

SINCOPE

www.icicor.es



ICiC  R

Un paciente consulta por síncope

- ¿Ha tenido un síncope?
- ¿Es de alto riesgo?
- ¿Cuál es el diagnóstico?
- ¿Qué tratamiento debo administrar?

Síncope: definición

- Pérdida de conocimiento
- Por hipoperfusión cerebral
- Comienzo rápido
- Corta duración
- Recuperación espontánea
- Recuperación completa
- No traumática

Pérdida de conocimiento transitoria: no síncope

- Pérdida de conocimiento
- Por hipoperfusión cerebral
- Comienzo rápido
- Corta duración
- Recuperación espontánea
- Recuperación completa
- No traumática

¿síncope o crisis epiléptica?

Epilepsia

Mordedura de la lengua	+2
Conducta anormal pre/post PCT	+1
PCT durante estrés emocional	+1
Confusión postPCT	+1
Cabeza ladeada durante PCT	+1

Síncope

Hª de presíncope	-2
Tras bipedestación o sentado prolongado	-2
Precedida de SNV	-2

Epilepsia ≥ 1 ; Síncope ≤ 1
Exactitud 94%

Sheldon. JACC 2002;40:42

Coma

- Pérdida de conocimiento
- Por hipoperfusión cerebral
- Comienzo rápido
- Corta duración
- Recuperación espontánea
- Recuperación completa
- No traumática

Coma

- Pérdida de conocimiento
- Por hipoperfusión cerebral
- Comienzo rápido
- Corta duración
- Recuperación espontánea
- Recuperación completa
- No traumática

Muerte súbita

- Pérdida de conocimiento
- Por hipoperfusión cerebral
- Comienzo rápido
- Corta duración
- Recuperación espontánea
- Recuperación completa
- No traumática

Muerte súbita

- Pérdida de conocimiento
- Por hipoperfusión cerebral
- Comienzo rápido
- Corta duración
- Recuperación espontánea
- Recuperación completa
- No traumática

PERDIDA DE CONCIENCIA

Hipoperfusión
cerebral

SINCOPE

Muerte súbita

No hipoperfusión
cerebral

TRANSITORIA
Epilepsia

no TRANSITORIA
Coma

SIN PERDIDA DE CONCIENCIA

- Caídas
- "Drop attacks"
- ACV carotídeo
- Cataplejía
- Pseudosíncope psicógeno

Criterios de alto riesgo

1. Antecedentes familiares de muerte súbita
2. Cardiopatía conocida o alta sospecha
3. ECG anormal
4. Síncope con consecuencias graves
5. Síncope frecuente

Síncope: clasificación

1. Neuromediado
2. Hipotensión ortostática
3. Cardiovascular

Síncope neuromediado

Vasovagal	<ul style="list-style-type: none">▪ Estrés emocional▪ Estrés ortostático
Situacional	Tos, tragar, dolor visceral, potmicción, postesfuerzo, postprandial, ...
del seno carotídeo	Estimulación del seno carotídeo

Síncope por hipotensión ortostática

1. Fallo primario del SNA
2. Fallo secundario del SNA
3. Inducido por drogas
4. Pérdida de volumen

Síncope cardiovascular

1. Arritmias

- bradicardias
- taquicardias

2. Enfermedad estructural

- valvulopatías
- miocardiopatías
- masas
- taponamiento cardíaco

3. TEP

4. SAA

5. HTP

Síncope cardiogénico frente a no cardiogénico

	CARDIOGENICO	NO CARDIOGENICO
Epidemiología		
Historia de síncope		
Contexto		
Pródromos		
Exploración		
ECG, Rx tórax		
Recuperación		

Síncope cardiogénico frente a no cardiogénico

	CARDIOGENICO	NO CARDIOGENICO
Epidemiología	edad avanzada cardiopatía	edad joven sin cardiopatía
Historia de síncope		
Contexto		
Pródromos		
Exploración		
ECG, Rx tórax		
Recuperación		

Síncope cardiogénico frente a no cardiogénico

	CARDIOGENICO	NO CARDIOGENICO
Epidemiología	edad avanzada cardiopatía	edad joven sin cardiopatía
Historia de síncope	no	larga historia
Contexto		
Pródromos		
Exploración		
ECG, Rx tórax		
Recuperación		

Síncope cardiogénico frente a no cardiogénico

	CARDIOGENICO	NO CARDIOGENICO
Epidemiología	edad avanzada cardiopatía	edad joven sin cardiopatía
Historia de síncope	no	larga historia
Contexto	ejercicio	desencadentantes situacionales movimiento de la cabeza
Pródromos		
Exploración		
ECG, Rx tórax		
Recuperación		

