

## ABORDAJE DEL SÍNCOPE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Autor:** Dra. Estefanía Terán Q. Residente Medicina Familiar PUC

**Editor:** Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar PUC.

Noviembre 2019

**RESUMEN PORTADA:** La historia de un síncope en niños y adolescentes suele alarmar a sus familias. La mayor parte de estos, sin embargo, no reviste mayor gravedad. En este artículo revisaremos como diferenciar un síncope de origen vasovagal de uno cardiaco, en el contexto de la atención primaria en Chile.

### INTRODUCCIÓN:

El síncope se define como la pérdida súbita, completa y transitoria de la conciencia y el tono postural, con recuperación espontánea sin intervención. Se presenta en un 15-25% de los niños y adolescentes antes de llegar a la adultez, con una media de edad de presentación de 12 años en hombres y 17 años en las mujeres.<sup>1</sup>

Es importante recordar que el término “pérdida transitoria de conciencia” puede ser secundario a diferentes causas<sup>1</sup>:

- Síncope neuromediado
- Síncope cardiaco
- Síncope neurológico (epilepsia, migraña o accidente cerebral transitorio)
- Síncope psicógeno (reacción de conversión o secundaria a hiperventilación)
- Síncope metabólico (hipoglicemia, hipoxemia o intoxicaciones).

En términos fisiopatológicos los síncope pueden ser divididos en dos grandes grupos, cuyas características se resumen en la tabla 1:

**Tabla 1: Clasificación de los síncope.**

	Síncope Neuromediados	Síncope de origen cardiaco
<b>Frecuencia de presentación</b>	Es la causa más frecuente de síncope identificándose en un 63 - 74% de los casos. <sup>2</sup>	Son menos frecuentes, 2,9 a 4,8%. <sup>2</sup>
<b>Características</b>	Vasovagal: es reflejo en el cual distintos desencadenantes provocan una disminución brusca de presión arterial y frecuencia cardiaca, lo que produce una disminución en el flujo sanguíneo cerebral. Se puede producir por dolor, calor bipedestación prolongada. <sup>1</sup>	Arritmias: pueden ser una causa poco frecuente de síncope en niños, por ello es importante evaluar si pueden estar presentes o no dada la gravedad que confieren. Se incluyen en este grupo el síndrome de QT largo, Taquicardia ventricular o supraventricular, Bloqueos A-V, disfunción del nodo sinusal, displasia arritmogénica de ventrículo derecho.
	Situacional: Son síncope que se desarrollan en circunstancias determinadas por ej.: tos, estiramiento, defecación, peinado del cabello en las niñas. <sup>1</sup>	Patologías estructurales: ocurren cuando la demanda circulatoria sobrepasa la capacidad del corazón para aumentar el gasto cardiaco (estrés, ejercicio físico, etc). Lo más frecuente es que se deba a una lesión obstructiva (estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica), pero no se debe olvidar, aunque sea infrecuente, la posible disfunción miocárdica.
	Ortostático: se produce una caída en la presión arterial sistólica $\geq 20$ mmHg o una caída en la presión arterial diastólica $\geq 10$ mmHg. <sup>1</sup>	

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes citadas

## ¿CÓMO DIFERENCIAMOS UN SÍNCOPE NEUROMEDIADO DE UNO DE CAUSA CARDIACA?

La tabla 2 resume la evaluación del episodio sincopal en cuatro etapas, y destaca las banderas rojas para sospechar un síncope de origen cardiogénico <sup>2-3</sup>

**Tabla 2: ¿Cómo abordar un episodio sincopal?**

	Síncope neuromediado	Síncope de causa cardiaca
<b>1. Evaluación de pródrómo</b> (Antes del síncope)	Generalmente el paciente describe sensación de calor, náusea, desvanecimiento, cambios visuales	Ausencia de síntomas prodrómicos, en la mayoría de los casos. Pueden referir un dolor al tórax previo o palpitaciones.
<b>2. Inicio del síncope</b>	Importante definir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posición: pueden ocurrir luego de un cambio de posición brusco (ej: de decúbito a bipedestación), o por una bipedestación prolongada.</li> <li>- Actividad física: Suelen ocurrir por lo general posterior a la actividad física, no durante ella.</li> <li>- Factores predisponentes: luego de experimentar dolor (ej: toma de muestra de sangre, vacunación), exposición a altas temperaturas.</li> </ul>	Nos puede orientar a un síncope de origen cardiaco si este ocurre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la mitad de un esfuerzo físico, con caída del paciente durante el deporte o luego de este (natación, gimnasia, etc.)</li> <li>- Posterior a escuchar un sonido. No necesariamente tiene que ser de gran intensidad (puede ser hasta la alarma de un despertador).</li> <li>- Puede ocurrir sin necesidad de un estímulo, durante el sueño</li> </ul>
<b>3. Desarrollo:</b>	Indagar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caída del paciente puede ser progresiva o brusca</li> <li>- Color de la piel pálida</li> <li>- Duración: segundos de pérdida de conciencia</li> <li>- Por lo general el paciente no presenta lesiones físicas.<sup>3</sup></li> </ul>	Indagar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caída brusca del paciente</li> <li>- Puede observar coloración azulada en algunos casos</li> <li>- Pérdida de conciencia puede ser de mayor duración que el síncope neuromediado.</li> <li>- La caída suele producir lesiones físicas.</li> </ul>
<b>4. Recuperación: diagnósticos diferenciales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuperación de conciencia rápida 15-30 segundos, en decúbito.</li> <li>- Pueden asociarse movimientos anormales posterior a la pérdida de conocimiento.</li> </ul>	Recuperación puede llegar a requerir RCP, dependiendo de la causa que la genere.

