

Protocolo de actuación ante un síncope en urgencias de pediatría

I. Galé Ansó, E. Sancho Gracia, O. Gómez Cámara, A. Aldana Tabuenca, A. Manero Oteiza, M.D. Gracia de la Calzada

Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza
[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2010; 40: 33-36]

RESUMEN

El síncope es una patología frecuente generalmente benigna que, sin embargo, genera gran ansiedad en pacientes y familiares. Se ha descrito que hasta un 50% de los niños habrá presentado al menos un síncope o un presíncope antes de llegar a la adolescencia y que puede ser la causa de hasta un 3% de las visitas a urgencias pediátricas. Presentamos la actualización del protocolo de actuación en urgencias de pediatría empleado en nuestro hospital ante pacientes pediátricos con clínica de síncope y la revisión del cumplimiento del protocolo anterior.

PALABRAS CLAVE

Síncope, protocolo de actuación, niños.

Protocol to action in emergency syncope pediatrics

ABSTRACT

Syncope is a usually benign frequent pathology, however, generates great anxiety in patients and relatives. Described that up to 50% of children will be submitted at least a syncope or a presyncope reach adolescence and can be up to 3% of pediatric emergency visits. We introduce the employee in our hospital protocol update in pediatric patients with syncope clinic and the revision of the fulfillment of the previous protocol.

KEY WORDS

Syncope, protocolization, children.

INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital se está trabajando en un plan de mejora de la calidad asistencial de las urgencias pediátricas mediante la protocolización de la actuación en diferentes patologías, como el síncope.

DEFINICIÓN

Se define un síncope como la pérdida de conciencia y del tono postural cuya recuperación es espontánea y rápida y que está producida por un mecanismo de déficit brusco del flujo cerebral.

El síncope se puede encuadrar en una de estas cuatro categorías: neurocardiogénico, cardiológico, neurológico y otros⁽¹⁻⁵⁾. En el paciente pediátrico la mayoría de los episodios serán debidos a un síncope neurocardiogénico, pero es muy importante diferenciar e identificar aquellos infrecuentes casos de síncope debidos a causas potencialmente graves⁽¹⁻⁵⁾. Una clasificación podría ser:

1.º Síncope neurocardiogénico y afines. Neurocardiogénico o vasovagal (que supone el 85% de los episodios en pediatría), espasmo del sollozo, síncope situacional (miccional, tusígeno, relacionado con el peinado, con tos paroxística), hipotensión ortostática.

Correspondencia: Inés Galé Ansó
Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza
e-mail: i.gale@hotmail.com
Recibido: junio de 2010. Aceptado: junio de 2010

2.º Síncope cardíaco

–Mecánico: Por obstrucción en los tractos de salida ventriculares (Estenosis aórtica, Miocardiopatía hipertrófica, Estenosis pulmonar severa...) o por afectación miocárdica (miocardiopatía, miocarditis, anomalías arterias coronarias).

–Eléctrico: Arritmias (bloqueo AV, QT largo, Taquicardia ventricular; taquicardia supraventricular-Wolf-Parkinson-White).

3.º Síncope neurológico: Epilepsia, migraña, ACV no cardiogénico.

4.º Otros: Hipoglucemia, histeria, vértigo...

POBLACIÓN DIANA

Este protocolo se aplicará a los niños que acudan a urgencias de pediatría con sintomatología compatible con un síncope.

PAUTA DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE NEFRITIS AGUDA

Anamnesis

Una anamnesis detallada es lo más importante, haciendo hincapié en:

- **Antecedentes familiares:** Muerte súbita, cardiopatías, enfermedades metabólicas, enfermedades neurológicas, historia familiar de migrañas y episodios sincopales.
- **Antecedentes personales:** Síncopes previos, patología cardíaca, enfermedades metabólicas, enfermedades neurológicas, tratamientos farmacológicos y/o drogas (abuso).
- **Descripción del episodio:** Sobre todo si existe relación con algún factor precipitante, si existen otros procesos intercurrentes (ayuno, fiebre...) o si han existido síntomas/signos presincopales. Duración del episodio y datos acompañantes (movimientos de EE, revulsión ocular, pérdida control esfínteres...).

Exploración

Exploración cardiovascular y neurológica, orientada a la búsqueda de alteraciones. Destacar que el fondo de ojo se considera parte constituyente de la exploración neurológica y se debe intentar siempre, sobre todo en niños mayores de 4 años y colaboradores.

Pruebas complementarias

- **1.º Constantes:** Tensión arterial, temperatura, saturación oxígeno y prueba de ortostatismo.
- **2.º Glucemia capilar:** Excepto si el desencadenante ha sido un pinchazo.

