

Síncope

Editores:

CARLOS A. MORILLO ZÁRATE, MD., FRCPC.
EDUARDO MEDINA DURANGO, MD.

Coeditores:

FERNANDO ROSAS ANDRADE, MD.
MAURICIO CABRALES NEIRA, MD.



**SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

Oficina de Publicaciones

Reservados todos los derechos.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio, sin el permiso escrito de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Síncope

Primera Edición, 2005

Obra completa: ISBN 97065-5-X

2004 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Avenida 9ª No. 126-18/30. Oficina 201. Bogotá, D.C.

Teléfonos: 5231640 - 5231650 - 5230044 - 5230012

www.scc.org.co

Correo electrónico: publicaciones@scc.org.co

Editores

Carlos A. Morillo Zárate, MD., FRCPC.

Eduardo Medina Durango, MD.

Coeditores

Fernando Rosas Andrade, MD.

Mauricio Cabrales Neira, MD.

Coordinación editorial y comercial

María Eugenia Calderón Barraza

Ilustración de carátula

Yataro Interactivo

Corrección de texto y estilo

Adriana María Jaramillo Castro, Lic. LM.

Diagramación y composición electrónica

Terry Stelle Martínez

Impresión

Panamericana

Impreso en Colombia

Printed in Colombia

Síncope

Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Junta Directiva 2003-2005

Presidente:	DANIEL CHARRIA GARCÍA
Primer Vicepresidente:	PABLO GUERRA LEÓN
Segundo Vicepresidente:	FERNANDO MANZUR JATTIN
Secretaria:	ALEXIS LLAMAS JIMÉNEZ
Tesorera:	NOHORA I. RODRÍGUEZ GUERRERO
Fiscal:	NÉSTOR SANDOVAL REYES
Antioquia:	SAMUEL JARAMILLO ESTRADA
Atlántico:	NAZARIO HANI ABUGATTAS
Bolívar:	CARLOS OLIVER ESPINOSA
Central:	GINA CUENCA MANTILLA
Eje Cafetero:	JORGE CARRIZOSA UMAÑA
Magdalena Grande:	ARNOLDO SUÁREZ CUELLO
Morrosquillo:	JESUS DE LEÓN LUGO
Santanderes:	CARLOS CHACÓN VILLAMIZAR
Suroccidente:	ALBERTO NEGRETE SALCEDO
Cirugía Cardiovascular:	SERGIO FRANCO SIERRA

Comité de Electrofisiología y Arritmias 2001-2003 Coordinadores, Primer Consenso Nacional de Síncope

Coordinador:	FERNANDO ROSAS ANDRADE
Secretario:	MAURICIO CABRALES NEIRA

Comité de Electrofisiología y Arritmias 2003-2005

Presidente:	MAURICIO CABRALES NEIRA
Secretario:	DIEGO VANEGAS CADAVID
Subsecretario:	CARLOS RESTREPO



**SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

Oficina de Publicaciones

Advertencia

Los autores, coautores y editores han realizado su mayor esfuerzo para que la información registrada en esta obra sea actual y veraz. Dado que la medicina es una ciencia con un desarrollo continuo y acelerado que impone cambios permanentes, y frente a la posibilidad de errores humanos durante cada uno de los procesos de ejecución de esta obra, desde la elaboración de los manuscritos por los autores y coautores hasta la impresión final, ni los editores ni cualquier otra persona que haya podido colaborar en la preparación de este documento, garantizan que la información contenida sea en su totalidad precisa o completa. Por tanto, recomendamos que toda intervención o recomendación terapéutica sea producto del análisis completo de la información existente, del juicio clínico y de la individualización en estas decisiones frente al paciente.

Síncope

Editores

CARLOS A. MORILLO ZÁRATE, MD., FRCPC.

*Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Profesor Departamento de Medicina,
División de Cardiología-Servicio de Arritmia,
Director Síncope y Desorden Autonómico Clínico,
Universidad de McMaster, Clínica HGH-McMaster.
Coordinador Comité de Síncope,
Sociedad Canadiense de Ritmo Cardíaco,
Hamilton, ON, Canadá.*

EDUARDO MEDINA DURANGO, MD.

*Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Cardiólogo - Electrofisiólogo,
Jefe Departamento Sistema Nervioso Autónomo,
Clínica Medellín,
Medellín, Colombia.*

Coeditores

FERNANDO ROSAS ANDRADE, MD.

*Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Cardiólogo - Electrofisiólogo,
Clínica Abood Shaio,
Bogotá, DC., Colombia.*

MAURICIO CABRALES NEIRA, MD.

*Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe del Servicio de Electrofisiología,
Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología,
Bogotá, DC., Colombia.*

Síncope

Autores

WILLIAM J. BENÍTEZ PINTO, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Cardiólogo - Electrofisiólogo,
Clínica General del Norte.
Barranquilla, Colombia.

JUAN J. BERMÚDEZ ECHEVERRY, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Cardiólogo - Electrofisiólogo,
Fundación Cardiovascular de Colombia.
Floridablanca, Santander, Colombia.

MAURICIO CABRALES NEIRA, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe del Servicio de Electrofisiología,
Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología.
Bogotá, DC., Colombia.

ANA L. CARVAJAL PAZ, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Cardióloga - Electrofisióloga,
Instituto del Corazón.
Sociedad Cardiovascular de Santander.
Instituto del Seguro Social.
Bucaramanga, Colombia.

MAURICIO DUQUE RAMÍREZ, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe del Departamento de Cardiología,
Clínica Medellín.
Director del Programa de Electrofisiología y Cardiología,
Profesor Facultad de Medicina,
CES.
Medellín, Colombia.

EDUARDO MEDINA DURANGO, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Cardiólogo - Electrofisiólogo,
Director del Servicio de Sistema Nervioso Autónomo,
Clínica Medellín.
Profesor Facultad de Medicina, CES
Medellín, Colombia.

ENRIQUE MELGAREJO ROJAS, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe Educación Médica,
Clínica de Marly.
Profesor Titular,
Universidad Militar Nueva Granada.
Bogotá, DC., Colombia.

JUAN DE J. MONTENEGRO ALDANA, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Cardiólogo - Electrofisiólogo,
Hospital Militar Central.
Bogotá, DC., Colombia.

GUILLERMO MORA PABÓN, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Profesor Asociado
Facultad de Medicina, Departamento de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia.
Bogotá, DC., Colombia.

CARLOS A. MORILLO ZÁRATE, MD., FRCPC.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Profesor Departamento de Medicina,
División de Cardiología-Servicio de Arritmia,
Director Síncope y Desorden Autonómico Clínico,
Universidad de McMaster, Clínica HGH-McMaster.
Coordinador Comité de Síncope,
Sociedad Canadiense de Ritmo Cardíaco,
Hamilton, ON, Canadá.

ALBERTO NEGRETE SALCEDO, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe del Servicio de Electrofisiología,
Centro Médico Imbanaco.
Cali, Colombia.

AUGUSTO ORDÓÑEZ ESPAÑA, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Electrofisiólogo Intervencionista,
Clínica Cardiovascular Santa María.
Medellín, Colombia.

ALEJANDRO ORJUELA GUERRERO, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología
Electrofisiólogo,
Hospital Militar Central.
Clínica de los Andes.
Bogotá, DC.; Tunja, Colombia.

LUIS F. PAVA MOLANO, MD. PhD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe Unidad de Electrofisiología Cardíaca,
Fundación Clínica Valle del Lili.
Cali, Colombia.

CECILIA PÉREZ MEJÍA, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Electrofisióloga,
Clínica La Asunción.
Clínica AML.
Barranquilla; Cartagena, Colombia.

CARLOS A. RESTREPO JARAMILLO, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe Servicio de Arritmias,
Clínica Cardiovascular Santa María.
Medellín, Colombia.

DIEGO A. RODRÍGUEZ GUERRERO, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe Servicio de Arritmias y Estimulación Cardíaca,
Fundación Santa Fé de Bogotá.
Bogotá, DC., Colombia.

FERNANDO ROSAS ANDRADE, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Cardiólogo - Electrofisiólogo,
Clínica Abood Shaio.
Bogotá, DC., Colombia.

LUIS C. SÁENZ MORALES, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Servicio de Electrofisiología,
Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología.
Bogotá, DC., Colombia.

WILLIAM URIBE ARANGO, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Director Servicio de Electrofisiología,
Clínica Medellín.
Medellín, Colombia.

MIGUEL A. VACCA CARVAJAL, MD.

