

Diagnóstico y tratamiento del síncope vasovagal: ¿qué hacer y qué no hacer?

Diagnosis and treatment of vasovagal syncope: what to do and what not to do?

Mauricio Duque-Ramírez^{1,2*} y Laura Duque-González^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Posgrado de Cardiología, Universidad CES; ²PUL.SOS. Medellín, Colombia

Resumen

El síncope es una afección caracterizada por una pérdida repentina y temporal del conocimiento, causada por una disminución del flujo sanguíneo al cerebro, de inicio rápido y breve duración (desde unos pocos segundos hasta un minuto) y recuperación completa espontánea, con una incidencia acumulada a lo largo de la vida cercana al 35%. Representa entre el 0.6 y el 3% de todas las visitas a los servicios de urgencias en el mundo. Aproximadamente, el 50% de ellos son admitidos; entre los diversos tipos de síncope, el vasovagal, también conocido como neurocardiogénico, es la causa más frecuente y es un motivo común de visitas al servicio de urgencias, lo que produce una angustia significativa y afecta de manera negativa la calidad de vida de los pacientes, con pruebas costosas y admisiones hospitalarias. Las directrices mejoradas y los enfoques diagnósticos innovadores, complementados con tecnología, pueden ofrecer vías para una atención más rentable y eficiente. El enfoque estandarizado para la evaluación del síncope reduce las admisiones hospitalarias y los costos médicos, y aumenta la precisión del diagnóstico. La evaluación inicial de todos los pacientes que presentan síncope incluye una historia clínica detallada, un examen físico y un electrocardiograma. Con esto se puede diagnosticar hasta el 50% de los casos y permite hacer un tratamiento inmediato y estratificar el riesgo. Las pruebas de laboratorio y las neuroimágenes tienen un rendimiento diagnóstico bajo y deben solicitarse solo si están clínicamente indicados. Los pacientes de bajo riesgo, con un solo episodio de síncope, a menudo pueden ser tranquilizados y sin necesidad de realizar más investigaciones. Los pacientes de alto riesgo con enfermedad cardiovascular, antecedentes de arritmia, hallazgos electrocardiográficos anormales o comorbilidades graves deben ser ingresados en el hospital para una evaluación más completa.

Palabras clave: Síncope. Mesa basculante. Arritmia.

Abstract

Syncope is a condition characterized by a sudden and temporary loss of consciousness, caused by decreased blood flow to the brain. It is characterized by rapid onset and short duration (from a few seconds to a minute) and complete spontaneous recovery, with a cumulative lifetime incidence of approximately 35%. Syncope accounts for 0.6-3% of all emergency department visits worldwide. Approximately, 50% of these are admitted. Among the various types of syncope, vasovagal syncope, also known as neurocardiogenic syncope, is the most frequent cause of syncope and is a common reason for emergency department visits, resulting in significant distress and negatively impacting patients' quality of life, with costly testing and hospital admissions. Improved guidelines and innovative diagnostic approaches, potentially complemented by technology, may offer avenues for more cost-effective and efficient care. A standardised approach to syncope assessment reduces hos-

***Correspondencia:**

Mauricio Duque-Ramírez

E-mail: mauricioduquemd@gmail.com

Fecha de recepción: 30-10-2024

Fecha de aceptación: 11-11-2024

DOI: 10.24875/RCCAR.M24000236

Disponible en internet: 16-06-2025

Rev Colomb Cardiol. 2025;32(2):119-122

www.rccardiologia.com

0120-5633 / © 2024 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

pital admissions and medical costs and increases diagnostic accuracy. Initial assessment of all patients presenting with syncope includes a detailed history, physical examination and electrocardiogram, which can diagnose up to 50% of patients and allows prompt treatment and risk stratification. Laboratory tests and neuroimaging have a low diagnostic yield and should be ordered only if clinically indicated. Low-risk patients with a single episode of syncope can often be reassured without the need for further investigations. High-risk patients with cardiovascular disease, a history of arrhythmia, abnormal electrocardiographic findings or severe comorbidities should be admitted to hospital for further assessment.

Keywords: Syncope. Tilt table. Arrhythmia.

Generalidades

El síncope no es un diagnóstico en sí mismo, sino un síndrome con múltiples etiologías. Es una afección común, con una incidencia acumulada cercana al 25-35% a lo largo de la vida, además de una alta tasa de recurrencia tras la presentación inicial, que puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. Del 20 al 40% de los síncope son de origen vasovagal. Este tipo de síncope afecta a las mujeres 1.5 veces más que a los hombres, y la probabilidad de que se produzcan reacciones vasovagales disminuye con la edad. La mayoría de los casos comienzan en la adolescencia y pueden reaparecer después de los cincuenta años. Solo la especie humana se desmaya, lo que sugiere una posible predisposición genética; recientemente, se han identificado tres genes asociados con el síncope vasovagal (SVV)¹.

