

SINCOPE

Raquel Pérez Luján.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca,
Murcia.



Definición

- Pérdida de conciencia
 - transitoria
 - autolimitada
 - inicio +/- súbito
 - recuperación completa y +/-rápida

- Mecanismo: hipoperfusión cerebral

Epidemiología

- Entidad muy prevalente -> hasta un **35%** de la población sufre un episodio en su vida
- Recurrente en un 15%
- Edad: Bimodal 20 y 80 años

Episodios “pseudosincopales”

- Crisis comiciales
- Accidentes isquémicos transitorios
- Cuadros psiquiátricos
- Alteraciones metabólicas
- Caídas

CLASIFICACIÓN



Diagnóstico

- Evaluación diagnóstica inicial
 - Historia clínica
 - Exploración física
 - ECG

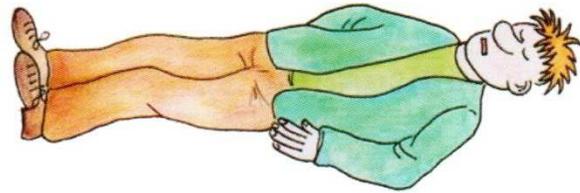
Historia clínica

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
 - Episodios previos
 - Enfermedad cardíaca / neurológica
 - Diabetes
 - Consumo de fármacos/alcohol

Historia clínica

- Episodio actual:
 - Situación clínica actual y los días previos
 - Posibles factores predisponentes o precipitantes
 - Pródromos / síntomas previos
 - Actividad / Posición
 - Recuperación

- Testigos



Historia clínica

- Datos que sugieren síncope vasovagal:
 - Miedo, dolor, emociones...
 - Ortostatismo prolongado
 - En la 1ª hora después de la comida
 - Tras ejercicio
 - Asociado con náuseas y vómitos
 - Pródromos

Historia clínica

- Datos que sugieren origen cardíaco:
 - Acostado
 - Durante ejercicio
 - Precedido de palpitaciones
 - Enfermedad cardíaca grave
 - Historia familiar de muerte súbita

Exploración física

- Tomar TA en decúbito y bipedestación
- Auscultación cardíaca
- Auscultación carotídea -> MSC

ECG

- Normal

- Anormal:
 - Diagnóstico
 - Sospecha de bradiarritmia
 - Trastorno de conducción intraventricular
 - Sospecha de taquiarritmia
 - Datos de cardiopatía estructural
 - TVNS
 - WPW
 - Canalopatías (QT largo, Brugada...)

Estratificación del riesgo

- Riesgo bajo: sin evaluación adicional
- Riesgo bajo pero síncope recurrentes:
 - Pruebas cardiacas o neurológicas
- Riesgo alto: evaluación precoz y tratamiento

Criterios de ingreso

- Sospecha de origen cardíaco/riesgo alto
- Traumatismo grave
- Episodios muy frecuentes

Exploraciones Complementarias

- Tomar TA acostado y de pie.
- Masaje del seno carotídeo («hipersensibilidad»)

Exploraciones Complementarias

- Mesa basculante (Tilt test)
 - Sensibilidad y Especificidad limitadas
 - Tendencia a presentar síncope vasovagales
 - El tipo de respuesta (vasodepresora /cardioinhibidora) puede no reproducirse en el evento espontáneo

Exploraciones Complementarias

- Monitorización ECG
 - Holter 24 horas
 - Monitorización durante ingreso
 - Holter de eventos: grabación automática y activación del paciente, 3 semanas.

