	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

SINCOPE

INTRODUCCIÓN


El uso indiscriminado de diferentes exámenes diagnósticos y el variado enfoque terapéutico aplicado a pacientes con síncope se traduce en mayores costos causados por la atención médica y hospitalaria. El uso de las guías debe ayudar a reducir dichos costos al evitar realizar exámenes innecesarios lo cual es de beneficio para el paciente y el sistema de salud; las guías deben así mismo ayudar a la educación del personal de salud para disminuir la incidencia de complicaciones derivadas de un mal diagnóstico y tratamiento.

Definición

- Es un síntoma que consiste en pérdida de la conciencia y del tono postural, de carácter transitorio, usualmente menor a 5 minutos, con recuperación espontánea, y que no deja secuelas neurológicas.
- La pérdida de conciencia puede ir precedida de pródromos consistentes en malestar general, adinamia, bostezo, sudoración, palidez o puede ocurrir de manera abrupta.
- El término presíncope se utiliza para describir los síntomas o la situación clínica que precede a la pérdida de conciencia y en la que usualmente el individuo es todavía capaz de realizar maniobras (sentarse o acostarse) que abortan el síncope.
- El mecanismo final por el que se produce síncope es hipoperfusión cerebral.
- La recuperación del síncope puede dar claves diagnósticas siendo usualmente rápida en la forma vasovagal pero más errática en otras formas cardiovasculares como las arritmias ventriculares.
- El síncope no siempre es benigno y en algunos casos se asocia a muerte súbita.

“Aquellos que sufren desmayos frecuentes y severos suelen fallecer súbitamente”
Hipócrates 450 a.c.

Distinguiendo síncope de convulsión

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002


Síncope	Convulsión
Palidez	Cianosis
Movimientos tónico clónicos < 15 seg	Movimientos tónico clónicos > 15 seg
Movimientos tónico clónicos posterior a pérdida de conciencia	Movimientos tónico clónicos que inician o preceden la pérdida de conciencia
Síntomas premonitorios: náuseas, bostezo, debilidad, vómito, sudor frío	Aura: chillidos, olores, visiones
Usualmente sin enuresis o encopresis	Puede ocurrir enuresis y/o encopresis
Sin mordedura de lengua	Mordedura de la lengua
Sin torsión ocular	Desviación de la mirada
Sin sialorrea	Puede haber sialorrea
Recuperación corta y completa	Recuperación lenta, confusión
Usualmente sin dolor muscular	Dolor muscular
Duración usualmente < a 5 minutos	Duración usualmente > 5 minutos
Cefalea ocasional (TV, Puntas torcidas)	Cefalea frecuente posterior a episodio
Confusión pos-evento ausente o rara	Confusión pos-evento frecuente

Otras condiciones clínicas que no son síncope se denominan ataques no sincopales

- Ataque isquémico transitorio (AIT), déficit neurológico transitorio y reversible en 24 horas, se asocia a vértigo, disartria, diplopia (AIT vertebro-basilar). Los AIT que tienen corta duración pueden confundirse con síncope.
- Ataques frecuentes que simulan síncope (pseudosíncope), con quejas somáticas, sin enfermedad cardíaca estructural es compatible con desorden psiquiátrico o desórdenes de somatización.
- Desórdenes metabólicos: hipoglucemia, hipoxemia, hiperventilación con hipocapnia.
- Intoxicación.

CLASIFICACIÓN DEL SÍNCOPE


- Síncope neurocardiogénico o mediado neuralmente: vasovagal, seno carotideo, situacional (tos, estornudo, posprandial, deglutorio, por dolor visceral, miccional, por defecación, pos ejercicio).

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- Síncope Ortostático: Por falla autonómica primaria (Parkinson, atrofia sistémica múltiple); por falla autonómica secundaria (neuropatía diabética); por depleción de volumen (hemorragia, diarrea); por fármacos (antihipertensivos).
- Síncope de origen cardíaco: Por desórdenes del sistema eléctrico del corazón (disfunción del nodo sinusal, bloqueos de la conducción A-V, taquicardias supra y/o ventriculares, síndromes hereditarios como el QT largo y el Brugada y la disfunción de dispositivos de estimulación cardíaca); por enfermedad cardíaca estructural (valvulopatía, infarto agudo de miocardio, cardiomiopatías obstructivas, mixoma auricular) o daño vascular (disección aórtica), por taponamiento o embolia pulmonar.

