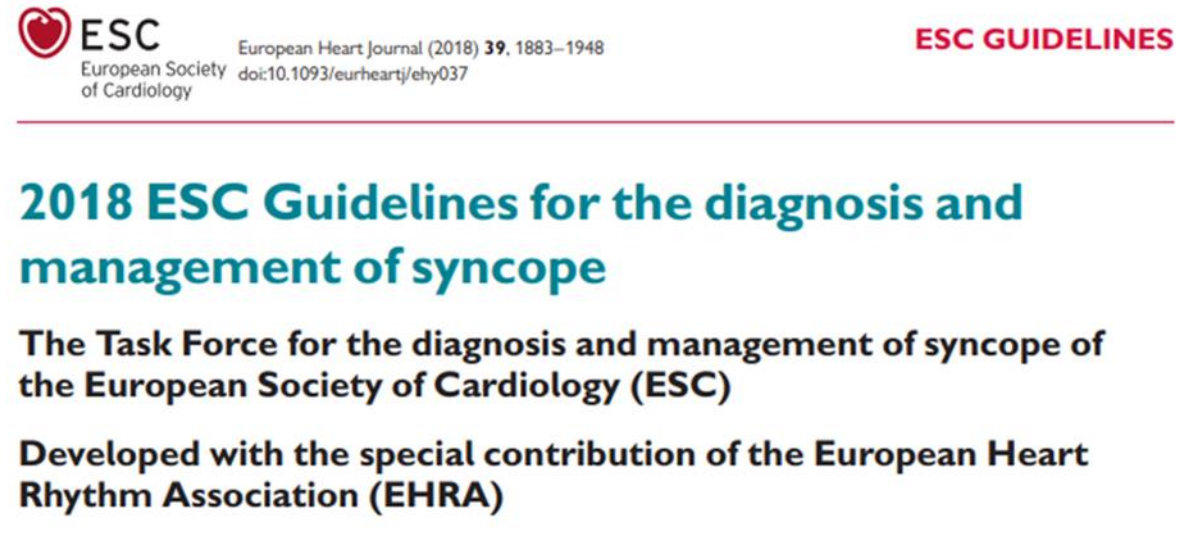


# Diagnóstico diferencial de síncope en Urgencias

Beatriz Méndez Esteban  
MIR 2º año MFyC (HUCA)

# ÍNDICE

- ✓ Definición
- ✓ Clasificación
- ✓ Evaluación diagnóstica
- ✓ Conclusiones



# ¿Qué se entiende por síncope?

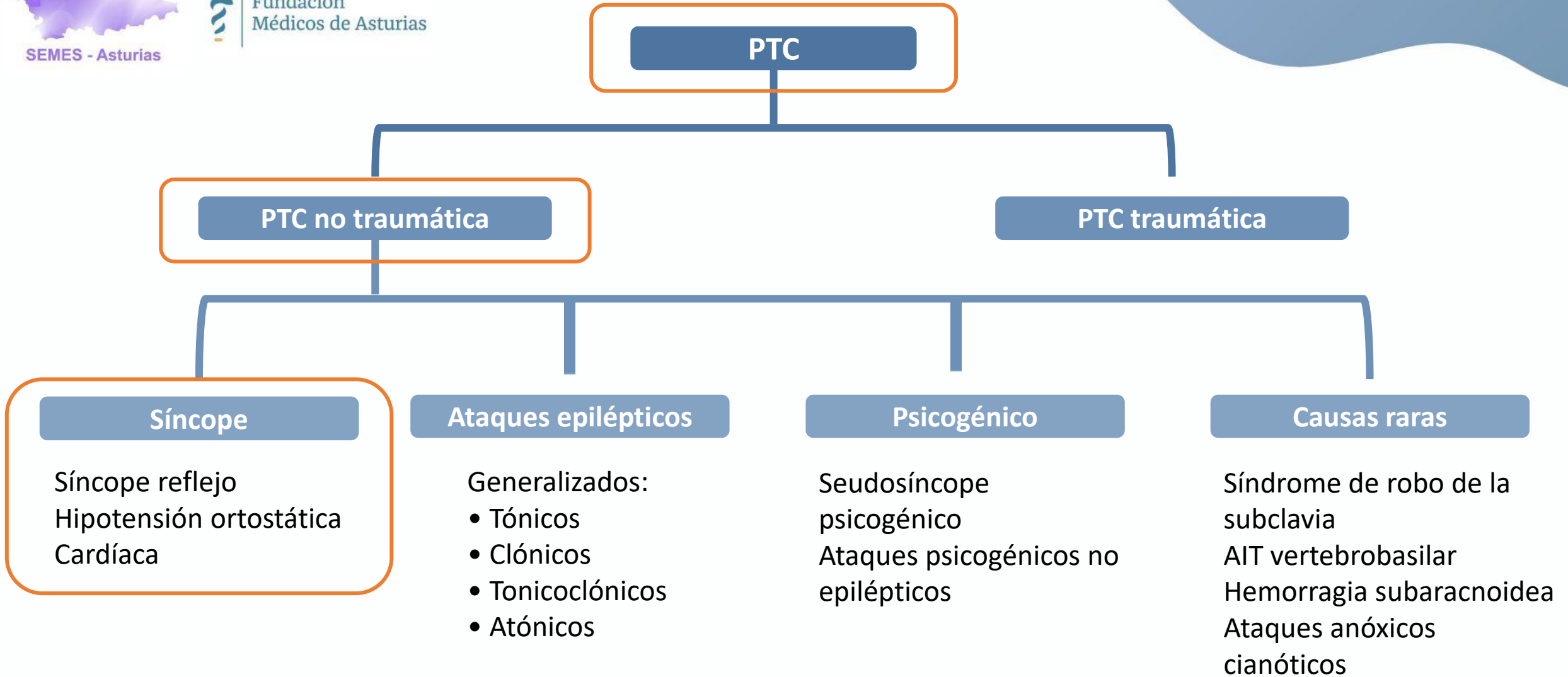
## Pérdida transitoria de consciencia (PTC)

