

SINCOPE EN PEDIATRÍA

Dr. Francisco Campo Sanpedro, Dra. Ana Navarro Dourdil
Sección de Cardiología Pediátrica
Hospital Universitario Materno Infantil. Badajoz

INTRODUCCIÓN

El síncope es frecuente en la edad pediátrica y genera una gran ansiedad en el paciente y en sus familiares, pero afortunadamente, la mayoría de los episodios sincopales son de naturaleza benigna. Aunque puede deberse a múltiples causas, en el 85% de los casos pediátricos se trata del llamado síncope neurocardiogénico.

El objetivo de este trabajo se centra en mostrar las características del síncope neurocardiogénico típico, y diferenciarlo de otras causas de pérdida de conocimiento mucho menos usuales, pero potencialmente de mayor gravedad (cardíacas, epilépticas...).

La inmensa mayoría de las veces, solamente con una anamnesis meticulosa del episodio, así como una investigación de antecedentes personales y familiares, seguidas de una cuidadosa exploración, seremos capaces de diagnosticar el síncope neurocardiogénico típico sin necesidad de examen complementario alguno. Esto llevará a tranquilizar al paciente y a los padres, y con medidas sencillas, solucionar el problema.

Todos aquellos casos atípicos, (mas adelante se comentarán los síntomas y signos de alerta), serán remitidos para valoración específica por el especialista que se considere oportuno, y será este último el que decidirá sobre la conveniencia o no de técnicas más o menos complejas.

A medida que se adquiere experiencia, disminuye la necesidad de consultas

especializadas y se irán remitiendo los casos mejor seleccionados.

DEFINICIÓN

SINCOPE: pérdida transitoria tanto de la consciencia como del tono postural, con una recuperación espontánea rápida y completa. En la mayoría de los casos está producido por una disminución brusca del riego arterial cerebral.

PRESINCOPE: sensación de desfallecimiento inminente sin llegar a perder por completo el conocimiento.

INCIDENCIA

El síncope es frecuente durante la edad pediátrica. Supone una incidencia del 1.25 por cada 1000 pacientes pediátricos de forma global, y bastante más frecuente en una Consulta de Urgencias.

Se produce con mayor frecuencia en niñas que en niños, y la máxima incidencia tendría lugar entre los 15-19 años. En una encuesta realizada a estudiantes universitarios lo habían padecido hasta el 47% de los encuestados.

CAUSAS

El síncope se puede encuadrar en una de estas tres categorías: Neurocardiogénico, Cardíaco y No Cardíaco. (*tabla I*) En el paciente pediátrico (hasta los 18 años), 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 otras causas potencialmente graves, que incluso pondrían poner en riesgo la vida del paciente.

FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL SÍNCOPE NEUROCARDIOGÉNICO

Denominado también síncope mediado por mecanismo neural, vasovagal, reflejo, lipotimia etc... es la causa más frecuente de síncope a todas las edades pero aún más en la edad pediátrica.

Presenta un pródromo de segundos a minutos de duración, progresa a un breve periodo de pérdida de conocimiento y del tono muscular y termina en un despertar hasta los niveles previos de vigilia.

El episodio puede iniciarse por muy variados sucesos que lo provocan, y que suelen estar relacionados con estrés emocional, miedo, ansiedad, dolor o expectativa de dolor, extracción de sangre o visión de ésta...

Si bien el primer episodio es inesperado para el paciente, en los sucesivos puede prever que en circunstancias similares le puede ocurrir lo mismo.

En la fase prodrómica no faltan síntomas premonitorios, que son variados: malestar general, mareo, a veces náuseas, bostezos, disminución del campo visual con sensación de estar mirando como a través de un túnel, diplopía, alteraciones auditivas, falta de aire... A lo anterior, le sigue sensación de que se le va la cabeza e inestabilidad que terminará en desmayo con caída al suelo en ocasiones, aunque con frecuencia le da tiempo a sentarse o que le sujeten y no suele hacerse daño en la caída. Tras la caída al suelo, permanece segundos o escasos minutos con pérdida de conocimiento (síncope), o bien con disminución del estado de consciencia pero sin perderla totalmente (presíncope), pudiendo en este último caso percibir,

aunque no nítidamente, lo que ocurre en su entorno (oye voces ..).