Exploraciones Complementarias

- Otras pruebas
 - Ecocardiografía
 - Prueba de esfuerzo
 - Cateterismo cardiaco
 - Examen psiquiátrico
 - Examen neurológico

Exploraciones Complementarias

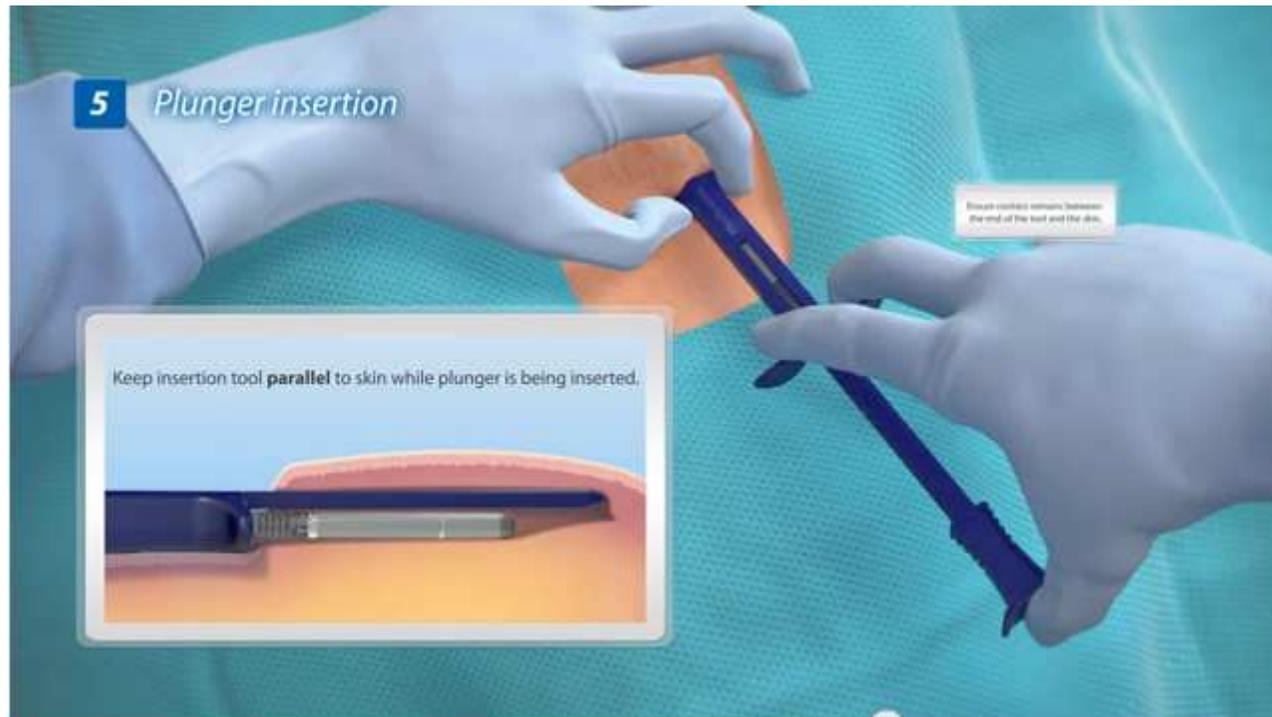
- Estudio electrofisiológico:
 - Sospecha de Bradiarritmia:
 - trastorno de conducción en ECG basal -> sospecha de BAV paroxístico.
 - Sospecha de Taquiarritmia:
 - Sospecha de TSV (palpitaciones, WPW,...)
 - Sospecha de TV (cardiopatía estructural, detección de TVNS en holter,...)