Síncope cardiogénico frente a no cardiogénico

	CARDIOGENICO	NO CARDIOGENICO
Epidemiología	edad avanzada cardiopatía	edad joven sin cardiopatía
Historia de síncope	no	larga historia
Contexto	ejercicio	desencadentantes situacionales movimiento de la cabeza
Pródromos	no, palpitaciones	SNV
Exploración		
ECG, Rx tórax		
Recuperación		

Síncope cardiogénico frente a no cardiogénico

	CARDIOGENICO	NO CARDIOGENICO
Epidemiología	edad avanzada cardiopatía	edad joven sin cardiopatía
Historia de síncope	no	larga historia
Contexto	ejercicio	desencadentantes situacionales movimiento de la cabeza
Pródromos	no, palpitaciones	SNV
Exploración	anormal	normal
ECG, Rx tórax		
Recuperación		

Síncope cardiogénico frente a no cardiogénico

	CARDIOGENICO	NO CARDIOGENICO
Epidemiología	edad avanzada cardiopatía	edad joven sin cardiopatía
Historia de síncope	no	larga historia
Contexto	ejercicio	desencadentantes situacionales movimiento de la cabeza
Pródromos	no, palpitaciones	SNV
Exploración	anormal	normal
ECG, Rx tórax	anormal	normal
Recuperación		

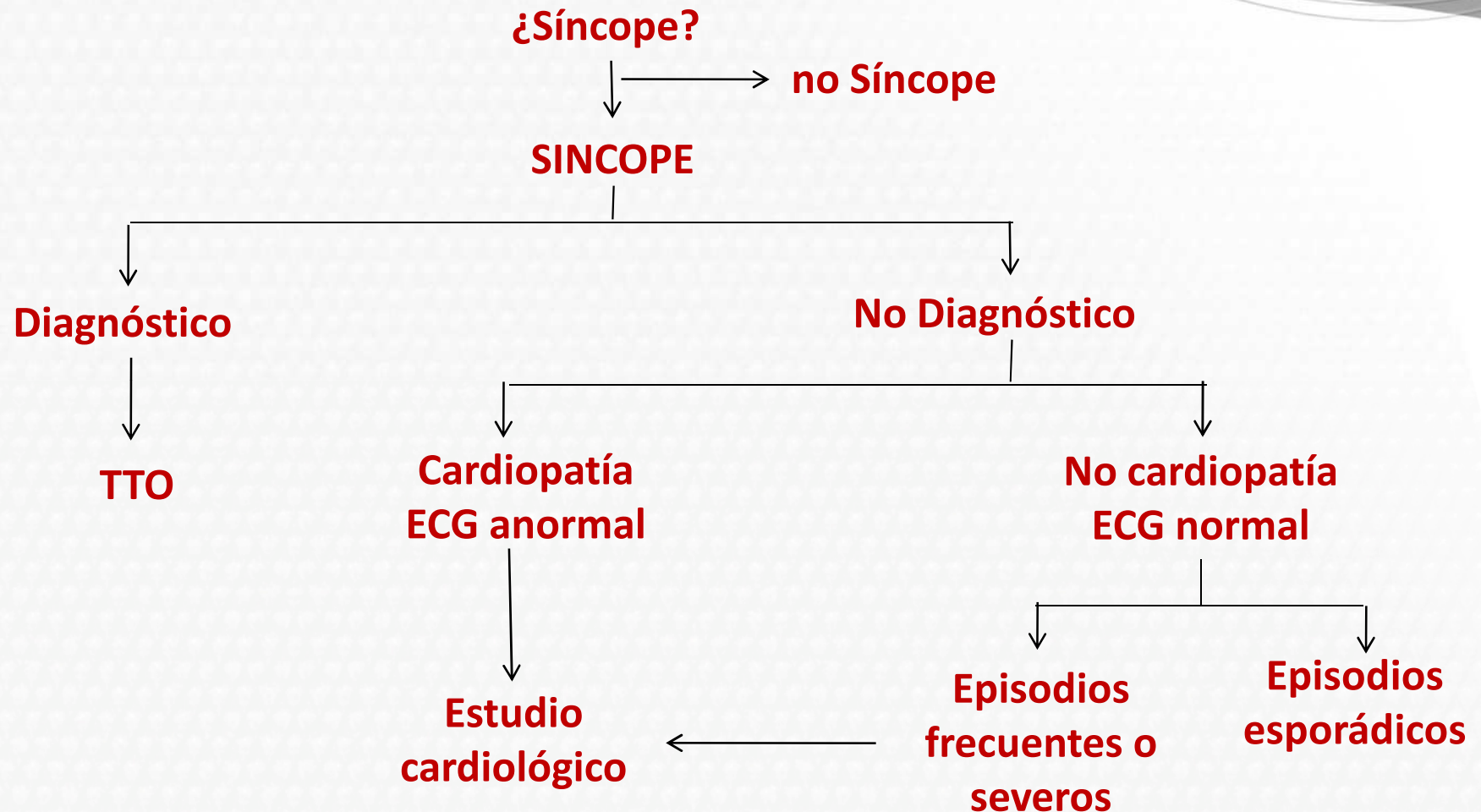
Síncope cardiogénico frente a no cardiogénico