Es fundamental realizar un diagnóstico etiológico, ya que un síncope de origen cardíaco conlleva una alta tasa de mortalidad, a diferencia del vasovagal. Por lo tanto, el primer reto para el médico es obtener un diagnóstico preciso, ya que el tipo de síncope determina el pronóstico y el manejo.

Diagnóstico

El aspecto más importante en el diagnóstico es llevar a cabo un buen interrogatorio. El paciente suele proporcionar la clave para el diagnóstico, ya que el síncope es solo la «punta del iceberg». Este síndrome puede ir acompañado de numerosos síntomas que pueden comenzar en la niñez. Antes de llegar al síncope, los pacientes son multisintomáticos: presentan cansancio, cefaleas frecuentes, frialdad, hipotensión ortostática, palpitaciones, opresión precordial, mareos, *tinnitus*, intolerancia al ejercicio, síntomas gastrointestinales, genitourinarios, entre otros. El sistema nervioso autónomo coordina todas las funciones involuntarias del organismo. Los síntomas suelen desencadenarse tras un estrés significativo (que no necesariamente es psicológico), como en el caso de las mujeres en edad fértil durante

el período menstrual (estrés hormonal) o después de un estrés físico (por ejemplo, en un sauna o jacuzzi o al finalizar un ejercicio extenuante).

El diagnóstico del SVV es clínico y en múltiples ocasiones sobran las pruebas diagnósticas ordenadas por diferentes especialidades dada la diversidad de síntomas.

El uso de la prueba de mesa basculante (“tilt test”) es controvertido; en la práctica clínica no solo tiene utilidad en la confirmación del diagnóstico para el clínico, sino también para clasificar el subtipo y, más importante aún, para la ratificación y tranquilidad del paciente de que sus síntomas sí son explicados por esta patología.

Es importante destacar que este test debe ser realizado por personal capacitado y recibir un monitoreo continuo de la presión arterial y del pulso; de preferencia, se deben incluir parámetros fisiológicos continuos, ya que los cambios autonómicos ocurren en segundos y no pueden ser detectados con métodos como el esfigmomanómetro o el dinamómetro².

Tratamiento

El tratamiento se divide en tres categorías: a) tratamiento no farmacológico, b) tratamiento farmacológico y c) procedimientos invasivos. El objetivo del tratamiento es mejorar la calidad de vida, ya que esta condición, en sí, no es mortal, salvo por sus consecuencias secundarias a las caídas, por ejemplo, trauma cerebral, fracturas, entre otras.

Tratamiento no farmacológico

Después de un diagnóstico certero es fundamental brindar tranquilidad sobre la naturaleza benigna del síncope y fomentar medidas conductuales para eliminar o reducir los desencadenantes. Estas medidas incluyen explicar al paciente su enfermedad y evitar medicamentos diuréticos y vasodilatadores, que pueden agravar los síntomas. Entre los antihipertensivos, los alfabloqueadores, los nitratos, los

betabloqueadores y los antagonistas del calcio presentan un mayor riesgo y deben ser descontinuados siempre que sea posible. Si se requiere medicación antihipertensiva, se deben preferir fármacos con efectos protectores o de bajo riesgo de hipotensión, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o los antagonistas de receptor de angiotensina, administrados preferiblemente antes de acostarse. La mayoría de los medicamentos psicoactivos, incluidos la levodopa, los antipsicóticos, los antidepresivos tricíclicos, las benzodiazepinas, la trazodona y los opioides, pueden inducir hipotensión y agravar los síntomas³.

Las recomendaciones incluyen evitar estar de pie durante períodos prolongados, evitar cambios rápidos de posición y ambientes calurosos o saturados de personas. Es fundamental que los pacientes realicen actividad física moderada, se mantengan hidratados y consuman alimentos salados, ya que esto mejora de manera significativa los síntomas y los síncope en los pacientes con SVV. Es crucial conocer los prodromos y, en ese momento, adoptar posiciones seguras, junto con maniobras físicas de contrapresión, lo cual, por sí solo, puede reducir significativamente la recurrencia del síncope. Las maniobras de contrapeso físico, como el cruce de piernas, el "hand grip" y la contracción isométrica de los músculos abdominales y de los miembros superiores, han demostrado ser útiles para prevenir el síncope en pacientes con un período prodromático lo suficientemente largo. El uso de medias de compresión, sobre todo para pacientes que deben estar de pie durante mucho tiempo, es otra medida importante. Períodos de entrenamiento progresivos de ortostatismo han demostrado ser efectivos, así como la práctica de yoga, que tiene efectos benéficos en estos pacientes⁴.

