

**Actualização
2009**

**PORTUGUESE
VERSION**

RECOMENDAÇÕES DE BOLSO DA ESC

Comissão da ESC para as Recomendações Práticas
Para melhorar a qualidade da prática clínica e o tratamento dos doentes na Europa



SÍNCOPE

**RECOMENDAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO
E TRATAMENTO DA SÍNCOPE**

Para mais informações
www.escardio.org/guidelines

Distribuição no âmbito de Colaboração
para a formação científica continuada



biénio 2009-2011
www.spc.pt

Tradução: Traversões, Ida
Revisão: Diogo Cavaco, Cândida Fonseca
Coordenação: Cândida Fonseca

Os Patrocinadores não estiveram envolvidos
no conteúdo científico do documento

Patrocínio de



Recomendações de Bolso da ESC

Diagnóstico e Tratamento da Síncope*

Grupo de Trabalho para o Diagnóstico e Tratamento da Síncope da
European Society of Cardiology (ESC)

Criadas em colaboração com a *European Heart Rhythm Association (EHRA)*¹,
a *Heart Failure Association (HFA)*² e a *Heart Rhythm Society (HRS)*³

Com o apoio das sociedades seguintes: *European Society of Emergency Medicine (EuSEM)*⁴,
*European Federation of Internal Medicine (EFIM)*⁵, *European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)*⁶,
American Geriatrics Society (AGS), *European Neurological Society (ENS)*⁷, *American Autonomic Society (AAS)*⁸, *European Federation of Autonomic Societies (EFAS)*⁹

Presidente: Angel Moya (Espanha)

Hospital Vall d'Hebron, P. Vall d'Hebron 119-129, 08035 Barcelona, Espanha.

Telefone: +34 93 2746166 **Fax:** +34 93 2746002 **E-mail:** amoya@comb.cat

Vice-Presidente: Richard Sutton (Reino Unido)

Imperial College - St Mary's Hospital, Praed Street - W2 1NY London - Reino Unido

Telefone: +44 20 79351011 **Fax:** +44 20 79356718 **E-mail:** r.sutton@imperial.ac.uk

Membros do Grupo de Trabalho

- | | |
|--|--|
| 1. Michele Brignole ¹ , Lavagna (Itália) [‡] | 10. Mauro Pepi, Milan (Itália) |
| 2. Jean-Jacques Blanc, Brest (França) ^{‡*} | 11. Thomas Pezawas, Vienna (Áustria) |
| 3. Fabrizio Ammirati, Roma (Itália) | 12. Ricardo Ruiz-Granell, Valencia (Espanha) |
| 4. Johannes B Dahm, Göttingen (Alemanha) | 13. Francois Sarasin ⁴ , Geneva (Suíça) |
| 5. Jean Claude Deharo, Marseille (França) | 14. Andrea Ungar ⁶ , Firenze (Itália) |
| 6. Jacek Gajek, Wroclaw (Polónia) | 15. J. Gert van Dijk ⁷ , Leiden (Países Baixos) |
| 7. Knut Gjesdal ⁸ , Oslo (Noruega) | 16. Edmond P Walma, Schoonhoven (Países Baixos) |
| 8. Andrew Krahn ⁹ , London (Canadá) | 17. Wouter Wieling, Amsterdam (Países Baixos) |
| 9. Martial Massin, Brussels (Bélgica) | ^{‡*} Membro da Comissão de Redacção |

Contribuições Externas: Haruhiko Abe, Kitakyushu (Japão); David G Benditt, Minneapolis (EUA); Wyatt W Decker, Rochester (EUA); Blair P Grubb, Toledo (EUA); Horacio Kaufmann⁶, Nova Iorque (EUA); Carlos Morillo, East Hamilton (Canadá); Brian Olshansky, Iowa City (EUA); Steve Parry, Newcastle upon Tyne (Reino Unido); Robert Sheldon, Calgary (Canadá); Win K Shen, Rochester (EUA)

Funcionários da ESC:

- | | |
|---|--|
| 1. Keith McGregor, Sophia Antipolis, França | 3. Catherine Després, Sophia Antipolis, França |
| 2. Veronica Dean, Sophia Antipolis, França | |

Agradecimentos especiais a Angelo Auricchio pelo seu contributo

*Adaptado das Recomendações da ESC para o Diagnóstico e Tratamento da Síncope. [European Heart Journal 2009;30:2493-2537 - doi:10.1093/eurheartj/ehp298].

Índice

1. Definição, classificação e fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico e impacto sobre a qualidade de vida

Definição	Pág. 4
Classificação e fisiopatologia	Pág. 5
Epidemiologia	Pág. 6
Prognóstico e impacto sobre a qualidade de vida	Pág. 7

2. Avaliação inicial, diagnóstico e estratificação do risco

Avaliação inicial	Pág. 8
Estratificação do risco	Pág. 10
Critérios de diagnóstico com avaliação inicial	Pág. 11
Características clínicas que sugerem um diagnóstico na avaliação inicial	Pág. 12
Testes de Diagnóstico	
Massagem do seio cardíaco	Pág. 13
Posição activa em pé	Pág. 13
Teste de <i>tilt</i> (teste de inclinação)	Pág. 14
Monitorização electrocardiográfica	Pág. 16
Estudo electrofisiológico	Pág. 17
Teste com trifosfato de adenosina	Pág. 18
Ecocardiograma	Pág. 18
Prova de esforço	Pág. 18
Avaliação psiquiátrica	Pág. 19
Avaliação neurológica	Pág. 19

3. Tratamento

Princípios gerais do tratamento	Pág. 20
Tratamento de síncope reflexa	Pág. 21
Tratamento de hipotensão ortostática	Pág. 22
Tratamento de síncope causada por arritmias cardíacas	Pág. 23
Indicações para cardioversor desfibrilhador implantável em doentes com síncope inexplicada e risco elevado de morte cardíaca súbita	Pág. 25

4. Factores especiais

Síncope nos idosos	Pág. 26
Síncope em doentes pediátricos	Pág. 27
Síncope e condução	Pág. 28

5. Unidade de tratamento de síncope

Objectivos	Pág. 29
Elementos-chave da prestação de cuidados uniformizados	Pág. 29

