

# Síncope

## DEFINICIÓN

Pérdida súbita y temporaria de la conciencia, asociada con disminución del tono postural, con recuperación espontánea, sin requerir maniobras de reanimación.

## EPIDEMIOLOGÍA

El síncope es de presentación común en la población general, incrementando su prevalencia en el subgrupo de gerontes. Motiva del 1 al 6% de las admisiones hospitalarias y el 3% de las consultas a las salas de guardia, correspondiendo en el 80% de los casos a mayores de 65 años.

El estudio Framingham, que reclutó 5209 pacientes de entre 30 y 62 años, libres de enfermedad cardíaca o neurológica al momento de la inclusión, mostró que el 3% de los hombres y el 3,5 % de las mujeres desarrollaron síncope en el transcurso de 26 años de seguimiento. En la encuesta SAC Redifa sobre factores de riesgo coronario, presentada en 2001, el 12% de los gerontes refirieron algún episodio sincopal.

La incidencia de nuevos casos es del 6,2 ‰ personas-año, se incrementa en forma abrupta en la séptima década a 11‰ y en octogenarios a 18‰. La incidencia anual en una población de mayores de 70 años en residencias geriátricas fue del 6% con una recurrencia del 30%; y a los 10 años de seguimiento el 23% tuvo algún episodio sincopal.

Así como la prevalencia aumenta con la edad, también lo hace la morbilidad derivada del incremento en caídas, traumatismos y percepción de deterioro y depresión.

El anciano tiene una tendencia natural hacia la caída, el síncope y el presíncope dado los cambios fisiológicos en frecuencia cardíaca, sensibilidad barorefleja, regulación del volumen intravascular y mecanismos de sed, sumado a las enfermedades comórbidas altamente prevalentes y los tratamientos resultantes. El anciano tiene 3,5 enfermedades en promedio que incluyen la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar e insuficiencia renal, accidentes vasculares cerebrales y sus terapias farmacológicas que agregan riesgo adicional y se comportan como factores de riesgo para el desarrollo de síncope.

El síncope y sus consecuencias (los traumatismos asociados y la pérdida de confianza en su autosuficiencia) conllevan un gasto enorme en los recursos de salud y un desafío en la toma de decisiones en etapas de la vida donde conviven pacientes autosuficientes y otros altamente dependientes (anciano frágil).

Las causas de síncope en el anciano no difieren sustancialmente de las del joven, sin embargo la prevalencia de hipotensión ortostática, arritmias cardíacas y síndrome del seno carotídeo es mayor. (Tabla de Causas) Así la prevalencia de hipotensión ortostática en la población geronte es mayor del 6% y como causa de síncope corresponde al 20-30% de las etiologías, donde se encuentran las causas asociadas a fallas autonómicas secundarias a diabetes, Parkinson y medicamentos antihipertensivos.

La hipersensibilidad del seno carotídeo es más prevalente en los mayores y se asocia con enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y frecuente comorbilidad.

Las respuestas del seno carotídeo en sus formas cardioinhibitorias y vasodepresoras son causa de síncope en un porcentaje no despreciable (6 al 20%). Las formas de presentación espontánea (rotación el cuello o compresión) representan menos del 1% de las causas de síncope. Más comúnmente se evidencia con la compresión digital y esta asociado a otras condiciones (enfermedad del nódulo sinusal y síndromes neuromediados-vasovagales). No debe excluirse la exploración del seno carotídeo en los pacientes con síncope y caídas frecuentes, pero una respuesta anormal será considerada causal en ausencia de otros hallazgos patológicos que justifiquen el cuadro.

Las causas neurológicas se resumen en enfermedades cerebrovasculares, epilepsias e insuficiencia autonómica. Las cerebrovasculares, con síncope como única manifestación son excepcionales y se asocian al territorio de las vertebrales y cerebral posterior (accidentes isquémicos transitorios y robo de la subclavia). La prevalencia de ancianos con síncope asociado a accidentes isquémicos transitorios es desconocida, pero probablemente sea cercana al 7% de aquellos que consultan a un servicio de emergencia, encontrándose frecuentemente asociada a hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. La epilepsia constituye un diagnóstico diferencial del síncope cuando son asistidos en la fase de recuperación o flacidez de la misma. El interrogatorio a los testigos o familiares habitualmente suele ser un elemento de ayuda en estos casos.

