

4

SUBPROCESO SÍNCOPE

Definición global

Designación: Proceso de atención al paciente cuyo síntoma fundamental es la pérdida transitoria de conciencia de instauración brusca, con abolición del tono postural y recuperación espontánea y completa.

Definición: Proceso por el que, tras consultar el paciente por pérdida transitoria de conciencia en cualquier punto del SSPA, se realizan las exploraciones complementarias necesarias para obtener el diagnóstico etiológico en el menor plazo de tiempo posible, y se procede al tratamiento más adecuado, incluyendo la prevención de nuevos episodios y complicaciones.

Límite de entrada: Paciente del que se establece la sospecha diagnóstica de síncope ante una consulta por pérdida de conciencia en cualquier punto del SSPA.

Límite final: Primer episodio de síncope vasovagal de bajo riesgo.

Límites marginales:

- Procesos no sincopales que pueden causar o simular pérdida de conciencia.
- Síncope secundario a hipovolemia.
- Síncope secundario a cardiopatía isquémica.
- Síncope secundario a tromboembolismo pulmonar.
- Síncope secundario a síndrome aórtico agudo.
- Síncope secundario a neuralgias.



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Personal de Urgencias (DCCU-AP, SCCU-H, 061) y Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
<p>1. Evaluación inicial urgente</p>	<ul style="list-style-type: none">• La evaluación inicial de un paciente que consulta por pérdida transitoria de conciencia debe incluir: 1) Anamnesis, 2) Examen físico, 3) ECG 4) Determinación de la presión arterial (PA) en decúbito y de pie.• Su primer objetivo es confirmar el diagnóstico de síncope, descartando otros procesos no sincopales, que causen pérdida de conciencia real o aparente (Tabla 1, pág. 38).
<p>2. Clasificación del paciente según:</p> <ul style="list-style-type: none">- Criterios de gravedad- Valoración del riesgo	<ul style="list-style-type: none">• La evaluación inicial permite valorar los criterios de gravedad. Para ello hay que analizar siempre la posible presencia de:<ul style="list-style-type: none">- Ciertas características clínicas derivadas de la anamnesis (Tabla 2, pág. 39) y exploración física, que son diagnósticas de la causa del síncope y condicionan la gravedad (Tabla 3, pág. 40).- Datos de la exploración física que sugieren la presencia de una cardiopatía estructural.• Los resultados de la evaluación inicial permiten clasificar a los pacientes en cuatro categorías, según se consiga o no filiar la causa y la presencia de criterios de gravedad (síncope filiado o no filiado, grave o no grave).• La evaluación inicial debe, además, incluir una valoración del riesgo para planificar el seguimiento del paciente:<ul style="list-style-type: none">- Bajo riesgo: Pérdida de conciencia que no provoca lesiones severas en el paciente que reúne las tres condiciones siguientes:<ol style="list-style-type: none">1. Menor de 40 años.2. No realiza habitualmente actividades peligrosas (piloto, conductor, operario de maquinaria peligrosa, etc.).3. No presenta datos de enfermedad cardíaca o neurológica.- Alto riesgo: Cuando el paciente no cumple alguna de las características citadas.

3.
Ubicación y
manejo inicial
según el tipo de
síncope

3.1.a
Alta del paciente
en dispositivos
de Urgencias y
seguimiento en
Atención
Primaria

3.1.b
Evaluación
ampliada no
urgente en
Atención
Especializada

1) Síncope filiado no grave

La evaluación inicial permite el diagnóstico de una causa de síncope no grave en los siguientes casos:

- Síncope vasovagal si existen factores precipitantes como dolor, emoción, instrumentación o posición erecta prolongada asociados con pródromos típicos.
- Síncope situacional si ocurre durante o inmediatamente después de la micción, defecación o tos.
- Síncope ortostático cuando se documenta hipotensión ortostática asociada con síncope o presíncope. Se considera hipotensión ortostática una disminución de la TA sistólica >20 mmHg o una disminución a < 90 mmHg, independientemente de si ocurren síntomas o no (Tabla 4, pág. 41).