Especialista en Medicina Interna, Cardiología y
Electrofisiología.
Aspirante a MSc en Epidemiología Clínica e
Investigación.
Profesor Asistente, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana.
Jefe Unidad de Electrofisiología, Arritmias y
Dispositivos Electrónicos,
Hospital Universitario San Ignacio.
Bogotá, DC., Colombia.

DIEGO I. VANEGAS CADAVID, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe Grupo de Electrofisiología,
Hospital Militar Central.
Hospital Santa Sofía de Caldas
Bogotá, DC.; Manizales, Colombia.

CLAUDIA VARGAS RUGELES, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Electrofisióloga pediatra,
Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología.
Bogotá, DC., Colombia.

VÍCTOR M. VELASCO CAICEDO, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Jefe Departamento de Electrofisiología y Marcapaso,
Clínica Abood Shaio.
Bogotá, DC., Colombia.

JUAN S. VILLADIEGO CATAÑO, MD.

Especialista en Cardiología y Electrofisiología.
Unidad de Electrofisiología Cardíaca,
Fundación Clínica Valle del Lili.
Cali, Colombia.

Presentación

La etiología, la fisiopatología y el cuadro clínico que se evidencian como síncope han venido siendo sujetos de estudio, lo que ha propiciado un conocimiento más apropiado de los mecanismos neuralmente implicados y su relación con el aparato cardiovascular, ello con el propósito de plantear opciones terapéuticas que mejoren la calidad de vida de los pacientes y disminuir la morbimortalidad de quienes padecen esta patología.

El síncope es de poco dominio para una gran parte de los profesionales de la salud, pese a que es un fenómeno cada vez más frecuente en los servicios de urgencias y puede presentarse en adolescentes, adultos jóvenes, adultos de edad intermedia y personas mayores, además de ser un motivo frecuente de consulta al especialista en cardiología o como resultado de la remisión por parte de otros especialistas para evaluación, concepto, tratamiento y control.

El comité de electrofisiología de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular se dio a la tarea de reunir a los especialistas en este campo de las ciencias cardiovasculares para producir el Primer Consenso Nacional de Síncope, el cual ha sido revisado y actualizado para su publicación, y del que esperamos sirva de orientación al médico general y al especialista en el diagnóstico y manejo de los pacientes con disautonomía.

Un agradecimiento inmenso para todos los autores y para el grupo de editores, quienes aportan su inmenso esfuerzo y compromiso para difundir el conocimiento e investigaciones en este campo de la cardiología. Así mismo, un reconocimiento especial a laboratorios Merck S.A. por su irrestricto apoyo y soporte económico en este proyecto editorial que permiten sea conocido y difundido al cuerpo médico nacional.

*DANIEL J. CHARRIA GARCÍA, MD.
Presidente*

Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Prólogo

El síncope suele ser un evento inesperado y dramático que causa incertidumbre, ansiedad y temor en el paciente. No se considera una enfermedad sino una manifestación clínica que usualmente es benigna, pero puede ser un signo ominoso y marcador de muerte súbita.

Este documento, útil para el médico que evalúa estos pacientes, enfatiza la importancia de una detallada historia clínica orientada a identificar factores precipitantes, antecedentes familiares de muerte súbita, presencia de cardiopatía estructural y otros, así como define unas guías prácticas de manejo de este motivo frecuente de consulta.

El Comité de Electrofisiología de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular quiere agradecer especialmente a la Junta Directiva de la Sociedad por su apoyo permanente; a los editores Doctores Carlos Morillo y Eduardo Medina por la cuidadosa y detallada revisión del manuscrito, a cada uno de los autores de los capítulos, y a laboratorios Merck S.A. que apoyó su realización y publicación.

Primer Consenso Nacional de Síncope

FERNANDO ROSAS ANDRADE, MD.

Coodinador

MAURICIO CABRALES NEIRA, MD.

Secretario

Síncope

Editorial

El Comité de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular nos ha otorgado el honor de editar este Primer Consenso Nacional de Síncope que se llevó a cabo en la ciudad de Cartagena en marzo de 2003, para mantener la vigencia académica de la publicación al momento de su publicación, se realizó una última revisión de la literatura en diciembre del 2004 por los editores. Agradecemos a Laboratorios Merck S.A. por su voto de confianza al apoyar la publicación de este consenso. Como es costumbre del Comité de Electrofisiología y Arritmias, que desde 1996 inició la era de los Consensos Basados en Evidencia, con el consenso de Fibrilación Auricular, mantiene el alto estándar de sus consensos con este documento. Queremos agradecer a todos los autores por su dedicación e interés en especial a los Drs. Fernando Rosas y Mauricio Cabrales directivos del Comité de Electrofisiología y Arritmias, por su apoyo y paciencia en lograr reunir en este consenso a todos los electrofisiólogos colombianos. Es importante recalcar que este es el primer consenso de síncope que se realiza en Latinoamérica.

