



SÍNCOPE

1 GENERALIDADES

Definición: Pérdida de conciencia completa y transitoria, precedida o no de pródromos, con recuperación espontánea en un intervalo breve de tiempo, secundaria a hipoperfusión cerebral.

2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

2.1 Neuromediado (reflejo)

Etiología:

- ❖ Síncope vasovagal (desmayo común):
 - Clásico: mediado por estrés emocional u ortostático
 - No clásico: por exclusión de otras causas y respuesta positiva a la mesa basculante y/o masaje del seno carotídeo
- ❖ Síncope del seno carotídeo
- ❖ Síncope situacional: hemorragia aguda, tos, estornudos, estimulación gastrointestinal, micción, postejercicio, postprandial
- ❖ Neuralgia glossofaríngea

Diagnóstico de sospecha:

- ❖ Ausencia de cardiopatía
- ❖ Tras estímulo desagradable o un dolor
- ❖ Estar de pie mucho tiempo en lugares abarrotados o mal ventilados
- ❖ Náuseas y vómitos asociados
- ❖ Durante una comida o inmediatamente después
- ❖ Presión sobre el seno carotídeo al girar la cabeza

2.2 Hipotensión ortostática:

Etiología:

- ❖ Fallo autonómico (primario, secundario)
- ❖ Inducida por fármacos o alcohol
- ❖ Depleción de volumen

Diagnóstico de sospecha:

- ❖ Después de ponerse de pie
- ❖ Relación con inicio de medicación hipotensora o cambio de dosis
- ❖ Estar de pie durante mucho tiempo en lugares abarrotados o mal ventilados
- ❖ Presencia de neuropatía autónoma o parkinsonismo

2.3 Arritmias cardíacas

Etiología:

- ❖ Disfunción del nodo sinusal
- ❖ Enfermedad del sistema de conducción AV
- ❖ Taquicardias paroxísticas supraventriculares y ventriculares
- ❖ Síndromes hereditarios (QT largo, Brugada)
- ❖ Funcionamiento anómalo de dispositivos implantables (MP, DAI)



- ❖ Proarritmias inducidas por fármacos

Diagnóstico de sospecha:

- ❖ Presencia de cardiopatía estructural
- ❖ Durante un esfuerzo o en posición supina
- ❖ Precedido de palpitaciones o acompañado de dolor precordial
- ❖ Historia familiar de muerte súbita
- ❖ Anormalidades en EKG: bloqueos, ensanchamiento de QRS, bradicardia, complejos QRS preexcitados, QT prolongado, morfología de Sd. de Brugada, morfología de displasia arritmogénica de VD, ondas Q sugestivas de necrosis

2.4 Enfermedad estructural cardíaca o pulmonar

Etiología:

- ❖ Enfermedad valvular obstructiva
- ❖ IAM/isquemia
- ❖ Miocardiopatía obstructiva
- ❖ Mixoma auricular
- ❖ Disección aórtica aguda
- ❖ Enfermedad pericárdica/taponamiento
- ❖ Émbolo pulmonar/hipertensión pulmonar

2.5 Cerebrovascular

Etiología:

- ❖ Síndromes de robo vascular

Diagnóstico de sospecha:

- ❖ Con el ejercicio de brazos
- ❖ Diferencias de TA o de pulso en los dos brazos

2.6 Condiciones NO SINCOPALES

Etiología

Alteraciones sin afectación de la conciencia

- ❖ Caídas
- ❖ Cataplejía
- ❖ Drop attacks
- ❖ Pseudosíncope psicogénico
- ❖ AIT de origen isquémico

Alteraciones con pérdida de conocimiento parcial o completa

- ❖ Alteraciones metabólicas
- ❖ Epilepsia
- ❖ Intoxicaciones
- ❖ AIT vertebrobasilar



3 EVALUACIÓN INICIAL

3.1 Historia clínica

Se prestará especial atención al contexto en que ocurrió el síncope, factores desencadenantes, fármacos y posible cambio de dosis, antecedentes familiares, presencia o no de pródromos y duración de los mismos, relajación de esfínteres, convulsiones o traumatismo, duración del síncope y forma de recuperación.

3.2 Exploración física

Debe incluir la toma de presión arterial 1º en decúbito y 2º en bipedestación (10 minutos de separación).

4 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

4.1 ECG

- ❖ En síncope por arritmias o por enfermedad estructural cardíaca o pulmonar presentarán las alteraciones correspondientes, en el resto de síncope suele ser normal.
- ❖ Indicaciones: en la evaluación inicial de todos los pacientes con síncope

4.2 Rx de tórax

- ❖ En síncope por enfermedad estructural cardíaca o pulmonar presentarán las alteraciones correspondientes.
- ❖ Indicaciones: en la evaluación inicial de todos los pacientes con síncope.