(Clase I) En pacientes con un único síncope de bajo riesgo sólo se deben tomar las siguientes medidas:

- Iniciar o reforzar las medidas de educación sanitaria (información sobre el buen pronóstico del proceso, riesgo de recurrencias, posibles causas precipitantes y actividades potencialmente peligrosas).
- Realizar el seguimiento en AP si el paciente lo demanda.

(Clase II) (B) Cuando se requieren más medidas terapéuticas, pueden ser útiles la dieta rica en sal y el ejercicio físico moderado. En pacientes con síntomas recurrentes, la prescripción de permanecer en bipedestación por periodos de tiempo progresivamente crecientes o dormir incorporado, puede disminuir las recurrencias.

(Clase III) (A) No se recomienda administrar beta-bloqueantes (no existe evidencia en los ensayos clínicos controlados que establezca un posible beneficio de éstos a largo plazo en la prevención de las recurrencias, y pueden agravar la bradicardia en algunos casos cardioinhibidores).

Criterios de derivación:

- (Clase I) Sólo si se trata de un primer episodio de síncope de bajo riesgo -vasovagal, situacional u ortostático-, el paciente puede ser dado de alta. En caso contrario, precisa de una evaluación ampliada (EA) no urgente por Atención Especializada.

- ^(Clase I) También precisan de una EA no urgente (en Servicio de Neurología) los casos de síncope ortostático cuando exista o se sospeche patología neurológica de base (Tabla 3, pág. 40).
- ^(Clase III) No se recomienda realizar rutinariamente una evaluación neurológica y/o psiquiátrica en pacientes con síncope.
- También debe realizarse una EA en Atención Especializada a aquellos pacientes muy sintomáticos a los que se valore la posible indicación de otros fármacos como los alfa-agonistas y la paroxetina.

2) Síncope no filiado sin sospecha de patología grave

La evaluación inicial no es concluyente pero no existe sospecha de patología grave.

- Si se trata de un primer episodio de bajo riesgo y no precisa de evaluaciones posteriores puede ser remitido para el seguimiento ambulatorio por su Médico de Familia si el paciente lo demanda.
- En los casos de alto riesgo, o si el síncope es recurrente, debe realizarse una EA no urgente en Atención Especializada.

3) Síncope filiado potencialmente grave (SFPG) y síncope no filiado con sospecha de patología grave

La evaluación inicial permite el diagnóstico de una causa de SFPG (Tabla 5, pág. 41) o puede que no sea concluyente pero existe sospecha de que el síncope puede ser secundario a una patología grave (Tabla 6, pág 41).

- El traslado debe realizarse en ambulancia medicalizada.
- El paciente será ubicado inicialmente en cama monitorizada.
- Se procederá al ingreso hospitalario siguiendo las instrucciones de un protocolo interservicios del centro, donde se establezcan los criterios de ingreso en una unidad con monitorización.

3.2
Seguimiento

3.3.a
Traslado urgente a un SCCU-H si el paciente no ha sido atendido en éste

<p>3.3.b Ingreso y tratamiento hospitalario (Tabla 7, pág. 42)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las medidas terapéuticas generales que se adoptarán ante toda pérdida de conciencia con los criterios de gravedad referidos incluyen: 1) Monitorización ECG; 2) Cercanía a desfibrilador y medios de RCP; 3) Reposo; 4) Vía venosa con extracción sanguínea para analítica urgente; 5) Medidas iniciales de estabilización hemodinámica y soporte ventilatorio si fuera necesario. • Las medidas terapéuticas específicas se pondrán en marcha tan pronto como se sospeche una causa concreta de la pérdida de conciencia y se seguirán los pasos descritos en cada uno de los subprocesos correspondientes (p. ej.: cardioversión eléctrica si TV/FV, marcapasos externo si bradiarritmias, etc.) (Conexión con los subprocesos).
--	---

Urgencias (SCCU-H) y Atención Especializada (Cardiología y Unidades de Arritmia)

