

Síncope na emergência

Autores e Afiliação:

Larissa de Oliveira Souza. Ex-residente de clínica médica do Departamento de Clínica Médica da FMRP - USP; Henrique Turin Moreira, Ana Marta Antunes Salgado. Médicos Assistentes da Divisão de Cardiologia do Departamento de Clínica Médica da FMRP - USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

Identificação, caracterização e estratificação de episódios de síncope na sala de urgência.

Data da última alteração: Segunda-feira, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: Quinta-feira, 16 de agosto de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Síncope é a perda transitória da consciência secundária à hipoperfusão cerebral transitória. Caracteriza-se por um evento de início rápido, curta duração e recuperação espontânea (fluxograma 1). Frequentemente ocorre sem sintomas prodrômicos, porém a presença de pró-dromo não exclui síncope como causa de perda transitória da consciência. Apesar de incomum, amnésia retrógrada pode ocorrer, principalmente em idosos.

Classificação etiológica: Síncope pode ser classificada como reflexa (neuralmente mediada), secundária à hipotensão ortostática ou secundária à doenças cardiovasculares (figura 1).

Diagnóstico:

O diagnóstico da síncope é realizado por meio da avaliação clínica (história clínica e exame físico). Uma avaliação clínica detalhada pode esclarecer a causa da síncope na maioria dos casos.

1. Aspectos importantes da história clínica:

1.1 Circunstâncias que precederam a síncope: posição (supina, sentada ou ortostase), atividade (repouso, mudança postural, durante ou após exercícios, imediatamente após urinar, defecação, tosse ou engolir), fatores predisponentes (lugares cheios ou quentes, ortostase prolongada, pós-prandial) e eventos precipitantes (medo, dor intensa ou movimentos cervicais).

1.2 Pródromo: náusea, vômito, desconforto abdominal, frio, sudorese, aura, dor nos ombros ou pescoço, turvação visual, tontura, palpitações.

1.3 Quadro clínico durante a perda de consciência (à testemunha): tempo de duração, forma da queda (ajoelhando ou não), cor da pele (palidez, cianose, rubor), duração da perda de consciência, características da respiração, movimentos (tônico-clônico, mioclonismo mínimo ou automatismos) duração dos movimentos, início dos movimentos e relação com a queda, mordedura da língua.

1.4 Quadro clínico após a recuperação da consciência: desorientação, amnésia retrógrada, náusea, vômito, sudorese, frialdade, dores musculares, cor da pele, dor no peito, palpitações, incontinência fecal ou urinária, lesões traumáticas.

1.5 Sobre os antecedentes: desmaios, cardiopatia, história neurológica (parkinsonismo, epilepsia, narcolepsia), desordens metabólicas, medicações, drogas, história familiar de morte súbita. Se síncope recorrente, tempo do primeiro episódio, número de vezes, características dos outros eventos.

2. Exame físico especializado:

2.1 Verificação de hipotensão ortostática: queda da pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 20 mmHg ou da pressão arterial diastólica ≥ 10 mmHg ou queda na PAS abaixo de 90 mmHg em 3 minutos de ortostase.

2.2 Massagem do seio carotídeo: deve ser realizada em indivíduos com mais de 40 anos de idade com síncope de etiologia desconhecida após avaliação inicial. Considerado positivo para hipersensibilidade do seio carotídeo quando há pausa sinusal $> 3s$ e/ou queda da PAS > 50 mmHg. Contra-indicado em pacientes com acidente isquêmico transitório prévio, acidente vascular cerebral há menos de 3 meses ou na presença de sopro carotídeo.

2.3 Avaliação neurológica: avaliação de suspeita de crise convulsiva ou de síncope secundária à disautonomia (investigação de causa de base).

Exames Complementares:

1. Eletrocardiograma (ECG): realizar sempre.
2. Monitorização eletrocardiográfica contínua: em suspeita de síncope arritmogênica.
3. Ecocardiograma: indicado se doença cardíaca conhecida ou suspeitada, alteração eletrocardiográfica ou exame clínico sugestivo de síncope secundária a doenças cardiovasculares.

Tratamento:

O manejo inicial na sala de urgência tem como objetivo a estratificação de risco, fundamental para o estabelecimento da estratégia para a investigação e tratamento especializados (tabela 1; fluxograma 2).