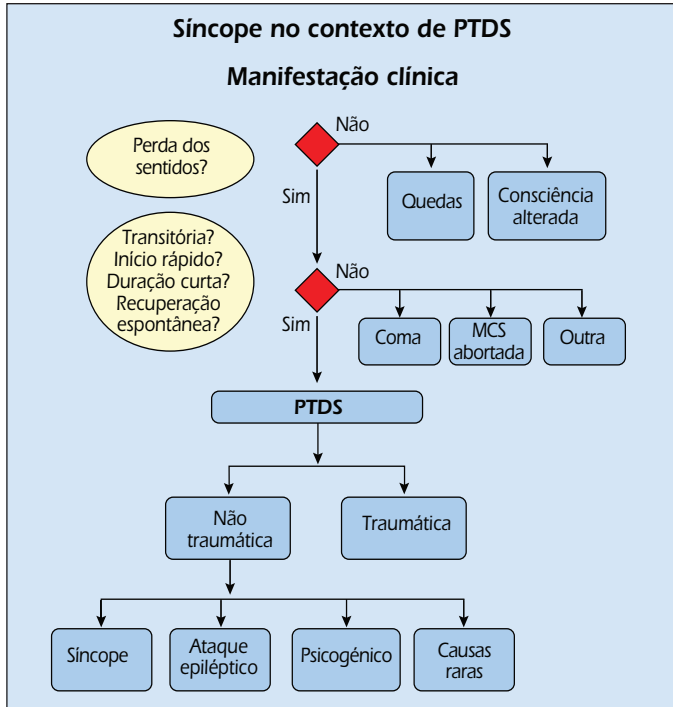
Lista de Siglas e Abreviaturas

AIT - acidente isquémico transitório	HV - His-ventricular
ATP - trifosfato de adenosina	IAN - insuficiência autonómica
AV - aurículo-ventricular	IC - insuficiência cardíaca
bpm - batimentos por minuto	MCF - manobra de contra-pressão física
BR - bloqueio do ramo	MCS - morte cardíaca súbita
BRD - bloqueio do ramo direito	MCS - morte cardíaca súbita
BRE - bloqueio do ramo esquerdo	min - minutos
CAVD - cardiomiopatia arritmogénica do ventrículo direito	ms - milisegundos
CDI - cardioversor desfibrilhador implantável	MSC - massagem do seio carotídeo
CMD - cardiomiopatia dilatada	PA - pressão arterial
CMHO - cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva	PDS - perda dos sentidos
DAC - doença arterial coronária	PTDS - perda transitória dos sentidos
ECG - electrocardiograma/electrocardiográfico	PTDS - perda transitória dos sentidos
EEF - estudo electrofisiológico	s - segundos
EEG - electroencefalograma	SNA - sistema nervoso autónomo
FC - frequência cardíaca	SSC - síndrome do seio carotídeo
FEVE - fracção de ejeção do ventrículo esquerdo	SVV - síncope vasovagal
GOI - gravador de ocorrências implantável	TCRNS - tempo corrigido de recuperação do nóculo sinusal
HO - hipotensão ortostática	TSV - taquicardia supra-ventricular
	TV - taquicardia ventricular

1 - Definição, classificação e fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico e impacto sobre a qualidade de vida

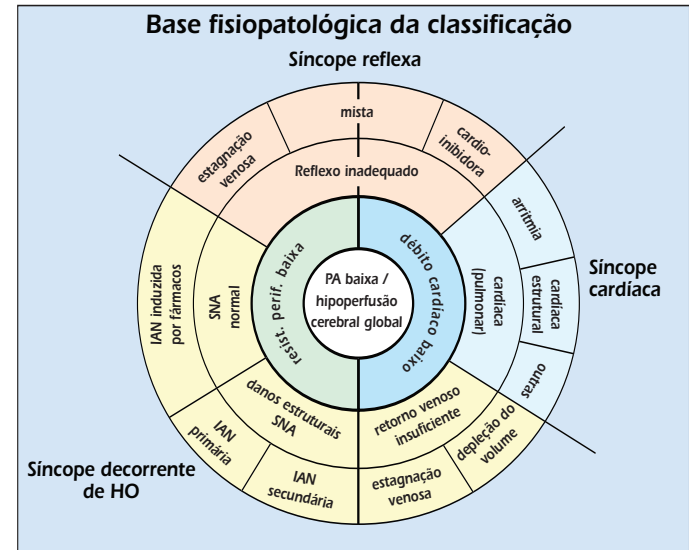
Definição

A síncope é uma PTDS decorrente da hipoperfusão geral transitória do cérebro caracterizada por aparecimento rápido, duração curta e recuperação total espontânea.



PTDS - perda transitória dos sentidos; MCS - morte cardíaca súbita

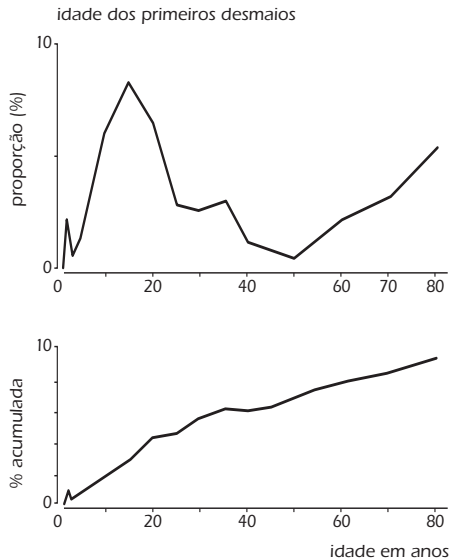
Classificação e fisiopatologia
Síncope reflexa de origem neural Vasovagal Situacional Síncopes do seio carotídeo Formas atípicas (sem estímulos aparentes e/ou apresentação atípica)
Síncope decorrente de hipotensão ortostática Insuficiência autonómica primária Insuficiência autonómica secundária Hipotensão ortostática de origem farmacológica Depleção do volume
Síncope cardíaca (cardiovascular) Arritmia enquanto causa primária Doenças estruturais



IAN - insuficiência autonómica; SNA - sistema nervoso autónomo; PA - pressão arterial; resist. perif. baixa - resistência periférica baixa; HO - hipotensão ortostática

Epidemiologia

- A síncope ocorre frequentemente na população em geral.
- Apenas uma pequena parte dos doentes com síncope procura os cuidados médicos.
- A síncope reflexa é a etiologia mais frequente na população em geral, particularmente nos jovens.
- A síncope decorrente de doença cardiovascular é a segunda causa mais comum. O número de doentes com uma causa cardiovascular varia significativamente entre estudos. Verifica-se uma frequência maior em contextos de urgência, especialmente envolvendo indivíduos com idades mais avançadas e em contextos orientados para a cardiologia.
- A síncope decorrente de hipotensão ortostática (HO) é rara < 40 anos e frequente em doentes muito idosos.



Esquema da distribuição por idade e incidência acumulada do primeiro episódio de síncope em indivíduos até à idade de 80 anos.

