



**1 SÍNCOPE:** Pérdida brusca y transitoria de la consciencia y del tono postural, de corta duración y con recuperación espontánea, completa y sin secuelas.

**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 (sensación de mareo, giro de objetos, visión borrosa, náuseas, dolor abdominal, hormigueo, palidez, sudoración), factores precipitantes (calor, estrés, dolor, visión de sangre, ruido, susto), posición en la que se encontraba el paciente inmediatamente previo al síncope (supino, sedestación, bipedestación) y si hubo cambio de postura previo, si estaba realizando actividad física, cambios de coloración, movimientos, presencia de dolor torácico o palpitaciones, duración del episodio, recuperación posterior, existencia de postcrisis, antecedentes familiares de síncope, cardiopatía o muerte súbita y antecedentes personales (medicación o patologías previas, antecedentes de síncope). 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 cardíaca del paciente, y la presión arterial en sedestación y bipedestación, además de una glucemia capilar.

**4 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La mayoría de los autores coinciden en la recomendación de realizar un ECG. Aún así, en menos de un 1% de los casos se encuentran hallazgos anormales en relación con una patología cardíaca importante. Habitualmente no son necesarias otras pruebas. Se podría determinar, inicialmente, una glucemia capilar si hay sospecha de alteración metabólica.

**5 ELECTROCARDIOGRAMA PATOLÓGICO:** Cualquier alteración compatible con ECG anormal para la edad del paciente (onda delta, hipertrofia ventricular, duración anormal de los intervalos, bradicardia excesiva o bloqueo AV, etc).

**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, y que se haya recuperado completamente 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

1. *García-Baró M, Vázquez P. Síncope/pérdida de conciencia transitoria. En: Míguez C, editora. Síntomas/signos guía en urgencias pediátricas. Madrid: Ergon; 2016. p. 593-6.*
2. *Bonilla L, Daghoum E. Síncope. Espasmo del sollozo. En: Benito J, Mintegi S, editores. Urgencias Pediátricas. Guía de actuación. Madrid: Panamericana; 2019. p. 980-5.*
3. *Fischer JW, Cho CS. Pediatric syncope: cases from the emergency department. Emerg Med Clin North Am. 2010; 28(3): 501-16.*

4. Kanjwal K, Calkins H. Syncope in children and adolescents. *Cardiol Clin*. 2015; 33(3): 397-409.
5. Salerno JC. Emergency evaluation of syncope in children and adolescents. [Internet]. En: *UpToDate*, 2021. (Acceso en Nov 2022). Disponible en: <http://www.uptodate.com>
6. Anderson JB, Willis M, Lancaster H, Leonard K, Thomas C. The evaluation and management of pediatric syncope. *Pediatr Neurol*. 2016; 55: 6-13.
7. Paris Y, Toro-Salazar OH, Gauthier NS, et al; New England Congenital Cardiology Association (NECCA). Regional implementation of a pediatric cardiology syncope algorithm using Standardized Clinical Assessment and Management Plans (SCAMPS) methodology. *J Am Heart Assoc*. 2016; 5(2): e002931.