



Viernes 5 de febrero de 2016

Seminario:

**Valoración cardiológica del síncope:
¿qué buscamos en el ECG?**

Ponente/monitor

■ **Javier Pérez-Lescure Picarzo**

*Cardiología Infantil. Hospital Universitario
Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.*

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Pérez-Lescure Picarzo J. Valoración cardiológica del síncope: ¿qué buscamos en el ECG? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 185-7.

Valoración cardiológica del síncope: ¿qué buscamos en el ECG?

Javier Pérez-Lescure Picarzo
*Cardiología Infantil. Hospital Universitario
Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid*
jplescore@yahoo.es

OBJETIVOS DEL TALLER

- Conocer los cuadros que simulan un síncope y no lo son.
- Conocer las pruebas complementarias disponibles en Atención Primaria y que pueden estar indicadas en un síncope.
- Mediante la historia clínica, la exploración física y el ECG realizar con seguridad el diagnóstico diferencial entre el síncope vasovagal y el síncope cardiogénico.
- Revisar las recomendaciones para los pacientes con síncope vasovagales frecuentes.
- Conocer cuándo se debe derivar a un paciente con síncope a atención especializada.

SÍNCOPE

Es un motivo de consulta frecuente en Pediatría; hasta el 1% de los niños puede tener alguna forma de síncope¹.

Se define como la pérdida transitoria y reversible de la actividad cerebral global que provoca pérdida de conocimiento y del tono

postural. El síncope es por definición un cuadro de inicio rápido y, muy importante, de recuperación espontánea, completa y rápida.

El síncope vasovagal o neurocardiogénico es el más frecuente. El síncope de origen cardiovascular es muy

poco frecuente pero de gravedad potencial. La evaluación cuidadosa de todo niño que experimenta un síncope es fundamental pues puede diagnosticar una afección potencialmente mortal. En la Tabla 1 se muestra el diagnóstico diferencial entre el síncope cardiogénico y el síncope vasovagal.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre el síncope cardiogénico y el síncope vasovagal

| | Síncope cardiovascular | Síncope vasovagal |
|-------------------------|---|---|
| Frecuencia | Excepcional | Muy frecuente |
| Historia | <ul style="list-style-type: none"> ■ Durante el esfuerzo ■ En posición supina ■ Desencadenado por ruido, susto ■ Sin pródromos ■ Con palpitaciones o dolor torácico ■ Suele producir lesiones ■ Pérdida de conciencia prolongada ■ Puede precisar RCP | <ul style="list-style-type: none"> ■ Desencadenado por ortostatismo o dolor ■ Puede aparecer después de esfuerzo ■ Pródromos: visión borrosa, debilidad, sudoración, palidez, náuseas ■ Pérdida de conciencia breve (<15-30 s) ■ No suele producir lesiones ■ Recuperación inmediata en posición de decúbito |
| Antecedentes personales | <ul style="list-style-type: none"> ■ Cardiopatía congénita ■ Cirugía cardíaca ■ Enfermedad de Kawasaki | <ul style="list-style-type: none"> ■ Niño sano |
| Antecedentes familiares | <ul style="list-style-type: none"> ■ Muerte súbita < 50^a ■ Arritmias ■ Miocardiopatías | <ul style="list-style-type: none"> ■ Síncopes vasovagales |
| Exploración física | <ul style="list-style-type: none"> ■ Soplo orgánico ■ Bradicardia ■ Taquicardia ■ Arritmia | <ul style="list-style-type: none"> ■ Normal ■ Signos de ortostatismo, tras 2 minutos sentado: anormal: bajada de 20 mmHg en TAS o aumento de pulso 20 lpm al ponerse de pie o reproducción de síntomas |
| ECG | <ul style="list-style-type: none"> ■ QTc>0.450s o <0.350s ■ Onda delta (WPW) ■ Bloqueo AV ■ Patrón síndrome de Brugada ■ Onda épsilon, T negativa en precordiales derechas ■ Hipertrofia VI/hipertrofia VD ■ Signos de lesión miocárdica | <ul style="list-style-type: none"> ■ Normal |

Los datos que han mostrado mayor sensibilidad para detectar el síncope de origen cardiológico² son: síncope de esfuerzo, sin pródromos, precedido por dolor torácico o palpitaciones, examen físico anormal, ECG anormal, historia cardíaca previa o antecedentes familiares de riesgo.

La literatura recomienda realizar a todos los niños con síncope un ECG. Un ECG normal puede ser tranquilizador, ya que las causas graves a menudo tienen cambios en el ECG, sin embargo, un ECG normal no siempre excluye patología cardíaca subyacente.

El taller consistirá en la presentación de casos clínicos de episodios sincopales con la participación activa de los asistentes, incidiendo en la utilidad de la historia clínica y la interpretación del ECG.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wieling W, Ganzeboom KS, Saul JP. Reflex syncope in children and adolescents. *Heart*. 2004;90:1094-100.
2. Tretter JT, Kavey RE. Distinguishing cardiac syncope from vasovagal syncope in a referral population. *J Pediatr*. 2013;163:1618-23.