- + amnesia del episodio
- + control motor anormal
- + pérdida de respuesta
- + corta duración



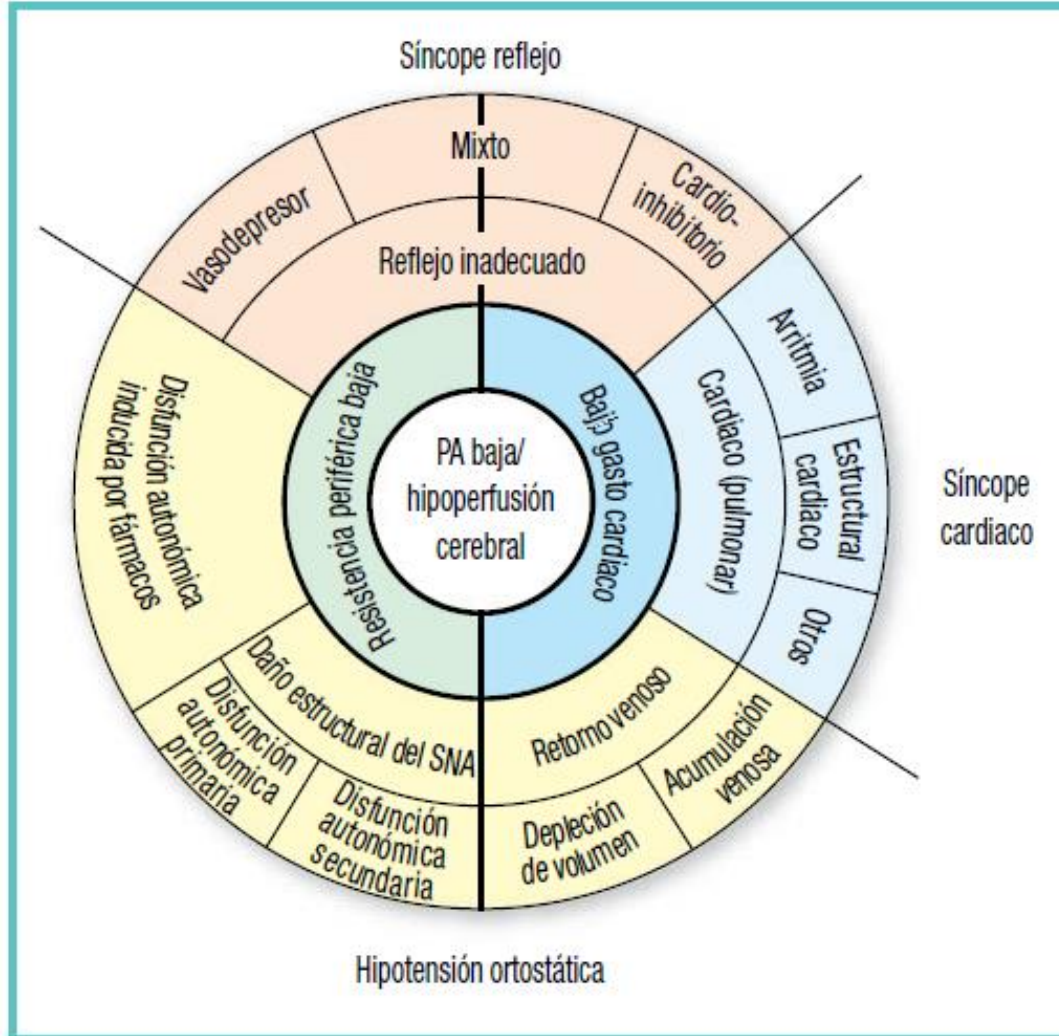
## Síncope

- + pérdida TRANSITORIA de CONSCIENCIA
- + debido a **HIPOPERFUSIÓN CEREBRAL**
- + instauración RÁPIDA, duración CORTA y recuperación ESPONTÁNEA Y COMPLETA



TASA DE INCIDENCIA





©ESC 2018

# CLASIFICACIÓN

## Bases fisiopatológicas

# EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

¿Se trata de una pérdida transitoria de consciencia (PTC)?

- ✓ Pérdida de consciencia
- ✓ Anomalía del control motor
- ✓ Pérdida de la capacidad de respuesta
- ✓ Amnesia del episodio
- ✓ Corta duración