	CARDIOGENICO	NO CARDIOGENICO
Epidemiología	edad avanzada cardiopatía	edad joven sin cardiopatía
Historia de síncope	no	larga historia
Contexto	ejercicio	desencadentantes situacionales movimiento de la cabeza
Pródromos	no, palpitaciones	SNV
Exploración	anormal	normal
ECG, Rx tórax	anormal	normal
Recuperación	rápida	lenta, astenia

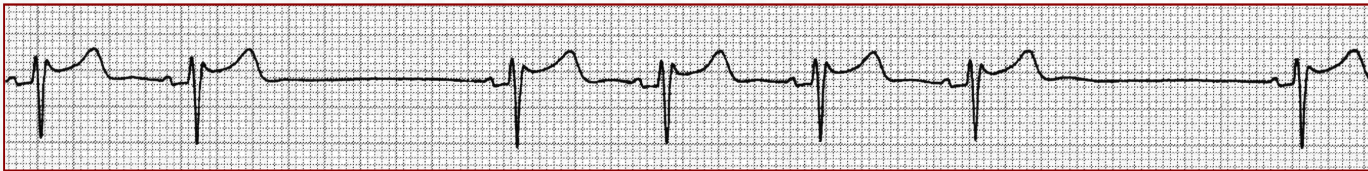
Causa de síncope y edad

Edad	Neuromediado %	Cardiaco %	Ortostático %	Inexplicado %	Autor
<40	51	1.1	2.5	27	Olde-Nordkamp
40-60	37	3	6	34	Olde-Nordkamp
>60	52	34	3	11	Del Rosso
>75	36	16	30	9	Ungar

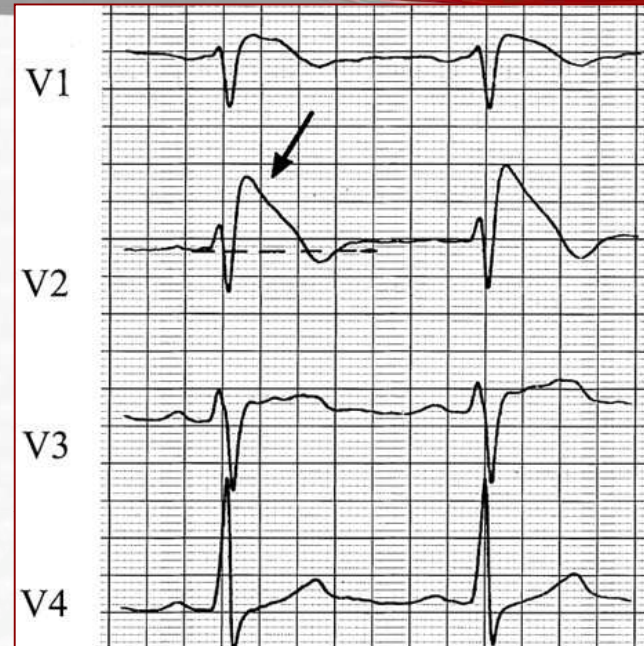
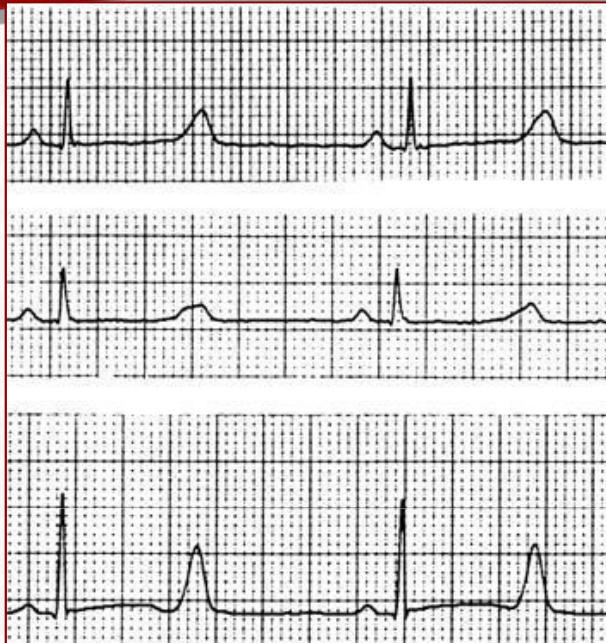
Actitud ante el paciente con síncope



