

La síncope

Dra D. Ortiz . Dr C. Blay

Maig 2005

DEFINICIÓ:

- **SÍNCOPE:** Pèrdua completa i transitòria de consciència i del to postural amb recuperació espontània, secundària a hipoperfussió cerebral.
- **PRESÍNCOPE:** Sensació de pèrdua imminent de la consciència sense que arribi a produir-se. S'ha d'avaluar com el síncope.
- **LIPOTÍMIA:** és un tipus de síncope de pronòstic benigne, que s'acompanya habitualment de presíncope.

ETIOLOGIA

- **NEUROCARDIOGÈNICA (32%)**
- **CARDIOLÒGICA (18%)**
- **NEUROLÒGICA (10%)**
- **FÀRMACS (3%)**
- **PSIQUIÀTRICA (2%)**
- **METABÒLICA (0-2%)**
- **INDETERMINADA (34%)**

CLASSIFICACIÓ I:

■ NEUROCARDIOGÈNICA :

- Vasovagal o vasodepressor (18%)
- Situacional: tos, micció, defecació, deglució (5%)
- Hipersensibilitat si carotidi
- Hipotensió ortostàtica
- Fàrmacs: vasodilatadors, diürètics, psicofàrmacs, antiaritmics
- Deplecció de volum per deshidratació o hemorràgia
- Disfunció autonòmica: Polineuropatia diabètica, alcohòlica, amiloidosi, M. Parkinson, Sd Shy-Drager
- Síncope del 3r trimestre d'embaràs

CLASIFICACIÓ II:

■ **CARDIOLÒGICA:**

- Arítmies (14%): Bloqueig A-V, TV, disfunció del nòdul sinusal, TPSV, Sd QT llarg
- Obstrucció tracte sortida ventricular: Estenosi aòrtica, miocardiopatia hipertròfica, tetralogia de Fallot, trombo o mixoma auricular, TEP, hipertensió pulmonar
- Reducció de la fracció d'ejecció: IAM, taponament cardíac, dissecció d'aorta

CLASIFICACIÓ III:

■ NEUROLÒGICA:

- Epilepsia (el + freq. del grup)
- AIT
- Migranya vertebrobasilar
- Estenosi carotidea bilateral
- Hipertensió endocraneal sobtada: Arnold-Chiari, tumors del 3r ventricle
- Sd Robo subclavia

CLASIFICACIÓ IV:

■ FÀRMACS:

- Hipotensors: diuretics, IECAs, vasodilatadors, β -bloq, sildenafilo
- Associats a QT llarg: Quinidina, fenotiacina, tricíclics, carbamacepina, cisaprida, terfenadina, astemizol

■ PSIQUIÀTRICS:

- Ansietat, atac de pànic, depressió, trastorn de conversió, alcoholisme (abstinència)

CLASIFICACIÓ V:

■ METABÒLICS:

- Hipoglucèmia
- Hipòxia greu
- Anèmia aguda (hemorràgia)
- Alcalosi respiratòria

■ CAUSA INDETERMINADA: 34%

VALORACIÓ

■ ANAMNESI:

- Antecedents familiars i personals, presència o no de pròdroms, circumstàncies en que es produeix la síncope, símptomes coincidents, durada, símptomes persistents després de la recuperació.

■ EXPLORACIÓ FÍSICA:

- Durant o immediatament després síncope: Pal·lidesa, sudoració, cianosi, convulsions, pols, TA, exploració neurològica, tacte rectal. Glucèmia capil·lar.
- Després de la síncope: Exploració cardiològica i neurològica, maniobres de provocació (valsalva, hiperventilació, ortostatisme).

EXPLORACIONS COMPLEMENTARIES:

Cal fer d'entrada un ECG en tots els pacients!!!

- **ECG normal**
- **Anomalies suggestives de causa arítmica:**
Bloqueig AV 2on i 3r grau, taquicàrdia ventricular, disfunció sinusal (bradicàrdia < 40 bpm o pauses sinusals simptomàtiques > 3 seg), taquicàrdies supraventriculars de 160-180 bpm, Sd preexcitació (WPW), QT llarg, bloqueig bifascicular o trifascicular, Sd Brugada, IAM extenso o de localització posteroinferior.
- **Patrons anòmals no causants de síncope:** FA > 140-160 bpm, HVE, bloqueig de branca, IAM no extens ni de localització posteroinferior.