4.3 Analítica general completa

- ❖ Bioquímica, hemograma, coagulación, con D-dímero
- ❖ Indicaciones: en la evaluación inicial de todos los pacientes con síncope

4.4 Masaje del seno carotídeo

- ❖ Positivo cuando los síntomas se reproducen durante o inmediatamente después del masaje, asistolia > 3 seg y/o caída de TAS > 50 mmHg.
- ❖ Indicaciones: en pacientes > 40 años si:
 - el diagnóstico de sospecha es de síncope de origen neuromediado, o desconocido
 - el diagnóstico de sospecha es de síncope de origen cardíaco y el ecocardiograma y el holter son normales.

4.5 Monitorización/ holter de ECG

- ❖ Indicaciones: si tras la evaluación inicial el diagnóstico de sospecha es de síncope de origen cardíaco o ante sospecha de síncope de origen neuromediado o desconocido repetidos o graves y masaje del seno carotideo negativo.



4.6 Ecocardiograma

- ❖ Indicaciones: si tras la evaluación inicial el diagnóstico de sospecha es de síncope de origen cardíaco o ante sospecha de síncope de origen neuromediado o desconocido repetidos o graves y masaje del seno carotideo negativo.

4.7 Prueba de estrés

- ❖ Indicaciones: cuando hay sospecha de síncope con el esfuerzo y sospecha de isquemia miocárdica

4.8 Estudio electrofisiológico

- ❖ Indicaciones: cuando hay ECG anormal y cardiopatía estructural (especialmente isquémica con disfunción ventricular severa) sugestivos de provocar arritmias, síncope asociado a palpitaciones, historia familiar de muerte súbita.

4.9 Mesa basculante

- ❖ Indicaciones: en síncope de origen desconocido frecuentes o graves.

4.10 Holter subcutáneo

- ❖ Indicaciones: en síncope de origen desconocido frecuentes o graves si la mesa basculante es normal.

4.11 Consulta a Neurología

- ❖ Indicaciones: cuando la pérdida de conciencia no pueda ser atribuida a un síncope, o en los casos de sospecha de disfunción autónoma o de robo cerebrovascular (soplo carotídeo, asimetría de pulso o TA en ambos brazos).

4.12 Consulta a Psiquiatría

- ❖ Indicaciones: cuando los síntomas sugieran pseudosíncope psicogénico, o si el síncope se debe a medicación psiquiátrica (tricíclicos).

5 CRITERIOS DE INGRESO

- ❖ Sospecha fundada de **obstrucción severa** al tracto de salida de ventrículo izquierdo
- ❖ Sospecha fundada de **bradiarritmia o taquiarritmia**, especialmente si el episodio sincopal ha sido brusco
- ❖ Presencia de **cardiopatía severa**, especialmente antecedentes de IAM o de miocardiopatía
- ❖ Pacientes portadores de **MP** o **DAI**



Se **individualizará** en las siguientes situaciones:

- ❖ Pacientes en los que, independientemente de la etiología, presenten **episodios sincopales muy recidivantes** que afecten a su calidad de vida
- ❖ Pacientes con **traumatismo**
- ❖ Síncopes que acontecen durante el **esfuerzo**

6 MANEJO EN LA PÉRDIDA TRANSITORIA DE CONOCIMIENTO

6.1 Síncope

- ❖ Diagnóstico etiológico seguro: tratamiento
- ❖ Síncope:
 - Probablemente cardiaco:
 - Monitorización/Holter de 24 horas
 - Ecocardiografía
 - Prueba de estrés: cuando hay sospecha de síncope con el esfuerzo y sospecha de isquemia miocárdica
 - Estudio electrofisiológico: cuando hay ECG anormal y cardiopatía estructural (especialmente isquémica con disfunción ventricular severa) sugestivos de provocar arritmias, síncope asociado a palpitaciones, historia familiar de muerte súbita
 - Probablemente neuromediado u ortostático: masaje del seno carotídeo
 - Causa desconocida
 - Episodios únicos/raros: no se requieren más evaluaciones
 - Episodios frecuentes/graves: mesa basculante, holter subcutáneo

6.2 Ataque no sincopal

- ❖ Sospecha de caída sin pérdida de conocimiento, de AIT, epilepsia o robo cerebro vascular: derivación al neurólogo.
- ❖ Sospecha de pseudosíncope psicógeno o el síncope se debe a medicación psiquiátrica: derivación al psiquiatría.

7 TRATAMIENTO

7.1 Síncope neuromediado

- ❖ Medidas generales: tranquilizar al paciente, evitar factores desencadenantes y circunstancias favorecedoras, en pacientes no hipertensos se aconsejará dieta rica en sal con abundantes líquidos orales, evitar ingesta excesiva de alcohol y comidas abundantes.



- ❖ Instrucción si pródromos: ejercicios isométricos (cruzar las piernas, entrecruzamiento de manos con fuerza centrípeta de los brazos), mantener la visión fija en un punto lejano evitando cerrar los ojos.
- ❖ Recomendar posición de sentado con la cabeza baja y el decúbito.
- ❖ Entrenamientos de basculación: forzar posición derecha durante períodos cada vez más prolongados.
- ❖ Recomendación de MP: ver guía específica.

7.2 Síncope cardiaco

- ❖ Tratamiento etiológico: ver guías específicas.