Prognóstico e impacto sobre a qualidade de vida

- A doença cardíaca estrutural constitui o maior factor de risco de morte cardíaca súbita (MCS) e mortalidade geral em doentes com síncope.
- O número de episódios de síncope durante a vida, e particularmente no ano anterior, constitui o principal elemento de previsão da recorrência.
- A morbilidade é especialmente elevada na população idosa.
- A síncope recorrente afecta gravemente a qualidade de vida.

2 - Avaliação inicial, diagnóstico e estratificação do risco

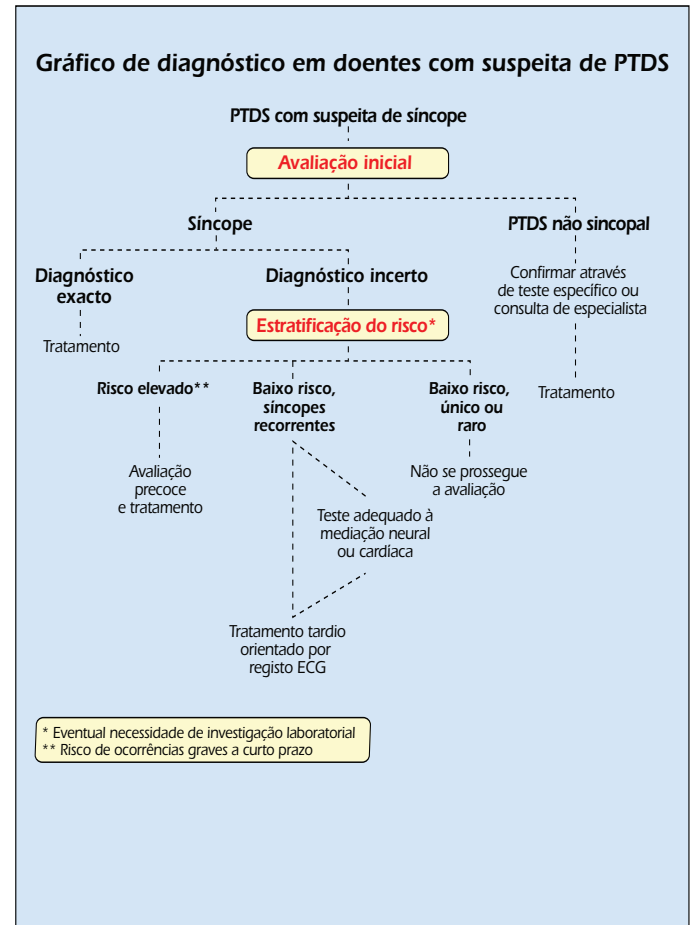
Avaliação inicial

A avaliação inicial de um doente com PTDS inclui a análise da história clínica do doente, a realização de exames físicos, incluindo a medição da pressão arterial (PA) e um electrocardiograma (ECG) padrão. Dependendo das conclusões destes, poder-se-á recorrer a outros exames:

- Massagem do seio carotídeo (MSC) em doentes > 40 anos.
- Ecocardiograma em caso de doença cardíaca anterior conhecida ou informação que sugere a existência de doença cardíaca estrutural ou síncope por uma causa cardíaca.
- Monitorização por ECG assim que exista suspeita de síncope arritmica.
- Esforço ortostático (o teste ortostático ou postural e/ou o teste de inclinação ou tilt test) quando a síncope está associada à posição em pé ou exista suspeita de um mecanismo reflexo.
- Outros testes menos específicos, como a avaliação neurológica ou testes sanguíneos, são indicados apenas quando existe suspeita de PTDS não sincopal.

A avaliação inicial deve responder a três perguntas-chave:

- Trata-se ou não de um episódio sincopal?
- Foi efectuado o diagnóstico etiológico?
- Existem dados sugestivos de um elevado risco de ocorrência de problemas cardiovasculares ou morte?



PTDS - perda transitória dos sentidos; ECG - electrocardiográfico

Estratificação do risco
Critérios de risco elevado a curto prazo que requerem hospitalização imediata ou avaliação intensiva
Doença estrutural ou da artéria coronária grave (insuficiência cardíaca, FEVE baixo ou enfarte do miocárdio anterior)
Síncope decorrente de hipotensão ortostática <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síncope durante esforço ou na posição de decúbito dorsal ▪ Palpitações durante o episódio de síncope ▪ História familiar de MCS ▪ TV não sustentada ▪ Bloqueio bifascicular (BRE ou BRD combinados com bloqueio fascicular anterior ou posterior esquerdo) ou outras anomalias da condução intraventricular com duração do QRS > 120 ms ▪ Bradicardia sinusal desadequada (< 50 bpm) ou bloqueio auricular sinusal na ausência de medicação cronotrópica negativa ou exercício físico ▪ Complexos QRS com pré-exitação ▪ Intervalos QT longos ou curtos ▪ Bloqueio do ramo direito com elevação do segmento ST com eléctrodos V1-V3 (síndrome de Brugada) ▪ Ondas T negativas em eléctrodos pré-cordiais da direita, ondas Y e potenciais tardios ventriculares sugestivos de CAVD
Comorbidades importantes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia grave ▪ Distúrbios electrolíticos

CAVD - cardiomiopatia arritmogénica do ventrículo direito; bpm - batimentos por minuto; ECG = electrocardiograma; BRE - bloqueio do ramo esquerdo; FEVE - fracção de ejeção do ventrículo esquerdo; BRD - bloqueio do ramo direito; MCS - morte cardíaca súbita; TV - taquicardia ventricular

Critérios de diagnóstico com avaliação inicial	Classe ^a	Nível ^b
A SVV é diagnosticada caso a síncope seja precipitada por perturbação emocional ou esforço ortostático e está associada a pródrómo típico	I	C
A síncope situacional é diagnosticada se a síncope ocorre durante ou imediatamente a seguir a estímulos específicos como tosse, espirro, estímulo gastrointestinal, micção, pós-esforço, pós-prandial, etc...	I	C
A síncope ortostática é diagnosticada sempre que ocorra quando o indivíduo se põe em pé e há registo de HO	I	C
A síncope relacionada com arritmia é diagnosticada por ECG sempre que há: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bradicardia sinusal persistente <40 bpm quando acordado ou bloqueio auricular sinusal repetitivo ou pausas sinusais > 3 s ▪ Bloqueio AV de segundo ou terceiro grau Mobitz II ▪ Bloqueio do ramo esquerdo e direito alternado ▪ TV ou TSV paroxística rápida ▪ Episódios não sustentados de TV polimórfica e intervalo do QT longo ou curto ▪ Avaria do pacemaker ou CDI com intervalos cardíacos 	I	C
A síncope relacionada com isquémia cardíaca é diagnosticada quando a síncope se apresenta com evidência ECG de isquémia aguda com ou sem enfarte do miocárdio	I	C
A síncope cardiovascular é diagnosticada quando a síncope se apresenta em doentes com prolapso do mixoma auricular, estenose da aorta grave, hipertensão pulmonar, embolia pulmonar ou dissecação aguda da aorta	I	C