El estado en que se encuentra el paciente en estos momentos lo suelen referir los que lo han observado (amigos, padres, profesor ..) como de estar pálido, sudoroso y flácido. Si fuese atendido por un profesional sanitario constataría que aparte de lo anterior tendría bradicardia y/o hipotensión y en aquellos casos de episodio algo prolongado, si el observador es sutil, tardíamente se podría ver la presencia de pequeñas clonías o espasmos, pero estos serían muy leves, y nunca son lo más característico del episodio.

Tras un muy breve lapso de tiempo, recuperará totalmente el estado de consciencia previo y aunque se sienta cansado, no hay estado postcrítico con somnolencia u ofuscación. Si no se le pone inmediatamente de pie (repetiría de nuevo el episodio) y se incorpora poco a poco, después de unos minutos se ha recuperado totalmente, si bien se puede encontrar cansado y más o menos angustiado por su estado, sobre todo si está sin diagnosticar, podrá seguir haciendo vida normal.

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

El síncope neurocardiogénico y en el cardíaco están producidos por una pérdida brusca del riego cerebral arterial. En la epilepsia hay una disfunción de la actividad neuronal.

En el síncope neurocardiogénico hay una estimulación de mecanorreceptores del ventrículo izquierdo en el contexto de una hipovolemia central relativa, que ocasiona una contracción ventricular vigorosa y una respuesta vagal refleja exagerada, produciendo hipotensión y/o bradicardia (Reflejo de Bezold Jarisch) y síncope de modo transitorio con recuperación rápida y total. Existen tres patrones clínicamente identificables: 1) el tipo vasodepresor, caracterizado primariamente por hipotensión, 2) el tipo car-

dioinhibitorio en el que predomina la bradicardia y 3) el tipo mixto que presenta una respuesta combinada de hipotensión y bradicardia.

En el síncope de origen cardíaco existe una causa cardíaca que hace que disminuya el gasto cardíaco. Su gravedad viene dada en que en vez de ser un episodio rápido y transitorio, con frecuencia es mantenido, pudiendo llegar incluso a la muerte del paciente.

DIAGNOSTICO

En la anamnesis, aparte de describir minuciosamente el episodio, habrá que preguntar sobre situaciones físicas desencadenantes o favorecedoras como son la estancia prolongada de pie, sobre todo en recintos llenos de gentes y mal ventilados, calor extremo, el ayuno o hambre, agotamiento físico, embarazo.... Igualmente estados de deshidratación más o menos leves (incluyendo drogas que facilitan la deshidratación), anemia, estados postconvalescentes y de reposo en cama más o menos prolongados. En cuanto a los antecedentes, además de constatar enfermedades previas del paciente y si está tomando algún medicamento o consume drogas, se inquirirá sobre antecedentes familiares, como pueden ser cardiopatías familiares (miocardiopatía hipertrófica, infartos en menores de 30 años, síndrome de QT largo familiar, sordera sensorial, síndrome de Brugada ...), alteraciones neurológicas (epilepsia..), u otros procesos presumiblemente hereditarios.

Una exploración física cuidadosa, sobre todo cardiológica y neurológica, es preceptiva. Sin olvidar una visión general del paciente (presencia de anemia...) o dimorfismos que pueden hacer sospechar cardiopatía subyacente (Síndrome de Marfan, conectivopatías....).

Si se atiende al paciente con posterioridad al episodio, y nos refiere este cuadro típico, con una exploración normal,

se catalogará totalmente como síncope neurocardiogénico sin más.