NO

Actuar en consecuencia

Sí, sincopal

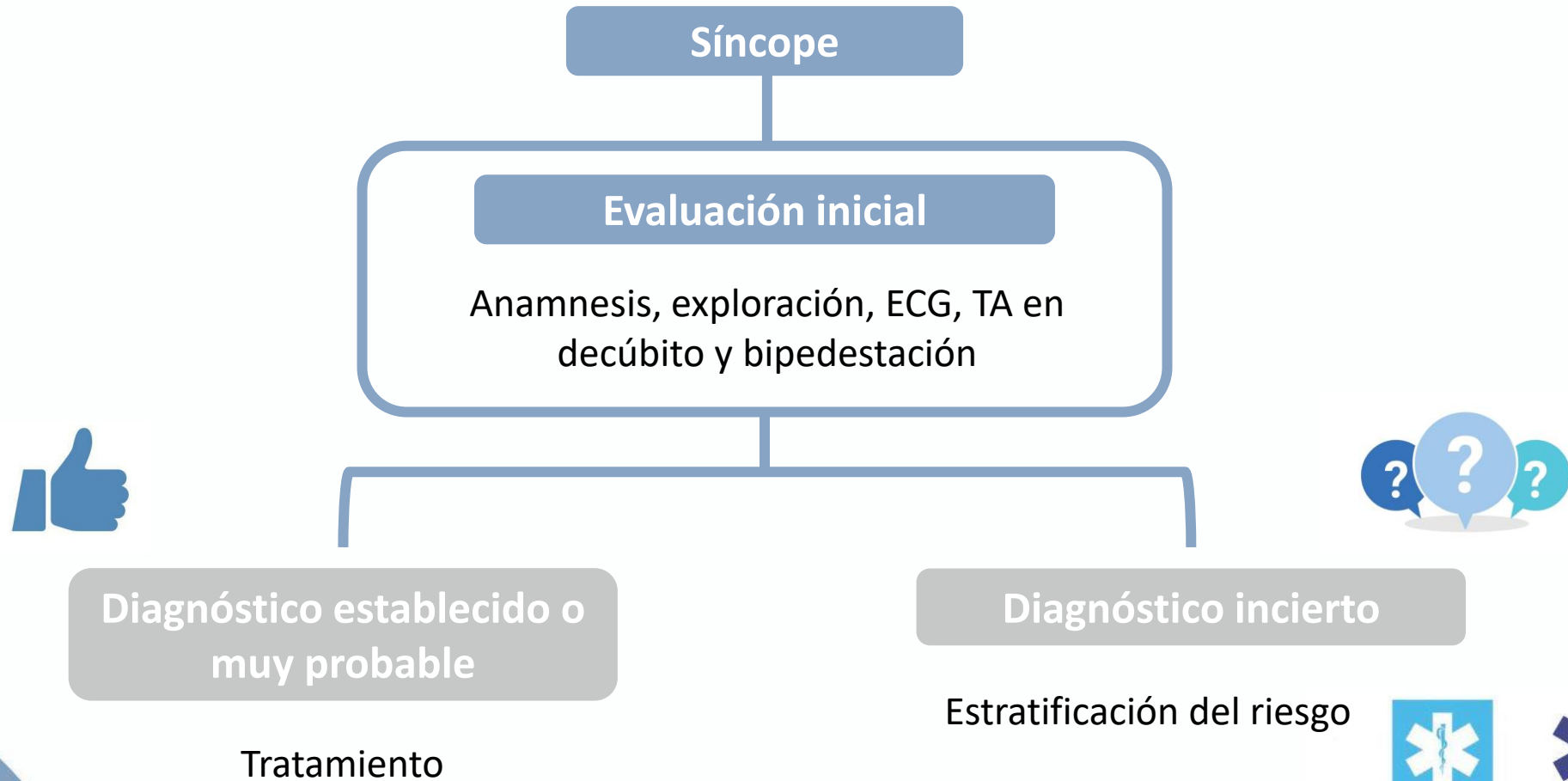
**Hipoperfusión cerebral**

- ✓ Instauración brusca
- ✓ Duración breve
- ✓ Recuperación completa y espontánea

Sí, no sincopal

- ✓ Epilepsia
- ✓ PTC, psicogénico
- ✓ PTC, otras causas

# EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA



# EVALUACIÓN INICIAL

## Siempre

- **Anamnesis detallada:** episodio más reciente y episodios previos e interrogatorio a testigos.
- **Exploración física, TA en decúbito supino y bipedestación**
- **Electrocardiograma**

## Dependiendo de la sospecha

- **Monitorización ECG:** cuando se sospecha causa arrítmica.
- **Ecocardiograma:** cuando exista cardiopatía estructural conocida o se sospecha.
- **Masaje del seno carotídeo:** en > 40 años.
- **Test de mesa basculante:** si se sospecha síncope por Hipotensión Ortostática o reflejo.
- **Analítica:** hemograma si sospecha de hemorragia, troponina si isquemia, d-dímero si TEP, gasometría si hipoxemia.



# Características clínicas que sugieren una etiología

## Síncope reflejo

- Historia larga de síncope recurrente, especialmente en < 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, náuseas/vómitos
- Al rotar la cabeza o presionar el seno carotídeo (tumores, al afeitarse, 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
- Neuropatía autonómica o parkinsonismo

# Características clínicas que sugieren una etiología

## 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
- Cardiopatía estructural o enfermedad arterial coronaria
- Hallazgos electrocardiográficos compatibles con arritmia



- 
- Bloqueo bifascicular
  - Otros trastornos intraventriculares de la conducción
  - BAV de 2º grado Mobitz I y BAV de primer grado con prolongación acusada del intervalo PR
  - Bradicardia sinusal 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
  - Patrón de Brugada tipo 1 isquemia aguda (segmento ST/ondas T)