Pruebas diagnósticas: ECG



Pruebas diagnósticas: ECG



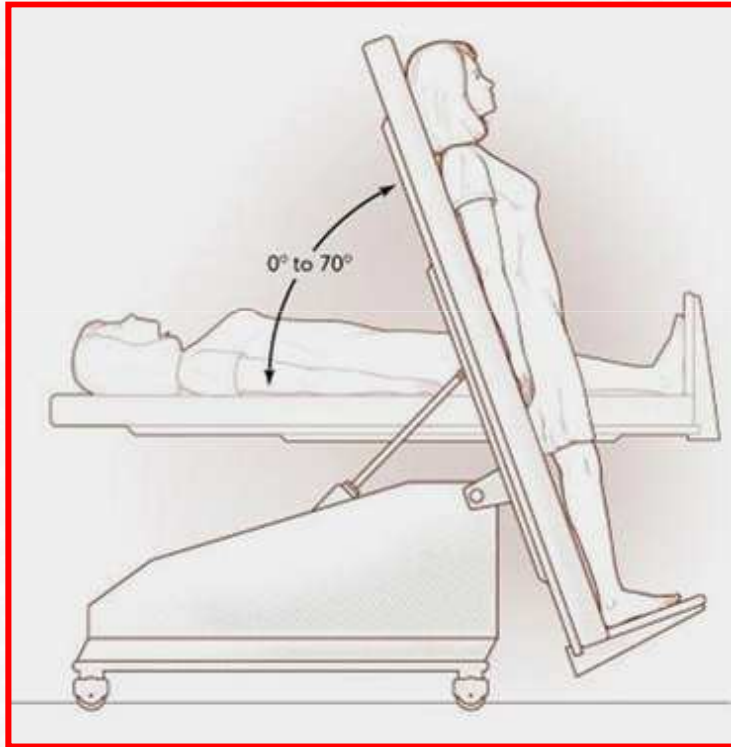
Pruebas diagnósticas: masaje del seno carotídeo

- Hipersensibilidad del seno carotídeo: pausas mayores de 3 segs
- Excepcional por debajo de 40 años de edad
- Síndrome del seno carotídeo: HSC y síncope espontáneo
- Debe evitarse en pacientes con soplos carotídeos

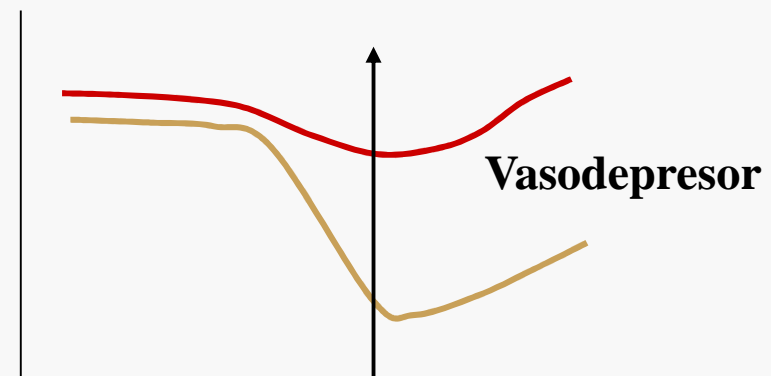
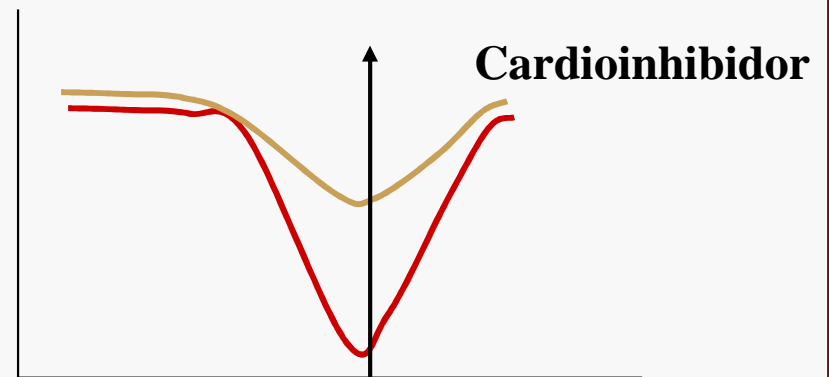
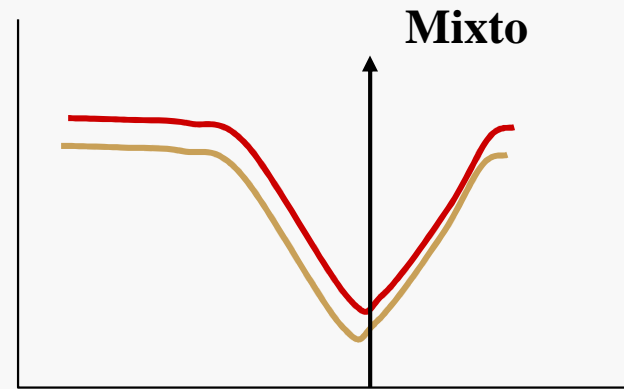
Pruebas diagnósticas: prueba de la mesa basculante