Finalmente las insuficiencias autonómicas más prevalentes son las asociadas a diabetes y Parkinson. El elemento cardinal es la hipotensión ortostática posprandial o vinculada a la toma de medicamentos. Los desórdenes psiquiátricos, especialmente los síndromes depresivos, crisis de ansiedad y alcoholismo se observan en el 24-35% de los casos con síncope en poblaciones no seleccionadas. Como única causa de síncope su prevalencia es baja en todos los grupos etarios (2 al 7%).

*Causas de síncope*

---

Síncope no cardíaco

MEDIADO NEURALMENTE:

*Prevalencia intermedia, bajo riesgo*

- Neurocardiogénico (vasovagal).
- síndrome del seno carotídeo.
- situacional, tusígeno, miccional, deglutorio, defecatorio, postejercicio.
- Neuralgia del trigémino y glosofaríngeo.

ORTOSTÁTICO:

*Prevalencia intermedia a alta, riesgo dependiente de la causa y enfermedades asociadas*

- Hipotensión ortostática.
- Drogas/ depleción de volumen.
- Falla autonómica:
  - Primaria* (Falla autonómica pura, atrofia sistémica múltiple, enfermedad de Parkinson con falla autonómica).
  - Secundaria* (Ej. Neuropatía diabética, alcohólica, por amiloidosis).

NEUROLOGICO:

*Prevalencia baja, riesgo moderado*

- AIT de fosa posterior, Síndrome de robo de la subclavia.
- Epilepsias.

PSICOGENICO:

*Prevalencia baja, riesgo desconocido*

- Desórdenes de ansiedad y depresión.

---

Síncope cardíaco

ARRÍTMICO:

*Prevalencia intermedia a baja, riesgo alto*

- Disfunción del nodo sinusal.
- Enfermedad del sistema de conducción auriculoventricular.
- Taquicardia supraventricular paroxística y ventricular.
- Síndromes arritmogénicos hereditarios (QT prolongado, Brugada).
- Malfuncionamiento de dispositivos implantados (marcapasos, ICD).
- Proarritmia inducida por drogas.

ENFERMEDAD CARDÍACA ESTRUCTURAL O CARDIOPULMONAR

*Prevalencia intermedia, riesgo dependiente de la cardiopatía:*

- Enfermedad cardíaca valvular.
- Síndromes coronarios agudos.

*Prevalencia baja:*

- Cardiomiopatía obstructiva.
- Mixoma auricular.
- Disección de aorta.
- Taponamiento pericárdico.
- Hipertensión pulmonar, embolismo pulmonar.

---

DESCONOCIDO: *prevalencia intermedia, riesgo bajo a moderado*

---

Las causas cardiovasculares corresponden a cardiopatías estructurales y arritmias. En el paciente añoso se incrementa la prevalencia de cardiopatía isquémica y de sus complicaciones tanto de fase aguda como crónica y de miocardiopatías. No debe olvidarse, especialmente en el geronte que consulta por el primer episodio de síncope en emergencias, la presentación del infarto agudo de miocardio, cuya única sintomatología es la pérdida de conciencia.

El envejecimiento de la población se acompaña de un incremento progresivo de las esclerocalcificaciones valvulares aórticas, así en la octava década de la vida el 3-4% de la población tiene estenosis aórtica y de estos el 25% se manifestará con síncope. Otras causas no menos importantes en pacientes hospitalizados la constituyen la enfermedad tromboembólica pulmonar cuya presentación como síncope aislado debe reconocerse. En términos generales son más prevalentes como causa de síncope o presíncope las bradiarritmias asociadas a enfermedad del nódulo sinusal, el bloqueo auriculo-ventricular y la taquicardia ventricular.

Las causas de enfermedad del nódulo sinusal se hallan en los disturbios estructurales de las aurículas (fibrosis y dilatación); sin embargo, los factores extrínsecos asociados a influencias del tono autonómico, drogas cardioactivas y estado de hidratación contribuyen en la tolerancia hemodinámica de la arritmia.