  - Ondas T negativas en precordiales derechas (arritmogénica VD)
  - Hipertrofia ventricular

### MAYORES

- Molestia torácica, disnea, dolor abdominal o cefalea de nueva aparición
- Durante el ejercicio o en decúbito supino
- Precedido de palpitaciones de instauración brusca

**MENORES** (si asocian alteraciones en ECG o cardiopatía estructural)

- Sin pródromos o pródromos de corta duración
- Sentado
- Historia familiar de muerte súbita cardíaca antes de los 60 años
- Cardiopatía estructural o isquémica grave (disfunción de VI, insuficiencia cardíaca o infarto previo)

### EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA sistólica < 90 mmHg sin causa (asociada a otro factor)
- Sospecha de sangrado gastrointestinal
- Soplo sistólico no estudiado
- Bradicardia < 40 lpm persistente o intermitente

**RIESGO ALTO**

**ECG** patológico

# CONCLUSIONES

- Patología muy prevalente en los Servicios de Urgencias.
- Se determina la causa en la 1ª valoración en el 25-30% de los pacientes.
- La etiología más frecuente en todas las edades es vasovagal.
- Importancia de la anamnesis.
- Estratificación del riesgo e importancia del juicio clínico.



# BIBLIOGRAFÍA



- Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J 2018; 39:1883.
- Albassam OT, Redelmeier RJ, Shadowitz S, et al. Did This Patient Have Cardiac Syncope?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA 2019; 321:2448.
- Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pra
- Thijs RD, Benditt DG, Mathias CJ, et al. Unconscious confusion--a literature search for definitions of syncope and related disorders. Clin Auton Res 2005; 15:35.ctice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol 2017.



Fundación  
Médicos de Asturias



SEMES - Asturias



SEMES  
Sociedad Española de  
Medicina de Urgencias  
y Emergencias



SEMES  
GALICIA



SEMESMIR

# AGRADECIMIENTOS



# TRANSINSA

TRANSPORTES INTEGRALES SANITARIOS DE ASTURIAS

# AstraZeneca