Si el paciente se encuentra en estado sincopal, a veces puede ocurrir mientras espera en la antesala de la consulta o del Servicio de Urgencias, tendremos la oportunidad de observar cuidadosamente el episodio. Siempre con el paciente en decúbito, tomaremos las constantes: pulso, respiración, temperatura, tensión arterial y si se dispone de un monitor (debe de haberlo en toda Urgencia) se monitorizará de inmediato. El ritmo cardíaco más frecuentemente observado es la bradicardia sinusal, pero a veces otros ritmos como bradicardia de la unión (sin ondas P), altos grados de bloqueo o incluso bloqueo completo pueden ser encontrados. Estos serían preocupantes si no fuesen por la transitoriedad del evento. Estarían fuera del contexto del síncope neurocardiogénico la presencia de ritmos inusuales del tipo Taquicardia con complejos raros...)

En el síncope vasovagal podremos encontrar bradicardia importante transitoria (< 40 l.p.m. en este caso lo denominamos síncope cardioinhibidor) o hipotensión marcada (Sistólica menor de 60 mmHg ,s, incope vasodepresor) o bien con ambos componentes (síncope mixto)

Es conveniente realizar una glucemia capilar de inmediato, lo cual ayudará en el diagnóstico diferencial con el síncope producido por hipoglucemia.

Está recomendado realizar siempre un ECG.

Si tras todo lo anterior se constata que es un episodio de síncope neurocardiogénico, tras tranquilizar al paciente y a la familia, se remitirá a su domicilio sin precisar ingreso.

Exámenes complementarios:

Ante un síncope neurocardiogénico típico realmente no se precisa de ningún tipo de prueba complementaria. Solamente ante hallazgos concretos se pedirá analítica específica o bien ante la atipicidad del síncope se consultará al espe-

cialista correspondiente (Neurólogo, Cardiólogo Pediátrico ...)

De todos modos, hoy día se aconseja de forma rutinaria la realización de un **ECG** a todos los pacientes que acudan con el primer episodio de síncope, con objeto de que no queden sin diagnosticar causas cardíacas, que aunque raras, pueden ser importantes. Si bien el pediatra general no está muy familiarizado con esta técnica, es muy conveniente el saberla al menos realizar e interpretar de forma básica. En los casos de dudas en la interpretación, se puede recabar la ayuda de la persona idónea sin necesidad de remitir el paciente al cardiólogo. En el ECG siempre se valorará, al menos, la presencia de las siguientes alteraciones, que sí requerirán estudio cardiológico:

- 1.- Intervalo PR corto (menor de 0.10 segundos, o sea 2 cuadritos y medio), que si se acompaña de onda Delta en cualquiera de las doce derivaciones, tendremos un síndrome de Wolf- Parkinson-White
- 2.- QTc largo, anormal por encima de 0.44s (el QTc es igual al QT dividido por la raíz cuadrada del RR precedente)
- 3.- Hipertrofias llamativas de aurículas o ventrículos
- 4.- Bloqueos de ramas completos o bien bloqueos aurículo- ventriculares
- 5.- Extrasistolia de alto grado

OTROS CUADROS CLÍNICOS EMPARENTADOS CON EL SÍNCOPE NEUROCARDIOGÉNICO Y CON BASE FISIOPATOLÓGICA SIMILAR

Espasmos de sollozo

Se da en lactantes y en preescolares, típicamente se produce entre los 6 y los 18 meses de edad para desaparecer con posterioridad.

Existen dos formas clínicas, crisis cianóticas y pálidas:

1) Episodios cianóticos: el pequeño ante una situación de cólera, ira, dolor o frustración por no conseguir algo que desea, llora fuertemente, terminando con un episodio de apnea y cianosis que finaliza con leve pérdida de conocimiento y laxitud generalizada. Solo esporádicamente se acompaña de clonías o espasmos al final del episodio. Este dura escasos minutos y se recupera totalmente. Si se explorase durante el episodio nos encontraríamos con una taquicardia sinusal.