Las alteraciones del nódulo aurículo ventricular asociadas a síncope son el bloqueo AV de 2do grado (Mobitz II) y de tercer grado. Si bien el bloqueo AV de primer grado no es causa de síncope, frecuentemente se asocia a bloqueo de las ramas y sugiere fuertemente mayor enfermedad del sistema de conducción. El síncope suele asociarse más a la demora en la salida de los marcapasos subsidiarios que al ritmo lento que se establece luego.

En los pacientes con bloqueo de ramas y especialmente los bifasciculares suelen tener similar comportamiento, sin embargo en presencia de cicatriz necrótica o deterioro de la función ventricular asociado, la pérdida de conciencia puede ser expresión de taquiarritmias ventriculares asociados al sustrato.

El anciano suele tener inhabilidad para compensar situaciones de estrés habitual frente a enfermedades médicas aun benignas, sus medicaciones, o al estrés ambiental. Así es común no encontrar una única causa de síncope, pero si varias causas potenciales en el mismo paciente. Desde el punto de vista de riesgos, es sumamente complejo discernir, en este contexto, el valor pronóstico del síncope. El reconocimiento y manejo hacia la corrección de estos redundan en disminución de los casos de las recurrencias y caídas. El punto aun más conflictivo se presenta en los pacientes con deterioro cognitivo asociado.

## PRONÓSTICO

Son el grupo etario de mayor riesgo en términos de mortalidad, pero aun dentro de los ancianos, los síncope cardíacos son de peor evolución. Alguna duda existe con respecto a los síncope neurológicos, ya que la prevalencia de estos es baja en los cuadros que cursan solamente con síncope, sin embargo y en forma similar, a los pacientes con cardiopatía, estos muestran incremento en el riesgo de muerte y accidentes cerebrovasculares.

Un solo estudio evaluó y luego validó en forma prospectiva una regla de estratificación, considerando punto final muerte o arritmia cardíaca que genere internación, encontrando 4 variables pronósticas que incluyen: edad mayor de 45 años, historia de insuficiencia cardíaca, historia de arritmias ventriculares y ECG anormal (excepto cambios inespecíficos del ST-T). La ausencia de cualquiera de ellas tiene una tasa de arritmias y mortalidad anual de 4 a 7%, muerte de 2%; y se incrementa en aquellos pacientes con 3 o 4 variables a 58 a 80% y 33% respectivamente.

## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La evaluación de estos pacientes se centra en utilizar las herramientas de la anamnesis y el examen físico cuidadoso, y a las distintas metodologías desde las más sencillas a las más complejas.

Dos puntos o llaves de entrada guían la evaluación:

1. ¿Existe enfermedad cardíaca subyacente? Esto se debe a la implicancia pronóstica del síncope cardíaco.
2. Reconocer claramente enfermedades clínicas asociadas. El síncope del anciano puede ser multicausal y multifactorial (es decir, puede presentarse con la concurrencia de elementos y frecuentemente coexisten varias causas etiológicas).

## Estrategia de evaluación inicial o de primer nivel

La estrategia se orienta en la evaluación escalonada dirigida a correlacionar síntomas con anomalías detectadas en los estudios. (Gráfico de evaluación diagnóstica). Debido a la ausencia de un criterio patrón oro o "gold estándar" se iniciará la evaluación desde la anamnesis cuidadosa del paciente y los familiares o testigos de los episodios y continuará con el examen físico, con especial atención en la búsqueda de enfermedad cardíaca, neurológica, e hipotensión ortostática. Este primer escalón diagnóstico se completa con el ECG, cuyo rendimiento diagnóstico es limitado, pero la presencia de secuelas de infarto, bloqueo de ramas, bradi o taquiarritmias son elementos simples de rescatar y orientan la evaluación posterior. (ver tabla de anomalías sugestivas del ECG). La radiografía de tórax y el laboratorio se realizan según la guía clínica y su rendimiento diagnóstico es muy bajo. Este enfoque de nivel inicial puede instrumentarse en salas de guardia o internación.