Evaluación inicial de pacientes con síncope

- La evaluación inicial de todo paciente con síncope se fundamenta en la triada: historia clínica, examen físico y electrocardiograma (ECG).
- El interrogatorio del paciente con síncope debe extenderse a los testigos. Del evento sincopal interrogar: sitio donde ocurrió (lugar cerrado, congestionado, caluroso), posición al momento del síncope (de pie, sentado, acostado), duración aproximada del evento (menor o mayor a 5 minutos), tipo de recuperación (lenta, rápida), presencia o ausencia de prodromos, presencia o ausencia de movimientos anormales, en reposo o en ejercicio o esfuerzo.
- Recordar que los pacientes pueden describir el síncope con términos comunes: “La pálida”, desmayo, “se me fueron las luces”, “vahído”, trastorno, mareo, debilidad, caída al suelo, “porrazo”.
- Los antecedentes del paciente y de la familia deben ser verificados, especialmente: antecedentes neurológicos, historia de convulsiones en el paciente o la familia, antecedentes cardiovasculares, arritmias cardíacas, soplo cardíaco, corazón dilatado, cardiomiopatía preexistente, muerte súbita familiar, fármacos de inicio reciente, antecedentes de síncope previo, exámenes cardiovasculares previos.
- El examen físico debe orientarse a la búsqueda de enfermedad cardíaca, vascular, cerebrovascular o neurológica. Se debe hacer énfasis en la toma de la presión arterial en decúbito y de pie (al minuto y a los 3 minutos de bipedestación).
- Son características electrocardiográficas que orientan el diagnóstico del síncope a una arritmia cardíaca:
 - a) Bloqueo bifascicular, esto es bloqueo de rama izquierda o bloqueo de rama derecha con hemibloqueo anterior o posterior.
 - b) QRS mayor de 120 mseg.
 - c) Bloqueo AV de segundo grado Mobitz I.
 - d) Bloqueo AV de primer grado con PR mayor de 300 mseg.

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- e) Bradicardia sinusal < 50 lpm o bloqueos sinuatriales.
- f) Complejos ventriculares pre- excitados (Wolff-Parkinson-White).
- g) Intervalo QT prolongado.
- h) Bloqueo de rama derecha con elevación del punto J y del segmento ST en precordiales derechas de V1 a V3 (Síndrome de Brugada).
- i) Ondas T negativas en precordiales derechas con ondas épsilon o potenciales ventriculares tardíos indicativos de posible displasia arritmogénica del ventrículo derecho.
- j) Ondas Q patológicas sugestivas de necrosis miocárdica.

FACTORES PREDICTORES DE UNA EVOLUCIÓN ADVERSA:

Estratificación de riesgo en síncope:

El médico que valora un paciente con síncope debe intentar responder a:


- ¿Qué hacer para prevenir la ocurrencia de nuevos episodios?
- ¿Es el síncope causado por una enfermedad grave?
- ¿Es el síncope marcador de un mal pronóstico?

El síncope en el adolescente y adulto joven en general es de buen pronóstico, especialmente cuando se tiene examen físico y ECG normales. El riesgo de mortalidad no es mayor que la población sana. El tipo de síncope es usualmente vasovagal. Si hay recurrencia requiere tratamiento y seguimiento pues puede afectar la calidad de vida e incrementar el riesgo de trauma. Las recurrencias deben ser evaluadas con prueba de la mesa basculante o inclinada. Si hay recurrencia después de la mesa, la tendencia es a repetirse en el trascurso de la vida.

El síncope de origen cardiovascular se presenta en adultos mayores y en ancianos. Siempre debe ser considerado un marcador de mal pronóstico hasta demostrar lo contrario. La mortalidad sin tratamiento y sin identificar la causa puede ser tan alta como del 30%. Cuando el síncope se presenta en el contexto de un paciente con IAM previo y compromiso de la función sistólica se requiere manejo intrahospitalario y estudios complementarios, como el estudio electrofisiológico y/o unidades especiales. Cuando el paciente tiene cardiomiopatía la causa del síncope es cardíaca (sensibilidad del 95%-especificidad 45%).

El síncope de origen desconocido o inexplicado tiene una mayor mortalidad que el síncope vasovagal. El paciente con síncope recurrente que tiene un estudio de mesa inclinada previamente positivo, pero con ECG y examen físico normales, el riesgo de muerte es cercano a 0%. Sin embargo, por la recurrencia pueden tener limitaciones en el estilo de vida e incluso laborales.

El síncope en mayores de 60 años tiene mayor riesgo de trauma y la mortalidad es mayor que en menores de esa edad. El síncope que se presenta en ejercicio intenso o inmediatamente pos-ejercicio se asocia muy frecuentemente con alteraciones importantes y mal pronóstico. La muerte

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

súbita puede seguirse a un síncope en pacientes con miocardiopatía hipertrófica asimétrica obstructiva, estenosis aórtica y otras alteraciones estructurales cardíacas no diagnosticadas o subvaloradas.