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; AV - aurículo-ventricular; BR - bloqueio do ramo; bpm - batimentos por minuto; ECG - electrocardiograma; CDI - cardioversor desfibrilhador implantável; HO - hipotensão ortostática; TSV - taquicardia supraventricular; s - segundos; TV - taquicardia ventricular; SVV - síncope vasovagal

Características clínicas que sugerem um diagnóstico na avaliação inicial

Síncope com mediação neural

- Ausência de doença cardíaca
- Longa história de síncope recorrente
- Após visão, som, cheiro ou dor repentina inesperada desagradável
- Tempo prolongado em pé ou locais lotados e quentes
- Náusea, vômito associado a síncope
- Durante a refeição ou pós-prandial
- Com rotação da cabeça ou pressão no seio carotídeo (no caso de tumores, ao barbear, colarinhos apertados)
- Após esforço

Síncope decorrente de hipotensão ortostática:

- Ao passar para a posição em pé
- Relação temporária com início ou alterações nas dosagens de fármacos vasodpressores, resultando em hipotensão
- Tempo prolongado na posição vertical, especialmente em locais lotados e quentes
- Presença de neuropatia autonômica ou Parkinsonismo
- Posição vertical após esforço

Síncope cardiovascular

- Presença de doença cardíaca estrutural definitiva
- História familiar de morte súbita inexplicada ou canelopatia
- Durante esforço ou em posição decúbito dorsal
- ECG anormal
- Palpitações de aparecimento repentino logo seguidas de síncope
- Conclusões ECG que sugerem síncope arritmica:
 - Bloqueio bifascicular (definido por bloqueio do ramo esquerdo ou bloqueio do ramo direito, combinados com bloqueio fascicular anterior ou posterior esquerdo)
 - Outras anomalias de condução intraventricular (duração do QRS \geq 0,12 s)
 - Bloqueio AV de segundo grau Mobitz I
 - Bradicardia sinusal assintomática desadequada (< 50 bpm), bloqueio auricular sinusal ou pausa sinusal \geq 3s na ausência de medicação cronotrópica negativa
 - TV não sustentada
 - Complexos QRS com pré-exitação
 - Intervalos QT longos ou curtos
 - Repolarização precoce
 - Padrão de bloqueio do ramo direito com elevação do segmento ST nos eléctrodos V1-V3 (síndrome de Brugada)
 - Ondas T negativas em eléctrodos pré-cordiais da direita, ondas Y e potenciais tardios ventriculares sugestivos de CAVD
 - Ondas Q sugerindo enfarte do miocárdio

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; CAVD - cardiomiopatia arritmogénica do ventrículo direito; AV - aurículo-ventricular; BRE - bloqueio do ramo esquerdo; ECG - electrocardiograma; BRD - bloqueio do ramo direito; TV - taquicardia ventricular

Testes de Diagnóstico

Recomendações: Massagem do seio carotídeo I	Classe ^a	Nível ^b
Indicações <ul style="list-style-type: none"> ▪ A MSC é indicada em doentes >40 anos com síncope de etiologia desconhecida após a avaliação inicial ▪ A MSC deve ser evitada em doentes com AIT prévio ou AVC nos últimos 3 meses e em doentes com sopros carotídeos (salvo quando a estenose grave tenha sido excluída por eco-Doppler carotídeo) 	I	B
	III	C
Crítérios de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> ▪ A MSC é diagnosticada caso a síncope seja reproduzida na presença de assistole que dure mais de 3 s e/ou uma descida da pressão sistólica > 50 mmHg 	I	B

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; PA - pressão arterial; MSC - massagem do seio carotídeo; s - segundos; AIT - acidente isquémico transitório

Recomendações: Posição activa em pé	Classe ^a	Nível ^b
Indicações <ul style="list-style-type: none"> ▪ A medição manual intermitente com esfigmomanómetro da PA em decúbito dorsal e durante a posição em pé activa durante 3 min é indicada como avaliação inicial quando existe suspeita de HO ▪ A medição não invasiva da pressão por batimento pode ajudar a esclarecer os casos em dúvida 	I	B
	IIIb	C
Crítérios de diagnóstico <p>O teste é diagnóstico quando se verifica uma redução sintomática da PA sistólica do valor base de \geq20 mmHg ou diastólica de \geq10 mmHg, ou diminuição da PA sistólica para <90mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O teste é diagnóstico quando se verifica uma redução assintomática da PA sistólica do valor base de \geq20 mmHg ou diastólica de \geq10 mmHg, ou diminuição da PA sistólica para < 90mmHg 	I	C
	Ila	C

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; PA - pressão arterial; min - minutos; HO - hipotensão ortostática

Recomendações: Teste de <i>tilt</i> (teste de inclinação)	Classe ^a	Nível ^b
Metodologia <ul style="list-style-type: none"> É recomendada uma fase de pré-inclinação em decúbito dorsal de pelo menos 5 min quando não há canulação venosa, e de pelo menos 20 min quando existe canulação É recomendado um ângulo de inclinação entre 60° e 70° É recomendada uma fase passiva mínima de 20 min e máxima de 45 min Recomenda-se para a nitroglicerina uma dose fixa sublingual de 300-400 µg administrada na posição vertical Recomenda-se para o isoproterenol um débito de infusão progressiva de 1 até 3 µg/min para aumentar a frequência cardíaca média em ~20-25% acima do valor base 	I	C
Indicações <ul style="list-style-type: none"> O teste de <i>tilt</i> é indicado no caso de episódio sincopal inexplicado em contextos de elevado risco [ex. ocorrência, ou potencial risco de lesão física ou com implicações ocupacionais], ou episódios recorrentes na ausência de doença cardíaca orgânica, ou na presença de doença cardíaca orgânica, após exclusão de causas cardíacas de síncope O teste de <i>tilt</i> é indicado quando tem valor clínico demonstrar a propensão do doente desenvolver síncope reflexa O teste de <i>tilt</i> deve ser considerado para distinguir entre a síncope reflexa e HO O teste de <i>tilt</i> pode ser considerado para distinguir a síncope da epilepsia O teste de <i>tilt</i> pode ser indicado para avaliar doentes com quedas inexplicadas recorrentes O teste de <i>tilt</i> pode ser indicado para avaliar doentes com síncope frequente e doença psiquiátrica O teste de <i>tilt</i> não é recomendado para avaliação do tratamento O teste de <i>tilt</i> com isoproterenol é contra-indicado em doentes com doença cardíaca isquémica 	I I IIa IIb IIb III III	B C C C C B c

