



PROTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

4ª EDICIÓN, 2024

14 Síncope

Javier González García

Urgencias de Pediatría

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Marta Pérez Alba

Urgencias de Pediatría

Hospital Jarrío. Coaña, Asturias

Febrero, 2024



Síncope

Javier González García, Marta Pérez Alba

Resumen

Se define el síncope como la pérdida brusca y transitoria de la consciencia y del tono postural, de corta duración y con recuperación espontánea, completa y sin secuelas.

Se estima que, en las dos primeras décadas de la vida, aproximadamente el 15% de los niños y adolescentes sufrirán al menos un episodio. La mayoría son de naturaleza benigna.

Una historia clínica detallada, una exploración física minuciosa y un electrocardiograma (ECG) son suficientes para determinar el origen del síncope en la mayoría de los casos. Se debe prestar especial atención a datos que sugieran un origen cardiaco o patología neurológica.

Entre los datos de alarma que sugieren mayor probabilidad de patología cardiaca se describen: presentación durante el ejercicio, inicio brusco sin prodromos, en posición supina, desencadenado por ruido o susto, asociado a dolor torácico o palpitaciones, necesidad de reanimación cardiopulmonar, antecedentes personales o familiares de cardiopatía, arritmia o muerte súbita, presencia de soplos cardiacos patológicos o alteraciones en el ECG.

Palabras clave: síncope, evaluación, tratamiento, niños.

Abstract

Syncope is a sudden and brief loss of consciousness and postural tone, and with spontaneous, complete recovery without sequelae.

Approximately 15% of children and adolescents will suffer at least one episode in the first two decades of life. Most of them are benign in nature.

A careful medical history and physical examination, and electrocardiogram (ECG) are usually sufficient to determine the cause of syncope. We should focus on data that suggest a cardiogenic nature or neurological conditions.

Warning signs have been described in relation to an increased risk of cardiogenic nature: presentation during exercise, sudden onset without prodromes, in a supine position, triggered by noise or fright, associated with chest pain or palpitations, need for cardiopulmonary resuscitation, personal or family history of heart disease, arrhythmia or sudden death, presence of abnormal heart murmurs or abnormal ECG.

Keywords: syncope, evaluation, treatment, children.

INTRODUCCIÓN

Se define el síncope como la pérdida brusca y transitoria de la consciencia y del tono postural, de corta duración (de 15 segundos hasta 1-2 minutos) y con recuperación espontánea, completa y sin secuelas. Se produce por una hipoperfusión cerebral brusca, transitoria y reversible^{1,2}.

Se denomina presíncope a la sensación de pérdida de conocimiento inminente, con síntomas prodrómicos (sensación de mareo, giro de objetos, visión borrosa, náuseas, dolor abdominal, hormigueo, palidez, sudoración), sin que llegue a producirse la pérdida de consciencia^{1,2}.

El síncope supone un motivo de consulta relativamente frecuente en Urgencias de Pediatría³. Se estima que, en las dos primeras décadas de la vida, aproximadamente el 15% de los niños y adolescentes sufrirán al menos un episodio^{3,4,5}.

Aunque la mayoría de las veces son de naturaleza benigna, generan gran preocupación a los familiares y pacientes.

Es importante realizar una buena historia clínica y una exploración física minuciosa, prestando especial atención a datos de alarma que puedan indicar un origen cardiaco o patología neurológica.

ETIOLOGÍA

Las causas del síncope son múltiples^{1,2,5}:

- **Síncope reflejo o neurocardiogénico:** es el más frecuente en la edad pediátrica, especialmente en adolescentes^{2,6}. Los reflejos cardiovasculares responden inadecuadamente a un desencadenante y producen vasodilatación o bradicardia y, por tanto, una caída en la presión arterial y en la perfusión cerebral². Suelen presentar una fase prodrómica. Entre ellos, se distinguen:
 - Vasovagal: puede deberse a estrés emocional (temor, dolor, instrumentalización, visualización de sangre) u ortostático (cambio brusco de decúbito o sentado a posición vertical o al estar mucho tiempo de pie sin moverse, especialmente en ambientes calurosos).
 - Situacional: en situaciones concretas como la deglución, defecación, micción, risa, trastos o estornudos.
 - Síncope del seno carotídeo: al girar la cabeza, mirar hacia arriba, apretarse el cuello de la camisa, afeitarse.