- **3.º ECG:** De acuerdo con el servicio de cardiología el médico que atienda el síncope se lo guardará y acudiré al día siguiente a cardiología para confirmar que no tiene alteraciones.

–Una anamnesis, exploración física y ECG normales descartan, en un 95% de probabilidad, la existencia de una patología cardíaca.

- **4.º Valorar RX TÓRAX** en síncope inexplicado o sospecha de síncope cardíaco.

Actitud

- Alta y control por su pediatra: Niños que no cumplen criterios de ingreso, con exploración cardiológica y neurológica, TA y ECG normales.
- Hospital de día: Nos lo plantearemos cuando el niño viene en ambulancia o existe angustia familiar.
- Ingreso: Ante síncopes de esfuerzo, valorar ante síncopes tras sustos o ruidos fuertes, si existen alteraciones en la exploración y/o ECG o antecedentes familiares de muerte súbita precoz, si la duración es prolongada y ante un síncope en un cardiópata conocido. Además se valorará ante síncope con historia atípica o síncopes recurrentes no estudiados o ante dudas de la situación, angustia o presión familiar y/o distocia social.

EVALUACIÓN DEL ANTERIOR PROTOCOLO

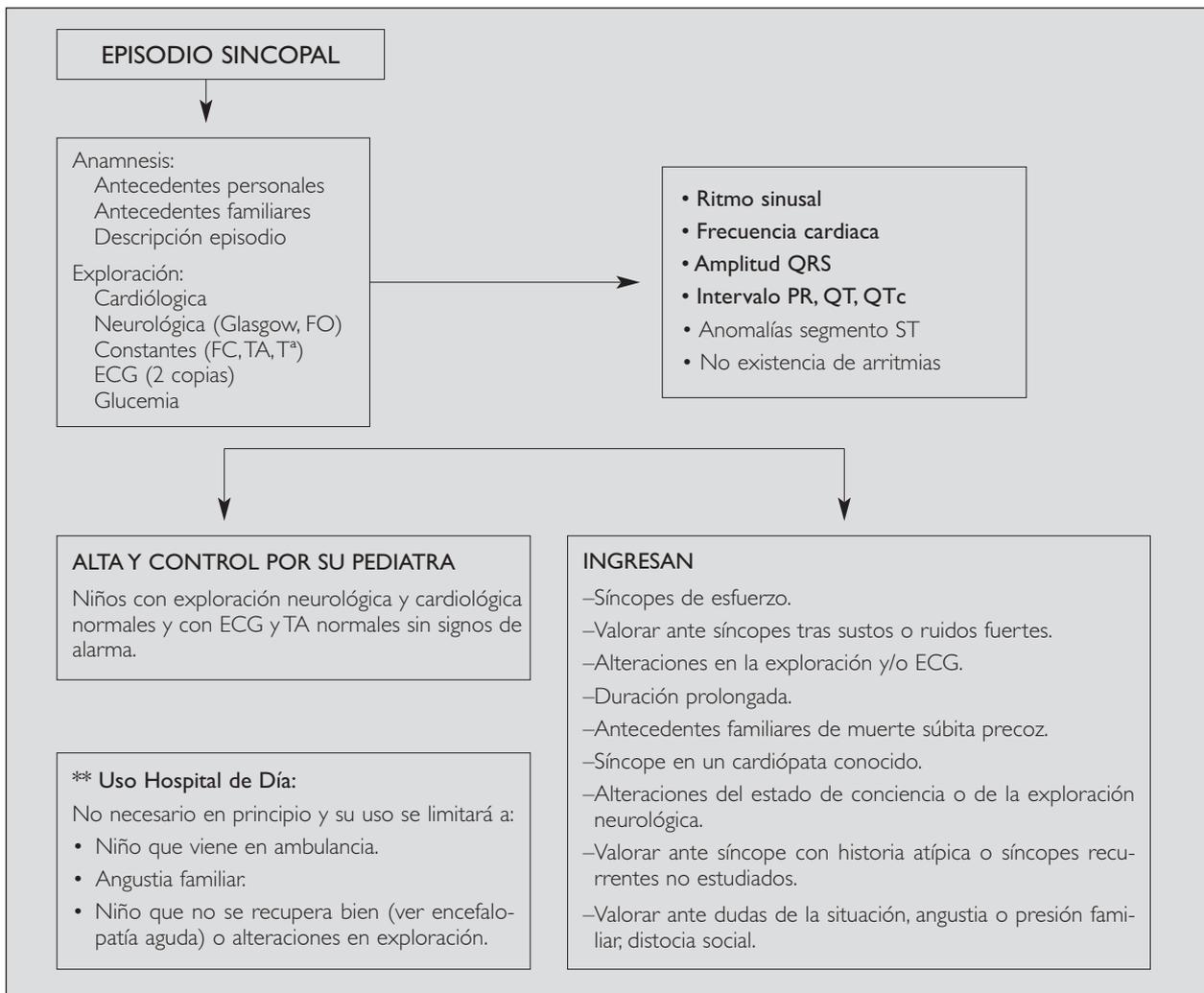
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de informes de urgencias de los niños con diagnóstico de síncope/presíncope en el período comprendido entre enero y noviembre de 2009 y así poder estudiar los datos epidemiológicos de esta población, y se revisaron los registros de urgencias de 34 pacientes seleccionados al azar para analizar el cumplimiento de los indicadores de calidad del protocolo (la constancia de factor desencadenante, puntuación en la escala de Glasgow, tensión arterial, glucemia y el electrocardiograma).