Actividades	Características de calidad
<p>4. Evaluación ampliada</p> <p>4.1.a Diagnóstico etiológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Está indicada en todo paciente con síncope, excepto en aquellos sin sospecha de patología grave, de bajo riesgo y no recurrente, de causa filiada o no. <p>1) Síncope no filiada sin sospecha de patología grave (SNFSPG)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ^{(Clase I) (B)} En pacientes de más de 40 años con SNFSPG la primera prueba que se debe realizar es el masaje del seno carotídeo (MSC). Una respuesta positiva (se reproducen los síntomas durante o inmediatamente después del masaje, con asistolia > 3 seg. y/o disminución de la presión arterial sistólica > 50 mmHg) es diagnóstica de síndrome del seno carotídeo, e indicación de derivación no urgente y seguimiento en Atención Especializada. 2) ^(Clase I) En pacientes con SNFSPG que permanecen sin diagnosticar, debe valorarse la indicación de Holter implantable o estudio electrofisiológico (EEF) (Tablas 10, 11 y 12, págs. 43 y 44). 3) ^(Clase I) Valorar la indicación del test de la mesa basculante (<i>tilt-test</i>) (Tabla 8, pág. 42). <ul style="list-style-type: none"> - Siempre debe indicarse en pacientes de alto riesgo en los que haya sospecha clínica de síncope mediado neuralmente.

4.1.b
Recomenda-
ciones
terapéuticas

- El *tilt*-test permite diagnosticar un síncope vasovagal si se reproducen los síntomas, existiendo cuatro tipos de respuesta positiva (Tabla 9, pág. 43).
- En ausencia de cardiopatía estructural no son necesarias más pruebas.

- ^(Clase I) La mayoría de los pacientes con *tilt*-test positivo responden a medidas higiénico-dietéticas y/o farmacológicas.
- ^{(Clase I) (B)} La implantación de un marcapasos definitivo no está aceptada como tratamiento de rutina, excepto para casos seleccionados con síncope recurrente con respuesta cardioinhibidora en la mesa basculante, y en pacientes con síncope en el síndrome del seno carotídeo cardioinhibidor o mixto.
- ^(Clase I) No existen estudios randomizados sobre el tratamiento del síndrome del seno carotídeo en el que predomine el componente vasodepresor, aunque las medidas para el síncope vasovagal pueden ser beneficiosas. En pacientes que siguen tratamiento con vasodilatadores debe suspenderse o reducirse la dosis.

4.2.a
Indicaciones
de pruebas
complementa-
rias diagnósti-
cas por AE

Ecocardiogra-
ma.

Prueba de
esfuerzo

2) Síncope no filiado con sospecha de patología grave

- ^(Clase I) Si existe sospecha de cardiopatía estructural la primera prueba que se debe realizar es un ecocardiograma, siendo útil para estratificar el riesgo, aunque el test es diagnóstico sólo en casos de estenosis aórtica y mixoma auricular.
- ^{(Clase I) (B)} Si el síncope se produce durante o inmediatamente después del ejercicio debe realizarse una prueba de esfuerzo, cuando se haya descartado la presencia de cardiopatía estructural como causa de los síntomas. Se considera una respuesta positiva cuando se reproducen los síntomas, acompañados de alteraciones del ECG o hemodinámicas y en casos de bloqueo AV de 2º grado tipo Mobitz II o de 3º grado durante el ejercicio.

