

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL SÍNCOPE EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

INTRODUCCIÓN

El síncope es un motivo de consulta frecuente en la edad pediátrica.

Síncope: pérdida de consciencia, súbita, completa, breve y transitoria, acompañada de pérdida del tono postural, que se resuelve espontáneamente. Sucede por disminución del flujo sanguíneo cerebral y si la anoxia se prolonga más de 15 segundos puede cursar como un síncope convulsivo.

Presíncope: sensación de desfallecimiento inminente sin llegar a producirse la pérdida de consciencia.

Es más frecuente en las mujeres y tiene un pico de incidencia a los 15 años.

Su etiología es variable y en más del 85 % de los casos es un proceso benigno.

ETIOLOGÍA

Síncope neurocardiogénico: causa más frecuente de síncope en niños. Los reflejos cardiovasculares se vuelven inadecuados en respuesta a un estímulo. En un primer momento se activa la vía simpática dando lugar al cortejo vegetativo. Posteriormente se pone en marcha el sistema parasimpático, que puede originar un síncope de predominio vasopresor (hipotensión), cardioinhibidor (bradicardia) o mixto (lo más frecuente). En función del estímulo que desencadena la respuesta, lo clasificamos en:

1. Vasovagal: es el tipo de síncope más frecuente. Suele tener pródromos y un desencadenante previo (visión de sangre, dolor, calor, etc).
2. Síncope por hipotensión ortostática: existe una disminución anormal de la presión arterial sistólica al ponerse de pie, sin que aumente la frecuencia cardíaca.
3. Síncope de taquicardia ortostática postural: se presenta con inestabilidad de la presión arterial e incremento de la frecuencia cardíaca 30-35 lpm en los primeros diez minutos de estar de pie.
4. Situacional: ante estímulos específicos como la tos, micción, defecación, estiramiento, post-esfuerzo físico, peinado en niñas, hipersensibilidad del seno carotídeo, etc.
5. Síncope relacionado con el ejercicio: obliga siempre a descartar causas orgánicas. Dos formas:

- Post-esfuerzo (previamente comentado) y
 - Vasovagal de esfuerzo (pérdida de consciencia durante el ejercicio).
6. Espasmos del sollozo: causa más frecuente de síncope en menores de 4 años. Dos tipos:
- Tipo cianótico (más frecuente): situación de ira, dolor o frustración, llanto vigoroso → apnea y cianosis → pérdida de consciencia.
 - Tipo pálido: traumatismo-susto-sorpresa → estimulación parasimpática → pérdida de consciencia sin llanto previo. Se acompaña de palidez, hipotonía, rigidez y movimientos clónicos.

Síncope cardiogénico: constituye entre el 2-6 % del total de síncope y puede ser potencialmente letal.

1. Por cardiopatía estructural: en pacientes que han presentado síntomas de insuficiencia cardíaca previos al síncope. Se produce en situaciones en las que existe un aumento del gasto cardíaco.
 - Obstrucción en los tractos de salida ventriculares: estenosis aórtica y pulmonar, hipertensión pulmonar, miocardiopatía hipertrófica,...
 - Llenado incorrecto del corazón: valvulopatías.
 - Afectación miocárdica: miocarditis, origen anómalo de arterias coronarias, enfermedad de Kawasaki, etc.
2. Arritmias: causa más frecuente de síncope cardiogénico.
 - Síndrome de Brugada: desorden hereditario de los canales de sodio, produce aumento del ST en precordiales derechas, susceptibilidad a taquicardia ventricular polimorfa y muerte súbita.
 - Síndrome de QT largo: existen formas adquiridas y formas de herencia autosómica dominante, como el Síndrome de Romano-Ward, o recesiva como el Síndrome de LangeNielsen (asocia sordomudez). Predispone a Torsade de Pointes y muerte súbita.
 - Síndrome de QT corto.
 - Taquicardia ventricular polimorfa catecolaminérgica: en situaciones de estrés físico o emocional. Hay antecedentes familiares de síncope o muerte súbita en el 40 % de los casos. La forma más frecuente es de herencia autosómica dominante y se debe a mutaciones en el gen de la rianodina cardíaca.
 - Displasia arritmogénica del VD: enfermedad de herencia autosómica dominante que consiste en

el reemplazo del miocardio del ventrículo derecho por tejido fibroso y adiposo, originando inestabilidad eléctrica, arritmias y muerte súbita.