Tratamiento farmacológico

Si a pesar del manejo no farmacológico los síntomas persisten, se deben considerar medidas farmacológicas. La fludrocortisona aumenta la absorción renal de sodio y contrarresta la cascada fisiológica que desencadena el síncope. Se utiliza en pacientes con presión arterial consistentemente baja, con dosis de 0.1 a 0.3 mg/día. Un metaanálisis reciente mostró que la midodrina, un agonista alfa que actúa como vasoconstrictor, reduce la recurrencia del síncope y puede considerarse en dosis de 2.5 a 10 mg, tres o cuatro veces al día. Las guías consensuadas ofrecen recomendaciones débiles para el uso de betabloqueadores, fludrocortisona y midodrina. También

hay recomendaciones para los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), basadas en estudios recientes que indican una mejora en la calidad de vida. Los ISRS pueden prevenir el SVV al modular la detección de aferencias viscerales por parte del sistema nervioso central. Se ha encontrado evidencia moderada, pero consecuente, de que los ISRS reducen la probabilidad de síncope y presíncope vasovagal [RR 0.34 (IC 95%: 0.20 a 0.60), $p = 0.01$]^{5,6}. Un metaanálisis reciente destaca la eficacia de la midodrina y los ISRS en la reducción de la recurrencia del síncope espontáneo. La midodrina mostró una disminución del riesgo relativo (RR) de 0.55, mientras que la fluoxetina, especialmente en pacientes con ansiedad concomitante, tuvo un RR de 0.36. La midodrina es razonable en pacientes con SVV recurrente sin antecedentes de hipertensión, insuficiencia cardíaca o retención urinaria. Los betabloqueadores, aunque han sido muy utilizados, no tienen respaldo en estudios que apoyen su uso ni para mejorar la calidad de vida, ni para el SVV. La droxidopa, un agonista alfa y beta central y periférico, ha sido aprobada recientemente por la FDA con buenos resultados iniciales, pero requiere más estudios para validarla^{7,8}.

Procedimientos invasivos

Para los casos de síncope recurrente e incapacitante, refractarios a tratamientos previamente descritos, las estrategias terapéuticas dependen de la edad. En pacientes mayores de 40 años, se han realizado varios estudios sobre el implante de marcapasos, específicamente en aquellos con respuesta cardioinhibitoria y síncope recurrente, refractario a tratamiento no farmacológico y farmacológico. Estos pacientes son candidatos para la estimulación bicausal, en especial con CLS (sensor de asa cerrada por su sigla en inglés), lo que puede reducir los episodios sincopales hasta en cuatro veces y mejorar la calidad de vida⁹.

Cuando el síncope reaparece a pesar de haber implementado estrategias anteriores en pacientes jóvenes, se debe considerar la cardioneuroablación (CNA). Este tipo de manejo ha surgido como una terapia prometedora para pacientes con SVV refractario. Un metaanálisis reciente sugiere una alta tasa de ausencia de síncope tras la CNA, aunque se requieren más ensayos clínicos controlados para confirmar estos hallazgos y ver su evolución con el tiempo. En Colombia, varios servicios ya realizan este procedimiento con un seguimiento hasta de dos años, con éxito y muy pocas complicaciones (Fig. 1)¹⁰.