Recomendações: Teste de <i>tilt</i> (cont.)	Classe ^a	Nível ^b
Critérios de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Em doentes sem doença cardíaca estrutural, a indução de hipotensão reflexa/bradicardia com reprodução de síncope ou HO progressiva (com ou sem sintomas) permitem o diagnóstico de síncope reflexa e HO, respectivamente Em doentes sem doença cardíaca estrutural, a indução de hipotensão reflexa/bradicardia sem reprodução de síncope pode constituir diagnóstico de síncope reflexa Em doentes com doença cardíaca estrutural, a arritmia ou outra causa cardiovascular de síncope devem ser excluídas antes de considerar resultados positivos do teste de <i>tilt</i> como tendo valor de diagnóstico A indução de PDS na ausência de hipotensão e/ou bradicardia deve ser considerada diagnóstico de pseudosíncope psicogénica 	I IIa IIa IIa	B B C C

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; PA - pressão arterial; MSC - massagem do seio carotídeo; FC - frequência cardíaca; PDS - perda dos sentidos; HO - hipotensão ortostática; µg - microgramas

Recomendações: Monitorização electrocardiográfica	Classe ^a	Nível ^b
Indicações		
<ul style="list-style-type: none"> A monitorização ECG é indicada em doentes com características clínicas ou ECG que indicam síncope arritmica. A duração (e tecnologia) da monitorização deve ser escolhida conforme o risco e a previsão da taxa de recorrência da síncope: <ul style="list-style-type: none"> A monitorização hospitalar (na cama ou telemétrica) imediata é indicada em doentes de elevado risco definidos na página 10, em "Estratificação do risco" A monitorização com Holter é indicada em doentes com síncope ou pré-síncope muito frequentes (≥1 por semana) O GOI é indicado em: <ul style="list-style-type: none"> Fase inicial de avaliação em doentes com síncope recorrente de origem incerta, ausência de qualquer critério de elevado risco entre os enumerados no Quadro "Estratificação do risco" e elevada probabilidade de recorrência durante a vida da pilha do dispositivo Elevado risco em doentes em que uma avaliação exaustiva não identificou uma causa de síncope nem conduziu a um tratamento específico O GOI deve ser considerado para avaliar o peso de bradicardia antes de se optar por estimulação cardíaca em doentes com suspeita de síncope reflexa ou em quem esta tenha sido diagnosticada, que se apresentem com episódios frequentes ou traumáticos de síncope Os gravadores de ocorrências externos devem ser considerados em doentes que apresentam intervalos entre sintomas ≤4 semanas 	I	B
	I	C
	I	B
	I	B
	I	B
	I	B
	Ila	B
	Ila	B
Critérios de diagnóstico		
<ul style="list-style-type: none"> A monitorização ECG tem uma função de diagnóstico quando é detectada uma correlação entre síncope e uma arritmia (bradi ou taquiarritmia) Na ausência de semelhante correlação, a monitorização ECG permite o diagnóstico quando são detectados períodos de bloqueio AV de grau II ou III Mobitz ou uma pausa ventricular >3 s (com a possível excepção de jovens com treino, durante o sono, doentes medicados ou fibrilhação auricular controlada pelo débito), ou TSV ou TV paroxística rápida prolongada. A ausência de arritmia durante a síncope exclui síncope arritmica Os registos ECG de pré-síncope sem arritmia significativa não são substitutos fidedignos de síncope As arritmias assintomáticas (salvo aquelas referidas anteriormente) não são substitutos fidedignos de síncope A bradicardia do seio (na ausência de síncope) não é substituto fidedigno de síncope 	I	B
	I	C
	III	C
	III	C
	III	C

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; AV - auriculo-ventricular; ECG - electrocardiográfico; GOI - gravador de ocorrências implantável; s - segundos; TSV - taquicardia supraventricular; TV - taquicardia ventricular

Recomendações: Estudo electrofisiológico	Classe ^a	Nível ^b
Indicações		
<ul style="list-style-type: none"> Em doentes com doença cardíaca isquémica, o EEF é indicado quando a avaliação inicial sugere uma causa arritmica de síncope, salvo com indicação estabelecida para CDI Em doentes com bloqueio do ramo, deve ser considerado o EEF quando os testes não invasivos não lograram estabelecer um diagnóstico Em doentes com síncope precedida de palpitações súbitas e curtas, o EEF pode ser efectuado quando outros testes não invasivos não lograram estabelecer um diagnóstico Em doentes com síndrome de Brugada, CAVD e cardiomiopatia hipertrófica, o EEF pode ser realizado em casos seleccionados Em doentes com profissões de elevado risco, em que é justificado todo o esforço de excluir a causa cardiovascular de síncope, o EEF pode ser realizado em casos seleccionados O EEF não é recomendado em doentes com um ECG normal, sem doença cardíaca e nenhuma palpitação 	I	B
	Ila	B
	Ilb	B
	Ilb	C
	Ilb	C
	III	B
Critérios de diagnóstico		
<ul style="list-style-type: none"> O EEF é diagnóstico e não são precisos mais testes nos casos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> bradicardia sinusal e TCRNS prolongado (>525 ms) com estimulação auricular progressiva ou resposta farmacológica, o bloqueio do ramo e um intervalo HV de base ≥100 ms, ou bloqueio His-Purkinje de segundo ou terceiro grau é comprovado indução de TV monomórfica sustentada em doentes com enfarte do miocárdio anterior indução de TSV rápida, que reproduz sintomas hipotensos ou espontâneos Um intervalo de HV entre 70 e 100 ms deve ser considerado como tendo valor de diagnóstico A indução de TV polimórfica ou fibrilhação ventricular em doentes com síndrome de Brugada, CAVD e doentes reanimados de paragem cardíaca podem ser considerados como tendo valor de diagnóstico A indução de TV polimórfica ou fibrilhação ventricular em doentes com cardiomiopatia isquémica ou CMD não podem ser considerados resultados de diagnóstico 	I	B
	I	B
	I	B
	I	B
	Ila	B
	Ilb	B
	III	B

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; CAVD - cardiomiopatia arritmogénica do ventrículo direito; BR - bloqueio do ramo; TCRNS - tempo corrigido de recuperação do nóculo sinusal; CMD - cardiomiopatia dilatada; EEF - estudo electrofisiológico; CDI - cardioversor desfibrilhador implantável; HV - His-ventricular; ms - milisegundos; TSV - taquicardia supraventricular; TV - taquicardia ventricular

