



1 SÍNCOPE: Pérdida brusca y transitoria de la consciencia y del tono postural, de breve duración y con recuperación completa e inmediata, debido a la disminución en la perfusión arterial cerebral.

2 TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA (TEP): La mayoría de los pacientes presentan un TEP normal.

3 ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA: Una anamnesis detallada y una exploración física minuciosa y dirigida, prestando especial atención al sistema cardiovascular y neurológico, permitirá definir la etiología en la mayoría de los casos.

En la anamnesis se debe recoger: existencia o no de pródromos (mareo, sudoración, visión borrosa, palidez, náuseas, palpitaciones, dolor torácico), factores precipitantes (calor, estrés, dolor, visión de sangre, ruido, susto, tos), posición previa al síncope (supino, sedestación, bipedestación), si estaba realizando actividad física, cambios de coloración, movimientos de extremidades, duración del episodio, recuperación posterior, existencia de postcrisis, antecedentes familiares de cardiopatía y/o muerte súbita. Si existen datos de alarma cardiológicos en la anamnesis o en la exploración física, remitir a Cardiología pediátrica. Si se sospecha patología neurológica, remitir a Neuropediatría (una convulsión puede incluir pérdida de consciencia y de tono aunque, normalmente, no tienen una recuperación inmediata, sino periodo postcrítico). Se debe recoger la frecuencia cardiaca del paciente, y la presión arterial en decúbito supino y en bipedestación.

4 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La mayoría de los autores coinciden en la recomendación de realizar un electrocardiograma (ECG) de doce derivaciones. Aún así, solo se encuentran hallazgos patológicos en un 5% de los casos. Habi-

tualmente no son necesarias otras pruebas. Se podría determinar, inicialmente, una glucemia capilar si hay sospecha de alteración metabólica.

5 ELECTROCARDIOGRAMA PATOLÓGICO: Arritmia ventricular, QTc prolongado, compatible con síndrome de Brugada, hipertrofia de cavidades, bloqueo AV, síndrome de preexcitación. Si el paciente presenta alguno de estos datos, debemos remitirlo a Cardiología Infantil.

6 EL PACIENTE CON TEP NORMAL que no presenta alteraciones en el ECG, y que no tiene datos de alarma en la anamnesis ni en la exploración física, puede ser dado de alta a domicilio. Se deben remitir a Cardiología pediátrica los pacientes con signos de alarma en la historia clínica o en la exploración física y los que tengan alteraciones en el ECG.

BIBLIOGRAFÍA

- Benito J, Mintegi S, et al. *Urgencias Pediátricas. Guía de actuación. Editorial Médica Panamericana;* 2019
- Brignole M, Moya A, De Lange FJ, et al. *Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento del síncope. Rev Esp Cardiol. 2018; 71(10): 837.e1-e92*
- González-García J, Fernández-Álvarez R, Angelats CM, Met al. *Pilot trial of the performance of electrocardiogram in the evaluation of childhood syncope in the Emergency Department. Pediatr Emerg Care. 2021; 37(12): e1008-e11.*
- Míguez Navarro C, et al. *Síntomas/signos guía en Urgencias Pediátricas. Madrid: Ergon;* 2016.
- Salerno J. *UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2022. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/emergency-evaluation-of-syncope-in-children-and-adolescents> [Acceso Febrero 2022].*