En este período se atendieron 143 niños con diagnóstico de síncope/presíncope, lo que supone el 0,3% del total de urgencias pediátricas. El 56% eran niñas, suponiendo el grupo de entre 12 y 15 años el 39%. Hasta un 37,7% fue catalogado como síncope vasovagal, destacando el 4% de síncopes convulsivos; el 22% fueron diagnosticados de presíncopes. El 12,5% de los niños ingresaron en planta y el 86,8% fueron dados de alta domiciliaria habiendo estado previamente en la unidad de observación el 24,8% de las altas. Se realizaron 2 pruebas de neuroimagen de carácter urgente resultando normales y ninguno de los ECG realizados en urgencias presentó alteraciones. De los niños que fueron ingresados destacan los diagnósticos definitivos de una epilepsia, una bradicardia sinusal en reposo, una crisis generalizada del despertar, una migraña y un trastorno de conducta alimentaria.

En los informes de urgencias revisados de los 34 casos con diagnóstico de síncope se puede observar un predominio del sexo femenino (64,7%), con una mediana de edad de 10 años, y una moda de 12 años. La constancia del factor desencadenante se cumplía en un 79,5% de los casos, siendo el dolor el más frecuente y destacando dos en relación con hiperextensión del cuello (peinarse). La puntuación en la escala de Glasgow constaba en un 67,4%, siendo 15 en todos los casos y sin pre-

sentar otras alteraciones en el resto de exploración neurológica que se había registrado en el 90% de los pacientes. La medición de TA y su valor constaba en un 91,1% de los informes revisados, estando dentro de rangos de normalidad según peso y talla en el 100% de los casos. Asimismo el valor de glucemia capilar se reflejaba en el 91,1%, siendo normal en todos ellos. La realización de ECG y su interpretación aparecía en un 67,6%, sin encontrar alteraciones en ninguno de los pacientes.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN



BIBLIOGRAFÍA

1. Johnston MV. Procesos que simulan crisis epilépticas. En: Nelson. Tratado de pediatría. 17 ed. Madrid: Elsevier España S.A. 2004; pp. 2010-2012.
2. Toral E, Quintillá JM, Luaces C. Síncope. En: Urgencias en pediatría. 3ª ed. Madrid: Ergón España, 2002; pp. 592-597.
3. Park MK. Síncope. En: Cardiología pediátrica. 3ª ed. Madrid: Elsevier España S.A., 2003; pp. 219-223.
4. Ruiz JA, Montero R, Hernández N, et al. Síncope en Publicación de libros médicos, S.L.U. editores. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 4ª ed. Madrid: Cofás, 2003; pp. 81-84.
5. Campo F, Navarro A. Síncope en pediatría. Protocolos de la sociedad española de cardiología pediátrica 2005. [Consultado 19.10.05]. Disponible en: http://www.secardioped.org/protocolos/protocolos/Capítulo_28.pdf.

6. Brignole M, Alboni P, Benditt DG, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Update 2004. Executive summary. *Rev esp cardiol.* 2005; 58: 175-193.
7. Benito FJ, Mintegi S. Trastornos paroxísticos no epilépticos. En: *Diagnóstico y tratamiento de Urgencias pediátricas* 4ª ed. 2006; pp. 478-481.
8. Gary R. Fleisher, Stephen Ludwig, Fred M. Henretig. Syncope. *Text book of Pediatric Emergency Medicine* 5ª ed. 2006; pp. 649-655.
9. Prieto ML, Pérez AM. Protocolos de Cardiología: Síncopes. *Bol Pediatr* 2006; 46: 281-285.
10. Rueda F, Rodríguez A. Síncope. En: *Cardiología Pediátrica en Atención Primaria*.
11. Bo I, Carano N, Agnetti A, et al. Syncope in children and adolescents: a two-year experience at the Department of Paediatrics in Parma. *Acta Biomed* 2009; 80: 36-41.
12. Alonso MT, Palomino A. Trastornos paroxísticos no epilépticos. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Urgencias Pediátricas* 2008.