

# SINCOPE

**Dra Liliana Pereyra**

**Dr Héctor Ferraro**

**Dr Jorge César**

**Servicio de Emergencias**



**HOSPITAL  
BRITANICO**  
DE BUENOS AIRES

- Síntoma transitorio, no enfermedad.
- Asintomáticos al exámen.
- Gold standard debería ser una anomalía detectada durante el síncope.
- Búsqueda de estados fisiológicos que “podrían” ser la causa.

Pérdida de conciencia por hipoflujo cerebral, transitoria, autolimitada, usualmente con caída; de inicio rápido y recuperación rápida, espontánea y completa.

- Prodromos.
- 5p: < 20''.
- Recuperación.

VM (precarga).

RVP.

- Stop flujo cerebral 6-8'': 5p.
- <60 mm Hg de TAS: 5p.

- Flujo cerebral depende de:
  - capacidad autoregulatoria.
  - vasodilatación cerebral por metabolitos y químicos.
  - baroreceptores arteriales.
  - regulación renal y humoral de vol vascular.

# Causas

## Síncope

- Mediado neuralmente.
- Hipotensión ortostática.
- Por arritmias.
- Por cardiopatía.
- Cerebrovascular.

## No Síncope

- Epilepsia.
- Desórdenes metabólicos.
- Intoxicación.
- Psicogénico.

# No síncope

## Trast sin ningún deterioro de la conciencia

- Caídas
- Cataplejía
- Drop attacks
- Psicogénico
- AIT de origen carotídeo

## Trast con deterioro parcial o total de la conciencia

- Metabólico (hipogluc, hipoxia, hiperventilación con hipocapnia)
- Epilepsia
- Intoxicaciones
- AIT Vértebro-basilar

# Causas de Síncope

## Mediado neuralmente (reflejo)

### **Vasovagal (desmayo común)**

- clásico
- no clásico

### **Por enf seno carotídeo**

### **Situacional**

- por hemorragia aguda
- tos, bostezo
- GI (deglutorio, defecatorio, dolor visceral)
- post: micción-ejercicio-prandial
- otros (ej., punzo-cortantes, weightlifting)
- \_ Neuralgia Glossofaríngea

## Hipotensión Ortostática

### **Disfunción Autonómica (D Aut)**

- 1º (d aut pura, atrofia multisistémica, Parkinson con disautonomía)
- 2º (neuropatía diabética y amiloide)
- post-ejercicio-prandial

### **Ortostatismo inducido por Drogas / alcohol**

### **Depleción de Volúmen**

- Hemorragia, diarrea, Addison

## Por arritmias Cardíacas como causa 1º

- \_ DNS
- \_ Enf del sistema de cond AV
- \_ TPS y TV px
- \_ síndromes hereditarios (ej, SQTL, Brugada)
- \_ fallas de CDI – MP.
- \_ proarritmia por drogas

## Enfermedad cardíaca estructural/cardiopul

- \_ valvulopatía obstructiva
- \_ IAM / isquemia
- \_ MCPH
- \_ Mixoma atrial
- \_ Disección aórtica aguda
- \_ Enf Pericárdica / taponamiento
- \_ TEP / HTpulmonar

## Cerebrovascular

- \_ Síndromes de robo vasculares



# Epidemiología

- Niños: 15%.
- Jóvenes: 39%.
- Hombres 40-50 años: 16% por década.
- Mujeres 40-50 años: 19% por década.
- > 70 años: 23% por década.

# Mortalidad

- Framingham: 5p = mort total x 1,31.  
5p cardíaco = mort total x 2,1.
- Estudios '80: mortalidad 5p cardíaco: 18-33%.  
no cardíaco: 0-12%.
- P con Fey <20%: con 5p mort anual: 45%.  
sin 5p mort anual: 12%.

**Cardiopatía estructural es un factor de riesgo mayor para mortalidad total y MS en p con 5p.**

# Mejor pronóstico

- Jóvenes sin cardiopatía y ECG normal.
  - Neurocardiogénico.
  - Por hipotensión ortostática.
- 
- 5p de causa desconocida: riesgo intermedio.

# Recurrencia

- 35% a 3 años.
- > 6 episodios 5p + TT (+) = >50% a 2 años.

• Recurrencia no implica aumento de mortalidad

# Estratificación de riesgo

- >45 años.
- ECG anormal.
- Historia de ICC.
- Historia de arritmia ventricular.

Mortalidad con ningún fr: 4-7%.

con 3 o más fr: 58-80%.

# Lesiones físicas

- Accidentes de tránsito y fracturas: 6%.
- Lesiones leves: 29%.

## Calidad de vida

Similar a enfermedades crónicas.

## Implicancias económicas

# Evaluación inicial

- Historia y exámen físico  
Diagnóstico en 45% .
- ECG: diagnóstico en 7% .
- Laboratorio solo confirma sospechas  
(hipoglucemias – anemias).

**Dx de certeza**  
tras evaluación inicial  
cuando:



**Vaso vagal clásico:** miedo, dolor, emoción, instrumentación, parado mucho tiempo y prodromos típicos.

**Situacional:** al orinar, defecar, tragar o toser, o inmediatamente después.

**Ortostático:** hipotensión ortostática documentada asociada a síncope o presíncope.

Luego de 5' de reposo, se para al pte y se controla TA la los 3'. TAS < 90 mm de Hg, o caída en > de 20 mm Hg es hipotensión ortostática con o sin síntomas.