- Síndrome de preexcitación (WPW): taquicardia supraventricular paroxística por reentrada con PR corto y onda delta.
- Bloqueo A-V, disfunción del nodo sinusal: incapacidad para mantener una frecuencia cardiaca y gasto cardiaco adecuados.

Síncope no cardiaco

1. Neurológico: crisis epiléptica, migraña basilar, hemorragia subaracnoidea, accidente isquémico transitorio, hipertensión intracraneal.
2. Metabólico: hipoglucemia, hipoxia, anemia, hipocalcemia.
3. Psicógeno: reacción de conversión, ansiedad o trastorno de pánico.
4. Intoxicaciones: alcohol etílico, benzodicepinas.

EVALUACIÓN DEL NIÑO CON SÍNCOPE

Anamnesis

- Confirmar la pérdida de consciencia.
- Antecedentes personales y familiares de cardiopatías, síncope o muerte súbita.
- Circunstancias en las que se produce el síncope: posición, actividad, factores predisponentes y precipitantes, pródromos, etc.
- Características del evento: caída brusca o lenta, duración, coloración cutánea, movimientos, etc.
- Periodo postcrítico: ¿cómo ha sido la recuperación?

Exploración física

- Signos vitales: frecuencias cardiaca y respiratoria, temperatura, presión arterial en decúbito y bipedestación (ortostatismo si caída 20 mmHg o PAD 10 mmHg).

- Auscultación cardiaca y exploración neurológica. Situaciones de alarma → síncope durante el ejercicio, en decúbito o sedestación, ante sustos y ruidos, asociados a palpitaciones y dolor torácico sin pródromos, prolongados o recurrentes, alteraciones en el electrocardiograma o antecedentes familiares de muerte súbita.

Pruebas complementarias

Primer nivel:

- Glucemia y electrocardiograma de forma rutinaria.
- Bioquímica con iones, hemograma, tóxicos en sangre y orina. La radiografía de tórax también puede ser útil en casos de insuficiencia cardiaca, cardiomegalia.

Segundo nivel:

- Ecocardiograma: útil para detectar cardiopatías estructurales.
- Electroencefalograma: si se sospecha crisis convulsiva.
- Holter 24 horas: si se sospecha una arritmia.
- Prueba de esfuerzo: en síncope relacionados con el ejercicio.
- Test de mesa basculante: prueba de provocación para síncope vasovagales de repetición o atípicos.
- Pruebas de neuroimagen, estudio electrofisiológico, etc.

TRATAMIENTO

El tratamiento del síncope es etiológico. Es importante tranquilizar al paciente e informar a la familia. Se deben evitar factores precipitantes. Si aparecen pródromos se aconseja ponerse en decúbito supino o de cuclillas, comprimir el abdomen y no incorporarse hasta que haya cesado el malestar.

BIBLIOGRAFÍA:

- Valle Pérez R, Iñigo Martín G, Fernández Maseda MA. Síncope en Pediatría. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 3ª ed. Hospital Virgen de la Salud. Madrid: Edicomplet-Grupo Saned; 2010:156:1287-91.
- Vizmanos Lamotte G, Mercé Klein J, Richard Jurado CR, Allué Martínez X. Síncope Vasovagal de Esfuerzo. An Esp Pediatr. 2012;56:61-3.
- De Burgos Marín, J. Cañadillas Hidalgo, R. Síncope. En Medicina de urgencias y Emergencias. Elsevier, 2014;347-351.
- De Lorenzo, RA. Síncope. En Rosen: Medicina de Urgencias. Elsevier. 2013; 172-176.

AUTORES:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras
Dr. D. José Manuel Vergara Olivares

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.