La búsqueda de antecedentes familiares (padres o hermanos) de muerte súbita en menores de 55 años es pregunta que no se debe olvidar en la valoración del paciente con síncope. El antecedente positivo incrementa el riesgo de muerte súbita hasta 1,8 veces y obliga a descartar entre otras entidades la miocardiopatía hipertrófica, el síndrome de QT largo y el síndrome de Brugada.

Las tres preguntas claves de la evaluación inicial:

1. ¿Fue o no un episodio sincopal? Aplicar la definición de síncope.
2. ¿Existen características clínicas que sugieran la causa del síncope?
3. ¿Tiene el paciente enfermedad cardíaca?

¿A quiénes hospitalizar por síncope?

- Pacientes con síncope asociado a trauma.
- Pacientes con síncope recurrente frecuente.
- Pacientes con síncope en quienes se sospecha una causa de origen cardíaco.

Con la evaluación inicial se define:

1. Episodio sincopal versus ataque no sincopal.
2. Se diagnostica la causa del síncope, se sospecha o no se tiene una causa (síncope inexplicado). (Ver gráfico evaluación inicial)

Diagnóstico certero de una causa de síncope cuando se reúnen criterios de:

- Síncope vasovagal: síntomas premonitorios, en lugares cerrados, congestionados, calurosos, bipedestación prolongada, asociado a eventos desencadenantes como estrés, miedo, dolor, instrumentación.
- Síncope ortostático: se demuestra por hipotensión ortostática con caída de la presión arterial sistólica >20mm Hg o sistólica menor de 90 mmHg asociada a síncope o presíncope.
- Síncope por arritmia cardíaca: Se diagnostica por ECG:


Bradycardia sinusal extrema (menor de 40 lpm)

Bloqueos sinuatriales repetitivos.

Pausas sinusales > 3 segundos.

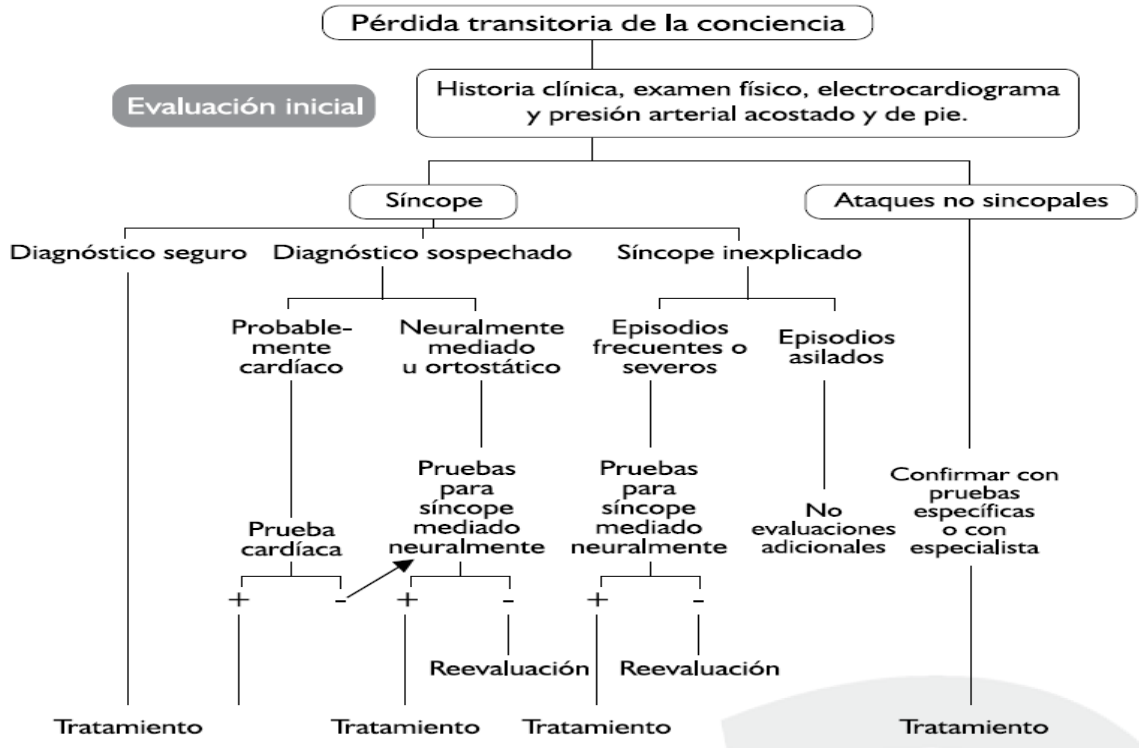
Bloqueo atrio-ventricular de segundo grado Mobitz II.

