

## PROTOCOLO INGRESO POR SÍNCOPE. 2024. Dr Sergio Dorado Hart.

### DEFINICIÓN / CONCEPTOS RELEVANTES:

- El síncope es una pérdida transitoria del conocimiento debida a una hipoperfusión cerebral global transitoria y se caracteriza por: ser de inicio rápido, de corta duración, y con recuperación espontanea completa.
- Su etiologías principales son: **reflejo o neuromediado** (vasovagal, situacional o hipersensibilidad del seno carotideo); **hipotensión ortostática** (disfunción autonómica primaria o secundaria, por fármacos o depleción de volumen); y **cardíaco** (arrítmico: bradicardico o taquicárdico, debido a cardiopatía estructural; origen cardiovascular: TEP, disección aórtica, HTP).

### Características clínicas que pueden indicar el diagnóstico en la evaluación inicial

#### *Síncope reflejo*

- Historia larga de síncope recurrente, especialmente si ocurre antes de los 40 años
- Después de una visión, un sonido o un olor desagradable o por dolor
- Tras largo tiempo de pie
- Durante las comidas
- En lugares muy concurridos o calurosos
- Activación autonómica antes del síncope: palidez, sudoración, náusea/vómitos
- Al rotar la cabeza o presionar el seno carotídeo (como en tumores, al afeitarse, con cuellos de camisa apretados)
- Ausencia de cardiopatía

#### *Síncope debido a HO*

- Estando de pie o después
- Tras largo tiempo de pie
- Permanecer de pie después de un esfuerzo físico
- Hipotensión posprandial
- Relación temporal con el inicio o la modificación de las dosis de fármacos vasodepresores o diuréticos que producen hipotensión
- Presencia de neuropatía autonómica o parkinsonismo

### Síncope de origen cardíaco

- Durante el esfuerzo o en supinación
- Palpitación de inicio rápido seguida inmediatamente de síncope
- Historia familiar de muerte súbita prematura de causa desconocida
- Presencia de cardiopatía estructural o enfermedad arterial coronaria
- Hallazgos electrocardiográficos compatibles con síncope relacionado con arritmia:
  - Bloqueo bifascicular (definido como bloqueo de rama izquierda o derecha combinado con bloqueo fascicular anterior izquierdo o posterior izquierdo)
  - Otros trastornos intraventriculares de la conducción (duración del QRS  $\geq 0,12$  s)
  - BAV de segundo grado Mobitz I y BAV de primer grado con prolongación acusada del intervalo PR
  - Bradicardia sinusal asintomática leve (40-50 lpm) o FA lenta (40-50 lpm) en ausencia de medicación cronotrópica negativa
  - TV no sostenida
  - Complejos QRS preexcitados
  - Intervalos QT largos o cortos
  - Repolarización precoz
  - Elevación del segmento ST con morfología de tipo 1 en las derivaciones V1-V3 (patrón de Brugada)
  - Ondas T negativas en derivaciones precordiales derechas, ondas épsilon compatibles con miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho
  - Hipertrofia del ventrículo izquierdo compatible con miocardiopatía hipertrófica

BAV: bloqueo auriculoventricular; ECG: electrocardiograma; FA: fibrilación auricular; HO: hipotensión ortostática; TV: taquicardia ventricular.

- Debe diferenciarse de la **pérdida de conciencia no sincopal** (tabla 1)

Tabla 1: Cuadros que cursan con alteración de conciencia no sincopal

Alteraciones metabólicas	Hipoxia Anemia Hipoglucemia Hiperventilación Intoxicaciones
Causas psicógenas	Crisis de ansiedad Desmayos histéricos Otros episodios psiquiátricos
Causas neurológicas	Ataques epilépticos AIT vertebrobasilares <i>Drop attacks</i>

### CRITERIOS DE PASO A SILLONES

- ¿?