2) Episodios pálidos: son menos frecuentes que los anteriores, pero más llamativos si cabe. Ante caídas leves, ir corriendo y tropezar, a veces con pequeñas heridas en el mentón, el niño se asusta, da un grito y de inmediato aparece el episodio sincopal con pérdida de la consciencia y del tono muscular que se siguen de clonías y espasticidad de muy escasa duración. El paciente se recupera completamente de inmediato. En estos casos, suele acompañarse de bradicardia importante durante el evento.

En general no precisan de medicación, y tras tranquilizar a los padres explicando bien el proceso, y advirtiéndoles que no es raro que se repita, se soluciona el problema. De todas formas, si en el episodio dominan las manifestaciones convulsivas debe ser valorado por el Neurólogo Infantil.

Hipotensión ortostática

La respuesta normal de discreta taquicardia y aumento de tensión arterial que tiene lugar normalmente al pasar de la posición de decúbito a bipedestación, no es adecuada en estos pacientes, y se constata en ellos taquicardia sinusal pero sin ascenso adecuado de la tensión arterial. Suele estar motivada por estados de hipovolemia más o menos manifiestos, y su importancia está en relación con el proceso de base (estados de convalecencia, episodios de gastroente-

ritis, discretas anemias, sudoración profusa...)

Una vez descartado que la causa de base sea por sí severa, para evitar las situaciones de hipotensión ortostática, bastará que siga las medidas generales del síncope neurocardiogénico.

Síncope neurocardiogénico ante situaciones definidas

Aunque infrecuente, el síncope en ocasiones está relacionado con situaciones concretas como puede ser:

- Síncope miccional. Se da en todas las edades aunque en pediatría no es frecuente. Suele ser un adolescente varón el que lo presenta, sin síntomas premonitorios, justamente antes, durante o inmediatamente después de la micción. En general, tiene lugar al inicio de la noche tras llevar un tiempo dormido y levantarse para orinar. Como factores predisponentes, se han descrito estados con baja ingesta calórica, fatiga, ingesta excesiva de alcohol y procesos respiratorios de vías altas. El episodio suele ser único y no es frecuente su repetición ni su asociación con episodios sincopales de otro tipo.
- Síncopes relacionados con tos paroxística. Suelen ser pacientes asmáticos o con crup, y su trascendencia vendrá dada por la patología de base.
- Estiramiento o arreglo del pelo (peinar o planchar el cabello para desrizarlo). Aunque infrecuente se han descrito algunos casos.
- Otros síncope como los relacionados con la defecación, hipersensibilidad del seno carotideo, etc...son excepcionales en la edad pediátrica y más frecuente en los adultos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aunque la inmensa mayoría de los síncope son del tipo neurocardiogénico, se debe realizar un adecuado diagnóstico diferencial identificando otros tipos de síncope, que si bien mas infrecuentes, pueden ser graves y poner en peligro la vida del paciente.

SINCOPE CARDIACO

El síncope de origen cardiaco es potencialmente mortal, por ello, ante su sospecha debe de remitirse para su evaluación por el cardiólogo pediátrico.

Todos los pacientes con cardiopatía diagnosticada, no banal, operado o no, se deben de remitir al cardiólogo pediátrico.

El síncope en un cardiopata conocido en general debe ser evaluado

por el cardiólogo pediátrico o cardiólogo correspondiente

Seguidamente se comentarán los principales síntomas y signos de alerta para diagnosticar los casos que podemos atender de síncope con **CARDIOPATÍA NO DIAGNOSTICADA PREVIAMENTE**. Tres son los principales subgrupos que se pueden encontrar:

a.- El síncope cardiaco secundario a cardiopatía estructural del tipo obstrucción en los tractos de salida ventriculares ya sea del ventrículo izquierdo (estenosis aórtica importante, miocardiopatía hipertrófica obstructiva...) o del ventrículo derecho (estenosis pulmonar severa, hipertensión pulmonar en ésta, más que obstrucción, lo que existe es una mayor postcarga del ventrículo derecho-...) El síncope se pondrá de manifiesto cuando se precise un incremento en el gasto cardiaco, o sea con **el ejercicio**, principalmente durante su realización, pero también al finalizarlo. Es muy frecuente que encontremos que el paciente ya tenía **disnea de esfuerzo**, y **disminución de su capacidad de esfuerzo** (se cansa antes que sus hermanos o amigos) e incluso **dolor precordial anginoso relacionado con el ejercicio**,

dolor opresivo, importante, a veces acompañado de síntomas vegetativos (la referencia de molestias mas vagas y señalándose la mamila con la punta de los dedos suele ser anodina).