El síncope continúa siendo un motivo de consulta frecuente tanto en los servicios de urgencias como en la consulta general y especializada. Recientemente se revisaron todas las consultas que se realizaron en los servicios de urgencias de los hospitales de la ciudad de Hamilton en Canadá, que pertenecen a la corporación de hospitales de Hamilton Health Sciences de la Universidad de McMaster. Durante el primer trimestre de 2004, se atendieron más de 28.000 consultas en tres servicios de urgencias. De manera retrospectiva, todas los diagnósticos y el síncope o presíncope, constituyeron el 6.5% de las consultas de las cuales más de la mitad fue admitida en diferentes servicios generando un alto costo y un sinnúmero de pruebas diagnósticas innecesarias.

A pesar de la introducción de varias guías de recomendación para la evaluación diagnóstica y el manejo del paciente con síncope, la realidad sigue siendo la de un pobre entendimiento de la evaluación estratificada de los pacientes con síncope (1-4). La hospitalización y la indicación de una gama de pruebas diagnósticas innecesarias y con muy baja capacidad diagnóstica, encarecen el costo de una entidad que se podría evitar si se estratificara la necesidad de las múltiples pruebas diagnósticas disponibles.

El síncope no es una enfermedad como tal sino una manifestación clínica que usualmente es benigna, pero puede ser un signo ominoso y marcador de muerte súbita. Como tal, el objetivo primario en la evaluación del paciente con síncope está en determinar primero la presencia o ausencia de enfermedad cardíaca estructural. Este hecho generalmente determina una ruta diferente en la evaluación diagnóstica (5). La causa más frecuente de síncope en la población general es el síncope vasovagal o neuralmente mediado y en estudios poblacionales

alcanza a ser la causa en 30% a 35% de los pacientes cuando se suma a hipotensión ortostática y a síncope inducido por medicamentos (6). Estos hallazgos ponen de manifiesto que por lo general la primera causa de síncope, especialmente en pacientes sin enfermedad cardíaca estructural o con compromiso leve de la función ventricular izquierda, es la intolerancia ortostática crónica. Aun cuando usualmente son benignas, las recurrencias frecuentes comprometen la calidad de vida y el estado funcional de los pacientes. Igualmente, como lo discute en este consenso el Dr. Medina, la fatiga crónica y otros síntomas disautonómicos pueden prevalecer y aun ser más incapacitantes que el mismo síncope.

Es importante tener en cuenta que en pacientes menores de 30 años se debe descartar la historia familiar de síncope o muerte súbita, y que clínicamente con frecuencia los episodios sincopales se han malinterpretado como crisis convulsivas sobre todo en pacientes con síndrome de QT largo. En la última década nuevos síndromes familiares, principalmente canalopatías congénitas, forman parte de las causas infrecuentes pero potencialmente fatales, y deben sospecharse y estudiarse de acuerdo con las recomendaciones dadas en este consenso.

Una vez se define la presencia de enfermedad cardíaca estructural con la función del ventrículo izquierdo se determina el curso de la evaluación. Los pacientes con cardiopatía isquémica o no isquémica con historia de síncope recurrente se encuentran en mayor riesgo de muerte súbita (5). Con los resultados recientes del MADIT II y el SCD-HeFT los pacientes que presentan síncope y que además cumplen con los criterios de inclusión de cualquiera de ellos: 1) Fracción de eyección ventricular izquierda < 30% en pacientes con cardiopatía isquémica (MADIT II), y/o 2) Fracción de eyección ventricular izquierda < 35% en pacientes en clase funcional NYHA II/III con cardiopatía dilatada de cualquier etiología (SCD-HeFT), obtienen una reducción de riesgo relativo en mortalidad entre el 23% al 31%. Es lógico que es imposible implantar un cardiodesfibrilador (CD) en todos estos pacientes que cumplen los criterios mencionados, y que en un porcentaje no determinado la causa de síncope puede ser secundaria a síncope neuralmente mediado. Igualmente, en un grupo no despreciable de pacientes el síncope persiste a pesar del implante de un marcapaso o un CD. Es en estos casos en los cuales es indispensable la evaluación integral del electrofisiólogo.