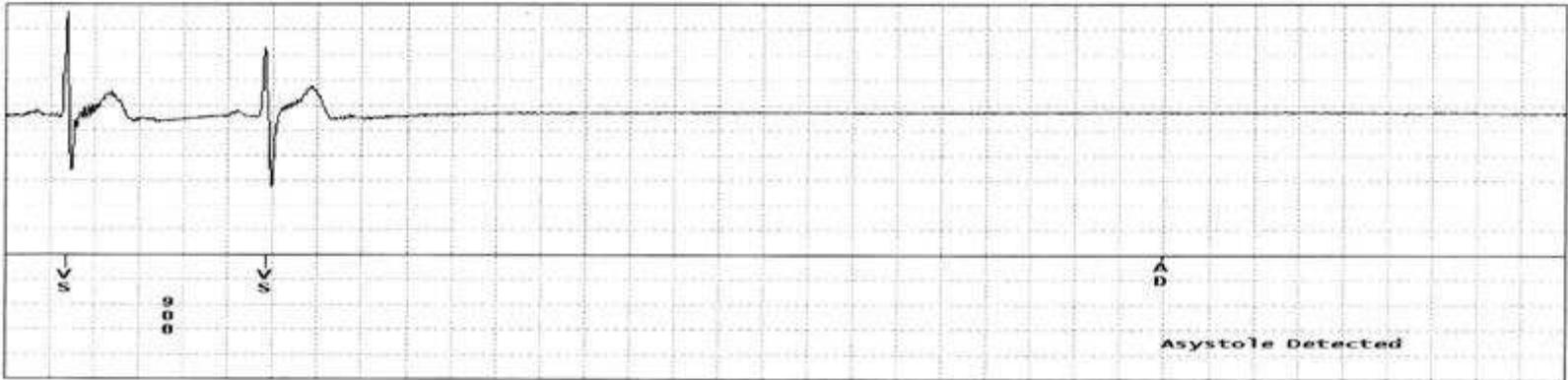
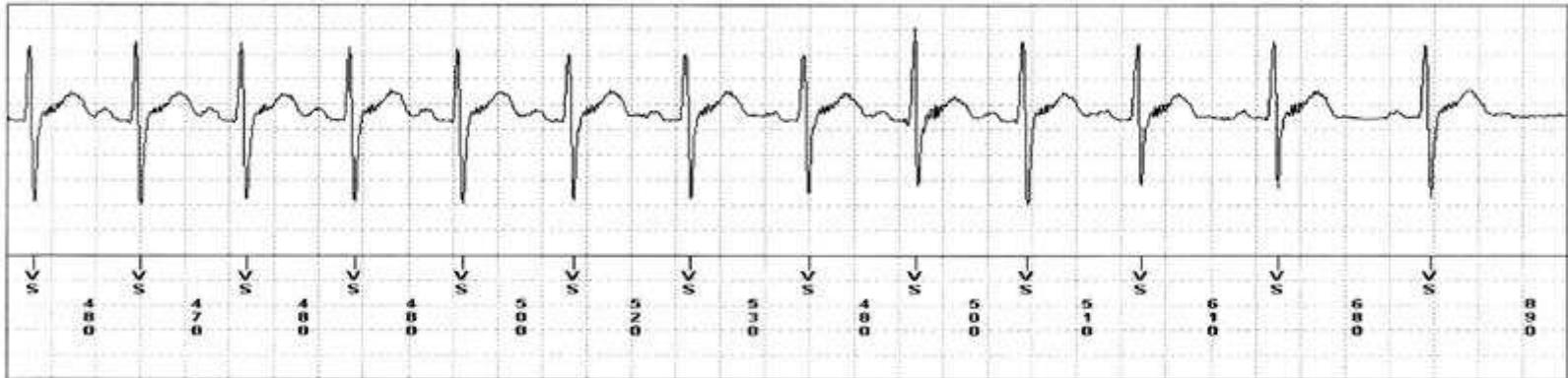
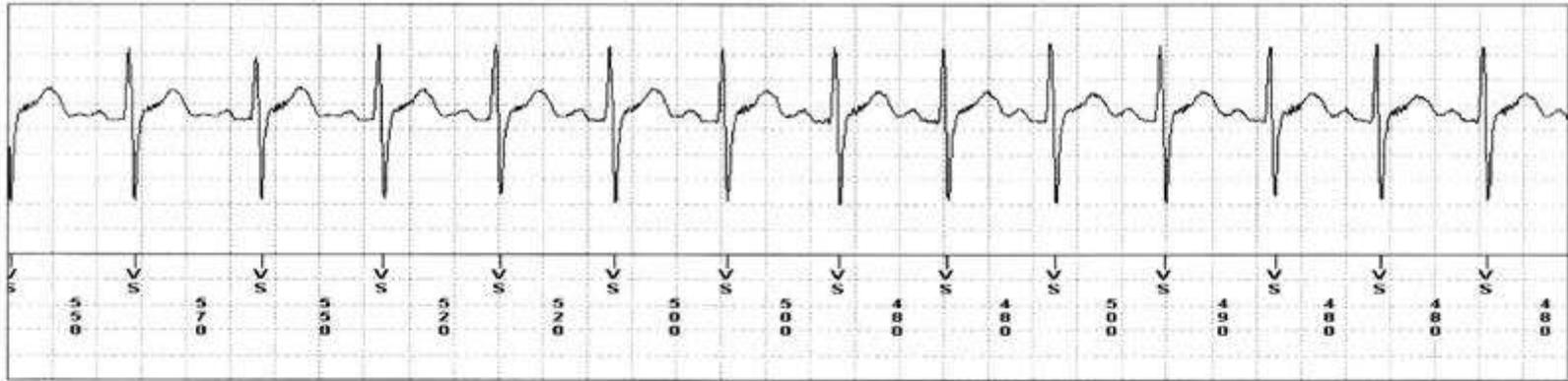
Exploraciones Complementarias