Es muy difícil que una exploración cuidadosa de estos pacientes no muestre claras alteraciones cardiológicas, sobretudo a la palpación (latido llamativamente reforzado en reposo, frémito) así como auscultatorios (tonos anormales, clic o soplos patológicos)

b.- Síncope por afectación miocárdica directa (miocardiopatías, miocarditis larvadas, alteraciones coronarias...) En general podemos encontrar *sintomatología similar a la del grupo anterior y a veces anamnesis familiar positiva*. Si sospechamos este tipo de cardiopatía, puede ayudarnos una simple radiografía de tórax, que aunque a veces es normal, con frecuencia presenta cardiomegalia con vascularización pulmonar anormal (redistribución, o sea, mayor aumento de la vascularización pulmonar en el tercio superior que en el inferior de los campos pulmonares). La exploración en estos casos a veces no es tan obvia. Puede ayudarnos la presencia de un ritmo de tres tiempos, que si cursa con taquicardia se denomina ritmo de galope (pero no dando valor al ritmo de tres tiempos normal del adolescente, que se caracteriza por desaparecer al pasar de la posición de decúbito a la de sedestación o bipedestación)

c.-Síncope por arritmias. Diversas arritmias en pacientes sin cardiopatía estructural de base pueden producir ocasionalmente síncope, su diagnostico obliga a una cuidadosa valoración. Pueden ser taquiarritmias ventriculares o supraventriculares y bradiarritmias.

Taquiarritmia: las taquicardias ventriculares son raras. Algunas son benignas, pero otras como el Síndrome de QT largo con Torsade de Pointes, son muy riesgosas. En general son muy severas, cursando con pérdida brusca de conocimiento y ausencia de pulso que pone

en peligro la vida del paciente. Suelen ser desencadenadas por el ejercicio o el estrés.

Las taquiarritmias supraventriculares, aunque más frecuentes que las anteriores, rara vez dan lugar a síncope. El paciente lo que refiere es sensación de palpitaciones y latido muy rápido y puede acompañarse de reacción vegetativa (náuseas, sensación de sofoco, debilidad..) que suele ocurrir más frecuentemente al inicio de la taquiarritmia. Si se presenta el paciente en pleno episodio, el diagnostico es fácil y desde luego sería imperdonable no registrar un **ECG de inmediato** (si se dispone de él), pues es imprescindible para el manejo del cuadro, porque si cede espontáneamente o con maniobras vagales, se habrá perdido la oportunidad de constatar que ha habido una arritmia y diagnosticar el tipo de esta.

Las taquicardias supraventriculares más frecuentes en pediatría son bien toleradas durante horas antes de entrar en insuficiencia cardiaca. En contraposición al adulto, el flutter y la fibrilación auricular son excepcionales. Con frecuencia estas taquiarritmias son intermitentes y de corta duración, al llegar al médico el paciente ya han cedido, quedando frecuentemente la duda si de verdad las ha habido. Si en el ECG basal existe un WPW, la posibilidad de que el cuadro sea arritmógeno es mucho más probable.

En las **bradiarritmias**, la frecuencia cardiaca llamativamente baja, hace que aunque halla una buena repleción ventricular en cada diástole, al estar muy reducido el número de latidos al minuto, no se mantenga el gasto cardiaco. En situaciones en que esto es extremo, el paciente cae sin conocimiento bruscamente, como en las típicas crisis de Stoke Adams del paciente con bloqueo auriculoventricular completo (en el ECG hay ondas P sinusales a frecuencia normal totalmente disociadas del ritmo ventricular que va a menos de 60). En el

ECG fuera del episodio sincopal se apreciará el bloqueo auriculoventricular completo con bradicardia. Puede ser congénito aunque haya pasado desapercibido durante años o mas raramente, adquirido (Enfermedad de Lime...)

