



Síncope é a perda transitória, não traumática e espontânea de consciência por hipoperfusão cerebral de instalação rápida, duração curta e recuperação espontânea completa.

### I - ASSISTENCIAL

#### 1. DIAGNÓSTICO

##### Confirmação diagnóstica

- Caracterizar através da anamnese: situação do início dos sintomas, sintomas associados como dor e palpitação, presença de pródromo, recuperação da consciência (acorda em segundos ou lenta e progressiva) e evento similar prévio;

##### Exame físico:

- Exame cardiopulmonar completo, ausculta carotídea, aferição da pressão arterial deitado e em pé após 3 minutos (Hipotensão ortostática se queda de PAS  $\geq 20$ mmHg ou PAD  $\geq 10$  mmHg).

##### Indicação de exames diagnósticos:

*Eletrocardiograma sempre:*

- Avaliar arritmias presentes ou doença estrutural.
- Avaliar na sequencia o risco.

#### 2. EXAMES ADICIONAIS

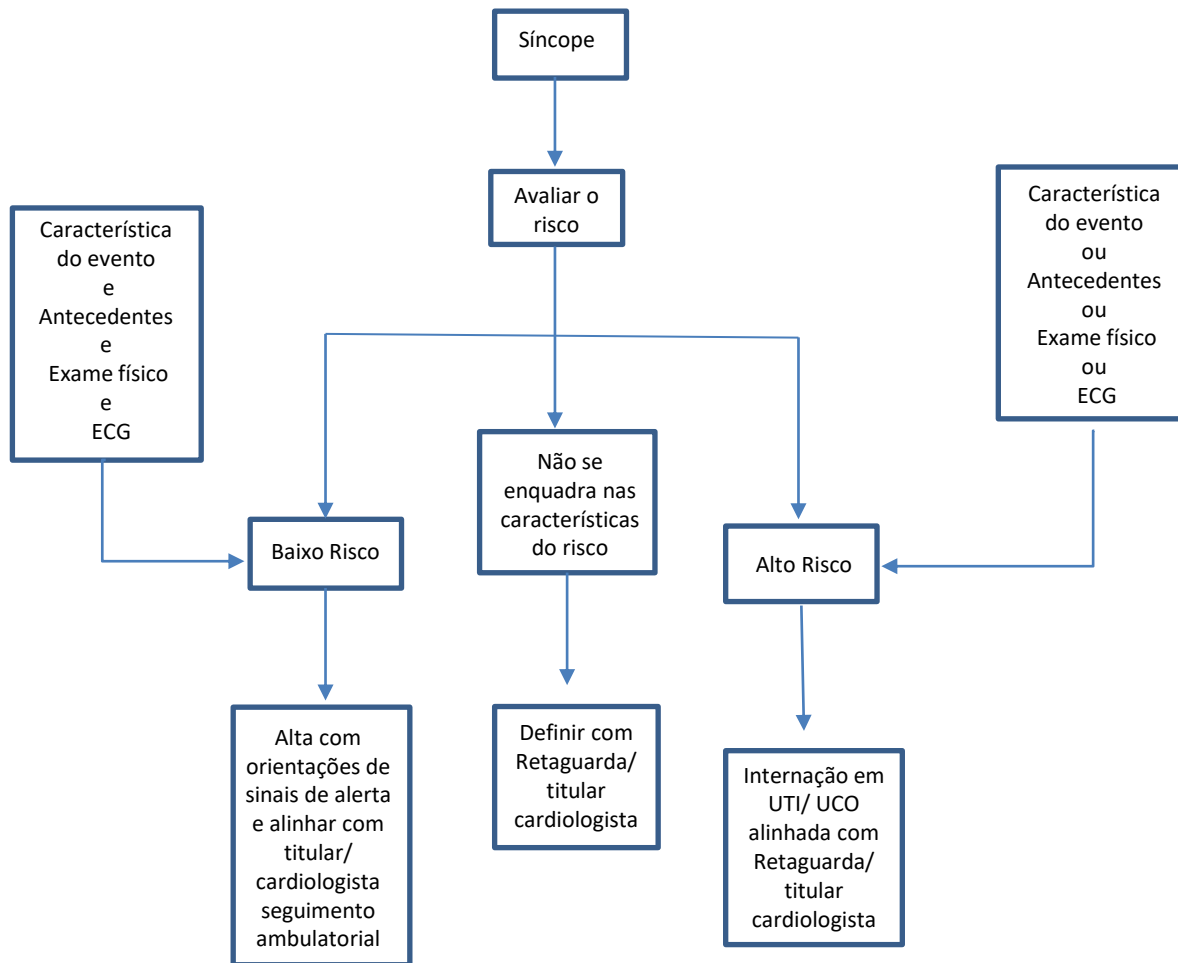
Solicitar de acordo com o quadro acompanhante à síncope, exemplos:

