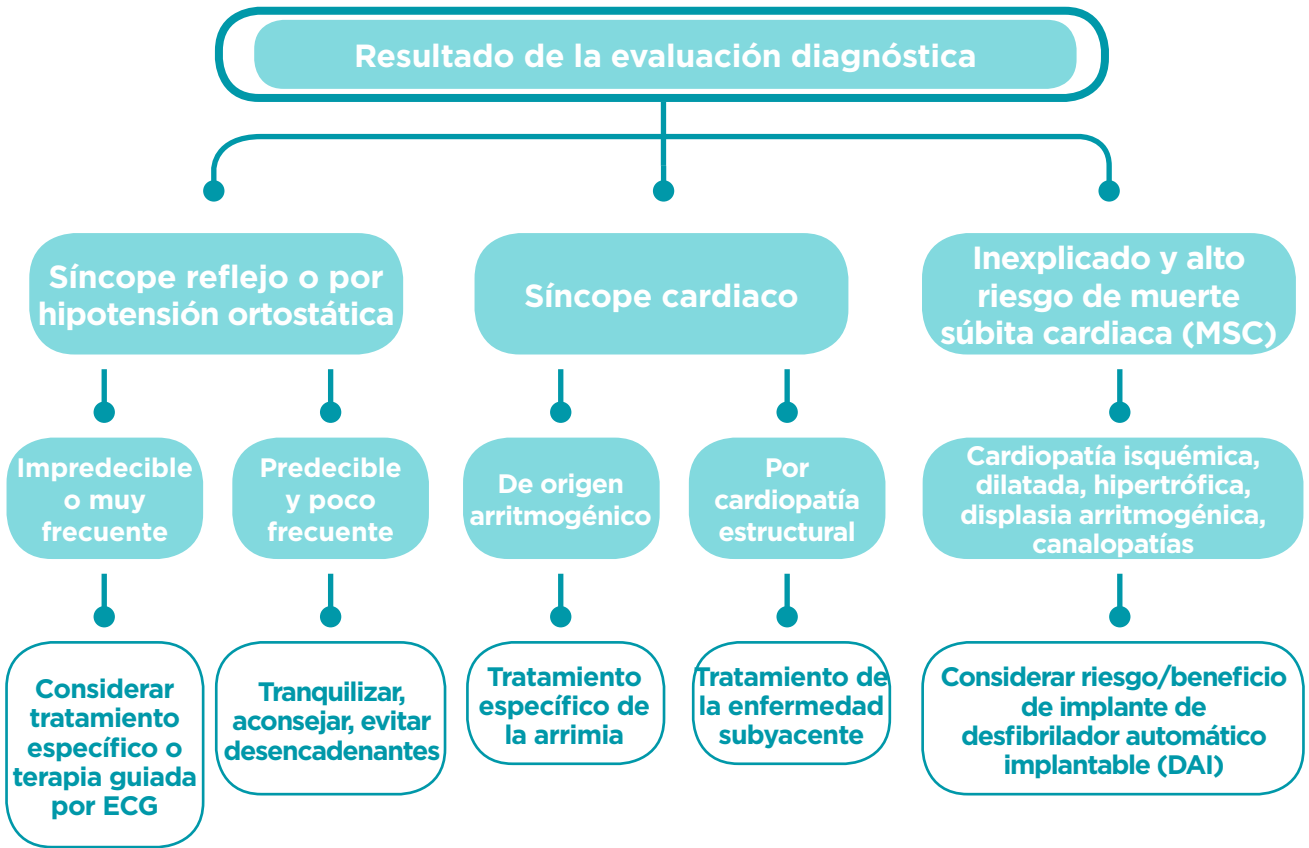
<p>Características de alto riesgo y:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiopatía estructural estable conocida ● Enfermedad crónica severa ● Síncope durante el esfuerzo ● Síncope en decúbito supino o sentado ● Síncope sin pródromos ● Palpitaciones en el momento del síncope 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bradicardia sinusal inadecuada o bloqueo sinoauricular ● Sospecha de mal funcionamiento del dispositivo o intervención inapropiada ● Complejo QRS preexcitado ● TSV o Fibrilación Auricular paroxística ● ECG que sugiere retirar trastornos hereditarios arritmogénicos ● ECG que sugiere miocardiopatía arritmogénica de VD
--	--

A favor de la hospitalización

<p>Características de alto riesgo y:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cualquier enfermedad coexistente potencialmente grave que requiera la hospitalización del paciente ● Lesión por síncope 	<ul style="list-style-type: none"> ● Necesidad de otras pruebas urgentes y tratamiento que no se puedan realizar de otra manera (p. ej., en la unidad de observación), como monitorización con ECG, ecocardiografía, prueba de esfuerzo, estudio electrofisiológico, angiografía, mal funcionamiento del dispositivo, etc. ● Necesidad de tratamiento del síncope
--	---

3

TRATAMIENTO



Se recomienda manejar el *presíncope* de manera similar a la del síncope, dado que tiene un pronóstico similar.

Síncope en el anciano

- La polifarmacia, los fármacos cardiovasculares, neurolépticos, antidepresivos y dopaminérgicos aumentan el riesgo de síncope y caída. Suspender o disminuir su dosis puede contribuir a disminuir recidivas.
- Cuando **la caída sin testigos no se debe a un problema mecánico**, como resbalar o tropezar (no se puede explicar o no es accidental), es probable que el paciente haya sufrido un evento sincopal y pérdida del conocimiento. En estas circunstancias, el abordaje de las caídas es igual que el del síncope.
- Es importante llevar a cabo una evaluación de la situación cognitiva y física para poder conocer la veracidad de los datos referidos en la historia, así como para detectar comorbilidades que pudieran influir en el diagnóstico y la respuesta al tratamiento (p.ej. enfermedad de Parkinson, alteraciones del equilibrio y la marcha, ictus, polineuropatía u otros).
- La atención de los pacientes que sufren **caídas por causas desconocidas** debe ser similar a la de los pacientes con síncope de causa desconocida.



Recomendaciones pacientes síncope reflejo

- **Tranquilizar** al paciente y a sus personas más cercanas explicándoles la causa del síncope y su alta frecuencia en la población.
- **Explicarles los desencadenantes típicos** para que puedan identificarlos. Indicarles qué hacer durante el ataque explicando al paciente que cuando sienta que aparecen dichos desencadenantes, la mejor respuesta es tumbarse. Si esto no es posible, aconsejar tomar asiento y realizar maniobras de contrapresión. Educar al paciente en la realización correcta de estas maniobras.
- Aconsejar beber alrededor de **2 litros de líquidos al día** y la **ingesta de sal** (salvo cuando haya razones médicas que recomienden un consumo de sal restringido).



LINKS DE UTILIDAD



Guidelines on Diagnosis and Management of Syncope - ESC Clinical Practice Guidelines

PINCHA AQUÍ



Versión en español de la Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y manejo del paciente con síncope

PINCHA AQUÍ



Página web de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

PINCHA AQUÍ