### CRITERIOS DE OBSERVACIÓN

- Síncope de causa arrítmica probada o con alta sospecha de la misma (Cuadro 3).
- Síncope de causa incierta en las últimas 72hs con criterios de alto riesgo (Cuadro 2).
- Síncope de causa incierta en las últimas 72hs en pacientes > 65 años.
- Síncope con persistencia de descompensación hemodinámica (TAS < 90mmHg) luego de la recuperación de la conciencia.

#### **Cuadro 2: Criterios de alto riesgo.**

- Cardiopatía conocida.
- Precedido de dolor torácico.
- Durante el ejercicio intenso.
- Precedido de palpitaciones.
- ECG basal anormal.
- Soplo sistólico significativo.
- Portador de marcapasos o desfibrilador.
- Historia familiar de muerte súbita.
- En decúbito.
- Sin pródromos.
- Edad avanzada.

#### **Cuadro 3: Causa arrítmica.**

- Bradicardia sinusal inadecuada (<50x/m) o bloqueos sinuauriculares o pausas > 3s.
- BAV de 2º o 3º.
- Bloqueos bi o trifasciculares. QRS > 0.12s
- Signos de pre-excitación.
- TV constatada.
- TSV sincopal constatada.
- Intervalo QTc prolongado o corto.
- Patrón de Brugada.
- Evidencia de isquemia miocárdica aguda.

### CRITERIOS DE VALORACION POR UCI:

- Síncope de causa arrítmica probada con indicación de implante de marcapasos urgente/emergente.
- Síncope de causa arrítmica o presumiblemente arrítmica con riesgo vital y necesidad de monitorización (TV, BAV, QT prolongado, Tosades de pointes constatadas o sospecha de ellas).
- Síncope asociado a shock persistente.
- Síncope en contexto de SCA, TEP o disección aórtica (necesidad de monitorización y tratamiento específico).

### CRITERIOS CLINICOS DE INGRESO EN PLANTA:

- Síncope de causa arrítmica probada sin riesgo vital (disfunción sinusal intrínseca).
- Síncope por bradicardia sinusal Intrínseca/extrínseca medicamentosa si asintomática con FC > 40x/m pero persistencia de FC < 60x/m luego de 24hs de monitorización.
- Síncope de causa incierta en las últimas 72hs luego de 24hs de monitorización en observación con criterios de alto riesgo (Cuadro 2).
- Síncope de causa incierta en las últimas 72hs luego de 24hs de monitorización en observación en pacientes > 65 años.

### CRITERIOS DE CALIDAD DE HOSPITALIZACION:

- Historia clínica completa y detallada del evento. Examen físico completo con detección de hipotensión ortostática.
- ECG basal/seriado.
- Analítica completa con TnIus, Dímero D y NTproBNP.
- Rx tórax/ecoscopia para aproximación a cardiopatía estructural no conocida.
- Conceptos básicos terapéuticos al ingreso:
  - Utilizar telemetría como instrumento diagnóstico y no como sustituto de un monitor.

**CRITERIOS DE SEGURIDAD DE TRANSFERENCIA DESDE AREA DE URGENCIAS A HOSPITALIZACION:**

- Monitorización electrocardiográfica en el traslado a UCI en los casos detallados.

**CRITERIOS DE ALTA DESDE URGENCIAS Y DESTINO (En ausencia de criterios de ingreso):**

- Síncope único u ocasional de perfil neuromediado sin criterios de alto riesgo.
- Síncope neuromediado recurrente, incapacitante, o asociado a traumatismo, o con pródromos cortos. Remitir a AP para TELECONSULTA.
- Síncope de causa incierta no reciente > 72hs con criterios de alto riesgo. Remitir a AP para TELECONSULTA.
- Bradicardia sinusal Intrínseca/extrínseca medicamentosa si asintomática con FC > 60x/m luego suspensión de medicación y observación por 24-48hs. Remitir a AP para TELECONSULTA.
- Síncope de causa incierta sin criterios de alto riesgo. Remitir a AP para TELECONSULTA.

**BIBLIOGRAFIA:**

1. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (Version 2009 y Version 2018).