<p>Monitorización Holter</p>	<ul style="list-style-type: none"> •^(B) El síncope reflejo que ocurre durante el ejercicio es secundario a hipotensión severa sin bradicardia. Sin embargo, el síncope post-ejercicio es casi siempre debido a un fallo autonómico o a un mecanismo mediado neuralmente y su manejo es similar al del síncope vasovagal. • En los pacientes con alteraciones isquémicas del ECG durante el ejercicio debe seguirse la evaluación ampliada y realizar coronariografía (Conexión con el Subproceso de Cardiopatía Isquémica). •^{(Clase I) (B)} Si existe sospecha de síncope secundario a arritmias, debe realizarse en primer lugar una monitorización Holter. Este test es diagnóstico cuando se detecta correlación entre los síntomas y una alteración del ritmo en el ECG (bradi o taquiarritmia), excluyéndose una causa arrítmica cuando los síntomas se producen durante el ritmo sinusal, debiéndose investigar otras causas de pérdida de conciencia (límite marginal).
<p>Estudio electrofisiológico (EEF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los casos de pacientes en los que la evaluación inicial sugiere una causa arrítmica del síncope, que no ha podido ser objetivada por otros medios, debe valorarse la indicación de EEF (Tabla 11, pág. 44). •^(Clase II) El EEF también está indicado por razones pronósticas si la inducción de la arritmia influye en la selección del tratamiento. • El EEF con estimulación eléctrica programada es especialmente efectivo como test diagnóstico en pacientes con cardiopatía isquémica, función ventricular izquierda deprimida y síncope no filiado. •^(Clase I) Un EEF normal no excluye totalmente una causa arrítmica del síncope y, al contrario, algunas respuestas anormales en el EEF pueden no ser diagnósticas de la causa del síncope, dependiendo del contexto clínico del paciente (Tabla 12, pág. 44).
<p>Holter implantable</p> <p>4.2.b. Enlace con los diferentes subprocesos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con síncope no filiado después de una evaluación ampliada completa, se recomienda el Holter implantable si existe una alta probabilidad de identificar una arritmia como causa de los síntomas (Tabla 10, pág. 43). • El manejo de los pacientes con síncope no filiado con sospecha de patología grave en los que la EA detecta una causa de los síntomas, enlaza con los diferentes subprocesos de arritmias documentadas que se describen en otro documento.

Tabla 1:
Procesos no sincopales que pueden causar o simular una pérdida transitoria de conciencia

Trastornos metabólicos	Hipoglucemia Hipoxia Hiperventilación con hipocapnia
Enfermedades neurológicas	Epilepsia Accidente vascular cerebral Migraña basilar
Trastornos psiquiátricos	Crisis de ansiedad, crisis de pánico Cataplejía
Intoxicaciones	Intoxicación etílica Intoxicación por psicotropos

Tabla 2:
Síntomas sugerentes de causas específicas de síncope

Síntoma	Causa
Después de alteraciones inesperadas de la visión, auditivas u olfativas	Vasovagal
Permanecer periodos prolongados de pie, o en lugares multitudinarios o calurosos	Vasovagal o fallo autonómico
Náuseas y vómitos acompañantes	Vasovagal
Una hora postprandial	Fallo autonómico
Post-ejercicio	Vasovagal o fallo autonómico
Con dolor maxilofacial glosofaríngeo	Neuralgia de trigémino o glosofaríngeo
Con la rotación de la cabeza o presión del seno carotídeo	Hipersensibilidad del seno carotídeo
En segundos o minutos de adoptar la posición de pie	Hipotensión ortostática
Relación temporal con el comienzo de medicación o cambio de dosis	Inducido por drogas
Durante el ejercicio o en decúbito supino cardíaco	Síncope de origen cardíaco
Precedido por palpitaciones	Taquiarritmia
Historia familiar de muerte súbita	Síndrome de QT largo, Brugada, DAVD o MH
Asociado con vértigo, disartria, diplopia	Ataque isquémico transitorio (AIT)
Con ejercicio de brazos	Síndrome del robo de la subclavia
Diferencias en la PA o pulso entre ambos brazos	Robo de la subclavia o disección aórtica
Confusión durante más de 5 minutos post- crisis	Crisis comicial
Movimientos tónicos-clónicos, automatismo, mordedura de lengua, aura	Crisis comicial
Crisis muy frecuentes con somatizaciones, sin enfermedad orgánica	Enfermedad psiquiátrica

