

Síncope

SÍNCOPE

Guia prático para avaliação, estratificação de risco e manejo da síncope no pronto-socorro. Inclui critérios de internação, prescrições e orientações de alta.

Paciente típico: Adulto jovem, previamente hígido, com episódio de perda súbita e transitória da consciência precedido por pródromos (tontura, sudorese, visão turva), após longo período em pé ou gatilho emocional, com recuperação espontânea em segundos.

? Guia rápido

! Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente relata que há 2 horas apresentou episódio de perda súbita da consciência, com duração de aproximadamente 30 segundos, precedido por sensação de tontura, sudorese, palidez e escurecimento visual. Refere que estava em pé há cerca de 10 minutos em ambiente quente/abafado. Queda ao solo com recuperação espontânea, sem confusão pós-ictal. Nega palpitações, dor torácica, dispneia, déficits neurológicos ou trauma craniano significativo. Nega liberação esfinteriana ou movimentos tônico-clônicos.

História de 2 episódios semelhantes prévios.

Nega cardiopatia conhecida, uso de medicações anti-hipertensivas ou antiarrítmicas.

Nega alergias medicamentosas.

Exame físico

REG, consciente e orientado, normocorado, hidratado, acianótico, anictérico.

ACV: RCR 2T, BNF, sem sopros. Pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

AR: MV presente bilateral, sem RA.

Abdome: plano, flácido, indolor, RHA+, sem VMG.

Exame neurológico sumário: sem déficits focais, pupilas isocóricas e fotorreagentes,

movimentos oculares preservados, força e sensibilidade preservadas em 4 membros.
Ausência de sinais de trauma significativo.

HD

- Síncope vasovagal

Conduta

- Estratificação de risco: BAIXO RISCO
- Hidratação venosa se necessário
- Observação por 2-4 horas
- Orientações sobre medidas não-farmacológicas
- Alta hospitalar com orientações de retorno
- Encaminhamento ambulatorial se episódios recorrentes

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

OBSERVAÇÃO E HIDRATAÇÃO

01. Soro Fisiológico 0,9% 500mL – correr EV em □ horas (se sinais de desidratação)

02. Monitorização: PA, FC, SatO₂

Se necessário (sintomas associados):

03. Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento, se náuseas

04. Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento, se cefaleia

Para casa:

MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS (principal tratamento)

- Hidratação adequada: 2-3 litros de água por dia
- Aumentar ingestão de sal (se não contraindicado): 8-10g/dia
- Evitar gatilhos: ambientes quentes, multidões, jejum prolongado
- Reconhecer pródromos e sentar/deitar imediatamente
- Elevar membros inferiores ao sentir pródromos
- Manobras de contração física: cruzar as pernas e contrair musculatura, apertar mãos (handgrip)

- Evitar mudanças bruscas de posição
- Levantar-se lentamente da cama ou cadeira

Medicações (se sintomáticos):

01. Dipirona 500mg ————— 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor ou febre

02. Paracetamol 750mg ————— 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se dor ou febre (alternativa à dipirona)

? NO PRONTO-SOCORRO

• ⚠ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- **Avaliação ABC:** vias aéreas pervias, respiração adequada, circulação estável
- **Triade obrigatória:** História clínica detalhada + Exame físico completo + ECG 12 derivações
- **Definir se é síncope:** perda COMPLETA da consciência + perda do tônus postural + recuperação espontânea e rápida sem sequelas
- **Diferenciar de:** convulsão (confusão pós-ictal prolongada, movimentos tônico-clônicos, mordedura de língua, liberação esfinteriana), hipoglicemia (verificar glicemia capilar), AVC/AIT (déficits neurológicos focais)
- **Aferir PA em decúbito e ortostatismo:** após 3 min em pé. Positivo se queda ≥ 20 mmHg na PAS ou PAS < 90 mmHg
- **Estratificação de risco** (ver critérios abaixo)
- **Solicitar exames se indicado:** hemograma (suspeita anemia/sangramento), glicemia, eletrólitos, troponina (se dor torácica), β HCG (mulheres em idade fértil)
- **Monitorização cardíaca contínua:** apenas em pacientes de alto risco
- **Hidratação venosa:** se sinais de depleção volêmica
- **Observação:** 2-6 horas para baixo risco, internação para alto risco

• CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

BAIXO RISCO (alta do PS):

- Idade < 40 anos sem cardiopatia
- Pródromos típicos de síncope vasovagal (tontura, sudorese, náusea, palidez, visão turva)
- Gatilho claro: ortostatismo prolongado, ambiente quente/abafado, dor, medo, estresse emocional, pós-miccional, pós-prandial
- Ausência de cardiopatia estrutural ou DAC
- Exame físico normal
- ECG normal

- Recuperação completa e rápida
- História prévia de episódios similares benignos

ALTO RISCO (internação obrigatória):

- **História clínica:**
 - Dor torácica nova ou dispneia
 - Síncope durante esforço físico ou em decúbito
 - Palpitações súbitas seguidas de síncope
 - História de cardiopatia grave, DAC, ICC
 - Ausência de pródromos ou pródromos <10 segundos
 - História familiar de morte súbita <50 anos
- **Exame físico:**
 - PAS <90 mmHg inexplicada
 - FC <40 bpm persistente (acordado, sem esforço)
 - Sopro cardíaco sistólico não diagnosticado
 - Sangramento evidente ou oculto (toque retal)
- **ECG:**
 - Alterações isquêmicas agudas
 - Bradicardia sinusal <40 bpm ou pausa sinusal >3s
 - BAV 2º grau Mobitz II, BAV 3º grau ou bifascicular
 - QRS >120ms com BCRE ou BCRD
 - FA com FC <40 bpm
 - Síndrome de Brugada (padrão tipo 1)
 - QTc >480ms ou <340ms
 - Padrão de pré-excitação (Wolff-Parkinson-White)
 - Ondas épsilon ou inversão T em V1-V3 (CAVD)
 - Alterações sugestivas de cardiomiopatia hipertrófica
 - Disfunção de marca-passo/CDI

RISCO INTERMEDIÁRIO (observação no PS ou encaminhamento imediato):

- Casos que não se enquadram claramente em baixo ou alto risco
- Idade >65 anos
- Comorbidades cardiovasculares sem critérios de alto risco
- ECG com alterações não específicas
- Síncope sem causa clara após avaliação inicial

• HIDRATAÇÃO VENOSA

- **Prescrição prática:**
 - Soro Fisiológico 0,9% 500-1000mL – correr EV em 2-4 horas
 - Ringer Lactato 500-1000mL – correr EV em 2-4 horas
- **Indicações:**
 - Depleção volêmica evidente
 - Hipotensão ortostática por desidratação
 - Sinais de desidratação ao exame físico
 - Incapacidade de hidratação oral
- **Apresentações:**

- Soro Fisiológico 0,9%: bolsas de 100mL, 250mL, 500mL, 1000mL
- Ringer Lactato: bolsas de 500mL, 1000mL
- **Via(s):** ☐ EV
- **Cuidados:**
 - Evitar sobrecarga volêmica em cardiopatas
 - Avaliar necessidade de reposição eletrolítica associada
 - Monitorizar balanço hídrico

• ANTIEMÉTICO

- **Prescrição prática:**
 - Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento (2-3 min), se náuseas
 - Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola, IM em deltoide, se náuseas
- **Alternativas:**
 - Ondansetrona 8mg/4mL (2mg/mL) – 01 ampola (4mL) + 16mL SF0,9%, EV lento, se náuseas
 - Metoclopramida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento, se náuseas
- **Indicações:**
 - Náuseas associadas ao episódio sincopal
 - Sintomas autonômicos proeminentes
- **Apresentações:**
 - Bromoprida: ampolas 10mg/2mL
 - Ondansetrona: ampolas 4mg/2mL, 8mg/4mL
 - Metoclopramida: ampolas 10mg/2mL
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM
- **Cuidados:**
 - Contraindicação: obstrução intestinal, feocromocitoma
 - Risco de sintomas extrapiramidais (bromoprida, metoclopramida)
 - Dose máxima bromoprida: 60mg/dia
 - Dose máxima ondansetrona: 32mg/dia
 - Cautela em idosos (risco de sedação)