## Recomendaciones de evaluación inicial o de primer nivel

## Clase I

- Anamnesis y examen físico en todos los pacientes. Se recomienda fuertemente el interrogatorio a los familiares o testigos del síncope.
- Electrocardiograma de 12 derivaciones en todos los pacientes.
- El laboratorio está indicado en todos los pacientes con desordenes metabólicos, ingesta de diuréticos o sospecha de síndrome isquémico agudo.
- Rx de tórax en el paciente que consulta a guardia con síncope asociado a dolor precordial, disnea o dificultad respiratoria o síndrome febril.
- Maniobras de hipotensión ortostática en ausencia de síndrome isquémico agudo, insuficiencia cardíaca o arritmias en el momento de la consulta. (La TA debe tomarse en posición supina, sentado y de pie en el primer minuto hasta los 5, y luego cada 3 minutos si se evidencia descenso inicial, con o sin taquicardia ortostática, hasta la aparición de mareos, presíncope o síncope)
- Masaje del seno carotídeo: en ausencia de síndrome isquémico agudo, insuficiencia cardíaca, arritmias o soplo carotídeo en el momento de la consulta, o antecedente de accidente cerebrovascular reciente.

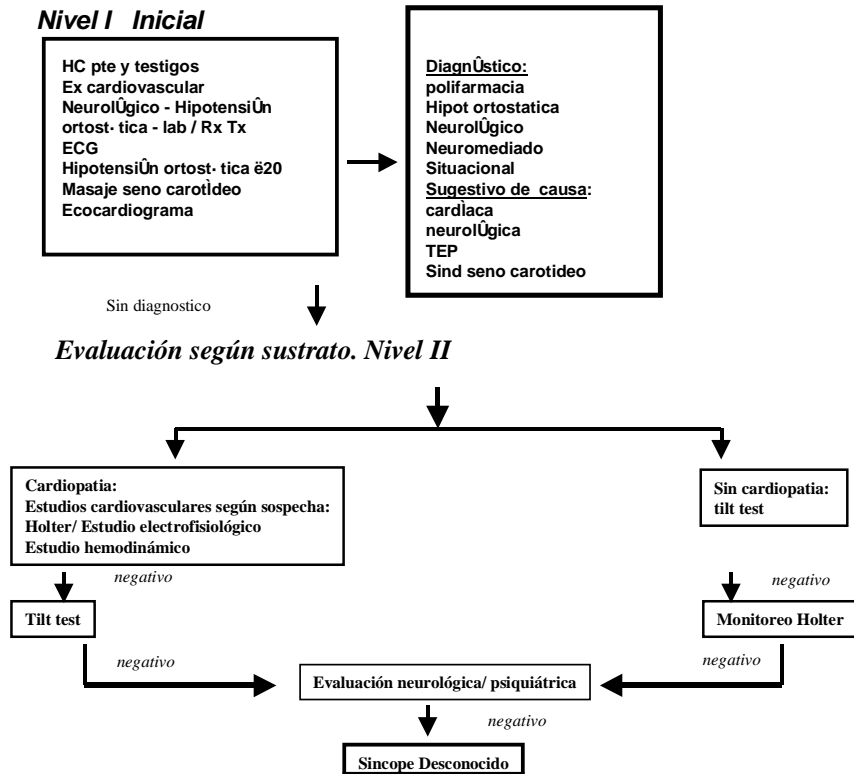
*Diagnóstico en estadio inicial de evaluación o en guardia (No requiere proseguir con estudio de causa de síncope)*

## Clase I:

Los resultados de la evaluación inicial o de primer nivel son diagnósticas de la causa de síncope en las siguientes situaciones:

1. Síncope vasovagal: se diagnostica si ocurre en situaciones, como sensación de temor o emoción intensa, dolor severo, instrumentación u ortostatismo prolongado y se asocia con pródromos típicos.
2. Síncope situacional: se diagnostica si ocurre durante o inmediatamente post micción, defecación, tos o deglución.
3. Síncope posprandial: hasta los 75 minutos pos ingesta con documentación de caída mayor de 20 mm Hg de la tensión arterial sistólica.
4. Síncope por hipotensión ortostática\*: se diagnostica cuando hay documentación de hipotensión ortostática asociada con síncope o presíncope o inhabilidad para mantenerse de pie.
5. Síncope del seno carotídeo: se considera Síndrome del Seno Carotídeo a las respuestas positivas cardioinhibitorias (pausa mayor de 3 segundos) y/o vasodilatorias (caída de más de 50 mm Hg de la TA sistólica) sintomáticas, en ausencia de otra causa.
6. Síncope relacionado a isquemia de miocardio o infarto\*: se diagnostica cuando hay síntomas coinci-

\*La evaluación posterior irá dirigida al cuadro específico y no al síncope



Síncope. Estrategia de evaluación

dentos con cambios isquémicos agudos en el electrocardiograma, independiente del mecanismo cardíaco o reflejo (Bezold-Jarish). Habitualmente es el primer episodio por el que consulta en guardia y el dolor precordial puede no existir, ser oligosintomático o no recordarlo por amnesia post recuperación.