Tabla 3:
Causas de síncope

Mediados por reflejos neurales	Síncope vasovagal			
	Síncope del seno carotídeo			
	Síncope situacional (miccional, tusígeno, post-ejercicio, por estiramiento)			
	Neuralgias (glossofaríngeo, trigémino)			
	Hipotensión ortostática	Disfunción del sistema nervioso autónomo	Primaria	Disautonomía aguda (*)
				Insuficiencia autónoma postganglionar crónica
				Insuficiencia autónoma preganglionar crónica (S. de Shy-Drager)
				Neuropatías carenciales (Beriberi)
		Secundaria	Neuropatía diabética	
			Neuropatía amiloidea	
Neuropatías tóxicas (alcohol, drogas)				
Neuropatías carenciales (Beriberi)				
Hipovolemia	Hemorragia aguda			
	Diarrea severa			
	Enfermedad de Addison			
Arritmias de origen cardíaco	Enfermedad del nódulo sinusal			
	Bloqueo aurículo-ventricular y otras bradiarritmias			
	Fibrilación/flutter auricular			
	Taquiarritmia supraventricular			
	Síndrome de preexcitación			
	Arritmias ventriculares			
	Disfunción de marcapasos o desfibriladores cardíacos implantables			
Cardiopatías estructurales y otras enfermedades cardiopulmonares	Cardiopatía isquémica			
	Cardiopatías valvulares (estenosis aórtica, estenosis pulmonar)			
	Miocardiopatía hipertrófica			
	Mixoma auricular			
	Taponamiento cardíaco			
	Síndrome aórtico agudo (disección aórtica/hematoma aórtico)			
	Tromboembolismo pulmonar			
Enfermedades cerebrovasculares	Síndrome del robo de la arteria subclavia			

(*) Incluye la lipotimia y el síndrome de hipotensión postural con taquicardia ("POST")

Tabla 4:
Medida de la presión arterial en el diagnóstico del síncope ortostático

1. Primera determinación después de 5 minutos en decúbito supino.
2. Repetir la medida después de 1 a 3 minutos de posición erecta, y continuar cada 3 minutos si la TA persiste baja.
3. Si el paciente no tolera la posición sentado durante este tiempo, registrar la TA más baja que se determinó durante la posición erecta.

Tabla 5:
Causas de síncope filiado potencialmente grave

1. Síncope secundario a isquemia miocárdica, si existe evidencia de isquemia aguda en el ECG con o sin IAM.
2. Síncope secundario a arritmias si en el ECG si se objetiva:
 - a. Bradicardia sinusal < 40 l/m, bloqueo sinoauricular repetitivo o pausas > 3 seg.
 - b. Bloqueo AV de 2º (Mobitz II) o 3º grado
 - c. Bloqueo alternante de rama derecha e izquierda
 - d. Taquicardia paroxística supraventricular rápida o taquicardia ventricular
 - e. Disfunción de marcapasos con pausas

Tabla 6:
Causas de síncope no filiado potencialmente grave

1. Cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar, síndrome aórtico agudo o *ictus*.
2. Cardiopatía estructural conocida o sospechada por la evaluación inicial. Potencialmente sincopal o que ocurre durante el ejercicio.
3. Arritmias por existir alguno de los siguientes hallazgos:
 - a. Historia familiar de muerte súbita.
 - b. Síncope asociado con palpitaciones.
 - c. Bloqueo bifascicular.
 - d. Bloqueo AV tipo Wenckebach.
 - e. Preexcitación.
 - f. QT largo.
 - g. Bloqueo de rama derecha y elevación ST de V1-V3 (Brugada).
 - h. Ondas T negativas en precordiales derechas, onda épsilon y potenciales tardíos que sugieren displasia arritmogénica de ventrículo derecho.
 - i. Ondas Q en el ECG.

Tabla 7:
Indicaciones de hospitalización

1. Sospecha de cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar, síndrome aórtico agudo.
2. Síncope durante el ejercicio.
3. Síncope asociado a palpitaciones.
4. Síncope en paciente con historia familiar de muerte súbita.
5. Antecedentes de cardiopatía estructural.
6. Síntomas o signos de enfermedad cardíaca en la exploración.
7. Alteraciones del ECG: bloqueo bifascicular.
8. Síncope que causa traumatismo severo.
9. Síncope recurrente no filiado con varias crisis en un corto espacio de tiempo.

Tabla 8:
Indicaciones del test de la mesa basculante

Clase I:

1. Único episodio de síncope no filiado con criterios de alto riesgo.
2. Síncope recurrente en ausencia de cardiopatía o si se presenta después de haber excluido causas cardíacas de síncope.
3. Síncope no filiado cuando la demostración de susceptibilidad a causa refleja es de importancia clínica.