- Holter implantable



Exploraciones Complementarias





INDICACIONES DE HOLTER IMPLANTABLE

- EEF negativo y:
 - Bloqueo de rama -> sospecha de BAV paroxístico.
 - Cardiopatía estructural -> sospecha de taquiarritmia ventricular.
- Síncope de causa desconocida.
- Sospecha de Síncope neuromediado recurrente para enfoque terapéutico.
- Sospecha de epilepsia con tto ineficaz o caídas sin causa.



Implantable Loop Recorder Allows an Etiologic Diagnosis in One-Third of Patients

– Results of the Spanish Reveal Registry –

Francisco J. Lacunza-Ruiz, MD; Angel Moya-Mitjans, MD; Jesús Martínez-Alday, MD; Gonzalo Barón-Esquivias, MD; Ricardo Ruiz-Granell, MD; Nuria Rivas-Gándara, MD; Susana González-Enríquez, MD; Juan Leal-del-Ojo, MD; María F. Arcocha-Torres, MD; Julian Pérez-Villacastín, MD; Natalie Garcia-Heil; Arcadi García-Alberola, MD

Background: The implantable loop recorder (ILR) is a useful tool for diagnosing paroxysmal conditions potentially related to arrhythmias. Most investigations have focused on selected clinical studies or high-volume centers. The aim of this study was to evaluate the indications and outcomes of the ILR in real clinical practice.

Methods and Results: This was a prospective, multicenter registry of patients undergoing ILR implantation for clinical indications (April 2006–December 2008). Clinical characteristics (symptoms, arrhythmias, treatments) were recorded in a database. Follow-up data at 1 year or after the occurrence of the first episode were also recorded. Total enrollment: 743 patients (male, 413, 55.6%; 64.9±16 years); 228 (30.7%) had structural heart disease (SHD), and 183 (24.6%), bundle branch block (BBB). Recurrent syncope (76.4%) was the most common indication for implantation. Complete follow-up was obtained for 680 patients (91.5%). Three hundred and twenty-five patients (48%) presented 414 events, with a final diagnosis in 230 patients (70.8% of patients with events; 33.1% of patients with follow-up). Syncope secondary to bradyarrhythmia was the most frequent diagnosis. Similar rates of final diagnoses were noted in subgroups of SHD, BBB and normal heart. Regarding the cause of implantation, higher event rates were registered among patients with recurrent syncope.