Bloqueo atrio-ventricular de tercer grado.

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

Bloqueo alternante de las ramas del has de His.

Taquicardia supraventricular rápida (Flutter atrial conduciendo 1:1, fibrilación o arritmia atrial con conducción por una vía accesoria).



Taquicardia ventricular Disfunción de marcapasos.


- Síncope por isquemia cardíaca: se diagnostica cuando los síntomas ocurren en presencia de isquemia aguda con o sin infarto del miocardio.
- Síncope situacional: se diagnostica cuando el síncope ocurre durante o inmediatamente después de orinar, defecar, toser o tragar.

Sospecha de una causa de síncope:

1. Rasgos o características clínicas que sugieren una causa cardíaca de síncope:

- Presencia de enfermedad cardíaca.
- Anormalidades manifiestas en el ECG (QRS ancho, bloqueos de rama o A-V, bradicardia sinusal <50 lpm o pausas, intervalo QT largo).
- Palpitaciones precediendo el síncope.
- Síncope durante ejercicio.
- Síncope en posición supina.

2. Rasgos o características clínicas que sugieren un síncope vasovagal o mediado neuralmente:

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- Síntomas premonitorios: náuseas, mareo, vómito, palidez, sudoración
- En lugares cerrados, congestionados, calurosos.
- Bipedestación prolongada, haciendo fila, en formación.
- Eventos desencadenantes como estrés, miedo, dolor, instrumentación, posterior a una comida copiosa.
- Posterior a ejercicio.
- Ausencia de enfermedad cardíaca.
- Historia previa y antigua de síncope en la adolescencia o años anteriores.

3. Rasgos o características clínicas que sugieren un síncope por hipersensibilidad carotídea:

- Síncope al girar bruscamente la cabeza, presencia de tumores de cuello, sucedió al apretar el nudo de la corbata o por presión en el cuello.

4. Síncope inducido por fármacos:

- Cuando el síncope se presenta al iniciar o cambiar una medicación anti-hipertensiva, al aumentar la dosis de hipotensores o por mezcla de medicamentos potencialmente arritmogénicos, en especial en ancianos que toman otros medicamentos como diuréticos.

¿Qué hacer cuando no se tiene una causa del síncope (síncope inexplicado)?:


Si el paciente tiene indicación de hospitalización proceder a investigar la causa del síncope en un ambiente hospitalario, de lo contrario realizar las pruebas de manera ambulatoria.

Las pruebas o métodos diagnósticos recomendados se clasifican en:

- INDICACIÓN CLASE I: existe consenso general para la indicación propuesta.
- INDICACIÓN CLASE IIA: la mayoría de la información publicada y/o la opinión de expertos favorecen la realización de la prueba.
- INDICACIÓN CLASE IIB: la mayoría de la información publicada y/o la opinión de expertos no sustenta la indicación.
- INDICACIÓN CLASE III: existe evidencia de que la prueba o el tratamiento es deletéreo para el paciente y por lo tanto está contraindicado.

Si se tiene evidencia se utilizan los niveles:

NIVEL A: evidencia derivada de uno o más estudios aleatorizados controlados y estudios de cohorte con intervención.

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

NIVEL B: evidencia derivada de estudios de cohorte no aleatorizados, estudios de casos y controles de buena calidad metodológica o series de casos de alta calidad.

NIVEL C: opinión y consenso de expertos.

Exámenes dirigidos a encontrar una causa de síncope:

1.- Masaje del seno carotídeo:

- Está indicado en individuos mayores de 50 años quienes no tiene una causa conocida de síncope.
- Está contraindicado en pacientes con antecedentes de enfermedad arterial carotídea, historia previa de isquemia cerebral transitoria o accidente cerebrovascular reciente o por documento de soplo carotídeo antes del masaje.
- Se realiza bajo monitoría electrocardiográfica y de tensión arterial continuas, con el paciente acostado y en posición de pie.
- Duración del masaje de 5 a 10 segundos.
- Se hace el diagnóstico de síncope por hipersensibilidad carotídea cuando se reproducen los síntomas y se documenta asistolia por más de 3 segundos y/o caída en la presión arterial sistólica > 50 mm Hg.
- La administración de 1 miligramo de atropina se recomienda para establecer el mecanismo predominante (cardioinhibición vs. vasodepresión) de la hipersensibilidad del seno carotídeo.

2.- Prueba de la mesa inclinada o mesa basculante:

Son indicaciones para la realización de esta prueba:

CLASE I:


- Síncope inexplicado, único o aislado en pacientes que trabajen en sitios con riesgo potencial de trauma o con implicaciones ocupacionales.
- Episodios recurrentes de síncope en ausencia de enfermedad cardíaca estructural.
- Síncope en presencia de enfermedad cardíaca después de que todas las causas cardíacas de síncope han sido excluidas.

CLASE II:

- Para diferenciar síncope con mioclonias de la epilepsia.
- Para evaluar pacientes con caídas súbitas inexplicadas recurrentes.
- Para valorar pre-síncope o mareos recurrentes no explicados.
- Cuando es de valor clínico demostrar la susceptibilidad del paciente al síncope mediado neuralmente.
- Cuando el entendimiento del patrón hemodinámico del síncope sea fundamental para orientar la terapéutica.

CLASE III:

- Para evaluar la respuesta terapéutica y la eficacia de los fármacos.
- Episodio sincopal único sin lesiones que no sucede en pacientes con ocupaciones de alto riesgo.

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002


¿Cómo se realiza una prueba de mesa inclinada?:

- El paciente debe estar en ayunas por al menos 4 horas, libre de la acción de fármacos vasodilatadores, acostado en reposo un tiempo de 5 a 20 minutos antes de la inclinación.
- Se monitoriza externamente ECG, tensión arterial preferiblemente de manera continua y frecuencia cardíaca. Se debe disponer de un área tranquila y libre de ruido, así como la facilidad para la reanimación con líquidos intravenosos y medicamentos en caso necesario.
- El paciente debe firmar un consentimiento informado donde se explica la naturaleza de la prueba, los síntomas que experimentará y el uso de medicamentos.
- La mesa donde se realiza el procedimiento está diseñada para lograr cambios rápidos de posición y debe inclinarse a una angulación mayor de 60 grados.
- La prueba tiene dos fases, una llamada pasiva y otra con uso de fármacos. La fase pasiva dura entre 15 y 45 minutos. La fase con medicación dura 15 a 20 minutos y puede utilizarse isoproterenol intravenoso o nitroglicerina en forma atomizada sublingual.
- La prueba se considera positiva para síncope neurocardiogénico o mediado neuralmente, si el síncope se presenta en alguna de las cuatro formas diferentes de la siguiente clasificación (VASIS):
 - a) Respuesta tipo I o mixta: hay hipotensión que precede a la bradicardia; la bradicardia no es menor de 40 latidos por minuto (lpm) o si cae debajo de 40 lpm es transitoria (no mayor de 10 segundos).
 - b) Respuesta cardioinhibitoria sin asístole o tipo IIA: hay bradicardia o frecuencia ventricular menor de 40 lpm por más de 10 segundos pero no ocurre asístole de más de 3 segundos. La presión arterial cae antes de la bradicardia.
 - c) Respuesta cardioinhibitoria con asístole o tipo IIB: asístole ocurre por más de 3 segundos. La caída de la presión arterial ocurre antes o de manera simultánea con la caída de la frecuencia cardíaca.
 - d) Respuesta vasodepresora o tipo III: la frecuencia cardíaca no cae más del 10% (relación al pico alcanzado durante la inclinación) al momento del síncope.

Otras respuestas:

- a) Incompetencia cronotrópica: no hay elevación de la frecuencia cardíaca durante la fase de inclinación o esta es menor al 10% de la frecuencia cardíaca previa a la inclinación.
- b) Elevación excesiva de la frecuencia cardíaca o síndrome de taquicardia ortostática postural: ocurre elevación excesiva de la frecuencia cardíaca (usualmente >130 lpm) al inicio y durante el transcurso de la prueba hasta antes de la ocurrencia del síncope.

3.- MONITORÍA ELECTROCARDIOGRÁFICA:

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

Se debe ofrecer monitoría electrocardiográfica a un paciente que ha experimentado síncope cuando:

CLASE I:

- Monitoría electrocardiográfica en cama o por telemetría es recomendada cuando el paciente tiene una cardiomiopatía estructural importante y está a riesgo alto de sufrir arritmias amenazantes para la vida.
- Monitoría Holter está indicada cuando el paciente tiene hallazgos clínicos o electrocardiográficos compatibles con un síncope arrítmico y episodios muy frecuentes de síncope o presíncope, al menos uno por semana.
- Monitor de eventos implantable está indicado cuando el mecanismo del síncope no está aclarado después de una completa evaluación cardiovascular y en quienes se sospecha un síncope de tipo arrítmico basados en las características clínicas y/o electrocardiográficas, o cuando el síncope es recurrente y está asociado a trauma.