Recomendações: Teste com trifosfato de adenosina	Classe ^a	Nível ^b
Indicações <ul style="list-style-type: none"> Devido à ausência de correlação com síncope espontânea, o teste de ATP não pode ser utilizado como teste de diagnóstico para a selecção de doentes para estimulação cardíaca 	III	B

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; ATP - teste com trifosfato de adenosina

Recomendações: Ecocardiograma	Classe ^a	Nível ^b
Indicações <ul style="list-style-type: none"> O ecocardiograma é indicado para diagnóstico e classificação do risco em doentes em que existe suspeita de doença cardíaca estrutural 	I	B
CrITÉRIOS de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> O ecocardiograma isolado permite diagnosticar a causa de síncope em estenose grave da aorta, tumores cardíacos obstrutivos ou trombos, tamponamento pericárdico, dissecação da aorta e anomalias congénitas das artérias coronárias. 	I	B

a - classe de recomendação; b - nível de evidência

Recomendações: Prova de esforço	Classe ^a	Nível ^b
Indicações <ul style="list-style-type: none"> A prova de esforço é indicada em doentes que sofrem síncope durante e imediatamente após esforço 	I	C
CrITÉRIOS de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> A prova de esforço permite o diagnóstico quando a síncope é reproduzida durante ou imediatamente após o exercício na presença de anomalias ECG ou hipotensão grave A prova de esforço permite o diagnóstico se o bloqueio AV de segundo ou terceiro grau Mobitz II se desenvolve durante o exercício mesmo sem síncope 	I	C

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; AV - aurículo-ventricular; ECG - electrocardiograma

Recomendações: Avaliação psiquiátrica	Classe ^a	Nível ^b
Indicações <ul style="list-style-type: none"> A avaliação psiquiátrica é indicada em doentes em que existe suspeita da PTDS ser pseudosíncope psicogénica 	I	C
<ul style="list-style-type: none"> O teste de <i>tilt</i>, preferencialmente com monitorização conjunta por registos EEG e de vídeo, pode ser considerado para efeitos de diagnóstico de PTDS imitando a síncope ("pseudosíncope") ou epilepsia 	IIb	C

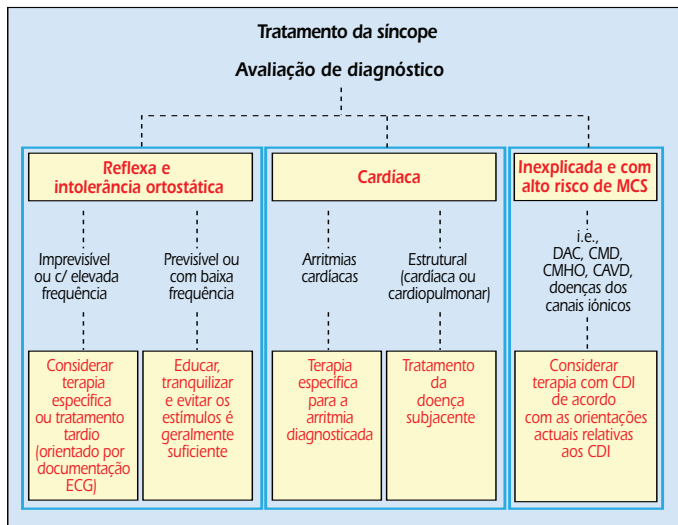
a - classe de recomendação; b - nível de evidência; EEG - electroencefalograma; PTDS - perda transitória dos sentidos

Recomendações: Avaliação neurológica	Classe ^a	Nível ^b
Indicações <ul style="list-style-type: none"> A avaliação neurológica é indicada em doentes em que existe suspeita da PTDS ser epilepsia 	I	C
<ul style="list-style-type: none"> A avaliação neurológica é indicada quando a síncope se deve a IAN para avaliar a doença subjacente 	I	C
<ul style="list-style-type: none"> O EEG, a ecografia das artérias do pescoço e a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética do cérebro não são indicados, salvo se existir suspeita de causa não sincopal de PTDS 	III	B

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; EEG - electroencefalograma; PTDS - perda transitória dos sentidos; IAN - insuficiência autonómica

3 - Tratamento

Princípios gerais do tratamento



CAVD = cardiomiopatia arritmogénica do ventrículo direito; DAC - doença arterial coronária; CMD - cardiomiopatia dilatada; ECG - electrocardiograma; CMHO - cardiomiopatia hipertrofica obstrutiva; CDI - cardioversor desfibrilhador implantável; MCS - morte cardíaca súbita

Recomendações: Tratamento de síncope reflexa	Classe ^a	Nível ^b
▪ É indicado para todos os doentes explicar o diagnóstico, transmitir segurança e esclarecer o risco de recorrência	I	C
▪ A MCF isométrica é indicada em doentes com pródromo	I	B
▪ A estimulação cardíaca deve ser considerada em doentes com SSC cardiointerrompido dominante	IIa	B
▪ A estimulação cardíaca deve ser considerada em doentes com síncope reflexa recorrente frequente, idade > 40 anos e resposta cardiointerrompida espontânea documentada durante a monitorização	IIa	B
▪ A midodrina pode ser indicada em doentes com SVV refractário a medidas de alteração do estilo de vida	IIb	B
▪ O treino de ortostatismo ("Tilt training") pode ser útil para educar os doentes, embora o benefício a longo prazo dependa da adesão à terapia	IIb	B
▪ A estimulação cardíaca pode ser indicada em doentes com resposta cardiointerrompida induzida por inclinação com síncope recorrente frequente imprevisível e idade > 40 após o fracasso de terapia alternativa	IIb	C
▪ A estimulação cardíaca não é indicada na ausência de um reflexo cardiointerrompido documentado	III	C
▪ Fármacos bloqueadores β-adrenérgicos não são indicados	III	A

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; SSC - síndrome do seio carotídeo; MCF - manobra de contra-pressão física; SVV - síncope vasovagal

Recomendações: Tratamento de hipotensão ortostática	Classe ^a	Nível ^b
▪ Deve ser mantida uma ingestão suficiente de água e sal	I	C
▪ A midodrina deve ser administrada como terapia adjuvante, em caso de necessidade	IIa	B
▪ A fludrocortisona deve ser administrada como terapia adjuvante, em caso de necessidade	IIa	C
▪ A MCF pode ser indicada	IIb	C
▪ As faixas abdominais e/ou meias de descanso permitem reduzir a estagnação venosa	IIb	C
▪ Dormir com uma inclinação > 10° para aumentar o volume de líquido pode ser indicado	IIb	C