7. Síncope arrítmico: se considera diagnóstico por electrocardiograma cuando se evidencia:
- Bradicardia sinusal < 40 lat/min, bloqueo sinoauricular o pausas sinusales > 3 seg.
  - Bloqueo auriculoventricular de 2º grado Mobitz II o 3º grado.
  - Alternancia de bloqueo de rama derecha e izquierda.
  - Taquicardia paroxística supraventricular rápida o taquicardia ventricular.
  - Marcapaso definitivo con fallas en su función que determina la existencia de pausas.

**Clase II:**

1. Se considerara probable causa de síncope la hipotensión ortostática asintomática (descenso de TA sistólica mayor de 20 mm Hg o caída a valor de 90 mm Hg) cuando no hay otra causa alternativa de síncope
2. Se considera Síndrome del Seno Carotideo las respuestas positivas cardioinhibitorias (mayores a 3 segundos) o vasodepresoras (caída de la TA sistólica

mayor a 50 mm Hg ) asintomáticas, en ausencia de otra causa.

**Evaluación según sospecha de causa o segundo nivel**  
Luego de la primera etapa, en ausencia de causa, la evaluación continuará según la presencia de cardiopatía o no. Este enfoque pragmático se basa en la jerarquía pronóstica de los síncope arrítmicos y está especialmente dirigida a los pacientes que concurren a un servicio de emergencias o son asistidos en el primer episodio. Debe recordarse que en ancianos el síncope frecuentemente se da por múltiples causas concurrentes que no necesariamente se presentan al momento de la evaluación. Es opinión del consenso la necesidad de realizar ecocardiograma en esta segunda etapa dada la frecuente tasa de electrocardiogramas anormales no diagnósticos en ancianos, con el fin de evaluar especialmente la función ventricular.

La ausencia de cardiopatía obliga a descartar, dada su prevalencia los síncope neuromediados con tilt test. Por oposición, la presencia de enfermedad cardíaca estructural y/o electrocardiograma con anomalías "sugestivas" (ver tabla de ECG) obliga a descartar mecanismos arrítmicos como causa de síncope y en este sentido la estrategia se orienta a evaluar la susceptibilidad a bradi o taquiarritmias. En general, la presencia de secuelas de infarto, deterioro de la función sistólica del VI y/o insuficiencia cardíaca iz-

Tabla ECG .  
*Anormalidades electrocardiográficas sugestivas de síncope arrítmico  
 (no diagnósticas, debe continuar evaluación con sospecha de síncope arrítmico)*

1. Bloqueo bifascicular (BCRI o BCRD más HBA o HBP).
2. Otras alteraciones de la conducción intraventricular (duración QRS > 120 mseg).
3. Bloqueo auriculoventricular de 2 grado Mobitz II.
4. Bradicardia sinusal asintomática (< 50 lat/min) o bloqueo sinoatrial.
5. Complejos QRS pre-exitados.
6. Intervalo QT prolongado.
7. Patente de BRD con supradesnivel del ST en V1-V3 (Síndrome de Brugada).
8. Ondas T negativas en las precordiales derechas, onda epsilon y potenciales ventriculares tardíos sugestivos de displasia arritmogénica del ventrículo derecho.
9. Ondas Q sugestivas de infarto de miocardio.
10. Cambios en el ST- T atribuibles a un síndrome isquémico agudo.

quierda apoya fuertemente la evaluación invasiva con estudio electrofisiológico. La estrategia alterna de evaluación con Holter se reserva para aquellos pacientes con síncope recurrente, ausencia de insuficiencia cardíaca o arritmias ventriculares en el ECG, y cuando la sospecha de enfermedad del nódulo sinusal o bradiarritmias es elevada.

#### *Holter*

##### *Recomendaciones de indicación:*

*Clase I :* Se indica con síntomas frecuentes y alta probabilidad de síncope arrítmico.