El tratamiento específico de la causa de síncope por lo general determina un pronóstico adecuado y una reducción en la recurrencia de síncope con mejoría en la calidad de vida y la clase funcional. A pesar de que el síncope neuralmente mediado es una de las causas más frecuentes, el manejo continúa siendo objeto de gran controversia. Sin duda, recomendaciones simples como el aumento de la ingestión de sal y líquidos y maniobras fisiológicas, juegan un papel indispensable en el manejo (5). El uso de tratamiento farmacológico es completamente empírico y es posible que la falta de éxito de algunas de las intervenciones recomendadas se deba en parte a que usualmente todos los pacientes con síncope vasovagal, desconociendo que puede iniciarse el reflejo neurocardiogénico, se tratan por diferentes gatillos y la bradicardia e hipotensión puede ser simplemente la vía común final de dicho reflejo (5).

El manejo de las causas arrítmicas de síncope está generalmente orientado a prevenir o eliminar la causa de los episodios sincopales. En el caso de las taquiarritmias supraventriculares la introducción de la ablación por radiofrecuencia ha sido indiscutiblemente la terapia de elección. En el caso de taquicardias ventriculares no asociadas a enfermedad cardíaca estructural, la ablación es también la terapia de elección. En los pacientes con enfermedad cardíaca estruc-

tural el se recomienda CDI cuando se cumplen los criterios antes mencionados y que se discuten en detalle en el consenso de muerte súbita recientemente publicado en la Revista Colombiana de Cardiología (7).

El anciano con síncope recurrente es un reto diagnóstico ya que múltiples causas de síncope usualmente son identificadas en el mismo paciente y el manejo de cada una generalmente es necesario. La predisposición a caídas y fracturas aumenta el riesgo en el anciano con síncope recurrente. En ocasiones se ha recomendado el uso de marcapasos de manera empírica en este grupo de pacientes, sin embargo no existe evidencia concreta acerca de los beneficios de esta práctica. También se discuten nuevos métodos de registro electrocardiográfico como el monitor implantable, dentro del contexto de la evaluación del paciente con síncope.

Como es costumbre, en los consensos gestados por el Comité de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, las recomendaciones se basan en evidencia disponible o en su defecto por consenso de los electrofisiólogos que asistieron al consenso celebrado en Cartagena en marzo de 2003. Estas recomendaciones siguen los lineamientos de la AHA/ACC y se clasifican de la siguiente manera:

- Clase I: recomendaciones en las cuales existe consenso general para la indicación propuesta.
- Clase IIa: la mayoría de la información publicada y la opinión de los expertos favorecen la indicación.
- Clase IIb: la mayoría de la información publicada y/o la opinión de los expertos no sustenta la indicación.
- Clase III: existe evidencia que utilizar el tratamiento o realizar la prueba diagnóstica es deletéreo para el paciente y por lo tanto está contraindicado.

De la misma manera, cuando la evidencia estaba disponible (hecho relativamente infrecuente en el caso del síncope) se utilizó la clasificación recomendada por la Universidad de McMaster.

- Nivel A: evidencia derivada de uno o más estudios aleatorizados controlados o meta-análisis y estudios de cohorte con intervención.
- Nivel B: evidencia derivada de estudios de cohorte no-aleatorizados, estudios de casos y controles de buena calidad metodológica o series de casos de alta calidad.
- Nivel C: opinión y consenso de expertos.

Los editores se han tomado el trabajo de mantener la consistencia en las recomendaciones a través de los diferentes capítulos de este consenso. Es inevitable la sobre-posición de información pero se decidió editar sólo las secciones que sin duda presentaban repetición de información. Esperamos que este consenso sirva de guía a los cardiólogos colombianos y a los especialistas en medicina interna y neurología que con frecuencia evalúan pacientes con síncope recurrente.