- Reproducción de síncope neuromediado
- Dos fases:
 - fase I: posición vertical
 - Fase II: posición horizontal + medicación
- Respuestas:
 - Negativa
 - Respuesta vasodepresora: hipotensión
 - Respuesta cardioinhibitoria: bradicardia
 - Respuesta mixta

Pruebas diagnósticas: prueba de la mesa basculante



F. cardiaca / P. arterial



Pruebas diagnósticas: monitorización del ECG

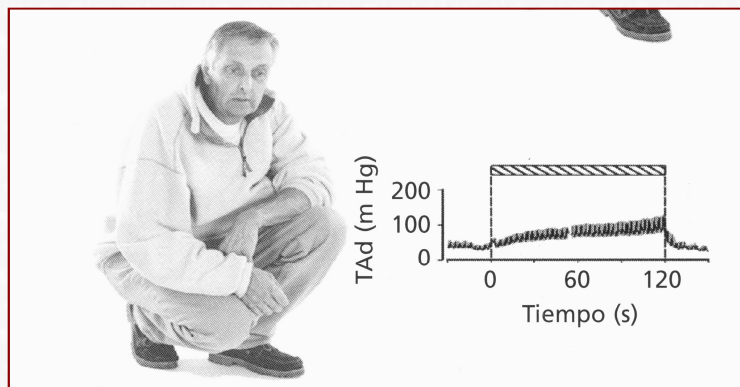
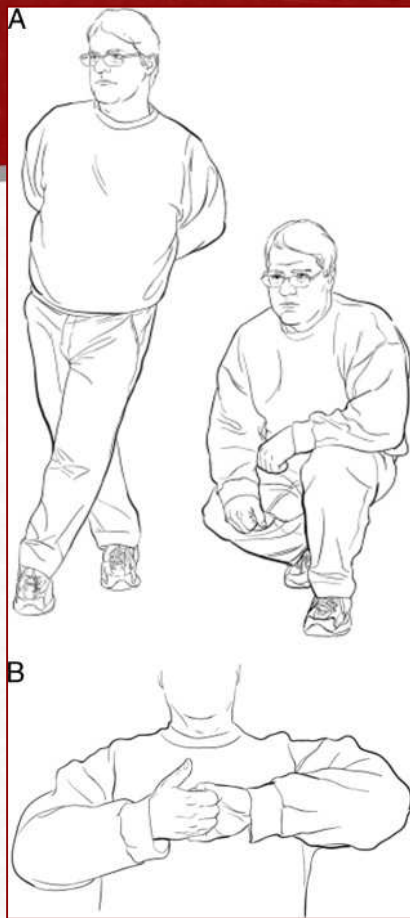
- Holter
- Grabadoras de ECG externas
- Holter implantable
- Tele-ECG

Pruebas diagnósticas: otras pruebas

- Estudio electrofisiológico (EEF)
- Ecocardiografía
- Prueba de esfuerzo
- Cateterismo cardíaco
- Evaluación psiquiátrica
- Evaluación neurológica

Tratamiento: síncope neuromediado

- Énfasis en el buen pronóstico
- Evitar situaciones desencadenantes
- Entrenamiento físico: mejorar la respuesta neurovascular el estrés físico
- Tratamiento farmacológico:
 - midodrina
 - betabloqueantes
 - fludrocortisona
 - paroxetina
- Marcapasos



