
Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Taquicardia ortostática postural, sinusal inapropiada y síncope vasovagal: su diagnóstico y manejo, un consenso de la Sociedad del Ritmo Cardíaco”

2015 HEART RHYTHM SOCIETY EXPERT CONSENSUS STATEMENT ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTURAL TACHYCARDIA SYNDROME, INAPPROPRIATE SINUS TACHYCARDIA, AND VASOVAGAL SYNCOPE

Robert S. Sheldon, Blair P. Grubb II, Brian Olshansky, Win-Kuang Shen, Hugh Calkins, Michele Brignole, Satish R. Raj, Andrew D. Krahn, Carlos A. Morillo, Julian M. Stewart, Richard Sutton, Paola Sandroni, Karen J. Friday, Denise Tessario Hachul, Mitchell I. Cohen, Dennis H. Lau, Kenneth A. Mayuga, Jeffrey P. Moak, Roopinder K. Sandhu, Khalil Kanjwal. *Heart Rhythm*, Vol 12, No 6, June 2015.

Este documento de consenso tiene 3 objetivos principales: (1) establecer los criterios diagnósticos para el síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS), taquicardia sinusal inapropiada (TSI) y el síncope vasovagal (SVV); (2) dar unas guías y recomendaciones para la evaluación y manejo de cada uno de ellos; e (3) identificar las áreas con falta de evidencia y potencial desarrollo de investigación.

Estos son los puntos clave para la práctica diaria:

1. Se define el POTS como un síndrome clínico caracterizado por:
 - a. Síntomas que se asocian al pararse (mareos, palpitaciones, temblor, debilidad generalizada, visión borrosa, intolerancia al ejercicio y fatiga);
 - b. Aumento de la frecuencia cardíaca en más de 30 lpm cuando la persona se pone de pie y se mantiene por más de 30 seg (ó en más de 40 lpm entre 12 – 19 años);
 - c. Ausencia de hipotensión ortostática (caída > a 20 mmHg en la PAS).
2. La mayoría de los pacientes con POTS están entre los 15 y 25 años, y más del 75% son mujeres.
 - a. Se han descrito múltiples mecanismos (denervación autonómica, hipovolemia, estimulación hiperadrenérgica, desacondicionamiento e hipervigilancia)
3. La evaluación del paciente con sospecha de POTS requiere:
 - a. Historia clínica y examen físico completo con test de ortostatismo
 - b. Función tiroidea y hemograma
 - c. El holter, ecocardiograma y pruebas de provocación de isquemia podrían estar indicadas de acuerdo a la apreciación clínica individual, pero su eficacia es incierta.
4. Una vez diagnosticado el POTS, el manejo se fundamenta en:
 - a. Un programa regular, estructurado y progresivo de ejercicios en un centro especializado en estos casos.

- b. Es razonable tratar en los casos agudos de descompensación clínica, con hidratación IV (hasta 2 L de SSN 0,9%)
 - c. Importante un grupo de manejo multidisciplinario
 - d. Podría considerarse mejorar la hidratación diaria (2 – 3 L al día) y el aumento en consumo de sal (10 – 12 g de NaCl)
 - e. Podría usarse ciclos de fármacos como fluodrocortisona o piridostigmina
 - f. Incluso se podría considerar dosis bajas de midodrina o betabloqueadores
 - g. En estados hiperadrenérgicos asociados, podría considerarse el uso de clonidina o alfa metil dopa
 - h. Los medicamentos que bloquean la recaptación de norepinefrina están contraindicados
 - i. No se recomiendan procedimientos intervencionistas como modificación del nodo sinusal por radiofrecuencia, corrección de malformación de Chiari tipo I, y dilatación o STENT en la vena yugular.
5. La TSI se define como una frecuencia cardíaca > 100 lpm en reposo (con una media de Fc en HOLTER de 24 horas de 90 lpm sin causas primarias) y asociado a palpitations sintomáticas.
- a. Sus causas incluyen aumento de la automaticidad del nodo, hipersensibilidad betaadrenérgica, disminución de la actividad parasimpática, y alteración de la modulación neurohumoral.
 - b. Deben descartarse causas potenciales como deshidratación, patología tiroidea, y uso de medicaciones o drogas.
 - c. Para su estudio y diagnóstico se requiere una historia clínica completa y examen físico incluyendo esencialmente un electrocardiograma. El hemograma y la función tiroidea también son importantes. El holter, estudio autonómico y la ergometría son inciertos en sus resultados.
 - d. Su manejo incluye un plan regular de ejercicio, hidratación y consumo aumentado de sal. Los medicamentos con betabloqueadores no tienen un efecto importante y pueden desencadenar efectos secundarios. Es más promisorio el tratamiento con ivabradina. Pero definitivamente no debe considerarse el manejo intervencionista en ningún caso.
6. El SVV se define como la pérdida transitoria del estado de conciencia, asociado a una incapacidad para mantener el tono postural, con recuperación rápida y espontánea, y en ausencia de otros hallazgos clínicos de causas de alteración del estado de conciencia como una epilepsia.
- a. Se caracteriza por ocurrir en posición parada (generalmente por más de 30 seg) o durante una exposición a estrés emocional, dolor o ambientes médicos. Se observa sudoración, palidez y náuseas. Se puede encontrar hipotensión y bradicardia. Se acompaña de “fatiga”.
 - b. Su causa es motivo aún de debate, pero hay una corriente creciente en que la causa principal del SVV es la pérdida de la actividad nerviosa simpática muscular.

- c. Dentro de la evaluación diagnóstica se incluye los aspectos clínicos (presentación de acuerdo a las situaciones predisponentes, síntomas de pródromos, y tiempo de recuperación), la duración de la pérdida de la conciencia (menor de 1-2 min) y hasta en el 10% de los casos la presencia de movimientos clónicos cortos que simulan una convulsión.
 - i. La prueba de mesa basculante está indicada en síncope recurrente o cuando la presentación inicial no define una etiología clara.
 - d. El manejo se fundamenta en:
 - i. Educación del evento, hidratación adecuada y si no está contraindicado, aumento de la ingesta de sal
 - ii. Evaluar medicaciones que potencialmente predispongan el síncope.
 - iii. En pródromos prolongados, enseñar maniobras de contrapulso (hand grip, presión opuesta con los dedos de las manos)
 - iv. La fluodrocortisona, betabloqueadores y midodrina podrían ser útiles en terapia de 3ra línea.
 - v. Los inhibidores de la recaptación de serotonina no tienen estudios concluyentes
 - e. El manejo intervencionista como el marcapasos se reserva para:
 - i. Mayores de 40 años con síncope recurrente, documentación de pausas sintomáticas mayores a 3 segundos o asintomáticas mayores a 6 seg.
7. A la fecha, estos síndromes disautonómicos tienen pocas evidencias terapéuticas que mejoren su presentación, se deben crear grupos de investigación clínica que permitan llevar una casuística adecuada.

Referencia:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hrthm.2015.03.029>