Fuente: *Elaboración propia a partir de fuentes citadas*

### Banderas rojas para sospechar síncopes de origen cardiogénico:

- **Ambiente:** Síncopes generados por un sonido fuerte + ECG con QT prolongado nos (sugiere síndrome de QT – largo tipo 2).
- **Actividad pre-síncope:** Se produce durante el ejercicio, se produce durante la natación (sugiere síndrome de QT largo tipo 1).
- **Sin pródrómo** (sugerente de arritmias)
- **La asociación de 1 o más de las siguientes condiciones es altamente sugerente de síncope cardiogénico, con un LR de +100:**
  - o **Síncope al ejercicio** (LR+67),

- **Precordialgia previa al síncope** (LR+67),
- **Ausencia de pródromo** (LR+2,2)
- **Precedido por palpitaciones** (LR+50).

## ¿CÓMO SEGUIMOS EL ESTUDIO DE UN PACIENTE CON UN SÍNCOPE DE ORIGEN CARDIACO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Las recomendaciones de la sociedad de cardiología pediátrica canadiense incluyen la toma de un electrocardiograma en los siguientes pacientes<sup>2</sup>:

- historia no es categórica de un **origen vasovagal**.
- el síncope **se presenta sin pródromo**, se presenta durante ejercicio, o cuando es gatillado por un ruido muy fuerte.
- el paciente tiene una historia familiar de muerte súbita
- hay antecedentes del uso de fármacos cuyos efectos secundarios incluyan síncope cardíacos (ej: Azitromicina, escitalopram, ondansetron, domperidona, etc)<sup>6</sup>
- el examen cardíaco está alterado.

### MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA:

1. Estabilizar al paciente
2. Si presenta alguna de las banderas rojas de síncope de origen cardíaco solicitar Electrocardiograma y evaluar derivación a cardiología infantil (\*)
3. Tener en mente los diagnósticos diferenciales.

#### \*Cuándo derivamos: <sup>1</sup>

- Cuando los síncope son provocados por estrés o peligro, ejercicio, natación o sonidos.
- Poca claridad diagnóstica.
- Antecedentes familiares de cardiopatía o arritmias, muerte súbita en personas jóvenes.
- Bruscos, no asociados a traumatismos, sin pródromo.
- Alteración a la historia o examen físico o un electrocardiograma patológico.

### RESUMEN

El síncope de origen cardiogénico es una patología poco frecuente, sin embargo, sus consecuencias pueden ser letales o altamente invalidantes para nuestros pacientes. Son de difícil diagnóstico, por lo que se requiere un alto índice de sospecha.

Lograr identificar la etiología de un síncope es vital para lograr un manejo adecuado. Para hacerlo se sugiere una evaluación de cada episodio sincopal en las 4 etapas propuestas: pródromo, inicio, desarrollo y recuperación. Esto permite identificar las banderas rojas y tomar las acciones clínicas que correspondan.

### REFERENCIAS

- 1) A. Tamariz, 2016, Síncopes pediatría integral sección cardiología pediátrica.

- 2) Canadian Cardiovascular society and Canadian Pediatric Cardiology Association position statement on the approach to syncope in pediatric patient, 2017, Canadian cardiology journal 33 (189-198)
- 3) A.J Cartón Sánchez, 2018, Síncopes en la adolescencia, servicio de cardiología pediátrica, hospital universitario infantil de la Paz, Madrid *Adolescere* VI(1): 12-23.
- 4) David Hurst, MD, 2015, Syncope in the pediatric emergency department- can we predict cardiac disease based on history alone? Disponible <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.12.068>
- 5) Gutiérrez Sigler MD, 2015, Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Síncope o presíncope. AEPap.
- 6) M. Minogarce, 2017, boletín terapéutico de Fármacos que prolongan el intervalo QT