- Protocolo dor torácica na síncope de alto risco;
- Eletrólitos e função renal em síncope de baixo risco secundária a possível desidratação.
- Definição de exames após discussão de caso com titular/retaguarda cardiologista.

#### 3. SCORE DE RISCO

	Baixo risco	Alto risco
Característica do evento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pródromo típico (Escurecimento visual, parestesias, sensação de calor difuso, sudorese);</li><li>• Gatilhos: Após situação desagradável súbita, posição supina prolongada (EX: filas), multidão, ambiente quente, refeição pós brandial, após se levantar rapidamente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desencadeada com dor torácica anginosa, dispneia, dor abdominal ou cefaleia;</li><li>• Síncope no esforço ou deitado;</li><li>• Palpitação súbita seguida de síncope.</li><li>• Síncope sem pródromo (desliga-liga)</li></ul>
Antecedentes pessoais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Longa história (anos)de síncope de baixo risco idêntica a atual;</li><li>• Ausência de doença estrutural.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doença estrutural importante;</li><li>• Doença coronária.</li></ul>
Exame Físico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Normal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipotensão ou bradicardia sustentada;</li><li>• Sopro desconhecido.</li><li>• Sinais de sangramento gastrointestinal</li></ul>
ECG	<ul style="list-style-type: none"><li>• Normal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sinais de isquemia aguda ou doença isquêmica crônica;</li><li>• Bradicardia significativa (FC&lt;40 bpm)</li><li>• Bloqueio atrioventricular Mobitz II ou bloqueio total; Bloqueio de ramo</li><li>• Taquicardia ventricular (Sustentada ou não);</li><li>• QT longo; Brugada tipo 1</li><li>• Sinais de doença estrutural.</li></ul>

#### 4. ALOCAÇÃO



#### 5. ALTA HOSPITALAR

- Os pacientes de baixo risco poderão receber alta da UPA com seguimento clínico ambulatorial alinhado com Titular / Cardiologista.

#### II – INDICADORES DE QUALIDADE

- Alocação adequada dos pacientes de alto risco

#### III. GLOSSÁRIO

ECG: Eletrocardiograma

PAS: Pressão arterial sistólica

PAD: Pressão arterial Diastólica

#### IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Atualização do título, do fluxograma e acréscimo de sinais de alto risco

#### V. REFERÊNCIAS

[1] Eur Heart J. 2018;39(21):1883-1948.

\* Este pathway foi validado no GMA de Cardiologia em 30/05/2022

<b>Código Documento:</b> CPTW101.3	<b>Elaborador:</b> Fernando Ramos de Matos	<b>Revisor:</b> Renata Paluello	<b>Aprovador:</b> Giancarlo Colombo	<b>Data de Elaboração:</b> 02/06/2022 <b>Data da revisão:</b> 29/05/2023	<b>Data de Aprovação:</b> 29/05/2023
---------------------------------------	---	------------------------------------	--	---	---