Conclusions: One-third of patients obtained a final diagnosis with the ILR, independent of the baseline characteristics. Only the cause of implantation provided different rates of final diagnosis. (*Circ J* 2013; **77**: 2535–2541)

TRATAMIENTO

Síncope vaso-vagal

■ Medidas no farmacológicas

- Informar -> tranquilizar
- Evitar desencadenantes
- Reconocer pródromos ->
 - adoptar decúbito
 - Maniobras de contrapresión →



Síncope vaso-vagal

- Tratamiento farmacológico:
 - No hay ningún fármaco eficaz
- Estimulación cardíaca:
 - Eficaz en un subgrupo muy seleccionado de pacientes

Síncope vaso-vagal

Pacemaker Therapy in Patients With Neurally Mediated Syncope and Documented Asystole

**Third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3)
A Randomized Trial**

(Circulation. 2012;125:2566-2571.)

Benefit of Pacemaker Therapy in Patients With Presumed Neurally Mediated Syncope and Documented Asystole Is Greater When Tilt Test Is Negative

An Analysis From the Third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3)

(Circ Arrhythm Electrophysiol. 2014;7:10-16.)

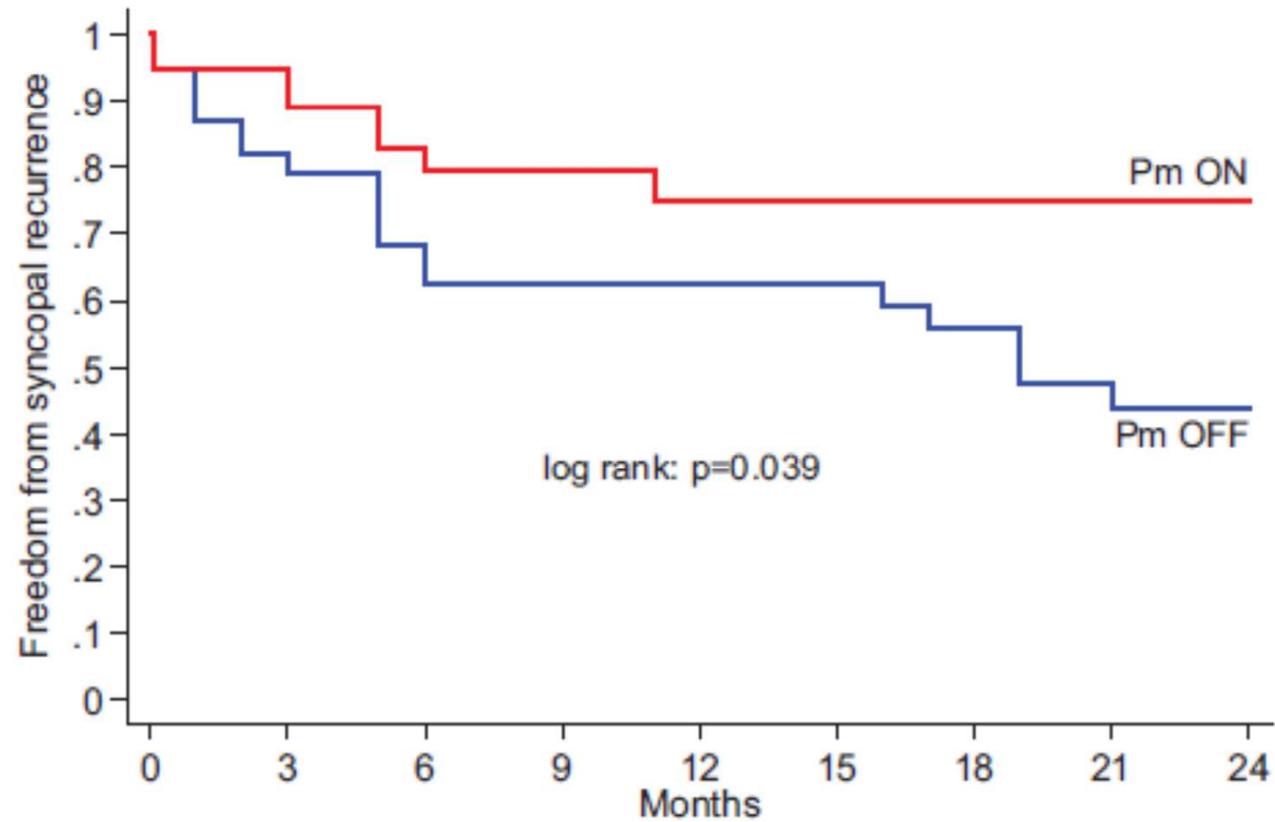
ISSUE 3

- Estudio prospectivo, aleatorizado y doble ciego

- 511 pacientes (>40 años y ≥ 3 síncope/2 años)