Tratamiento: hipotensión ortostática

- Énfasis en el buen pronóstico
- Evitar fármacos hipotensores
- Ingesta de agua y sal
- Dormir con la cama levantada
- Entrenamiento físico: mejorar la respuesta neurovascular el estrés físico
- Tratamiento farmacológico:
 - midodrina
 - fludrocortisona



Algunos casos clínicos

Mujer de 19 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Desde un año antes presenta episodios sincopales de corta duración, bruscos y precedidos de palpitaciones. En general desencadenados por situaciones de nerviosismo y angustia. Ha tenido un traumatismo. Desde hace 9 meses esta en tratamiento con tranquilizantes sin notar mejoría.

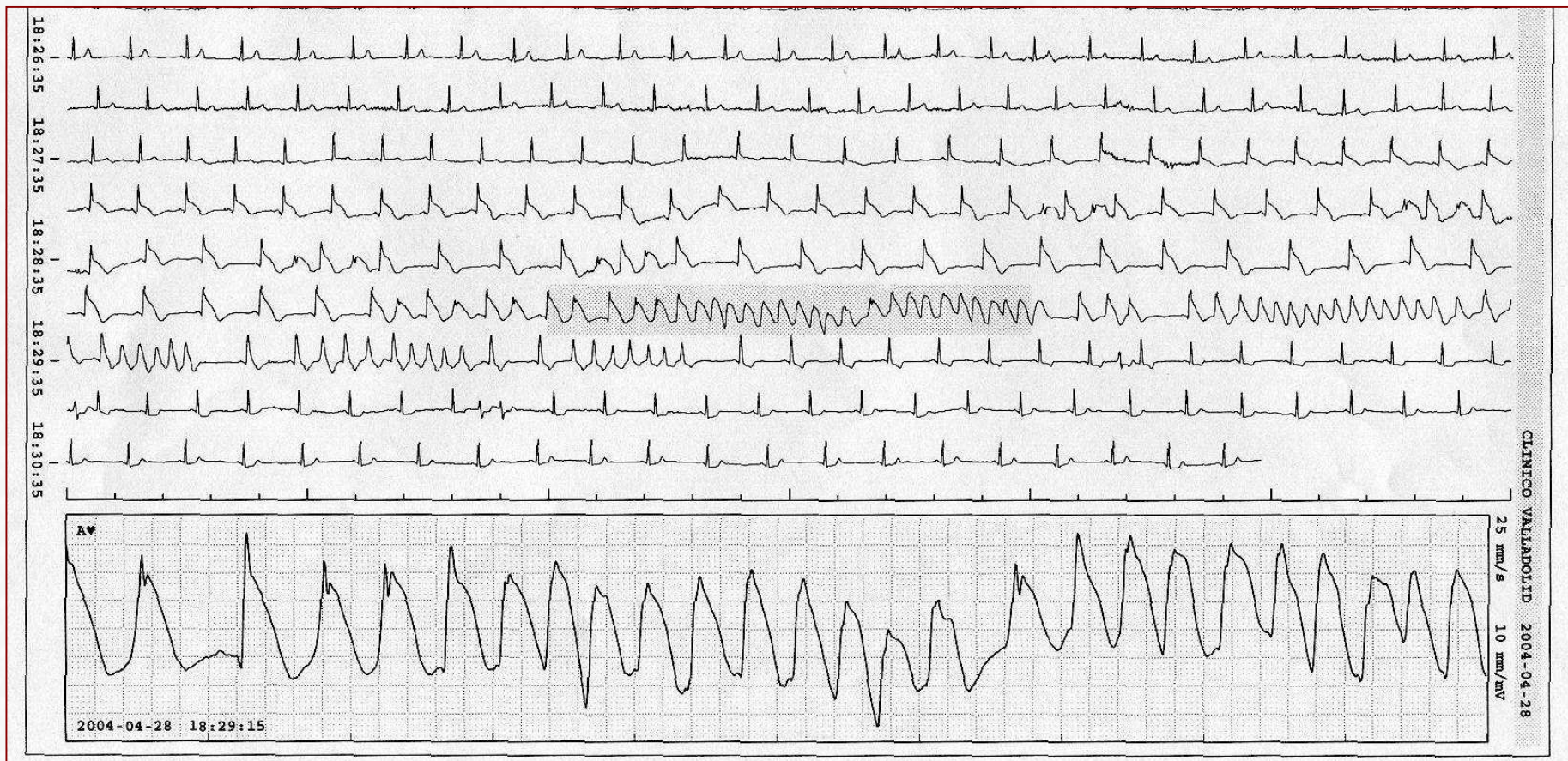
ECG, RX, Ecocardiograma dentro de la normalidad