• ANALGÉSICO / ANTITÉRMICO

- **Prescrição prática:**
 - Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento (5-10 min), se dor ou febre
 - Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola, IM profundo em glúteo, se dor ou febre
- **Alternativas:**
 - Paracetamol 1g/100mL – 01 frasco, EV em 15 min, se dor ou febre
- **Indicações:**
 - Cefaleia pós-sincopal (comum)
 - Dor relacionada a trauma leve durante queda
 - Febre (se investigar foco infeccioso)

- **Apresentações:**
 - Dipirona: ampolas 1g/2mL (500mg/mL), 2,5g/5mL
 - Paracetamol: frascos 1g/100mL
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM | ☐ Oral
- **Cuidados:**
 - Dipirona: infundir lentamente (risco hipotensão se EV rápido)
 - Contra-indicação dipirona: porfiria aguda, deficiência G6PD
 - Paracetamol: dose máxima 4g/dia
 - Ajustar dose em hepatopatas

• TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA SÍNCOPE CARDÍACA

- **Bradicardia sintomática:**
 - Atropina 0,5mg/1mL – 01 ampola, EV em bolus, repetir se necessário (máx 3mg)
 - Considerar marca-passo transcutâneo se refratário
- **Taquiarritmia com instabilidade:**
 - Cardioversão elétrica sincronizada
- **Bloqueio AV avançado:**
 - Marca-passo temporário
 - Internação em UTI
- **Isquemia miocárdica:**
 - Seguir protocolo de SCA
- **Estenose aórtica grave:**
 - Evitar vasodilatadores
 - Encaminhamento para cirurgia cardíaca

? PARA CASA

- **MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS** (*principal tratamento para síncope vasovagal*)
 - **Educação:**
 - Explicar o caráter benigno da síncope vasovagal
 - Tranquilizar sobre baixo risco de complicações graves
 - Alertar sobre risco de trauma em novo episódio
 - Ensinar reconhecimento de pródromos
 - **Hidratação:**
 - Ingestão hídrica: 2-3 litros/dia
 - Especialmente importante em dias quentes
 - **Ingesta de sal:**
 - 8-10g de sal/dia (se não houver contra-indicação - hipertensão, ICC)
 - Alimentos salgados nas refeições
 - **Evitar gatilhos:**
 - Ambientes quentes, abafados, com multidões
 - Jejum prolongado

- Desidratação
- Álcool
- Ortostatismo prolongado
- Mudanças bruscas de posição
- **Manobras de contrapressão física** (ao sentir pródromos):
 - Sentar ou deitar imediatamente
 - Elevar membros inferiores
 - Cruzar as pernas e contrair musculatura de MMII e abdome
 - Apertar as mãos (handgrip) com força máxima por 30s
 - Colocar cabeça entre os joelhos se sentado
- **Mudanças posturais:**
 - Levantar-se lentamente da cama (sentar na beira por 1-2 min)
 - Evitar levantar-se rapidamente de cadeiras
 - Evitar rotação rápida da cabeça (se síndrome seio carotídeo)

• MEDICAÇÕES SINTOMÁTICAS

- **Analgésico:**
 - Dipirona 500mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor ou febre
 - Paracetamol 750mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se dor ou febre
- **Cuidados:**
 - Usar apenas se sintomas
 - Dipirona: evitar uso prolongado
 - Paracetamol: não exceder 4g/dia

• TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO *(apenas se síncope recorrente refratária)*

Para síncope vasovagal recorrente:

- **Midodrina** (agonista alfa-adrenérgico):
 - Midodrina 2,5-10mg – Tomar 01 comprimido, VO, 3x/dia (8h, 14h, 18h)
 - Indicação: episódios recorrentes apesar de medidas não-farmacológicas
 - Apresentações: comprimidos 2,5mg, 5mg
 - Cuidados: evitar dose noturna (risco HAS supina), contraindicação em HAS grave, ICC, DRC, feocromocitoma
 - Iniciar com 2,5mg 3x/dia e aumentar conforme resposta

Para hipotensão ortostática:

- **Fludrocortisona** (mineralocorticoide):
 - Fludrocortisona 0,1mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia pela manhã
 - Indicação: hipotensão ortostática sintomática recorrente
 - Dose: 0,05-0,2mg/dia
 - Apresentações: comprimidos 0,1mg
 - Cuidados: monitorizar PA, K+, risco de hipocalemia, retenção hídrica, contraindicação em ICC descompensada

Obs: medicações específicas geralmente são iniciadas em ambiente ambulatorial especializado

- **REVISÃO DE MEDICAÇÕES EM USO**

- Avaliar e considerar suspensão/redução de:
 - Anti-hipertensivos (IECA, BRA, diuréticos, alfa/beta-bloqueadores)
 - Vasodilatadores (nitratos, bloqueadores de canal de cálcio)
 - Antidepressivos tricíclicos
 - Fenotiazinas
 - Antiparkinsonianos
 - Alfabloqueadores prostáticos
- Discutir risco-benefício com paciente
- Monitorizar PA após ajustes

- **📋 Orientações ao paciente**

Sinais de alerta - retornar imediatamente se:

- Novo episódio de síncope
- Dor torácica ou palpitações
- Falta de ar (dispneia)
- Síncope durante esforço físico ou em decúbito
- Síncope sem pródromos ou com pródromos muito curtos
- Confusão mental persistente
- Déficit neurológico focal (fraqueza, alteração de fala, alteração visual)
- Sangramento digestivo (fezes escuras ou vômitos com sangue)
- Trauma craniano após queda

Recuperação e seguimento:

- Recuperação esperada: imediata após o episódio
- Se sintomas persistentes (fadiga, mal-estar): podem durar algumas horas
- Retornar ao trabalho/atividades: geralmente no mesmo dia se episódio isolado

- **Restrições de atividades:**

- Evitar dirigir por pelo menos 7 dias após síncope (especialmente se sem pródromos)
- Evitar atividades de risco (trabalho em altura, operar máquinas pesadas, natação sem supervisão) até avaliação definitiva
- Atletas: liberar exercícios após avaliação cardiológica

- **Seguimento ambulatorial:**

- Cardiologia: se >1 episódio, história familiar de morte súbita, cardiopatia, ECG alterado
- Neurologia: se suspeita de epilepsia ou causa neurológica
- Clínica médica: acompanhamento de rotina

Prevenção de quedas:

- Manter ambiente doméstico seguro (remover tapetes, boa iluminação)

- Usar calçados adequados
- Instalar barras de apoio em banheiro se idoso

Dieta:

- Alimentação regular (evitar jejum prolongado)
- Evitar refeições muito volumosas (risco hipotensão pós-prandial)
- Evitar álcool (vasodilatador)

Estilo de vida:

- Dormir adequadamente (7-8h/noite)
- Evitar estresse excessivo
- Praticar exercícios regulares (após liberação médica)
- Manter peso adequado

? CID-10:

- **R55:** Síncope e colapso
- **I95.1:** Hipotensão ortostática
- **G90.3:** Síndrome de hipersensibilidade do seio carotídeo
- **I49.9:** Arritmia cardíaca não especificada (se síncope arritmogênica)
- **I35.0:** Estenose aórtica (se síncope por causa estrutural)

Revision #6

Created 7 August 2025 07:48:25 by Heric

Updated 17 October 2025 21:59:32 by Heric