1. Síncope reflexa: Orientações sobre como evitar os fatores de gatilho e como realizar manobras preventivas na presença de pródromos. Em casos de ausência de pródromo, dificultando o reconhecimento para a realização de manobras preventivas, assim como nos casos com episódio muito frequentes, esclarecer riscos para a realização de atividades como dirigir, pilotar avião, operar máquinas, etc. A terapia farmacológica é pouco efetiva e deve ser indicada apenas em casos refratários às medidas comportamentais. Os pacientes devem ter seguimento clínico com cardiologista até a educação necessária para o controle do problema.

Obs.: Síncope devido síndrome do seio carotídeo com fator cardioinibitório predominante, quando recorrente em paciente maiores de 40 anos, pode ser indicação de marcapasso.

2. Hipotensão ortostática: Hidratação adequada e ingestão de sódio. Manobras de compressão física, meias elásticas e cintas abdominais podem ser indicadas. Fludrocortisona e Midrodine podem ser usadas como terapia adicional se necessário.
3. Cardíaca: tratamento específico de acordo com a etiologia cardíaca.

Referências Bibliográficas:

1. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology, European Heart Rhythm Association, Heart Failure Association and Heart Rhythm Society. Guidelines for the diagnosis and management of syncope. European heart journal. 2009;30(21):2631-71.
2. Saklani P, Krahn A, Klein G. Syncope. Circulation. 2013;127(12):1330-9.
3. McDermott D, Quinn J. Approach to the adult patient with syncope in the emergency department [Literature review current through: Jul 2016].

Anexos:

Tabela 1: Escores de risco em pacientes com síncope ECG = eletrocardiograma

Escore de risco em paciente com síncope				
Estudo	Fatores de risco	Score	Desfechos	Resultados (coorte de validação)
<i>San Francisco Syncope Rule</i>	ECG anormal Insuficiência cardíaca Dispneia Hematócrito < 30% Pressão arterial sistólica < 90mmHg	0-5 (1 ponto por item)	Eventos graves em 7 dias	0: risco ausente ≥ 1 item: risco presente (Sensibilidade 90% Especificidade 56%)
Martin et al.	ECG anormal História de arritmia ventricular História de insuficiência cardíaca Idade >45 anos	0-4 (1 ponto por item)	Arritmias graves ou morte por arritmia em 1 ano	Nenhum ponto: 0% 1 ponto: 5% 2 pontos: 16% 3 ou 4 pontos: 27%
Score OESIL	ECG anormal História de doença cardiovascular Ausência de pródromo Idade > 65 anos	0-4 (1 ponto por item)	Mortalidade total em 1 ano	Nenhum ponto: 0% 1 ponto: 0,6% 2 pontos: 14% 3 pontos: 29% 4 pontos: 53%
Score EGSYS	Palpitações antes da síncope (+4) ECG anormal e/ou doença cardíaca (+3) Síncope durante esforço (+3) Síncope em posição supina (+2) Pródromo autonômico: náuseas/vômitos (-1) Fatores predisponentes ou precipitantes (locais quentes/concentrados, ortostase prolongada, medo, emoção, dor) (-1)	Soma de pontos	Mortalidade total em 2 anos Probabilidade de causa cardíaca	< 3 pontos: 2% ≥ 3 pontos: 21% < 3 pontos: 2% 3 pontos: 13% 4 pontos: 33% > 4 pontos: 77%

Figura 1: Classificação etiológica da síncope

1. Síncope Reflexa (neuralmente mediada): causa mais comum de síncope.

- a) **Vasovagal:** mediada por estresse emocional (medo, dor, instrumentação, fobia de sangue), ou por estresse ortostático.
- b) **Situacional:** estimulada por tosse, espirro, deglutição, situação pós-prandial, defecação, dor visceral, micção, exercício físico, uso de instrumentos de sopro, levantamento de peso, gargalhada, etc.
- c) **Síndrome do seio carotídeo:** desencadeada por estimulação do seio carotídeo.