– Espasmo del sollozo.

– Síncope febril.

- **Síncope debido a hipotensión ortostática:** hipovolemia, disautonomía, fármacos.
- **Síncope cardiogénico:** menos frecuente. Debemos sospecharlo si ocurre durante el ejercicio, se presenta de forma brusca (sin pródromos), asocia dolor torácico o palpitaciones previo al síncope o hay antecedentes familiares de cardiopatía, arritmia o muerte súbita. Puede deberse a:
 - Arritmias: taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular, disfunción del nodo sinusal, síndrome QT largo, etc.
 - Obstrucción de salida ventricular: estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, taponamiento, hipertensión pulmonar.
 - Disfunción miocárdica: miocarditis, miocardiopatía dilatada.
- **Síncope metabólico:** hipoglucemia, ingesta de fármacos o intoxicaciones.

- **Otros:** golpe de calor, anafilaxia.

Existen otras causas de pérdida transitoria de consciencia, que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial:

- Convulsión: a diferencia del síncope, suele tener un periodo postcrítico. Además, suelen presentar taquicardia e hipertensión, actividad motora de forma habitual (en el síncope pueden observarse movimientos clónicos, de corta duración, generalizados y sin alteración neurológica residual)¹ y una duración mayor.
- Disminución del aporte de oxígeno sin hipoperfusión: anemia, asfixia.
- Crisis conversivas.
- Migraña.
- Narcolepsia/cataplejía.

EVALUACIÓN

En la mayoría de los pacientes, una historia clínica detallada, una exploración física minuciosa y un ECG son suficientes para determinar el origen del síncope⁵.

- **Historia clínica:**
 - Antecedentes personales: fármacos, patologías previas (especialmente cardiológicas o neurológicas), episodios previos de síncope.
 - Antecedentes familiares de síncope, cardiopatía, arritmias o muerte súbita.

- Episodio: existencia o no de pródromos (sensación de mareo, giro de objetos, visión borrosa, náuseas, dolor abdominal, hormigueo, palidez, sudoración), factores precipitantes (calor, estrés, dolor, visión de sangre, ruido, susto), posición en la que se encontraba el paciente inmediatamente previo al síncope (supino, sedestación, bipedestación) y si hubo cambio de postura previo, si estaba realizando actividad física, cambios de coloración, movimientos, presencia de dolor torácico o palpitaciones, duración del episodio, recuperación posterior, existencia de postcrisis.
- **Exploración física:**
 - Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP).
 - ABCDE.
 - Evaluación de constantes vitales: frecuencia cardíaca y presión arterial en sedestación y bipedestación, glucemia capilar.
 - Valoración secundaria completa: especial atención a exploración cardiovascular y neurológica.
- **ECG:** la mayoría de los autores coinciden en la recomendación de realizarlo. Aún así, en menos de un 1% de los casos se encuentran hallazgos anormales en relación con una patología cardíaca importante^{5,7}.
- **Otras pruebas complementarias:** no suelen ser necesarias. Orientaremos en función de la sospecha diagnóstica.

Los datos de alarma que nos orientan al posible origen cardíaco del síncope son los siguientes^{1,2,5}:

 - Antecedentes personales de cardiopatía, arritmia o medicación con potencial riesgo cardíaco.
 - Antecedentes familiares de cardiopatía, arritmia o muerte súbita (o muerte prematura e inexplicada).
 - En la historia:
 - Episodio brusco, sin pródromos.
 - Dolor torácico o palpitaciones previo o durante el episodio.
 - Síncope durante el ejercicio.
 - Síncope desencadenado por ruido o susto (síndrome QT largo).
 - Síncope durante el sueño o en posición supina.
 - Necesidad de reanimación cardiopulmonar (RCP).
 - Niños menores de 6 años.
 - En la exploración física:
 - Existencia de soplos patológicos o ruidos anormales.
 - Signos de insuficiencia cardíaca.
 - Taquicardia o bradicardia excesivas persistentes.
 - Ritmo irregular.
 - En ECG:
 - Cualquier alteración compatible con ECG anormal para la edad del paciente (onda delta, hipertrofia ventricular, duración anormal de los intervalos, bradicardia excesiva o bloqueo AV, etc).