CARLOS A. MORILLO ZÁRATE, MD., FRCPC.
EDUARDO MEDINA DURANGO, MD.
Editores

Lecturas recomendadas

1. Linzer M, Yang EH, Estes NA, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 1: Value of history, physical examination, and electrocardiography. *Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. Ann Intern Med* 1997; 126: 989-96.
2. Linzer M, Yang EH, Estes NA, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 2: Unexplained syncope. *Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. Ann Intern Med* 1997; 127: 76-86.
3. Brignole M, Alboni P, Benditt D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al. Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001; 22: 1256-306.
4. Goldschlager N, Epstein AE, Grubb BP, Olshansky B, Prystowsky E, Roberts WC, Scheinman MM. Practice Guidelines Subcommittee, North American Society of Pacing and Electrophysiology. Etiologic considerations in the patient with syncope and an apparently normal heart. *Arch Intern Med* 2003; 163 (2):151-62.
5. Morillo CA, Baranchuk A. Current management of syncope: treatment alternatives. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2004; 6: 371-383.
6. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Benjamin EJ, Levy D. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 2002; 347: 878-85.
7. Rosas F, Cabrales M. Primer consenso nacional de muerte súbita. *Rev Col Cardiol* 2003; 10 (Suppl 1): 1-343.

Síncope

Contenido

Síncope: definición y fisiopatología <i>Eduardo Medina Durango, MD.</i>	1
Historia natural, clasificación y epidemiología del síncope <i>Fernando Rosas Andrade, MD.</i>	9
Glosario de términos no adecuados <i>Juan de J. Montenegro Aldana, MD.; Alejandro Orjuela Guerrero, MD.</i>	15
Factores predictores de una evolución adversa: estratificación del riesgo en síncope <i>Carlos A. Restrepo Jaramillo, MD.</i>	21
Estrategia de evaluación inicial <i>Luis F. Pava Molano, MD., PhD.; Juan S. Villadiego Cataño, MD.</i>	25
Utilidad del masaje del seno carotídeo y la prueba de mesa basculante en la evaluación del paciente con síncope <i>Carlos A. Morillo Zárate, MD., FRCPC.</i>	33
Utilidad del monitoreo electrocardiográfico invasivo y no invasivo en pacientes con síncope <i>Ana L. Carvajal Paz, MD.</i>	37
Utilidad del estudio electrofisiológico en síncope <i>Mauricio Cabrales Neira, MD.</i>	45
Cateterismo cardíaco y coronariografía en el paciente con síncope <i>William Benítez Pinto, MD.</i>	51
Evaluación psiquiátrica del paciente con síncope <i>William Benítez Pinto, MD.</i>	53
El síncope neuralmente mediado dentro del espectro de la disautonomía simpática <i>Eduardo Medina Durango, MD.</i>	57
Tratamiento del síncope neurocardiogénico <i>Diego I. Vanegas Cadavid, MD.</i>	65
Tratamiento de la hipersensibilidad del seno carotídeo y del síncope situacional <i>Guillermo Mora Pabón, MD.</i>	75
Tratamiento de la hipotensión ortostática <i>Victor M. Velasco Caicedo, MD.</i>	79

Manejo de las arritmias cardiacas como causa primaria de síncope <i>Mauricio Duque Ramírez, MD.</i>	83
Enfermedad cardiaca estructural y/o cardiopulmonar como causa de síncope, síndrome de robo vascular y causas metabólicas <i>Augusto Ordoñez España, MD.</i>	87
Tópicos esenciales en la evaluación de pacientes con síncope <i>Juan J. Bermúdez Echeverry, MD.</i>	91
Síncope en pacientes pediátricos (niños y adolescentes) <i>Claudia Vargas Rugeles, MD.</i>	97
Síncope en el atleta <i>Miguel A. Vacca Carvajal, MD.</i>	101
Hipotensión mediada neuralmente y síndrome de fatiga crónica <i>Cecilia Pérez Mejía, MD.</i>	107
Síncope recurrente inexplicado: cuando todos los estudios fallan <i>Alberto Negrette Salcedo, MD.</i>	111
Causas misceláneas de síncope <i>Diego A. Rodríguez Guerrero, MD.</i>	115
Causas neurológicas de pérdida del estado de conciencia <i>Luis C. Saénz Morales, MD.</i>	117
El síndrome sincopal y la ley. Consideraciones sobre sus implicaciones y recomendaciones <i>Enrique Melgarejo Rojas, MD.</i>	127
Síntesis de la evaluación y manejo del síncope <i>William Uribe Arango, MD.</i>	133
Índice analítico	141