CLASE II:


- Monitoría de Holter puede ser útil en pacientes que tengan características clínicas o electrocardiográficas que sugieran un síncope arrítmico, con el objetivo de guiar hacia otros exámenes pertinentes tales como el estudio electrofisiológico.
- Monitor de eventos externo está indicado cuando los eventos sincopales están espaciados entre sí por un lapso menor a 4 semanas y cuando las características clínicas o electrocardiográficas sugieran un síncope arrítmico.
- Un monitor de eventos implantable está indicado a cambio de una investigación convencional en pacientes con función cardíaca normal quienes tienen características clínicas o electrocardiográficas sugestivas de síncope arrítmico y en aquellos pacientes que sufren de síncope mediado neuralmente (confirmado o sospechado), frecuente o asociado a trauma, en quienes se desea valorar la contribución de la bradicardia antes del implante de un marcapasos.

CLASE III:

- Monitoría Holter es de poca utilidad en quienes no se tiene sospecha de un síncope arrítmico basado en las características clínicas o electrocardiográficas que los caracteriza.

Se considera criterio diagnóstico CLASE I:

- Monitoría de Holter que establece una correlación entre síncope y una anomalía electrocardiográfica tipo bradicardia o taquicardia.
- La monitoría de Holter excluye una causa arrítmica cuando el síncope clínico ocurre en ausencia de una arritmia.
- Se considera que en ausencia de tales correlaciones una valoración más extensa es recomendada, con excepción de:

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

*Pausas ventriculares mayores de 3 segundos.

*Bloqueo A-V de segundo grado tipo Mobitz II o de tercer grado.

*Taquicardia ventricular paroxística rápida.

Se considera criterio diagnóstico CLASE II:

- Guiar la terapia basados en eventos presincoales y no en eventos sincopales; el presíncope puede no tener la equivalencia clínica de síncope.

4.- ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO:

Es indicación CLASE I:

- Cuando la evaluación inicial sugiere una causa arritmica del síncope, esto es, pacientes con ECG anormal, cardiopatía previa reconocida o sospechada, síncope precedido de palpitaciones o en muerte súbita familiar.

Es indicación CLASE II:


- Para evaluar la naturaleza de una arritmia ya identificada como la causa del síncope y establecer su tratamiento y pronóstico.
- Síncope inexplicado en trabajadores expuestos a riesgo de trauma.
- Síncope inexplicado cuya etiología no ha sido establecida por otros métodos.

Es indicación CLASE III:

- El estudio de síncope en pacientes sin cardiopatía, con ECG y examen físico normal.

Se considera criterio de diagnóstico CLASE I:

- Un estudio electrofisiológico normal no excluye completamente una causa arritmica de síncope por lo que, cuando una arritmia es la causa sospechada o más probable, evaluaciones adicionales, como el monitor de eventos, pueden ser necesarias.
- De acuerdo al contexto clínico, los hallazgos electrofisiológicos anormales pueden no ser diagnósticos de la causa de síncope.
- Un estudio electrofisiológico es diagnóstico y no es necesario llevar al paciente a más estudios cuando:
 - a) Bradicardia sinusal con tiempos de recuperación del nodo sinusal muy prolongados.
 - b) Bloqueo bifascicular con HV prolongado >100 mseg.
 - c) Bloqueo A-V de segundo o tercer grado durante la estimulación atrial incremental.
 - d) Bloqueo AV de alto grado localizado en la porción distal del sistema His- Purkinje inducido mediante ajmalina, procainamida o disopiramida.

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- e) Inducción de taquicardia ventricular monomorfica sostenida.
- f) Inducción de taquicardia supraventricular que reproduce los síntomas de hipotensión o los síntomas clínicos del paciente.

CLASE II:

Divergencia de opinión existe sobre el valor diagnóstico del estudio electrofisiológico en caso de:

- Intervalo H-V >70 mseg pero < de 100 mseg.
- Inducción de taquicardia ventricular polimórfica o fibrilación ventricular en pacientes con miocardiopatía isquémica o dilatada.
- Síndrome de Brugada.

5.- ECOCARDIOGRAMA:


Este examen está indicado cuando exista evidencia o sospecha clínica de cardiomiopatía estructural. El ecocardiograma provee información acerca del tipo y severidad de la enfermedad cardíaca, lo cual puede ser útil para la estratificación de riesgo. El ecocardiograma es valioso cuando se presenta síncope en el contexto o ante la sospecha de:

- a) Estenosis aórtica.
- b) Mixoma auricular u otros tumores cardíacos.
- c) Cardiomiopatía con episodios de insuficiencia cardíaca evidentes.
- d) Cardiomiopatía isquémica pos-IAM.
- e) Displasia arritmogénica ventricular derecha.
- f) Cardiomiopatía hipertrófica.
- g) Enfermedades cardíacas congénitas.
- h) Obstrucción del tracto de salida ventricular.
- i) Embolismo pulmonar.
- j) Disección aórtica.