TRATAMIENTO^{2,5}

- Si TEP alterado:
 - ABCDE.
 - Oxígeno, monitorización, acceso venoso.
 - Glucemia capilar.
 - Valoración secundaria.
- Si TEP estable, paciente recuperado y no signos de alarma:
 - Tranquilizar a la familia.
 - Educación sanitaria para reconocer y evitar situaciones desencadenantes.
 - En el síncope vasovagal, se recomienda aumentar el consumo de agua, añadir alimentos salados y evitar bebidas con cafeína. Ante un cuadro prodrómico, recomendar postura de decúbito con elevación de miembros inferiores, para favorecer el retorno venoso, o ponerse en cuclillas, con o sin cruzar las piernas. Se debe asegurar que el paciente esté seguro y evitar que caiga o se lesione si pierde el conocimiento⁸.

DESTINO

La mayoría de los pacientes que consultan por síncope podrán ser dados de alta a domicilio, si se han recuperado completamente y no presentan ningún dato de alarma en la evaluación⁵.

Algunos pacientes requerirán ingreso y valoración urgente por subespecialidades pediátricas (Cardiología o Neurología). Dependiendo del hospital, la organización del servicio y la disponibilidad de subespecialidad, se valorará el ingreso o el traslado a otro centro. Los pacientes que requieren este tipo de atención son todos los que no cumplan los criterios de

alta a domicilio (bien por persistencia de síntomas o por presentar algún dato de alarma en la evaluación):

- Evidencia de enfermedad cardiovascular (Cardiología).
- Datos de alarma en la evaluación (Cardiología). En este caso, se debe valorar cada paciente de forma individualizada y considerar si es precisa una valoración urgente por Cardiología o se puede derivar a consultas externas (por ejemplo, un niño cuyo único signo de alarma es un antecedente familiar de cardiopatía, sin otros datos de alarma en los antecedentes, en el episodio ni en la exploración).
- Hipotensión ortostática con síncope postural continuo que no resuelve con fluidoterapia.
- Hallazgos neurológicos anormales persistentes (Neurología).

Además, debemos considerar también el ingreso en el caso de que existan dudas en el diagnóstico, para completar estudios, o si existe angustia familiar importante.

Por otro lado, podemos considerar la derivación a consultas externas en los siguientes casos:

- Pacientes con síncope vasovagales recurrentes a pesar de aumentar el consumo de agua, añadir alimentos salados y seguir el resto de recomendaciones (Cardiología).
- Pacientes con datos que orienten a patología neurológica, pero que se han resuelto y que ya están asintomáticos (Neurología).

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Baró M, Vázquez P. Síncope/pérdida de conciencia transitoria. En: Míguez C, ed. Síntomas/signos guía en urgencias pediátricas. Madrid: Ergon; 2016: p. 593-6.
2. Bonilla L, Daghoum E. Síncope. Espasmo del sollozo. En: Benito J, Mintegi S, eds. Urgencias Pediátricas. Guía de actuación. Madrid: Panamericana; 2019. p. 980-5.
3. Fischer JW, Cho CS. Pediatric syncope: cases from the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 2010; 28(3): 501-16.
4. Kanjwal K, Calkins H. Syncope in children and adolescents. *Cardiol Clin.* 2015; 33(3): 397-409.
5. Salerno JC. Emergency evaluation of syncope in children and adolescents. [Internet]. In UpToDate, 2021. (Acceso en Nov 2022). Disponible en: <http://www.uptodate.com>
6. Anderson JB, Willis M, Lancaster H, Leonard K, Thomas C. The evaluation and management of pediatric syncope. *Pediatr Neurol.* 2016; 55: 6-13.
7. Paris Y, Toro-Salazar OH, Gauthier NS, et al; New England Congenital Cardiology Association (NECCA). Regional implementation of a pediatric cardiology syncope algorithm using Standardized Clinical Assessment and Management Plans (SCAMPS) methodology. *J Am Heart Assoc.* 2016; 5(2): e002931.
8. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation.* 2021; 161: 1-60.