*Clase II :* Se indica en pacientes con cardiopatía y evaluación completa luego del estudio electrofisiológico sin diagnóstico. Pacientes con primer episodio de síncope en presencia de enfermedad cardíaca grave, miocardiopatía dilatada, secuela de infarto.

*Clase III:* Arritmias graves sintomáticas en el ECG de guardia.

##### *Se consideran diagnóstico:*

*Clase I:* Holter con síntomas que correlaciona con arritmias en el trazado.

Holter con síntomas y registro electrocardiográfico normal. (descarta causa arrítmica)

Holter asintomático con bloqueo auriculoventricular completo o mobitz II (no nocturno), taquicardias ventriculares rápidas autolimitadas con sustrato.

#### *Estudio electrofisiológico*

##### *Recomendaciones de indicación:*

*Clase I:* El EEF está indicado en presencia de enfermedad cardíaca estructural o enfermedad del sistema de conducción en ancianos, sin enfermedades comórbidas, con alto riesgo de traumatismos, sin diagnóstico en la evaluación inicial. En pacientes con cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca cuyo pronóstico vital es excelente.

*Clase II :* ninguna

*Clase III :* Ancianos con ECG normal sin antecedentes. Con patología cardiovascular y cuya expectativa de vida es menor de 6 meses o varias enfermedades comórbidas asociadas.

##### *Se considera diagnóstico:*

*Clase I:* Bradicardia sinusal marcada con tiempo de recuperación de nódulo sinusal corregido mayor a 525 mseg. Bloqueo bifascicular asociado a HV mayor o igual a 100 mseg, o bloqueo de 2 o 3 grado con marcapaseo, o con la administración de ajmalina o procainamida. Inducción de taquicardia ventricular monomorfa sostenida.

Inducción de arritmia supraventricular de alta frecuencia asociada a síncope o hipotensión arterial

#### *Prueba ergométrica*

##### *Recomendaciones de indicación:*

*Clase I :* Se indica en pacientes con síncope asociado a ejercicio o pos esfuerzo inmediato.

*Clase II:* En gerontes previo al tilt test con isoproterenol, debido a la posibilidad de inducir arritmias e hipertensión con este fármaco.

##### *Se considera diagnóstico:*

*Clase I:* Cuando desarrolla hipotensión y/ o bradicardia durante o pos ejercicio inmediato. Desarrolla Bloqueo Mobitz II o bloqueo de tercer grado con o sin síntomas.

#### *Cinecoronariografía*

La angiografía coronaria raramente aporta respuesta al diagnóstico de causa de síncope fuera de la presunción clínica que la guía.

*Clase I:* Ninguna

*Clase II:* Para establecer y confirmar el diagnóstico en el contexto de síncope asociado a síndromes isquémicos agudos o a valvulopatías, en vistas a la resolución terapéutica.

**Clase III:** En ausencia de sospecha de causa cardiovascular.

*Tilt test ( test de camilla oscilante)*

**Recomendaciones de indicación:**

**Clase I:** Se indica en síncope recurrente o primer episodio si se acompañó de traumatismo, en ausencia de enfermedad cardíaca. Pacientes con enfermedad cardíaca, con evaluación normal y sin diagnóstico de causa cardíaca obstructiva o arrítmica. Pacientes con síncope y relajación de esfínteres, mioclonias o recuperación lenta, en quienes se plantea el diagnóstico diferencial de epilepsia vs síncope neuromediado.

**Clase II:** En pacientes con caídas frecuentes sin diagnóstico. En pacientes con presíncope o mareos en ausencia de causa. Asociado a estudio electrofisiológico cuando hay sospecha de componente neuromediado asociado a arritmias.

**Clase III:** Episodio único de síncope en ausencia de traumatismo. Síncope con hallazgos claros de componente neuromediado. Causa cardiovascular obstructiva o arrítmica documentada. Síncope asociado a síndromes isquémicos agudos o anatomía coronaria con lesiones severas no revascularizadas. Evaluar la eficacia del tratamiento basado en la negativización de la prueba.

*Estudios vasculares y neurológicos*

El electroencefalograma y la tomografía de cerebro no deben ser usados de rutina en los pacientes con síncope. Su indicación está guiada por la sospecha de causa neurológica.