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; MCF - manobra de contra-pressão física

Recomendações: Tratamento de síncope causada por arritmias cardíacas	Classe ^a	Nível ^b
▪ Síncope decorrente de arritmias cardíacas deve receber tratamento ajustado à causa subjacente	I	B
Indicações		
▪ A estimulação é indicada em doentes com doença do nóculo sinusal em que a síncope se deve a paragem sinusal (correlação sintoma-ECG) sem causa corrigível	I	C
▪ A estimulação é indicada em doentes com doença do nóculo sinusal com síncope e um TCRNS anormal	I	C
▪ A estimulação é indicada em doentes com doença do seio sinusal com síncope e pausas assintomáticas > 3 s (com algumas exceções de jovens instruídos, durante o sono e em doentes medicados)	I	C
▪ A estimulação é indicada em doentes com síncope e bloqueio AV de segundo grau Mobitz II, avançado ou total	I	B
▪ A estimulação é indicada em doentes com síncope, BR e EEF positivo	I	B
▪ A estimulação deve ser considerada em doentes com síncope inexplicada e BR	IIa	C
▪ A estimulação pode ser indicada em doentes com síncope inexplicada e doença do nóculo sinusal com bradicardia sinusal persistente e própria assintomática	IIb	C
▪ A estimulação não é indicada em doentes com síncope inexplicada sem evidências de distúrbios na condução	III	C
Ablação por cateter		
▪ A ablação por cateter é indicada em doentes com uma correlação entre sintoma/ arritmia ECG em TSV e TV na ausência de doença cardíaca estrutural (com a exceção de fibrilhação auricular)	I	C
▪ A ablação por cateter pode ser indicada em doentes com síncope decorrente de fibrilhação auricular rápida	IIb	C
Terapêutica medicamentosa antiarritmica		
▪ A terapêutica medicamentosa antiarritmica, incluindo fármacos para o controlo da frequência, é indicada em doentes com síncope decorrente de fibrilhação auricular rápida	I	C
▪ A terapêutica medicamentosa deve ser considerada em doentes com uma correlação ECG sintoma-arritmia tanto em TSV como TV quando a ablação por cateter não foi possível ou fracassou	IIa	C

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; AV - aurículo-ventricular; BR - bloqueio do ramo; TCRNS - tempo corrigido de recuperação do nóculo sinusal; ECG - electrocardiograma; EEF - estudo electrofisiológico; CDI - cardioversor desfibrilhador implantável; s - segundos; TSV - taquicardia supraventricular; TV - taquicardia ventricular

Recomendações: Tratamento de síncope decorrente de arritmias cardíacas (cont.)	Classe ^a	Nível ^b
Indicações		
▪ O CDI é indicado em doentes com TV documentada e doença cardíaca estrutural	I	B
▪ O CDI é indicado quando a TV monomórfica sustentada é induzida por EEF em doentes com uma história de enfarte do miocárdio	I	B
▪ O CDI deve ser considerado em doentes com TV documentada e cardiomiopatias ou canalopatias hereditárias	Ila	B

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; AV - aurículo-ventricular; TCRNS - tempo corrigido de recuperação do nódoal sinusal; ECG - electrocardiograma; EEF - estudo electrofisiológico; CDI - cardioversor desfibrilhador implantável; s - segundos; TSV - taquicardia supraventricular; TV - taquicardia ventricular

Recomendações: Indicações para cardioversor desfibrilhador implantável em doentes com síncope inexplicada e risco elevado de morte cardíaca súbita			
Situação clínica	Classe ^a	Nível ^b	Comentários
▪ Em doentes com cardiomiopatia isquémica com FEVE gravemente deprimida ou IC a terapia por CDI é indicada de acordo com as orientações correntes para terapia de ressincronização cardíaca com implantação de CDI	I	A	
▪ Em doentes com cardiomiopatia não isquémica com FEVE gravemente deprimida ou IC a terapia por CDI é indicada de acordo com as orientações correntes para terapia de ressincronização cardíaca com implantação de CDI	I	A	
▪ Em cardiomiopatia hipertrófica, a terapia por CDI deve ser considerada em doentes de risco elevado	Ila	C	Em risco não elevado, considerar GOI
▪ Em cardiomiopatia do ventrículo direito, a terapia com CDI deve ser considerada em doentes de risco elevado	Ila	C	Em risco não elevado, considerar GOI
▪ No síndrome de Brugada, a terapia por CDI deve ser considerada em doentes com ECG espontâneo do tipo I	Ila	B	Na ausência de um padrão espontâneo do tipo I, considerar GOI
▪ No síndrome do QT longo, a terapia com CDI, combinada com β-bloqueadores, deve ser considerada em doentes em risco	Ila	B	Em risco não elevado, considerar GOI
▪ Em doentes com cardiomiopatia isquémica sem FEVE gravemente diminuída ou IC e estimulação eléctrica programada negativa, a terapia com CDI pode ser considerada	Ilb	C	Considerar GOI para definir a natureza de síncope inexplicada
▪ Em doentes com cardiomiopatia não isquémica sem FEVE gravemente deprimida ou IC, a terapia com CDI pode ser considerada	Ilb	C	Considerar GOI para definir a natureza de síncope inexplicada

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; IC - insuficiência cardíaca; ECG - electrocardiograma; CDI - cardioversor desfibrilhador implantável; GOI - gravador de ocorrências implantável; FEVE - fracção de ejeção do ventrículo esquerdo; MCS - morte cardíaca súbita

4 – Factores especiais

Síncope nos idosos

As causas mais comuns de síncope nos idosos são IC, síndrome do seio carotídeo (SSC), síncope reflexa e arritmias cardíacas. Formas diferentes podem coexistir no mesmo doente, o que dificulta o diagnóstico.

Elementos-chave da avaliação de síncope em doentes idosos

- A HO nem sempre é reproduzível em adultos mais velhos (especialmente a relacionada com fármacos ou com a idade). Assim, a medição da PA ortostática deve ser repetida, de preferência de manhã e/ou logo após a síncope.
- A utilização da MSC é de especial importância mesmo em casos frequentes de HSC não específica sem historial de síncope.
- Na avaliação da síncope reflexa em doentes mais idosos, o teste de tilt é bem tolerado e seguro, com taxas positivas semelhantes às observadas em doentes mais jovens, especialmente após resposta à nitroglicerina.
- Pode ser útil proceder ao registo da PA em ambulatório durante vinte e quatro horas se houver suspeita de instabilidade da PA (ex. causada por fármacos ou pós-prandial).
- Devido à alta frequência de arritmias, pode ser especialmente útil um GOI em idosos com síncope inexplicada.
- A avaliação dos adultos idosos sem problemas de locomoção, independentes e cognitivamente normais deve ser realizada como para os mais jovens.