SINCOPE DE ORIGEN NO CARDIACO

Sin ánimo de ser exhaustivo, se describirán los que con mas frecuencia se plantean en el diagnostico diferencial.

Crisis Epilépticas

Es frecuente tener que hacer el diagnostico diferencial con el síncope real y sobre todo con el neurocardiogénico. En la crisis epiléptica de entrada no hay un episodio de disminución del flujo cerebral, sino más bien una disfunción neuronal que provoca la descarga epiléptica. En ella domina la *crisis convulsiva, y sobre todo ésta es precoz en la presentación del cuadro, Las descargas clónicas o la hipertonia preceden o son inmediatas a la pérdida de conocimiento.*

En el síncope vasovagal, aunque no es lo mas frecuente, puede haber movimientos convulsivos clínicamente poco evidentes, rara vez referidos por los familiares, sino que han sido constatados más frecuentemente al realizar la prueba de la mesa basculante. Las convulsiones no dominan el cuadro y desde luego se presentan tardíamente en el episodio de perdida de conocimiento

En el paciente epiléptico el episodio comienza de modo súbito sin pródromo, siendo usual la *caída brusca al suelo* con frecuentes lesiones traumáticas objetivables. A diferencia del síncope neurocardiogénico, no se precede de la abundancia de síntomas que hacen prever el inicio del episodio; solamente en las crisis epilépticas precedidas de aura el paciente tendrá sensación premonito-

ria, pero con carácter estereotipado y muy diferente al del síncope vasovagal.

En la crisis epiléptica hay un aumento del gasto cardiaco y el paciente estará con la *facie enrojecida y pletórica, a veces con cianosis, pero no esta pálido, frío ni sudoroso.*

Muy característico es también el estado postcrítico inmediato; mientras en el síncope vasovagal está más o menos cansado pero ha recuperado totalmente el nivel de conciencia, en el epiléptico hay una *fase prolongada de ofuscación y torpor mental.*

La mayoría de las veces la historia es definitiva, pero en ocasiones el diagnostico puede ser más complejo como sucede con la epilepsia temporal.

En aquellos casos, no muy frecuentes, en que hay dudas entre síncope vasovagal con convulsiones y epilepsia, y más si el presunto epiléptico no se controla bien con la medicación, la realización de un test con mesa basculante suele ser aclaratoria.

Hipoglucemia

Parece que se está abusando del diagnostico de este estado sin constatación analítica del cuadro.

El paciente hipoglucémico puede perder la conciencia, pero es más frecuente que solo esté estuporoso. Se asocia a otros síntomas como hambre, debilidad y signos: agitación, confusión y salvo taquicardia no hay afectación hemodinámica. Si no se le ofrece aporte de hidratos de carbono el episodio se prolongará y desde luego no va a mejorar con la posición en decúbito.

Migraña

En la migraña el cuadro es dominado por la cefalea recurrente, que a veces puede llegar a síncope (migraña atípica), pero en el contexto de una cefalea que es previa y persiste tras el episodio.

Antecedentes familiares migrañosos sugerirán aún más el diagnóstico.

Vértigo

Aunque el paciente puede estar pálido y sudoroso, no pierde el conocimiento, refiere que las cosas dan vueltas a su alrededor y el estado es duradero.

Histeria

Suele ser un/una adolescente que refiere calmadamente el episodio, dominando la teatralidad y la poca repercusión anímica con que el paciente lo refiere, sin aprensión ni preocupación por su estado. Una sensación de oportunidad y expectación de público domina el cuadro. El episodio que refiere es totalmente atípico en síntomas y signos.

