

# SÍNCOPE

Miquel Cornejo Juani, Marcel·lí Macaya Miguel, Miquel Galán Seuma

## INTRODUCCIÓ

La síncope és una pèrdua de consciència i del to postural (sovint amb caiguda al terra), instaurada en un breu termini de temps, de breu durada i de recuperació espontània. Amb freqüència, les causes que l'ocasionen són també transitòries. És molt important un bon interrogatori i història clínica.

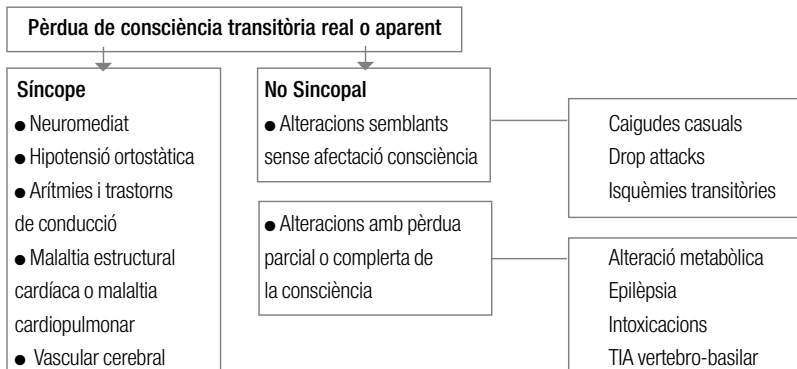
Parlem de presíncope en els casos en que únicament es produeixen inestabilitat o sensació de pèrdua imminent de la consciència, sense que aquesta arribi a produir-se ni tampoc la pèrdua del to postural, i se'ls ha de donar la mateixa consideració que a la pròpia síncope. La gravetat de la síncope i el seu pronòstic s'associen a un origen cardíac.

La síncope més freqüent en tots els grups d'edat és la vasovagal. Per grups d'edat:

- Adolescents i joves: Vasovagal i ortostàtic.
- Adults: Miccional i tussigen.
- Gent gran: Cardíogenic i si carotídi hipersensible.

## CLAUS DIAGNÒSTIQUES

1. Diagnosticar correctament la síncope. Diferenciar clarament les circumstàncies que presenten clínica inespecífica.
2. Diagnòstic diferencial amb altres processos que cursen amb pèrdua de consciència (epilèpsia, intoxicacions, AVC, hipoglucèmies...) o aquells similars sense pèrdua de consciència (accident isquèmic carotídi, crisi atònica, quadres psicògens).
3. Diagnòstic sindròmic: enquadrar la síncope en algun dels grups fisiopatològics pel maneig posterior. No és necessari arribar a un diagnòstic final si no tenim criteris suficients.



## Diagnòstic diferencial

- Vertigen. A més de les manifestacions clíniques, l'orientarien les maniobres vestibulars.
- Accident vascular cerebral (AVC). Sol cursar amb focalitat neurològica i la seva durada sol ser major.
- Crisi comicial. En ocasions el diagnòstic diferencial és difícil, ja que la síncope pot acompanyar-se de convulsions i de relaxació d'esfínters. L'estat confusionari postconvulsiu és típic de la crisi comicial.
- Hipoglucèmia. La instauració del dèficit neurològic és més lenta.

## Classificació

1. Síncope neuromediada: Causat per un reflex que produeix vasodilatació i bradicàrdia, que condiciona hipoperfusió cerebral (vasovagal, sinus carotídi i situacionals).
2. Síncope ortostàtica: Afectació del sistema nerviós autònom (o secundari a fàrmacs o alcohol) que causa una fallida en la vasoconstricció i condueix a hipotensió ortostàtica, o causada per una depleció de volum (hemorràgia o pèrdua de líquids).
3. Síncope arítmica: La taquicàrdia o la bradicàrdia causen un descens del dèbit cardíac.
4. Síncope cardíaca o pulmonar: malalties que causen una reducció del dèbit cardíac (IAM, tapament cardíac...).
5. Síncope cerebro-vascular: síndrome de "robo vascular cerebral".