Clase II:

- Si la demostración del comportamiento hemodinámico durante el síncope puede alterar el tratamiento.
- Para diferenciar el síncope de la epilepsia.
- Evaluación de pacientes con mareos recurrentes no explicados.
- Evaluación de pacientes con presíncopes recurrentes.

Clase III:

- Valoración del tratamiento.
- Síncope único de bajo riesgo.
- Diagnóstico claro por síntomas cuando la demostración de la susceptibilidad a causa refleja no alteraría el tratamiento.

Tabla 9:
Clasificación de las respuestas al test de la mesa basculante

1. Tipo 1. Mixta. Disminución de la FC en el momento del síncope, sin bajar por debajo de 40 l/m o < 40 l/m por menos de 10 seg., con o sin asistolia (< 3 seg.). Se debe producir una disminución de la TA antes que de la FC.
2. Tipo 2A. Cardioinhibición sin asistolia. La FC disminuye a < 40 l/m durante más de 10 seg., sin asistolia de > 3 seg. Se produce una disminución de la TA antes que de la FC.
3. Tipo 2B. Cardioinhibición con asistolia. Se produce asistolia de más de 3 seg. La disminución de la TA ocurre junto con o antes que de la FC.
4. Tipo 3. Vasodepresor. La FC no disminuye más del 10% de su valor máximo, en el momento del síncope.
5. Excepción 1. Incompetencia cronotropa. No se produce un aumento de la FC durante el test (ej.: menos del 10% de la FC pre-test).
6. Excepción 2. Aumento excesivo de la FC. El aumento se produce al comienzo de la posición incorporada y persiste antes del síncope (ej: más de 130 l/m).

Tabla 10:
Indicaciones del *Holter* implantable

1. Pacientes diagnosticados de síncope vasovagal, en los que conocer el mecanismo exacto del síncope puede cambiar el tratamiento.
2. Pacientes con bloqueo de rama en los que exista sospecha de que un bloqueo AV paroxístico sea la causa de los síntomas, a pesar de un EEF negativo.
3. Pacientes con disfunción ventricular izquierda severa y TVNS, en los que exista sospecha de que una TV sea la causa de los síntomas a pesar de un EEF negativo.

Tabla 11:
Indicaciones de EEF en el síncope

Clase I:

Síncope no filiado en pacientes con ECG anormal o cardiopatía estructural, asociado a palpitaciones o con historia familiar de muerte súbita.

Clase II:

Por razones diagnósticas, para valorar el mecanismo de una arritmia que ya ha sido identificada como la causa del síncope.

Por razones pronósticas, en pacientes con cardiopatía en los que la inducción de la arritmia influye en la selección del tratamiento o en pacientes con profesión de alto riesgo.

Clase III:

Pacientes con ECG normal, sin cardiopatía ni palpitaciones.

Tabla 12:
Criterios diagnósticos de un EEF

Clase I:

El EEF es diagnóstico de la causa del síncope en los siguientes casos:

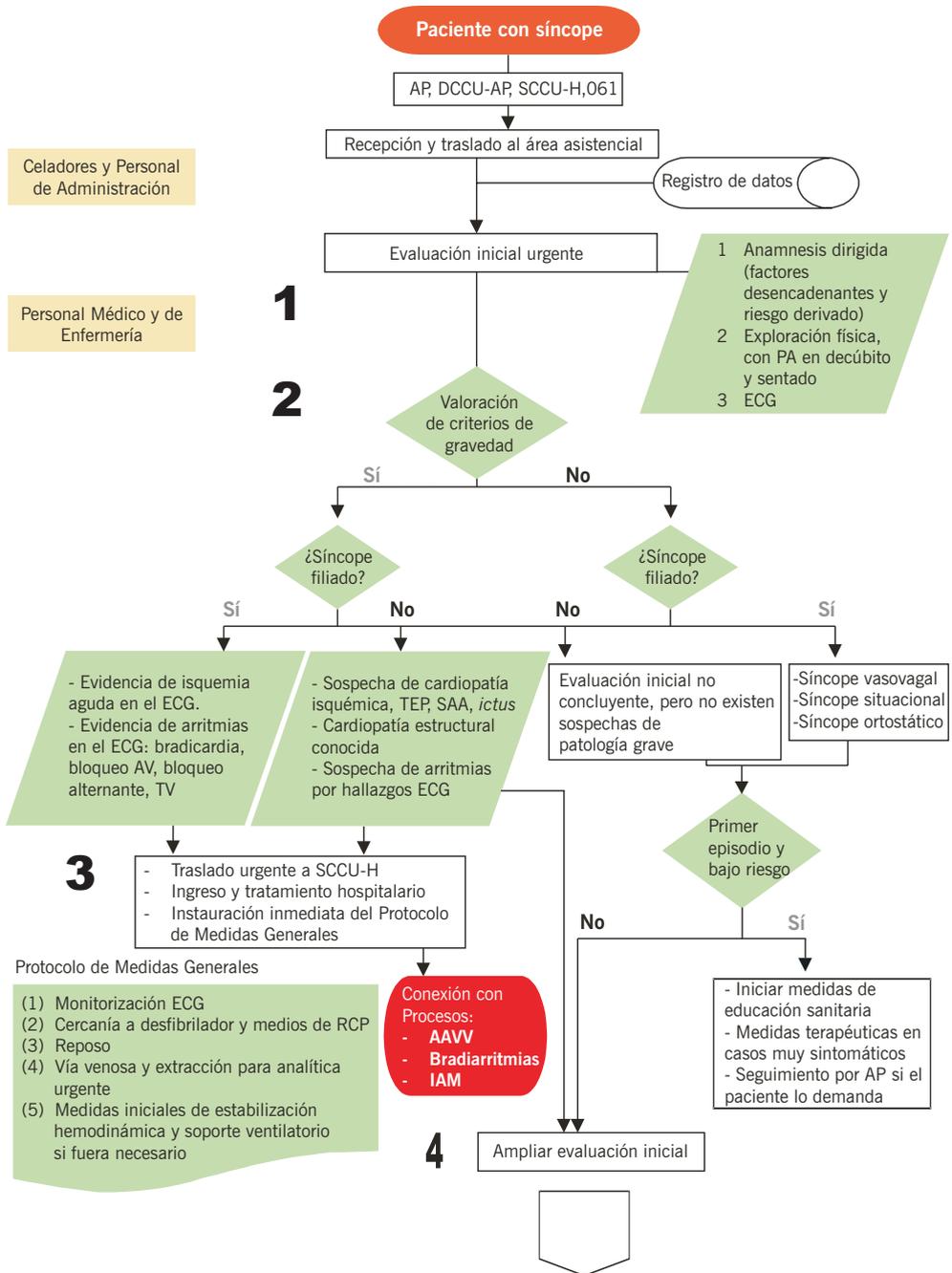
1. Bradicardia sinusal y TRCNS prolongado.
2. Bloqueo bifascicular y alguna de las situaciones siguientes:
 - a. HV >100 ms.
 - b. Bloqueo 2º o 3º grado durante la estimulación auricular.
 - c. Bloqueo His-Purkinje inducido por ajmalina o procainamida.
3. Infarto previo e inducción de TVMS.
4. DAVD e inducción de TVMS.
5. Inducción de taquiarritmias supraventriculares rápidas que provoca hipotensión o síncope.

Clase II:

Existe divergencia de opinión en el valor diagnóstico del EEF en:

- Bloqueo bifascicular y HV >70 y <100 ms.
- Inducción de TVP o FV en pacientes con miocardiopatía isquémica o dilatada.
- Síndrome de Brugada.

ARQUITECTURA DEL SUBPROCESO SÍNCOPE. NIVEL 3



Urgencias (SCCU-H) y Atención Especializada (Cardiología y Unidades de Arritmia)

- Medios diagnósticos de apoyo:
- (1) Ampliar anamnesis y exploración en todos los casos
 - (2) MSC
 - (3) *Tilt*-test
 - (4) Ecocardiograma
 - (5) Holter
 - (6) Ergometría
 - (7) EEF
 - (8) Holter implantable