Monitorización prolongada

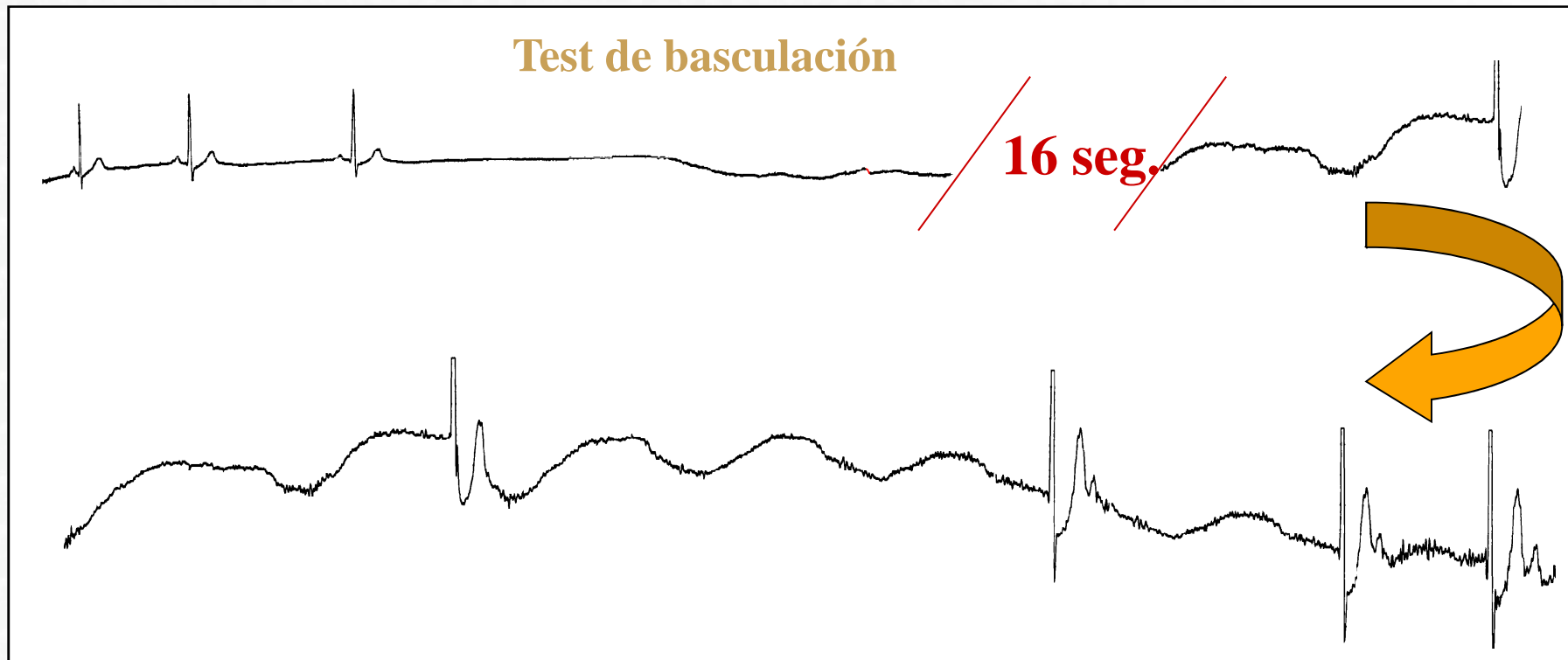


Varón de 55 años, HTA, hipercolesterolemia. Historia de dolores torácicos de duración corta, con frecuencia desencadenados por el frío, en dos ocasiones se han acompañado de síncope de corta duración y en otras de mareo. La exploración es normal salvo PA 145/90 mmHg.