Hiperventilación

Si un adolescente refiere, en situaciones para él muy estresantes, incluso que le producen pánico, tener sensación de sofoco y ahogo, acompañado de opresión torácica, palpitaciones, hormigueo y adormecimiento labial y de manos, que le duran minutos hasta casi media hora, se le preguntará si la respiración la notó muy fatigosa, así como profunda y/o rápida. Si es así, se le sugerirá que haga por respirar de la misma manera y si se reproduce el cuadro ante nuestra presencia, se está ante un episodio de hiperventilación, fácil de resolver haciendo que el paciente respire en cualquier bolsa para que inhale de nuevo el aire espirado. La hiperventilación produce hipocapnia y ésta vasoespasmo de la circulación cerebral que es el causante del episodio.

TRATAMIENTO

En el del síncope neurocardiogénico, basta la mayoría de las veces, explicar bien al paciente y a los padres, como se produce éste y su benignidad, no precisando de ningún tipo de medicación.

Lo más importante es instruir al paciente y sus familiares para evitar factores predisponentes (calor extremo, deshidratación, aglomeración de personas...) y cómo actuar ante los síntomas premonitorios.

Se aconsejará un buen grado de hidratación así como evitar las dietas hiposódicas; es más, si es un paciente con tensión arterial de base normal o baja, la dieta será con aumento de la ingesta de sal o un comprimido de sal (1 gramo al día). Debe de beber agua con sales frecuente y repetidamente antes, durante y después del ejercicio.

Se recomienda realizar ejercicio, pero no de forma extenuante.

Al reconocer los síntomas premonitorios, deberá adoptar una posición en decúbito o bien sentarse con la cabeza entre las piernas, y realizar maniobras que aumenten el retorno venoso al corazón, como que le eleven pasivamente los miembros inferiores. Una vez pasado el episodio, la incorporación desde la posición de decúbito será lenta, adoptando previamente la sedestación para evitar que repita el cuadro al incorporarse bruscamente.

En el caso de recurrencia frecuente y en el ámbito de la Consulta de Cardiología Pediátrica se verá la conveniencia de tratamiento farmacológico (fludrocortisona, betabloqueantes...)

En los síncope de causa no neurocardiogenica, el tratamiento será valorado por el especialista apropiado según la etiología del mismo.

TABLAS

Tabla 1: Etiología del síncope

SINCOPE NEUROCARDIOGÉNICO Y AFINES

Neurocardiogénico o vasovagal
 Espasmo de sollozo
 Síncope situacional (miccional, tusígeno, relacionado con el peinado...)
 Hipotensión ortostática

SINCOPE DE ORIGEN CARDIACO

Por obstrucción en los tractos de salida ventriculares:
 Ventrículo izquierdo: estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica obstructiva...
 Ventrículo derecho y afines: estenosis pulmonar, hipertensión pulmonar...
 Por disfunción miocárdica:
 Miocardiopatías
 Miocarditis
 Anomalías de arterias coronarias
 Arritmias:
 Taquiarritmias: ventriculares y supraventriculares
 Bradiarritmias: bloqueo auriculoventricular completo...

SINCOPE NO CARDIOGÉNICO

Epilepsia
 Migraña atípica
 Hiperventilación
 Inducido por drogas
 Hipoglucemia
 SEUDOSINCOPEs: Histeria, Vértigo...

BIBLIOGRAFÍA

1. Tanel R.E. y Walsh E. Síncope en el paciente pediátrico. Clínicas Cardiológicas de Norteamérica volumen 2: 301-320.-1997.
2. Kanter R.J. Syncope. En: Guillette and Garson editors. Clinical Pediatric Arrhythmias . 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1999; p. 251- 286
3. Krongrad E. Syncope and Sudden death. En: Moss and Adams editors. Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents. Fifgh ed . Baltimore: Williams & Wilkins ,1995; p. 1604-1618.
4. Fernandez Sanmartín M y col. Síncope convulsivo: Característica y reproducibilidad mediante la prueba de la cama basculante. An Pediatr (Bar) 2003; 59(5):441-447