**Isquemia cardíaca:** síntomas y ECG de isquemia.

**Arritmia por ECG:** ante:

– Bradicardia sinusal <40 lpm o bloqueo sino-auricular recurrente o pausas sinusales >3 s en ausencia de drogas cronotrópicas negativas.

– Mobitz II o BAV 3°.

– Bloqueo alternante de rama.

– TPS o TV.

– Malfuncionamiento de MP con pausas cardíacas.

Diagnóstico de sospecha,  
Con interrogatorio Sugestivo de ...

### Síncope mediado neuralmente:

- \_ Sin cardiopatía.
- \_ Historia de síncope.
- \_ Después de visión, olor, sonido desagradable o dolor.
- \_ De pie mucho tiempo o lugares calefaccionados.
- \_ Náusea, vómitos asociados a 5p.
- \_ Postprandial.
- \_ Al rotar cabeza, presión del seno carotídeo
- \_ Post ejercicio.

### Por hipotensión ortostática:

- \_ Al ponerse de pie.
- \_ En relación con inicio o cambio de dosis de medicamentos potencialmente hipotensoras.
- \_ De pie mucho tiempo o lugares calefaccionados.
- \_ Neuropatía autonómica o Parkinsonismo.
- \_ Post-ejercicio.

### Síncope Cardíaco:

- \_ Cardiopatía estructural severa.
- \_ Durante ejercicio, o en reposo.
- \_ Precedido por palpitaciones o asociado a dolor de pecho.
- \_ Historia familiar de MS.

### Cerebrovascular:

- \_ Con ejercicio del brazo.
- \_ Diferencias en TA o Pulsos en los 2 brazos.

# Sospecha y no Certeza de Causa Arrítmica

- \_ Bloqueo Bifascicular (BCRI o BCRD + HAI o HPI).
- \_ Otros trastornos de la conducción intraventricular (QRS > 0.12 s).
- \_ BAV 2° Mobitz I.
- \_ Bradicardia sinusal asintomática (< 50 lpm), bloqueo sinoatrial o pausa sinusal > 3 s sin medicación cronotrópica negativa.
- \_ Complejos QRS Preexitados.
- \_ QT Prolongado.
- \_ Patrón Brugada.
- \_ T Negativas en precordiales derechas, con onda epsilon y potenciales ventriculares tardíos sugestivos de displasia arritmogénica del VD.
- \_ Q sugestivas de Infarto de miocardio.

PTC

Evaluación inicial

Síncope

No síncope

Certeza dx

Sospecha dx

inexplicado

¿Cardíaco?

¿mediado neuralmente?  
¿ortostático?

Test específicos

Test Cardíacos

Frecuente o grave?

Aislado o leve?

+

-

test mediados neuralmente

No more

Reevaluación

-

+

Tratamiento

# Métodos complementarios de diagnóstico

- **ECG.**

- Laboratorio.

- Ecocardiograma.

- Tilt test.

- Masaje del seno carotídeo.

# Indicaciones de monitoreo ECG

(Telemetría-Holter-Registro de eventos externo-  
Registro de eventos implantable)

- Ante cardiopatía estructural y riesgo de arritmias potencialmente mortales.
- Cuadro sugestivo de Sp arrítmico.
- Sp inexplicado sugestivo de causa arrítmica, o recurrente, o grave.

# Monitoreo ECG

Es dx cuando:

- Correlación de síntomas con arritmias.
- Sin correlación, pero con:
  - pausas ventriculares  $> 3s$  despierto.
  - Mz II – BAV3°.
  - TV.



# Estudio electrofisiológico

- Cuadro sugestivo de causa arrítmica.

Es diagnóstico cuando:

- Disfunción sinusal.
- Bloqueo bifasicular + HV > 100 ms.
- Bloqueo infrahisiano.
- TVMS con antecedente de infarto.
- TSV con descomp hemodinámica.

Normal no descarta arritmia.

Anormal no asegura que el 5p sea arrítmico.

# Otros exámenes

- ATP.
- ECG SP.
- Alternancia de onda T.
- Test de ejercicios.
- CCG.

# No síncope

## Neurológicos:

- Falla autonómica.  
1º, 2º, inducida por drogas.
- Desórdenes cerebro-vasculares.  
Steal síndromes, AIT, migrañas.
- Ataques.  
Epilepsia.

## Psiquiátricos.

# Unidad de síncope Hospital Británico

- 1)- ¿Es de alto riesgo?

Cardiopatía estructural o arritmias.

(ECG con arritmias – bloqueo bifasicular agudo – QTc > 0,50 ms – Antecedente de arritmias bajo tto – Trauma mayor).

- 2)- ¿Es de riesgo intermedio?

Sospecha (y no certeza) de cardiopatía estructural o arritmias; y Síncopes peligrosos.

(Recurrente – riesgo ocupacional – Infarto previo – trauma menor – Hipotensión ortostática – bloqueo bifasicular previo - > 40 años – ECG anormal – Historia MS – MP – ECE – DAA)

- 3)- ¿Es de bajo riesgo?

# Tratamiento

- Vasovagal:  
Medidas higiénico-dietéticas.  
Hand grip.  
Contra-tensión de brazos.  
Leg crosssing.  
Contracción de glúteos.  
Tilt training.

*¡GRACIAS!*