2. Síncope por Hipotensão Ortostática: causa rara em < 40 anos, frequente em idosos.

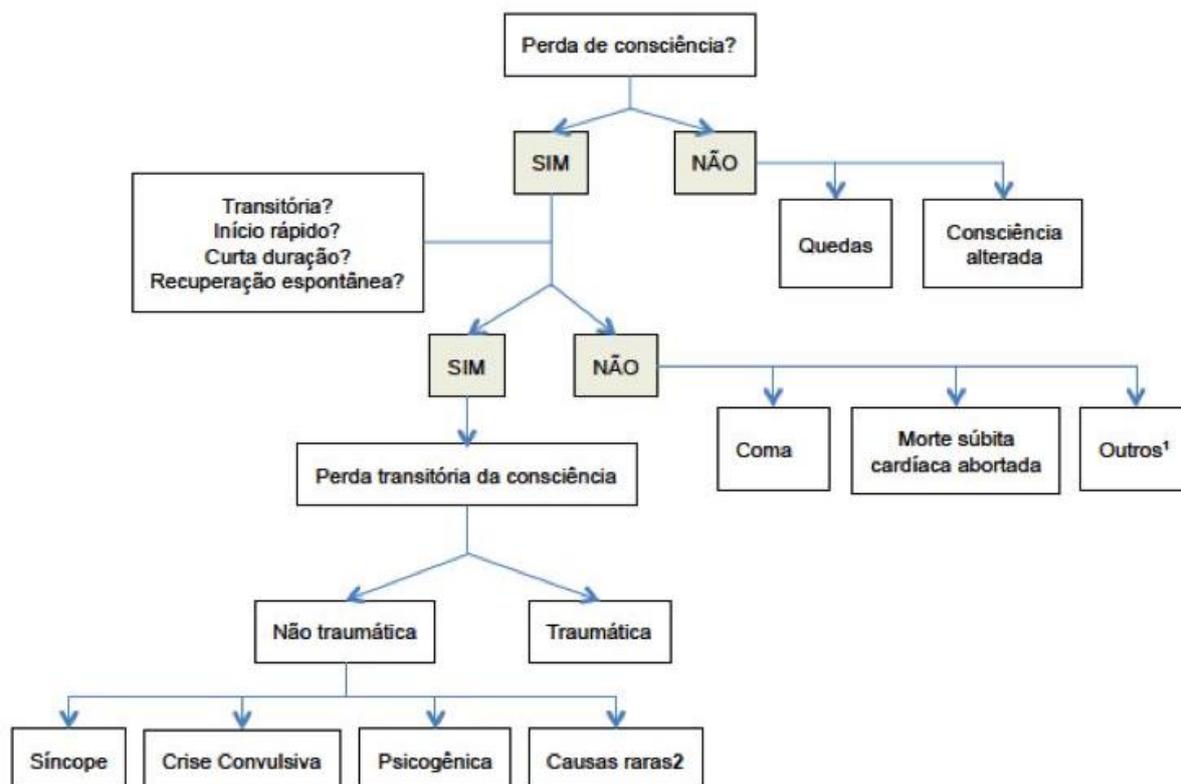
- a) **Depleção de volume:** hemorragia, diarreia, vômitos, etc.
- b) **Medicamentos**
- c) **Disautonomia:**
 - Primária:** falência autonômica pura, atrofia de múltiplos sistemas, doença de Parkinson com falência autonômica, demência de Lewy.
 - Secundária:** diabetes mellitus, amiloidose, uremia, lesões medulares.

3. Síncope secundária a Doenças Cardiovasculares: segunda causa mais comum.

- a) **Arritmia como causa primária:**
 - Bradycardia:** doença do nó sinusal, doença da condução atrioventricular (bloqueio atrioventricular de 2º grau Mobitz II; bloqueio atrioventricular total), mau funcionamento de marca-passo,
 - Taquicardia:** taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular, *torsades de pointes*.
- b) **Doença estrutural:**
 - Cardíaca:** valvopatias /disfunção de prótese valvar, miocardiopatia hipertrófica, massas cardíacas (mixoma atrial, tumores), doença pericárdica/tamponamento, anomalias congênitas de artérias coronárias, infarto agudo do miocárdio, dissecação de aorta.
 - Vascular:** tromboembolismo pulmonar, hipertensão pulmonar.

Fluxograma 1. Avaliação do paciente com perda transitória da consciência

Causas metabólicas (hipoglicemia, hipóxia, hipercapnia), intoxicação, acidente isquêmico transitório vertebrobasilar. 2. Catalepsia, son



Fluxograma 2. Manejo inicial do paciente com síncope