6.- PRUEBA DE ESFUERZO:

Está indicada cuando se presenta síncope durante ejercicio o inmediatamente después de este. Es diagnóstico aceptado como CLASE I:

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- Cuando el síncope es reproducido durante o inmediatamente después del esfuerzo y se identifican anomalías electrocardiográficas y hemodinámicas.
- Si se induce bloqueo A-V de segundo grado tipo Mobitz II o bloqueo A-V de tercer grado durante ejercicio con o sin presencia de síncope.

7.- CATETERISMO CARDÍACO Y ANGIOGRAFÍA:

Es indicación CLASE I cuando se sospecha isquemia miocárdica como causa directa o indirecta de síncope. La isquemia miocárdica puede producir síncope debido a alteraciones de la motilidad parietal, disminución de la contractilidad, arritmias cardíacas inducidas por isquemia, asistolia o bloqueo completo y/o reacción vagal.

Este método permite confirmar el diagnóstico y establecer la terapia óptima. El síncope por isquemia miocárdica es extremadamente raro y cuando se presenta en compañía de angina. En sujetos jóvenes con anomalías del nacimiento de las arterias coronarias el síncope isquémico se produce durante el ejercicio.


8.- EVALUACIÓN NEUROLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA:

- Está indicada cuando la pérdida de conciencia no puede ser atribuida a síncope.
- Valoración neurológica debe realizarse en los casos de síncope relacionados con falla autonómica o síndrome de robo subclavio.
- La evaluación psiquiátrica es recomendada cuando los síntomas sugieren cuadro de pseudo-síncope o síncope psicógeno o cuando el síncope puede ser atribuido a medicación psiquiátrica. Las enfermedades psiquiátricas deben ser consideradas particularmente en pacientes jóvenes con múltiples episodios sincopales, cuando el síncope no causa lesiones o cuando hay síntomas inespecíficos.
- Las principales enfermedades psiquiátricas implicadas en síncope son los desórdenes de somatización, trastornos de ansiedad, ataques de pánico, trastornos de depresión, el abuso de alcohol y toxicomanías.
- En todos los otros tipos de pacientes con síncope, la evaluación neurológica y/o psiquiátrica no es recomendada.

TRATAMIENTO

1.- Tratamiento del síncope causado por hipersensibilidad del seno carotídeo.

Se consideran recomendaciones CLASE I:

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- Evitar en lo posible la manipulación del cuello.
- Descontinuar o disminuir el consumo de vasodilatadores.
- Implante de marcapasos bicameral en pacientes con respuesta cardioinhibidora o mixta al masaje del seno carotídeo.

Indicación CLASE II:

- Aumentar el consumo de líquidos o sal en pacientes con hipersensibilidad del seno carotídeo con respuesta vasodepresora o mixta que no tengan contraindicación para ello.

Indicación o recomendación CLASE III:

- Uso de betabloqueadores.

2.- Tratamiento del síncope situacional:

Se considera recomendación CLASE I: evitar los eventos desencadenantes.


Son recomendaciones CLASE II:

- Adoptar medidas generales relacionadas con el evento desencadenante tales como posturas de protección, evitar cambios bruscos posturales y mantener un adecuado volumen central.
- El uso de laxantes está indicado en el síncope durante defecación; evitar líquidos o alcohol al acostarse está indicado en el síncope miccional y evitar bebidas frías o grandes bolos alimentarios en el síncope por deglución.

3.- Tratamiento del síncope mediado neuralmente (vasovagal):

Un tratamiento específico diferente a educación y recomendaciones no es aconsejable para pacientes que han tenido un solo episodio sincopal y no están involucrados en oficios que puedan poner en riesgo su integridad (conductores, trabajadores de grandes alturas, buceadores, trabajos con máquinas que requieran ánimo vigilante, etc.).

Se consideran recomendaciones para síncope vasovagal: medias de soporte en miembros inferiores, incremento de la ingesta de líquidos y sal, evitar la posición de pie prolongada, evitar los lugares congestionados, cerrados o calurosos, evitar el consumo de alcohol, evitar las drogas vasodilatadoras, evitar los baños prolongados de agua caliente, los baños turcos o saunas; se

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

aconseja cruzar las piernas al estar de pie, elevar la cabecera de la cama, obtener asesoría psicológica y hacer ejercicio dirigido.

Un tratamiento puede implementarse en pacientes que tienen recurrencia del síncope o cuando el paciente trabaja en lugares de riesgo para su integridad física si ocurriera un síncope. Se considera que estos pacientes corresponden a:

- Pacientes con síncope muy frecuente que altera la calidad de vida.
- Pacientes con síncope recurrente e impredecible (ausencia de síntomas premonitorios) asociado a trauma.
- Pacientes con síncope que realizan tareas con riesgo de trauma.