RECORDEU!!!

**EN TOT QUADRE
SINCOPAL O PRESINCOPAL
CAL FER SEMPRE:**

**ANAMNESI +
EXPLORACIÓ FÍSICA +
ECG**

i en tot cas....

EXP. COMPLEM. POSTERIORIS (1):

- **ANALÍTICA:** Per confirmar una sospita clínica
 - **Hemorràgia:** hemograma
 - **TEP:** Gasometria arterial
 - **IAM:** Isoenzims
 - **Diürètics:** Ionograma
- **RX TORAX:**
 - **Lesió estructural**

EXP. COMPLEM. POSTERIORIS (2):

■ TAULA BASCULANT:

- Síncopes poc freqüents de causa desconeguda i sense cardiopatia estructural
- Sospita de síncope vasovagal sense factor desencadenant (per confirmar el diagnòstic)

■ ESTUDI ELECTROFISIOLOGIC:

- Trastorns de la conducció (BBDHH, BBEHH, Bloqueig bifascicular) i pacients amb cardiopatia orgànica (excepte estenosi aòrtica i mixoma)



EXP. COMPLEM. POSTERIORIS (3):

■ HOLTER 24 HORES:

- Pacients amb cardiopatia o ECG anormal sense diagnòstic**
- Pacients sense cardiopatia, ECG normal i taula basculant negativa amb síncope de repetició**

■ ECOCARDIOGRAMA:

- Pacients amb sospita de cardiopatia estructural, arítmia o ECG alterat**
- Síncopes de repetició sense cardiopatia estructural ni alteracions ECG**

EXP. COMPLEM. POSTERiors (4):

■ PROVA D'ESFORÇ:

- Síncopes relacionades amb l'esforç
- Sospita isquèmia miocàrdica

■ CORONARIOGRAFIA:

- Sospita isquèmia miocàrdica

■ MASSATGE SI CAROTIDI:

- Pacients >50 anys sense cardiopatia i ECG normal i taula basculant negativa
- No si alteracions pols carotidi, buf o antecedents AVC

EXP. COMPLEMEN. POSTERIORIS (5):

- **MONITORITZACIO ECG IMPLANTABLE:**
 - Pacients amb cardiopatia o alteracions de la conducció amb resta explor. negatives
 - Pacients sense cardiopatia amb síncope recidivants i clínicament severes
- **DOPPLER TRONCS SUPRAAORTICS:**
 - Exploració arterioesclerosi troncs supraaòrtics
 - Focalitat Neurològica
- **DERIVACIÓ NEUROLOGIA**
- **DERIVACIÓ PSIQUIATRIA**

SÍNCOPE MALIGNA :

Cal derivar al pacient si qualsevol de les següents:

- Ancians (pacient fràgil)
- Antecedents familiars mort sobtada
- AP de cardiopatia isquèmica / IC / arítmies greus
- Inici sobtat / sense pròdroms
- Amb dolor toràcic
- Amb palpitations o arítmia a l'exploració
- Amb focalitat neurològica (obj o subj)
- Aparició en decúbit
- Duració > 20''
- Traumatisme per la caiguda
- Amb bufs cardíacs prèviament no filiat
- ECG basal anormal.

SÍNCOPE BENIGNA:

- Joves o adults
- pròdroms de quadre vasovagal, d'hipotensió ortostàtica o d'hiperventilació
- estant drets,
- pèrdua de consciència <20 seg i recuperació sense confusió
- sense convulsions
- no recurrent
- sense arítmies greus, ni bufs i explor. i ECG normals.

ACTUACIÓ:

- **TOTA SINCOPE MALIGNA CAL DERIVAR-LA A URGÈNCIES**
- **LES BENIGNES I LES INDETERMINADES, ACTUAR SEGONS SOSPITA ETIOLÒGICA**