- Holter implantable
 - 185 síncope, de ellos **72** con pausa >3 sg
 - **17** Pausa >6 sg no sincopales
- 77 pacientes se les coloca un **Marcapasos** Bicameral y se aleatorizan ON/OFF

ISSUE 3

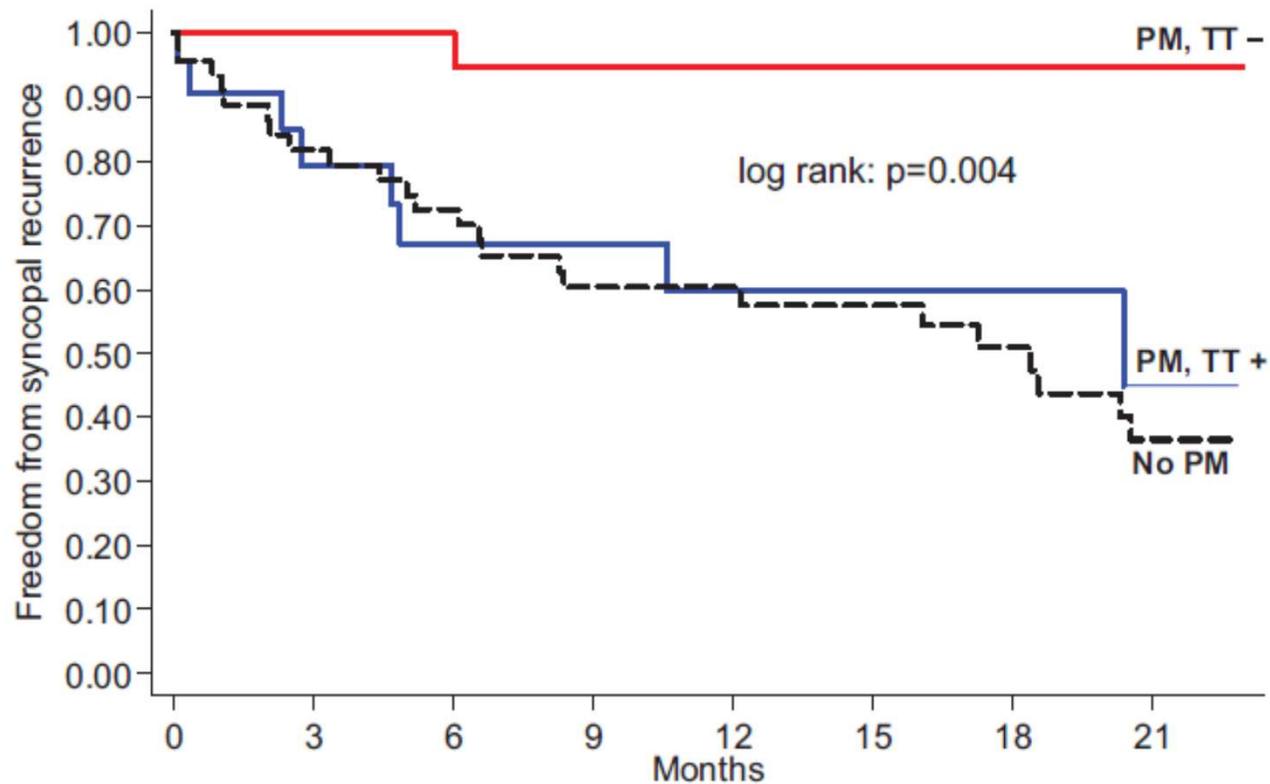


ISSUE 3

- **PROS:** primer estudio bien diseñado que demuestra que el tratamiento con marcapasos es beneficioso en un subgrupo muy seleccionado de pacientes con síncope VV.
- **CONTRAS:** Tratamiento invasivo / Coste -> se evitan muy pocos episodios sincopales a 2 años, sin consecuencias

Benefit of Pacemaker Therapy in Patients With Presumed Neurally Mediated Syncope and Documented Asystole Is Greater When Tilt Test Is Negative

An Analysis From the Third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3)



(*Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2014;7:10-16.)