RX, ECG (sin dolor), ecocardiograma, ergometría normales



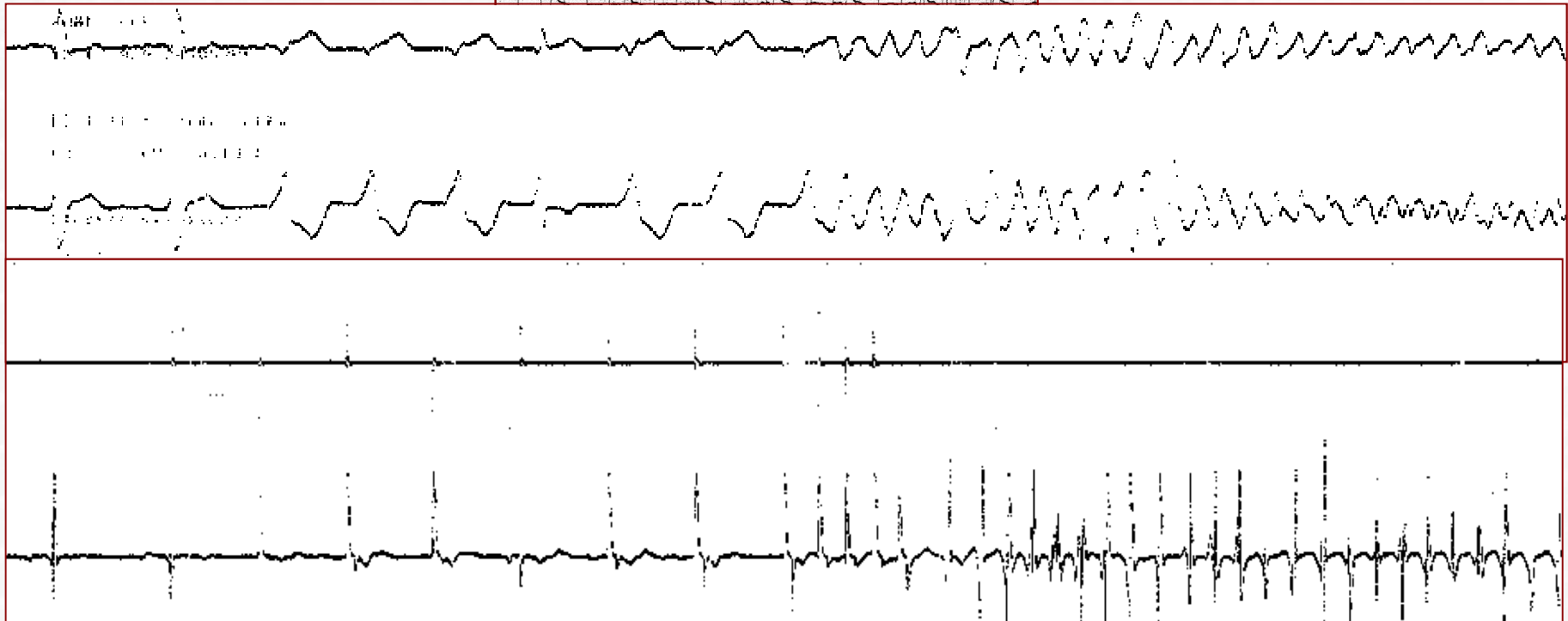
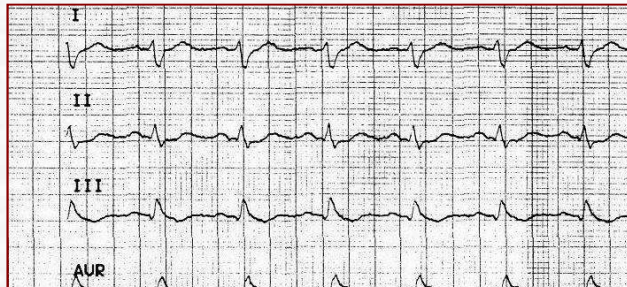
Mujer de 30 años, desde hace mas de 15 años refiere presentar episodios de perdida de conocimiento de hasta 1 minuto de duración, precedidos de malestar general, nauseas, sudoración y mareo progresivo. Recuperación espontánea y completa en pocos minutos con palidez intensa. Mas frecuente en bipedestación, sitios con calor, aglomeraciones. En ocasiones si se tumba puede abortarlo. La exploración es normal.



Paciente de 45 años, diagnosticado de epilepsia desde la niñez por pérdidas de conocimiento de corta duración con recuperación rápida y completa. No efecto de los fármacos antiepilépticos. Un hermano muerte súbita a los 15 años



Paciente de 59 años. HTA. IAM anterior antiguo. Un año antes angina inestable. Oclusión DA, lesión severa en 1ª diagonal. FE 40%. Stnet a 1ª diagonal. Desde entonces sin angina , comienza con síncope de repetición. ECO: FE 34%. VI dilatado. Holter sin arritmias



Paciente de 76 años. HTA, dislipemia. Disnea de esfuerzo progresiva desde hace 6 meses, actualmente II/IV. Tres síncope de esfuerzo desde hace 1 mes. No palpitaciones, no SNV. Soplo sistólico eyectivo rudo en foco aórtico. ECG: RS. HVI.