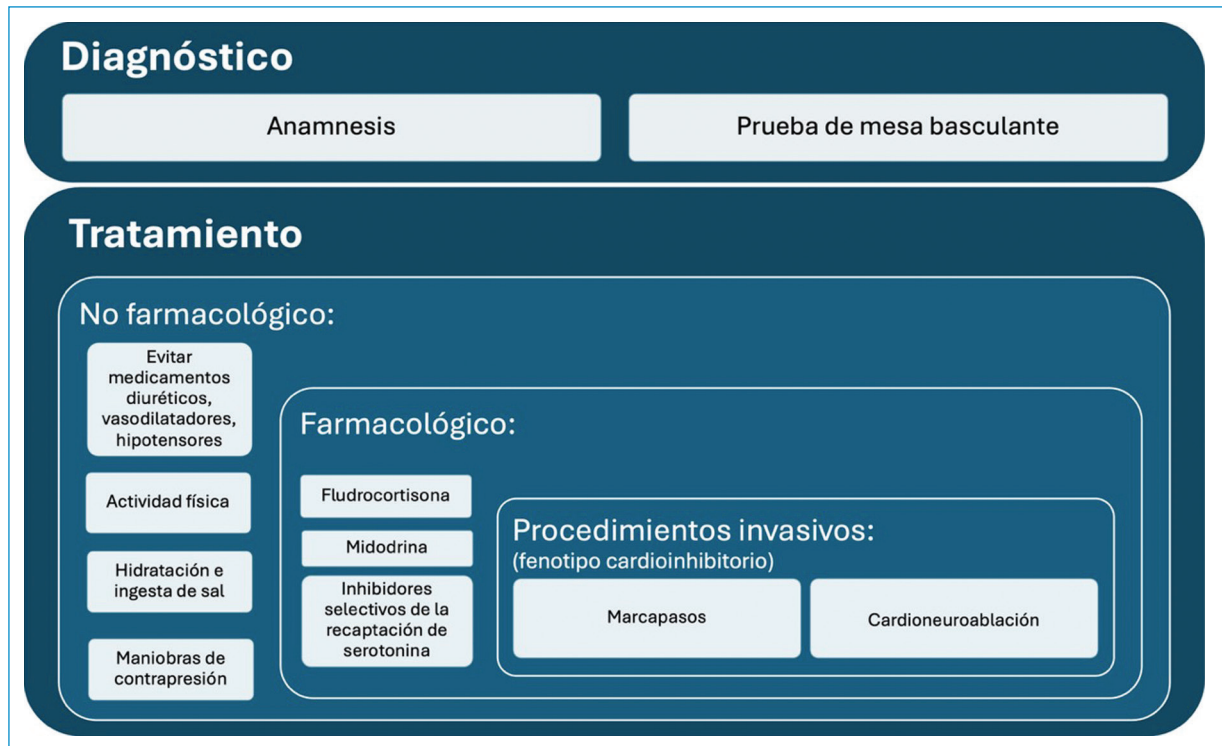


Figura 1. Diagnóstico y esquema terapéutico (no farmacológico y farmacológico) del síncope vasovagal.

Conclusión

La fuente más importante de aprendizaje para los clínicos sobre el SVV son los pacientes. Por ello es fundamental realizar un interrogatorio preciso y escucharlos ampliamente para que, al trabajar de la mano, se logre impactar su calidad de vida. Pese a que los avances han sido importantes, aún queda mucho por investigar y comprender.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

- Salari N, Karimi Z, Hemmati M, Mohammadi A, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of vasovagal syncope: A systematic review and meta-analysis. *Glob Epidemiol.* 2024;7:100136.
- Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation.* 2017;136(5):e60-e122. doi: 10.1161/CIR.0000000000000499. Epub 2017 Mar 9. Erratum in: *Circulation.* 2017;136(16):e271-72.
- Alharbi A, Shah M, Gupta M, Rejent K, Mahmoud M, Alsughayer A, et al. The efficacy of non-pharmacological and non-pacing therapies in preventing vasovagal syncope: Tilt training, physical counter pressure maneuvers, and yoga - A systematic review and meta-analysis. *Auton Neurosci.* 2024;251:103144.
- Behnouth AH, Yazdani K, Khalaji A, Tavolinejad H, Aminorroaya A, Jalali A, et al. Prevention of recurrent vasovagal syncope: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Rhythm.* 2023;20(3):448-60.
- Raj P, Lei L, Flevaris P, Raj S, Sheldon R. Serotonin reuptake inhibition for the prevention of vasovagal syncope: a systematic review and meta-analysis *Clinical Autonomic Research.* 2023;33:811-9.
- Alsaleh M, Talati A, Raj S, Sheldon R. Serotonin and vasovagal syncope. *Clinical Autonomic Research.* 2024;34:385-94.
- Kaza N, Sorbini M, Liu Z, Johal M, Porter B, Nowbar A, et al. Therapeutic options for neurocardiogenic syncope: a meta-analysis of randomised trials with and without blinding. *Open Heart.* 2024;11:e002669.
- Elgebaly A, Abdelazeim B, Mattar O, Gadelkarim, M, Salah R, Negida A. Meta-analysis of the safety and efficacy of droxidopa for neurogenic orthostatic hypotension. *Clin Auton Res.* 2016;26:171-80.
- Prata AA, Katsuyama E, Scardini P, Antunes V, Granja J, Coan AC., et al. Cardioneuroablation in patients with vasovagal syncope: an updated systematic review and meta-analysis. *Heart Rhythm.* 2024;S1547-5271(24)03079-0.
- Aksu T, De Potter T, John L, Osorio J, Singh D, Alyesh D, et al. Procedural and short-term results of electroanatomic-mapping-guided ganglionated plexus ablation: a multicenter study. *J Cardiovasc Electro-Physiol.* 2022;33(1):117-22.