Síncope em doentes pediátricos

O diagnóstico de doentes pediátricos é semelhante ao dos adultos. A síncope reflexa representa a grande maioria da etiologia, mas em casos raros a síncope é uma manifestação de arritmia cardíaca ou anomalia estrutural fatais. A síncope deve também ser diferenciada da epilepsia e da pseudosíncope psicogénica, que são causas raras mas importantes de PTDS em doentes pediátricos.

Alguns aspectos da história clínica podem sugerir origem cardíaca e devem dar azo a avaliação cardíaca:

- Antecedentes familiares: MCS prematura <30 anos; doença cardíaca na família;
- Doença cardíaca conhecida ou suspeita;
- Ocorrências desencadeadas por: ruído alto, susto, pressão emocional extrema;
- Síncope durante a prática de exercício, incluindo natação;
- Síncope sem pródrómo, na posição de decúbito dorsal ou durante o sono, ou precedida de dor torácica ou palpitações.

Elementos-chave da avaliação de síncope em doentes pediátricos:

- Síncope na infância é comum, sendo na generalidade benigna e de origem reflexa, e apenas em alguns casos ela tem causas potencialmente fatais.
- A diferenciação entre causas benignas e graves é possível essencialmente com a ajuda da história clínica, o exame físico e o ECG.
- A terapia habitual para doentes jovens com síncope reflexa inclui a informação e tranquilização dos doentes.

Síncope e condução		
Diagnóstico	Grupo 1 (condutores particulares)	Grupo 2 (condutores profissionais)
Arritmias cardíacas		
Arritmia cardíaca, tratamento médico	Depois de estabelecido tratamento com êxito	Depois de estabelecido tratamento com êxito
Implantação de um <i>pacemaker</i>	Após 1 semana	Depois de estabelecida função apropriada
Ablação por catéter com êxito	Depois de estabelecido tratamento com êxito	Depois de confirmado êxito prolongado
Implantação de um CDI	Em geral risco baixo, restrição conforme orientações actuais	Restrição permanente
Síncope reflexa		
Individual/ligeira	Individual/ligeira	Sem restrições, salvo se tiver ocorrido durante uma actividade de alto risco
Recorrente e grave*	Recorrente e grave*	Restrição permanente, salvo se tratamento eficaz tenha sido estabelecido
Síncope sem explicação		
	Sem restrições, salvo ausência de pródromo, ocorrência durante a condução ou presença de doença cardíaca estrutural grave	Depois de diagnóstico e estabelecida uma terapia apropriada

a - classe de recomendação; b - nível de evidência; CDI - cardioversor desfibrilhador implantável

*A síncope neuromediada é designada grave se for muito frequente ou se ocorrer durante uma actividade de "elevado risco", ou se for recorrente ou imprevisível em doentes de "alto risco"

5 – Unidade de tratamento de síncope

Objectivos

Qualquer serviço de síncope está vocacionado para atingir os seguintes objectivos:

- Efectuar uma avaliação avançada e com base nas orientações dos doentes sintomáticos, de forma a proceder à sua estratificação de acordo com o risco, obtendo seguidamente um diagnóstico etiológico preciso e uma avaliação do prognóstico.
- O[s] médico[s] responsável[eis] pelo serviço de síncope lideram o processo de tratamento integrado dos doentes acima mencionados e seu acompanhamento, se necessário. Efectuam os testes laboratoriais principais e têm prioridade sobre os outros doentes a nível do acesso a internamento, testes diagnósticos e procedimentos terapêuticos.
- Reduzir os internamentos. A maioria dos doentes pode ser analisada enquanto doentes externos ou em ambulatório.
- Estabelecer normas de excelência clínica na adesão às recomendações sobre a síncope.

Elementos-chave da prestação de cuidados uniformizados:

- Recomenda-se um percurso coeso e estruturado de cuidados – prestados dentro de uma unidade de síncope única ou de um serviço mais multifacetado – para a avaliação integrada dos doentes com PTDS (suspeita de síncope).
- A referência pode ser feita directamente através de: médicos de família, serviços de urgência, cuidados intensivos para doentes internados e outras instituições.
- É conveniente a experiência e formação em componentes chave da cardiologia, neurologia, geriatria e medicina de urgência.



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

© 2009 EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

Nenhuma parte das presentes Recomendações pode ser traduzida ou reproduzida sob qualquer forma sem a autorização por escrito da ESC.

As recomendações seguintes foram adaptadas das Recomendações da ESC para o Diagnóstico e Tratamento da Síncope (*European Heart Journal* 2009;30:2493-2537 - doi: 10.1093/eurheartj/ehp298).

Para consultar o texto integral tal como foi publicado pelo *European Heart Journal* visite o nosso site: www.escardio.org

Copyright © 2009 The European Society of Cardiology – Todos os direitos reservados

O conteúdo destas Recomendações da European Society of Cardiology (ESC) foi publicado apenas para uso pessoal e educativo. Não está autorizado o seu uso comercial. Nenhuma parte das Recomendações de Bolso da ESC pode ser traduzida ou reproduzida sob qualquer forma sem a autorização por escrito da ESC. A autorização pode ser obtida mediante apresentação de um pedido por escrito dirigido à ESC, Practice Guidelines Department, 2035, route des Colles - Les Templiers - BP179 - 06903 Sophia Antipolis Cedex - França..

Renúncia de responsabilidade:

As Orientações da ESC expressam a opinião da ESC e foram elaboradas após cuidadosa consideração das evidências disponíveis à data da sua redacção. Os profissionais de saúde são encorajados a tê-las em consideração no exercício da sua avaliação clínica. No entanto, as orientações não se devem sobrepor à responsabilidade individual dos profissionais de saúde de tomarem as decisões ajustadas com base nas circunstâncias específicas dos doentes de forma individualizada, de mútuo acordo com cada doente e, se for caso disso e exigido, com o representante ou encarregado do doente. Cabe igualmente ao profissional de saúde verificar as regras e regulamentos aplicáveis aos medicamentos e dispositivos médicos à data da prescrição do tratamento.

Para mais informações

www.escardio.org/guidelines



**EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®**

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY
2035, ROUTE DES COLLES
LES TEMPLIERS - BP 179
06903 SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX - FRANCE
Telephone: +33 (0)4 92 94 76 00
FAX: +33 (0)4 92 94 76 01
E-mail: guidelines@escardio.org

Para mais informações

www.escardio.org/guidelines