

# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

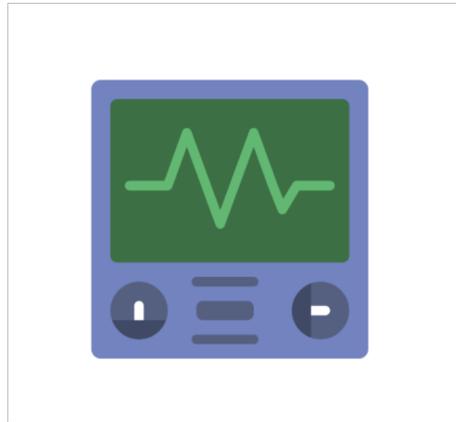
PÓSTER SIN DEFENSA

**Síncope en Urgencias de Pediatría. Importancia del diagnóstico diferencial y detección precoz de signos y síntomas de alarma**

Escribano García A, Laliena Oliva C, Baeta Ruiz Á, Garcés Cubel R, Dadlani Dadlani NM, Huerta Blas P. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

# INTRODUCCIÓN

Los síncope suponen de 1 a 3 de cada 1.000 visitas a urgencias, suelen tener una etiología benigna, pero en un pequeño porcentaje de los casos puede ser la primera manifestación de alteraciones cardíacas o trastornos arrítmicos potencialmente letales y hay que saber identificarlos



# RESUMEN DEL CASO

Niña de 4 años con primer episodio de pérdida del nivel de conciencia



En la **anamnesis** destaca: la niña estaba sentada cuando comenzó a referir dolor precordial siguiéndose de pérdida de conciencia súbita de menos de un minuto de duración y recuperación completa sin necesidad de intervención. Niegan antecedentes familiares de interés.

La **exploración física** y la toma de constantes (incluida glucemia capilar y tensión arterial) son normales.

Se realiza un **electrocardiograma** en el que se observa: PR corto (0,08), onda delta en todas las derivaciones y QRS estrechos (0,08).

Reinterrogando a la familia, la madre refiere haber sido “operada del corazón” y finalmente sabemos que tenía un síndrome de Wolff Parkinson White y que se le había realizado una ablación de vía accesorio.

Se remite a consulta de Cardiología Pediátrica donde realizan Holter objetivando preexcitación y ecocardiograma dentro de la normalidad. En la actualidad no ha presentado nuevos episodios sincopales ni otra clínica relacionada, y permanece en seguimiento por parte de Cardiología.

# COMENTARIOS

1

Los síncope en la infancia son generalmente benignos, aislados y sin secuelas.

2

Es fundamental saber identificar los signos de alarma que nos obligan a ampliar el estudio y descartar enfermedades subyacentes potencialmente graves. Como premisa, todo síncope precedido de palpitaciones o dolor precordial o bien, desencadenado en un paciente tumbado, sentado o durante la actividad física debe considerarse de origen cardiológico hasta que no se demuestre lo contrario.

3

En general, se debe realizar un ECG a todo paciente que consulta por síncope; a pesar de tener un bajo rendimiento diagnóstico, ya que solo se encuentran hallazgos patológicos en un 5% de los casos, es una prueba que realizada conjuntamente con una buena historia clínica y exploración física alcanza una sensibilidad del 96% en el hallazgo de síncope cardiogénicos.