*EcoDoppler vascular*

Se indica ante la sospecha de robo de la arteria subclavia. (Clase I C)

*EcoDoppler carotídeo*

No tiene indicación para la evaluación de la causa de síncope en ausencia de foco motor. (Clase III C)

#### TRATAMIENTO DE LOS CUADROS SINCOPALES

##### a) Medidas generales: (No farmacológicas)

Página atrás se comentó la naturaleza multicausal de los cuadros sincopales, es así que hay varias medidas que son comunes a todos los pacientes.

1. Evitar los estrés hipotensivos:
  - Ortostatismo prolongado o sentado, en especial luego de las comidas.
  - Diuréticos en la fase de recuperación de enfermedades agudas.
  - Nitratos y vasodilatadores.
  - Ingesta excesiva de comida y alcohol.
  - Ambientes calurosos o cerrados.

2. Maximizar el retorno venoso:
  - Ejercicio leve de miembros inferiores y abdomen.
  - Evitar la posición erecta bruscamente y/o manobra de defecación sostenida.
  - Elevar la cabecera de la cama.

##### b) Hipotensión ortostática

Las causas más comunes para poner en evidencia las fallas autonómicas son las drogas de uso habitual en cardiología. De allí que el uso adecuado según indicación, ajustado a las condiciones concomitantes y considerando los aspectos de la farmacocinética y farmacodinamia aplicables al anciano son la herramienta principal para su tratamiento. Frecuentemente se obtiene beneficios con incrementos leves de la tensión arterial sistólica en 10 a 15 mm Hg.

Todas las consideraciones de cuidado en "medidas generales" son aplicables a los pacientes con insuficiencia autonómica e hipotensión ortostática, además se sugiere:

- Expansión de volumen a 2 litros más, sin cambio en la ingesta sal. (Clase I C)
- Elevación de la cabecera de la cama y cuidado con la hipertensión nocturna. (Clase I C)
- Uso de medias elásticas hasta la cadera. (Clase I B)
- Ejercicio aeróbico leve y dorsiflexión de miembros inferiores frecuente. (Clase I B)
- En hipotensión posprandial se recomienda dieta en bajos volúmenes, mas frecuente y con menor proporción de carbohidratos. (Clase I C), ingesta de 2 tasas de café (250 mg), antes de las comidas. (Clase II C)
- El uso de fármacos se reserva para casos muy sintomáticos y /o con traumatismos:
  - Fluorhidrocortisona 0,1 a 0,2 mg día. (Clase II B)
  - Alfa agonistas: Midodrine (no disponible en Argentina) en dosis de 2,5 a 10 mg, 3 veces/día. (Clase I B)
  - Etilerfrina para el manejo sintomático. (Clase II C)
  - Eritropoyetina en pacientes con anemia e insuficiencia autonómica. (Clase II B)

##### c) Síncopes neuromediados / vasovagales/ situacionales

*Medidas generales*

Las mismas presentadas en párrafo A (medidas generales) además:

- Educación de los gatillos o desencadenantes de estos síncopes reflejos (Clase I C)
- Educación de síntomas premonitorios y maniobras para evitarlos o abortar respuestas (Clase I C)
- Ejercicio aeróbico leve a moderado según evaluación clínica y ergométrica (Clase II B para caídas y C para síncope)
- Tilt training, es decir prescripción de postura de pie por períodos progresivos de tiempo, a fin de reducir la recurrencia (Clase II B en jóvenes y C en ancianos)

- Drogas en síncope neuromediados: los bloqueantes beta no son útiles en las formas cardioinhibitorias (Clase III A) y vasodpressoras, con excepción de los pacientes con taquicardia postural (Clase II C). Midodrine: (Clase II B). Paroxetina en altamente sintomáticos (Clase II B). Escopolamina, teofilina y clonidina no han sido motivo de evaluación en estudios controlados de largo plazo. El consenso no recomienda su uso en ancianos (Clase III B).
- Marcapasos en síncopes neuro mediados/ vasovagales: En pacientes altamente sintomáticos con síncope recurrente o traumatismo asociado o sin prodromos cuando domina la forma cardioinhibitoria (Clase II B).

#### d) Síndrome del seno carotídeo

*Indicación de tratamiento:* Se reserva para pacientes con síncope recurrente o primer episodio con traumatismo.

