

04: Protocolo de Manejo da Síncope na Emergência
Departamento: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Objetivo: Auxiliar na conduta médica.
Frequência: Contínuo
Executante: PROFISSIONAIS MÉDICOS

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	2
2. ABRANGÊNCIA	2
3. DEFINIÇÃO	2
4. DIAGNÓSTICO	2
4.1. Avaliação clínica	2
4.2. Exame físico	3
4.3. Exames	3
4.4. Estratificação de risco	3
5. TRATAMENTO	4
6. FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO OU ALTA DO PACIENTE COM QUEIXA DE SINCOPE	5
7. REFERÊNCIAS	6

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Jacqueline Fernanda Gomes Pinto Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Jacqueline Fernanda Gomes Pinto Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

1. OBJETIVO

Diagnosticar os pacientes com síncope e realizar estratificação de risco.

2. ABRANGÊNCIA

Todas as Unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto (SP).

3. DEFINIÇÃO

Síncope é a perda transitória de consciência, causada por hipoperfusão cerebral transitória. Trata-se de um evento rápido, de curta duração e de recuperação espontânea. A estratificação de risco é a ação inicial em um serviço de Urgência e Emergência, visto que a etiologia frequentemente é desconhecida.

4. DIAGNÓSTICO

4.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Saber se realmente ocorreu perda de consciência (caso não tenha ocorrido, tratase de lipotimia);

Circunstâncias que precederam a síncope (posição, atividade, fatores predisponentes e eventos precipitantes);

Pódromos (tonturas, sensação de calor, visão em túnel, sensação de fraqueza nas pernas, com ou sem náuseas, palidez e/ou sudores – condizem mais a síncope vasovagal. Síncopes arritmogênicas geralmente são súbitas);

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Jacqueline Fernanda Gomes Pinto Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

Quadro clínico durante e após a perda de consciência (tempo de duração, se houve TCE, cor da pele durante episódio, se houve movimentos tônicos-clônicos ou mordedura de língua – movimentos tônico-clônicos são frequentemente associados a síncope, contudo, em casos de confusão após episódio que duram vários minutos, mordedura da língua ou liberação esfínteriana, o diagnóstico de convulsão é mais sugestivo); Antecedentes pessoais (cardiopatia ou história familiar de cardiopatias ou morte súbita prematura, uso de álcool ou drogas, histórico prévio de síncope);

Atentar para síncope em paciente com dengue (Dengue C).

4.2. EXAME FÍSICO

Verificação de hipotensão ortostática (medir pressão arterial em decúbito dorsal e novamente após 3 minutos de posição ortostática – queda de pressão arterial sistólica (PAS) \geq 20 mmHg ou PAS abaixo de 90mmHg associado com sintomas são condizentes com hipotensão ortostática)

Avaliação neurológica (avaliar se sintomas persistem e se há déficits – em caso afirmativo, possivelmente não se trata apenas de síncope de causa neurológica, sendo válido maior investigação)

4.3. EXAMES

- ECG de 12 derivações: sempre deve ser realizado em pacientes com histórico de síncope;
- Dextro;
- Exames complementares dependem das circunstâncias clínicas do paciente, sendo recomendados dosagem de eletrólitos em pacientes criticamente doentes.

4.4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Para estratificação de risco e probabilidade de se tratar de síncope de etiologia cardíaca, dois escores podem ser utilizados:

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Jacqueline Fernanda Gomes Pinto Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

Escore OESIL (Osservatorio Epidemiologico sulla syncope nel Lazio): varia de 0 a 4 pontos, composto pela soma aritmética:

IDADE > 65 ANOS		+1
HISTÓRIA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR		+1
ECG ALTERADO*		+1
Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2022
Dra. Jacqueline Fernanda Gomes Pinto Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello
SÍNCOPE SEM PRÓDOMOS		+1

Pacientes de moderado a alto risco (escore ≥ 2), por apresentarem maior mortalidade em um ano, são elegíveis para internação e investigação de causa etiológica.

*ECG alterado (bradicardia sinusal ou pausa sinusal, bloqueio atrioventricular de segundo ou terceiro grau, distúrbios de condução, fibrilação ou flutter atrial, taquicardia ventricular, intervalo QTc longo, presença de zona inativa ou alterações agudas de ST-T, pré excitação ventricular, ritmo de marca-passo ou disfunção de marca-passo).

EGSYS (Evaluation of Guidelines in Syncope Study): Leva em conta 6 variáveis:

DOENÇA CARDIOVASCULAR OU ECG DE 12 DERIVAÇÕES ANORMAL	+3
PALPITAÇÕES ANTES DA SÍNCOPE	+4
SÍNCOPE PRECIPITADA POR ESFORÇO	+3
SÍNCOPE EM POSIÇÃO DEITADA	+2
PRÓDROMOS AUTÔNOMICOS (tosse, riso, micção, defecação, náusea, vômito ou deglutição)	-1
EXISTÊNCIA DE FATORES PRECIPITANTES (desidratação, dor, ortostase prolongada ou estímulo estressante)	-1

Somatória =3: maior probabilidade de síncope de origem cardíaca, recomendado internação e investigação.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Jacqueline Fernanda Gomes Pinto Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