Los pacientes con síncope que clasifican en las anteriores categorías deben ser evaluados con prueba de mesa inclinada para reconocer la contribución de la cardioinhibición y de la vasodepresión en el cuadro sincopal, puesto que para cada una de estas situaciones existe una estrategia terapéutica diferente.

Se consideran indicación CLASE I:

- Realizar educación acerca del síncope vasovagal, pronóstico favorable y riesgos.
- Educar acerca de los factores o circunstancias que actúan como promotores del síncope vasovagal, como reconocerlos tempranamente y las maniobras que se deben realizar para evitarlos.
- Modificar o discontinuar medicamentos que causen hipotensión.
- La fludrocortisona, junto al aumento de líquidos y sodio, es esencial para el manejo de las alteraciones crónicas en pacientes con síncope vasovagal recurrente.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina, como la sertralina o la fluoxetina, pueden utilizarse en pacientes con síncope vasovagal recurrente, sola o asociada a mineral corticoide, especialmente cuando existe un componente emocional marcado.

Son indicaciones CLASE II:

- Expansión de volumen mediante incremento del consumo de sal, incorporación a un programa de ejercicio o dormir con la cabecera levantada en un ángulo de 10 grados (aproximadamente un ladrillo en cada pata de la cabecera de la cama).
- Entrenamiento mediante maniobras de inclinación y cambios de posición.
- Maniobras de contrapresión y ejercicios isométricos de las extremidades.
- Estimulación cardíaca mediante marcapasos en pacientes mayores de 40 años con síncope vasovagal cardioinhibidor quienes tienen más de 5 episodios en un año, trauma físico severo o accidente.

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

Es indicación CLASE III:

- Uso de beta-bloqueadores puesto que pueden incrementar la incidencia de bradicardia en casos de síncope cardio-inhibitorio.

4.- Tratamiento del síncope causado por hipotensión ortostática:

- Se considera indicación CLASE I: en general el síncope causado por hipotensión ortostática debe ser tratado en todos los pacientes dirigiendo la estrategia de tratamiento a la modificación de la medicación usada para tratar las enfermedades concurrentes o a la corrección de la causa desencadenante.

5.- Tratamiento del síncope cuando las arritmias cardíacas son la causa:

Es indicación CLASE I:


- Deben recibir tratamiento apropiado y dirigido a su causa aquellos pacientes que sufren síncope debido a arritmias cardíacas amenazantes para la vida y/o en quienes existe un riesgo alto de trauma.

Es indicación CLASE II:

- Puede emplearse tratamiento en pacientes con sospecha de arritmia cardíaca amenazante para la vida, no documentada, cuando dicho tratamiento se basa en los factores de riesgo clínico y en los resultados de pruebas paraclínicas que hacen fuertemente posible la existencia de tal arritmia.
- Puede emplearse tratamiento cuando la causa del síncope es una arritmia documentada no amenazante para la vida o cuando implica un alto riesgo de trauma.

Situaciones en las cuales un tratamiento con cardiodesfibrilador está indicado:

- Es indicación CLASE I Nivel de Evidencia A, la presencia de fibrilación ventricular o taquicardia ventricular colapsante documentada en ausencia de causas corregibles (por ejemplo, inducido por fármacos).
- Es indicación CLASE I Nivel de Evidencia B, la inducción, en un estudio electrofisiológico, de una taquicardia ventricular monomórfica sostenida colapsante en ausencia de otro diagnóstico posible como causa de síncope.

	NOMBRE SINCOPE		CÓDIGO 06-1-PM-009
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- Es indicación CLASE II, Nivel de Evidencia B, la presencia de fracción de eyección severamente deprimida en ausencia de otra causa de síncope.
- Es indicación CLASE II, la presencia de Síndrome de QT largo, síndrome de Brugada, displasia arritmogénica del ventrículo derecho o cardiomiopatía hipertrófica obstructiva con una historia familiar de muerte súbita en ausencia de otra causa de síncope.
- Es indicación CLASE II, la presencia de síndrome de Brugada, displasia arritmogénica del ventrículo derecho y taquicardia ventricular inducible en un estudio electrofisiológico con compromiso hemodinámico severo en ausencia de otra causa que explique el síncope.

BIBLIOGRAFIA

Guía de Diagnóstico, manejo y tratamiento, **Editor Guía**, Dr. Diego Ignacio Vanegas Cadavid. Presidente Comité de Electrofisiología SCC Jefe Servicio de Electrofisiología -Hospital Militar Central. Bogotá. Hospital Santa Sofía. Manizales. Colombia.

ELABORO	REVISO	APROBO
ESPECIALISTA	DIRECTOR MÉDICO	DIRECTOR CIENTÍFICO