En síndromes con presentación espontánea instruir sobre medidas que eviten estiramiento o compresión de cuello (Clase I C). En formas vasodpressoras no hay evidencias de que el tratamiento farmacológico sea efectivo. En pacientes altamente sintomáticos por caídas o traumatismo se puede incrementar la expansión volumétrica y usar vasoconstrictores (Clase II C), con especial cautela en el cuidado de la TA.

En las formas cardioinhibitorias o mixtas con pausas mayores a 3 segundos se indica el marcapaso definitivo (Clase I B).

#### e) Síncope arrítmico

*Indicación de tratamiento:* Las indicaciones de tratamiento farmacológico, marcapasos, procedimientos de ablación y ICD deben ser consensuadas por el equipo médico actuante según la presencia y pronóstico de enfermedades asociadas, grado de independencia para las actividades de la vida diaria, e inserción laboral.

- a. Enfermedad del Nódulo sinusal y bloqueo aurículo ventriculares:
 

Marcapasos cuando se demuestra bradiarritmia sintomática o bloqueo aurículo-ventricular mobitz 2 o bloqueo de tercer grado (Clase I B). Dada la presencia frecuente de enfermedades comórbidas, uso de medicaciones e hipotensión ortostática, las recomendaciones de medidas generales y la adaptación de las drogas en uso, podría prevenir las concausas y disminuir las recurrencias de síncope o presíncope (Clase I C).
- b. Taquiarritmias supraventriculares:
 

En arritmias supraventriculares sintomáticas, consideradas como causales de síncope se aplican las recomendaciones del consenso de arritmias. Debido al frecuente componente neuromediado presente en las taquiarritmias supraventriculares se recomiendan las medidas generales presentadas en el síncope neuromediado/ vasovagal (Clase I C).
- c. Taquiarritmias ventriculares: se aplican las recomendaciones del consenso de arritmias.

#### f) Síncope por cardiopatía estructural

*Clase I:* Toda la estrategia del tratamiento está dirigida hacia la corrección de la causa subyacente.

#### SITUACIONES ESPECIALES

##### 1. Criterios de internación:

###### *Diagnóstico:*

- Síncope en primer episodio (excepto síncopes situacionales).
- Síncope asociado a dolor torácico.
- Síncope sin prodromos, con traumatismo.
- Antecedentes de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o arritmias, signos semiológicos de enfermedad valvular o neurológica.
- Hipotensión ortostática moderada a severa.
- Cambios en el ECG: anormalidad del ST-T isquémicos, prolongación del QT o bloqueo de ramas o bloqueo AV de alto grado.

Nota : La internación debe realizarse en áreas con disponibilidad de monitoreo del ECG y control de enfermería frecuente en las primeras 24 horas.

###### *Terapéutico:*

- Síncope por isquemia miocárdica y / o arrítmico.
- Causa neurológica / ACV.
- Síncope neuromediado o síndrome del seno carotídeo cuando se planea colocar un marcapasos.

##### 2. Caídas y síncope

La caída ocasional (aislada o menor a una por año) en general no se asocia a patología cardiovascular o neurológica. Por oposición las caídas frecuentes, definidas como dos o más en un periodo de 6 meses, deben ser motivo de evaluación médica. La evaluación y el tratamiento del anciano que cae son interdisciplinarias, abarcando al: clínico/geriatra, cardiólogo, neurólogo, y terapeuta físico.

El síntoma es inespecífico para cardiopatía; sin embargo, pueden ser motivo de estudio por parte del cardiólogo dado que: a. La tasa de caídas es mayor en los ancianos polimedicados (dos a cuatro fármacos) independientemente del tipo de remedios, b. Hay mayor número de caídas en los pacientes que ingieren vasodilatadores o diuréticos, c. Algunas causas de síncope son las mismas que las de las caídas (hipotensión ortostática, bradiarritmias y enfermedad valvular aórtica), d. La prevalencia de disfunción autonómica asociada a parkinson, diabetes e hipertensión solas o asociadas es alta.

###### *Indicaciones de evaluación de caídas por el cardiólogo*

*Clase I:* Caídas frecuentes asociadas patología cardíaca (Clase I B). Caídas en ausencia de déficit visual, auditivo, motor kinésico, con antecedente de síncope (Clase I C).