## Avaluació inicial

### 1. Antecedents:

- Episodis previs.
- Antecedents cardiològics.
- Fàrmacs.

### 2. Anamnesi.

- Síntomes acompanyants: convulsions, relaxació d'esfínters, focalitat neurològica.
- Circumstàncies en que es va produir.

### 3. Exploració física.

- Presa de constants i exploració per aparells.

### 4. Proves complementàries.

- ECG de 12 derivacions.
- Monitoratge.
- Glucèmia capilar.

### Diagnòstic

● **De seguretat:** En alguna de les situacions següents

| Neuromediat  | Situacional  | Ortostàtic  | Isquèmia miocàrdica    | Aritmia   |
|--|--|---|------------------------|---|
| El clàssic, si els esdeveniments precipitants van associats a simptomatologia pròdròmica típica. | Si es produeix durant o poc després de la micció, defecació, tos o al engolir. | Hipotensió ortostàtica documentada associada al quadre sincopal (1) | EGC de isquèmia aguda, | Bradicàrdia < 40<br>Pauses > 3 seg<br>Blocs A-V<br>Blocs de branca alternants<br>TSVP o TV<br>Anomalia marcapas |

(1) TAs < 90 mmHg o caiguda > 20 mmHg

### Anomalies en l'ECG que suggereixen síncope aritmica

- BBE o BBD+ (HBSA o HBSP).
- QRS > 0,12s.
- BAV de 2<sup>o</sup> Mòbitz I.
- Bradicàrdia sinusal < 50 o pauses > 3s sense medicació cronotròpica negativa.
- Extrasistòlia ventricular.
- QT llarg.
- Síndrome de Brugada (BBD + (ST a V1-V3).
- T(-) a precordials dretes, ones èpsilon.
- Ones Q suggestives de IM.

### Críteris d'alt risc en la síncope

- Antecedents de cardiopatia isquèmica.
- Major de 70 anys o menor de 10 anys.
- Síncope brusca (o amb lesions per caiguda).
- Síncope d'esforç.
- HTA mal controlada o de llarga evolució.
- Dolor toràcic.
- Fàrmacs (antiarrítmics o que allarguin el QT).
- Antecedents d'arítmies.
- Bloqueig bifascicular.
- Síncopes de repetició.

## GUIA D'ACTUACIÓ

1. **Síncope vasovagal i situacional** (amb proves complementàries normals) es podrà donar l'alta, amb mesures higièniques i sanitàries i/o tractament si fos necessari.
2. **Pseudosíncope psicogen:** Valoració psiquiàtrica.
3. **Síncope de la resta d'òrgans, d'origen desconegut o d'alt risc**, es procedirà al trasllat hospitalari, amb el pacient sota monitoratge i, en el cas d'haver realitzat el diagnòstic de la causa, amb el tractament adient.

### Críteris de derivació hospitalària

| PER NECESSITATS DIAGNÒSTIQUES             | PER REBRE TRACTAMENT   |
|---|--|
| Sospita de malaltia cardíaca.             | Aritmia causal.  |
| Alteracions ECG.                          | Induït per isquèmia miocàrdica.                                      |
| Síncope durant l'exercici.                | Síncope secundari a malaltia estructural cardíaca o cardío-pulmonar. |
| Síncope que ha causat ferides importants. | Fallada marcapassos.   |
| Història de mort sobtada.                 | Possible indicació de marcapassos                                    |
| Palpitacions prèvies.                     | o està prevista la implantació a curt termini.                       |
| Síncope en posició supina.                |  |
| Episodis recurrents.                      |  |

## Bibliografia

- 1.- *Guidelines on Management (Diagnosis and treatment) of Syncope - Update 2004. European Society of Cardiology*
- 2.- *Kapoor WN. Workup and management of patients with syncope. Med Clin North Am 1995;79:1153-1170*
- 3.- *Lewis RP; Boudoulas H, Schaal SF, Weissler AM. Diagnosi and management of syncope. The Heart. 1994; 927-945 Kapoor WN. Tractat de Cardiologia. Eugene Braunwald. 1993:981-993*
- 4.- *Caffarena T et al. El síncope en estudiants de formació professional. Rev Esp Cardiol 1989;42:54-57*