Estimulación cardíaca en el síncope vasovagal

- En resumen, el marcapasos puede ser útil en pacientes:
 - > 40 años
 - Síncope recurrente
 - Causa desconocida, sospecha neuromediado
 - Tilt negativo
 - Asistolia en Holter implantable

TRATAMIENTO SINCOPE ORTOSTATICO

- Medidas no farmacológicas
- Fármacos:
 - Midodrina
 - Fludrocortisona
 - Otros: desmopresina, EPO...

Tratamiento síncope origen cardíaco

- Específico de la causa (estenosis aórtica...)
- Si es arrítmico:
 - Marcapasos
 - Desfibrilador automático implantable
 - Ablación con catéter
 - Fármacos

Recomendaciones: indicaciones de DCI en pacientes con síncope de causa desconocida y riesgo elevado de MSC

Situación clínica	Clase ^a	Nivel ^b	Comentarios
– En pacientes con miocardiopatía isquémica con FEVI muy deprimida o insuficiencia cardiaca, está indicado el tratamiento con DCI de acuerdo con las actuales guías sobre tratamiento de resincronización cardiaca-DCI	I	A	
– En pacientes con miocardiopatía no isquémica con FEVI muy deprimida o insuficiencia cardiaca, está indicado el tratamiento con DCI de acuerdo con las actuales guías sobre tratamiento de resincronización cardiaca-DCI	I	A	
– El tratamiento con DCI se debe considerar en pacientes con miocardiopatía hipertrófica de alto riesgo (véase el texto)	Ila	C	Si no hay alto riesgo, considérese GBI
– El tratamiento con DCI se debe considerar en pacientes con miocardiopatía ventricular derecha de alto riesgo (véase el texto)	Ila	C	Si no hay alto riesgo, considérese GBI
– El tratamiento con DCI se debe considerar en el síndrome de Brugada en pacientes con ECG espontáneo de tipo I	Ila	B	Si no hay patrón espontáneo de tipo I, considérese GBI
– El tratamiento con DCI se debe considerar en el síndrome de QT largo, junto con bloqueadores beta para los pacientes en riesgo	Ila	B	Si no hay alto riesgo, considérese GBI
– En pacientes con miocardiopatía isquémica sin FEVI muy deprimida o insuficiencia cardiaca y estimulación eléctrica programada negativa, se puede considerar el tratamiento con DCI	Ilb	C	Considérese GBI para ayudar a definir la naturaleza del síncope de causa desconocida
– En pacientes con miocardiopatía no isquémica sin FEVI muy deprimida o insuficiencia cardiaca, se puede considerar el tratamiento con DCI	Ilb	C	Considérese GBI para ayudar a definir la naturaleza del síncope de causa desconocida

DCI: desfibrilador cardioversor implantable; ECG: electrocardiograma; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; GBI: grabadora de bucle implantable; MSC: muerte súbita cardiaca.

^aClase de recomendación.

^bNivel de evidencia.

Síncope en el anciano

- Hipotensión ortostática > 75 años hospitalización 30%. No es fácil de reproducir: repetir.
- El sd del seno carotídeo cardioinhibitorio causa hasta el 20% de los síncope
- Medicación
- Testigo: paso vacilante, inestabilidad y reflejos protectores lentos
- Holter de PA: sospecha de inestabilidad de PA
- Holter implantable : alta frecuencia de arritmias en ancianos.



GRACIAS