5. TRATAMENTO

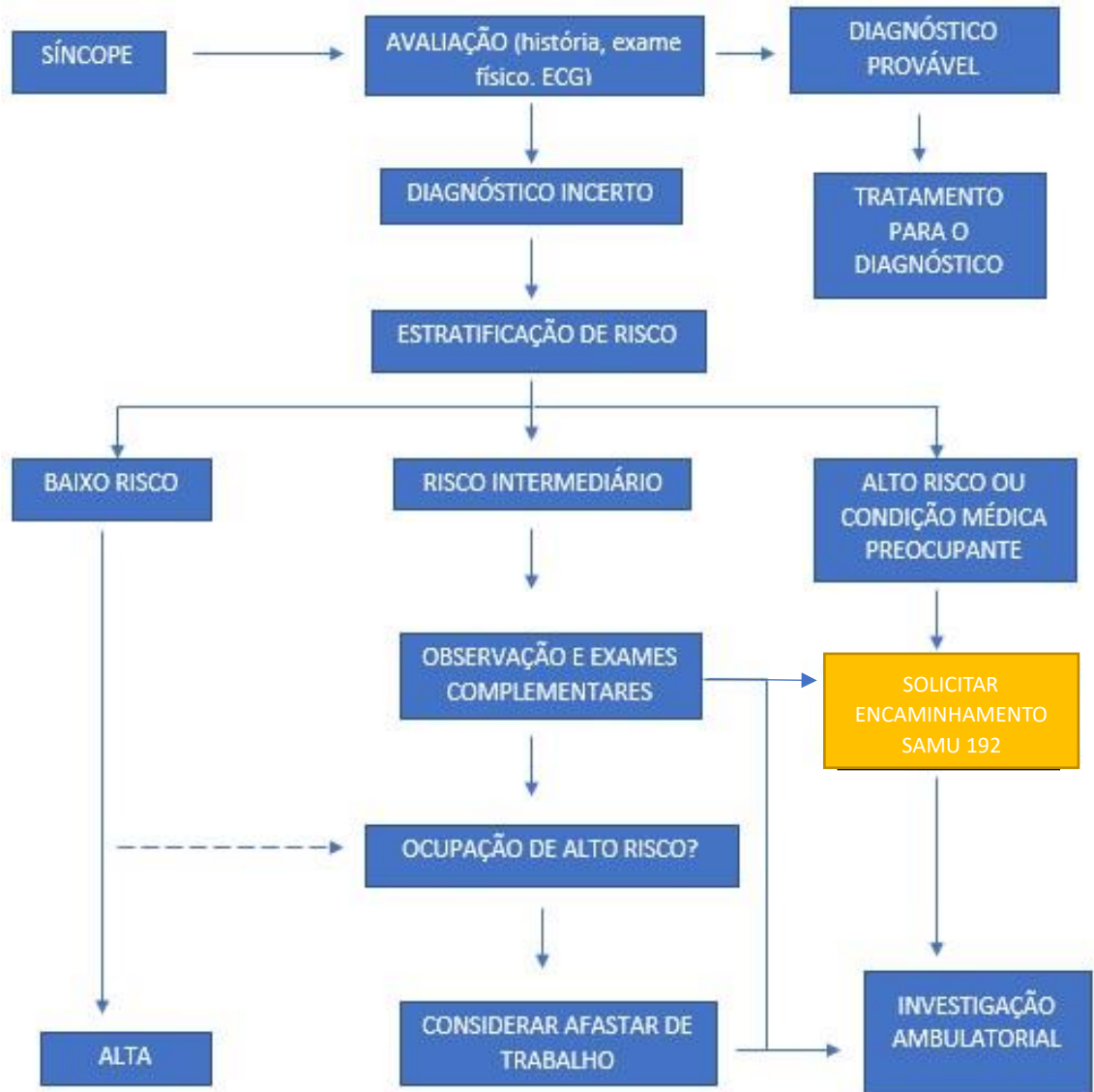
Síncope reflexa: orientar sobre como evitar fatores de gatilho e como realizar manobras preventivas

Hipotensão ortostática: hidratação, até mesmo indicação de meias elásticas e cintas abdominais

Cardiogênica: recomendado monitorização e tratamento de acordo com etiologia.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Jacqueline Fernanda Gomes Pinto Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

6. FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO OU ALTA DO PACIENTE COM QUEIXA DE SÍNCOPE



Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Jacqueline Fernanda Gomes Pinto Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

7. REFERÊNCIAS

Fischer LM, Dutra JP, Mantovani A, Lima GG, Leiria TL. Predictors of hospitalization in patients with syncope assisted in specialized cardiology hospital. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101:480-6. DOI: 10.5935/abc.20130206.

Kariman H, Harati S, Safari S, Baratloo A, Pishgahi M. Validation of EGSYS Score in Prediction of Cardiogenic Syncope. *Emerg Med Int.* 2015;2015:515370. doi: 10.1155/2015/515370. Epub 2015 Nov 16. PMID: 26649200; PMCID: PMC4663288.

Moya A, Sutton R, et all. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope. European Society of Cardiology (ESC). European Heart Rhythm Association (EHRA). Heart Failure Association (HFA). Heart Rhythm Society (HRS). *Eur Heart J.* 2009 Nov;30(21):2631-71.

Shen WK, Sheldon RS, et all. 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. *Heart Rhythm.* 2017 Mar 9. pii: S1547-5271(17)30297-7.

Velasco, Irineu Tadeu; Brandão Neto, Rodrigo Antonio; Souza, Heraldo Possolo de; Marino, Lucas Oliveira; Marchini, Julio Flávio Meirelles; Alencar, Júlio César Garcia de (eds). *Medicina de emergência: abordagem prática [15.ed.]*. BARUERI: Manole, 2021.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Jacqueline Fernanda Gomes Pinto Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello