

**Comportamiento clínico-epidemiológico del Síncope en la infancia /  
Clinical-Epidemiological Behavior of Syncope in Infancy. Provincial  
Pediatric Hospital 2007-2008**

Yoslaine Rodríguez-Escalona. [yescalona@hpuh.hlg.sld.cu](mailto:yescalona@hpuh.hlg.sld.cu)

Michel Escalona-Martín. [mescalona@hpuh.hlg.sld.cu](mailto:mescalona@hpuh.hlg.sld.cu)

Gertrudis Ávila-Parra. [gparra@hpuh.hlg.sld.cu](mailto:gparra@hpuh.hlg.sld.cu)

Dixania Pérez-Mora. [dpmora@hpuh.hlg.sld.cu](mailto:dpmora@hpuh.hlg.sld.cu)

**PAÍS:** Cuba

**RESUMEN**

Presentó un estudio en 120 pacientes atendidos en la consulta de clasificación de Endocrinología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín, remitidos por cuadros de desmayos o lipotimias y con diagnósticos presuntivos de hipoglicemia. Con edades comprendidas entre uno y 17 años, y en el período de enero del 2007 a diciembre del 2008; con seguimiento durante seis meses donde se realizaron estudios para el diagnóstico etiológico. Los objetivos del trabajo estuvieron encaminados a conocer el comportamiento de las Lipotimias de la infancia en la muestra estudiada, sus factores precipitantes, síntomas acompañantes y evolución. Estas se presentaron con mayor frecuencia entre 6 a 17 años de edad y predominó el sexo femenino (63,3%).

**ABSTRACT**

This article is aimed at showing a study carried out in 120 patients from the Endocrinology consultation at the Provincial Pediatric Hospital in Holguín, where they were admitted with a clinical pattern of faints or lipothymies, and were presumptively diagnosed with hypoglycemia. From January 2007 till December 2008, the evolution of patients between 1 and 7 years old was followed during 6 months for an etiological diagnosis. The objectives of this research were to determine the behavior of lipothymies in infancy (sample studied), their precipitating factors, concomitant symptoms, and evolution. Lipothymies occurred more frequently in children between 6 and 17 years old, predominantly females (63,3%). Most of the patients went through vagal crises (88,3%) and frequent symptoms were related to this

La mayoría de los pacientes etiología (paleness, coldness and presentaron crisis vagales (88,3%) y sweating). In 93,3% of the cases, los síntomas frecuentes tuvieron precipitating factors were reported and relación con esta etiología (palidez, 100% of patients had a favorable frialdad y sudoración). El 93,3% de los evolution. pacientes presentó factores precipitantes y la evolución fue favorable en el 100%.

**KEY WORDS:**

SYNCOPE; LIPOTHYMY.

**PALABRAS CLAVES**

SÍNCOPE; LIPOTIMIAS.

**INTRODUCCIÓN**

El síncope es una entidad clínica relativamente frecuente en niños y adolescentes. La palabra deriva del griego sincoptein (cortar) y consiste en la pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural, con recuperación espontánea. Conjuntamente síndrome y síntoma se calcula, que uno de cada cinco niños que alcanza la adultez ha padecido por lo menos un episodio sincopal, que despierta una tremenda carga de ansiedad en padres y maestros y genera un impacto negativo que no pocas veces interfiere con la calidad de vida del paciente.

El síncope o lipotimia es un problema médico común, con múltiples causas potenciales y muy frecuentes en la población pediátrica.

Se define como síncope a la pérdida brusca y transitoria de la conciencia, asociada con una pérdida del tono postural y con recuperación completa, espontánea, sin requerir cardioversión eléctrica o química. Aparece después de una alteración del metabolismo cerebral, como consecuencia de una disminución del flujo sanguíneo cerebral secundario, generalmente, a una hipotensión sistémica. La disminución del flujo cerebral produce la pérdida de la conciencia y la isquemia concomitante induce a los centros corticales superiores a liberar su influencia inhibitoria sobre la formación reticular del tronco del encéfalo. Las descargas neuronales de la formación reticular producen entonces, breves contracciones tónicas de los músculos de la cara, tronco y las extremidades, en aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes que acudieron a la consulta de clasificación de Endocrinología del Hospital Pediátrico Universitario “Octavio de la Concepción de la Pedrada” de Holguín, en el período comprendido entre enero de 2007 a diciembre de 2008 con el diagnóstico presuntivo de hipoglicemia o lipotimia.

Universo: todos los pacientes que acudieron a la consulta de clasificación de Endocrinología durante este período. Total 265.

Muestra: aquellos pacientes del universo que cumplieran con el requisito de acudir a consulta por Lipotimia, procedentes de cualquier localización de la provincia Holguín y que tuvieran menos de 18 años de edad. Total 120.

Los datos fueron recogidos de las historias clínicas ambulatorias, de las historias clínicas hospitalarias en el caso de que fuera necesaria la internación, y de las encuestas realizadas en la consulta mediante entrevista personal con los padres y el paciente en caso de que tenga edad de colaborar.

Operacionalización de variables:

**Edad:** Cuantitativa. Por fecha de nacimiento.

- ✓ 1 - 5 años
- ✓ 6 - 12 años
- ✓ 13 o más años

**Sexo:** Cualitativa nominal dicotómica. Según sexo biológico.

- ✓ Femenino
- ✓ Masculino

**Etiología:** Cualitativa nominal politómica. Según resultados del estudio.

- ✓ Crisis vagales
- ✓ Trastornos psicológicos
- ✓ Epilepsia
- ✓ Cefalea migrañosa
- ✓ Trastornos Cardiovasculares

**Factores precipitantes:** Cualitativa nominal politómica. Según presencia de los mismos en sus antecedentes

- ✓ Ausente
- ✓ Presente

**Síntomas acompañantes:** Cualitativa nominal politómica. Según presencia de los mismos en sus antecedentes

- ✓ Crisis vagales
- ✓ Trastornos psicológicos
- ✓ Epilepsia
- ✓ Cefalea migrañosa
- ✓ Trastornos Cardiovasculares

**Evolución:** Cualitativa nominal dicotómica. Según evolución

- ✓ Favorable
- ✓ No favorable

Se consideró evolución favorable a aquellos niños que no presentaron complicaciones de su cuadro y que el mismo no repitió durante un seguimiento de seis meses. En caso contrario se consideró como evolución no favorable. Las consultas fueron realizadas por un Especialista de Endocrinología y un Especialista de Pediatría. En la primera consulta se realizó un interrogatorio exhaustivo que fue reflejado en una Encuesta creada al efecto (Anexo 1).

Como estudios complementarios se realizaron: Hemograma Completo con Diferencial, Heces Fecales, Glicemia por método de Glucosa oxidasa, (valor normal: 3,5 a 5,5 mmol / lt); si se encontraron cifras por debajo de 2,2 mmol / lt en ayunas se le realizó al paciente Prueba de Tolerancia a la Glucosa (PTG) de 6 horas; si la Glicemia era mayor de 6,5 mmol / lt en ayunas, se indicó PTG de 2 horas. Ambas investigaciones orientaron el diagnóstico de hipo e hiperglicemia y estuvieron precedidas por indicación de un ayuno de 10 a 12 horas y las demás medidas normadas orientadas en estas investigaciones. Se realizó además Electroencefalograma (EEG) con Equipo MEDICID, con sedación previa, en los niños que lo requirieron, y sus resultados fueron informados por el Neurofisiólogo. Se incluyó además la realización del Electrocardiograma (EKG) con electrocardiógrafo digital y el resultado fue informado por un cardiólogo independientemente de si a la auscultación existían o no manifestaciones cardiovasculares. A todos los pacientes se les realizó Entrevista psiquiátrica con el propósito de diagnosticar Trastornos psicológicos; esta fue realizada por un Especialista en Psiquiatría Infantil, utilizando el examen psiquiátrico tradicional, lo cual permitió conocer síntomas

y establecer un diagnóstico, para lo que se usó la clasificación de D.C.M. IV, Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, Tomo 4. Este resultado se anexa a la encuesta. El diagnóstico etiológico definitivo en cada paciente se basó en la anamnesis, cuadro clínico y los complementarios. Al diagnóstico de crisis vagales se llegó por exclusión, al no poder realizar estudios específicos para el diagnóstico de esta entidad.

## RESULTADOS DEL TRABAJO

Al observar la **Tabla 1**, se obtuvo que el 63,3 por ciento de los niños presentaron una edad entre 6 y 12 años, un 33,3 por ciento de 13 o más y un 3,4 por ciento estaban comprendidos entre uno y cinco años de edad. La mediana en este caso fue de 7 y la mayor frecuencia en la edad puberal, lo que ha sido descrito por otros autores, ya que en esta edad se intensifican trastornos emocionales y/o situaciones estresantes capaces de producir lipotimia.

Algunos autores, en estudio realizado en España, reportaron cuadros lipotímicos (crisis vagales pálidas) en el 5 por ciento de niños menores de un año, y el menor por ciento en la adolescencia, de un universo de 200 pacientes. La edad media reportada por Eirirs Puñol y colaboradores fue de 11,4 años en una serie de 243 pacientes.

**Tabla 1. Distribución de pacientes por grupos de Edad**

<b>Grupo de Edades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>1 a 5 años</b>	<b>4</b>	<b>3.4</b>
<b>6 a 12 años</b>	<b>76</b>	<b>63.3</b>
<b>13 o más</b>	<b>40</b>	<b>33.3</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuestas      Mediana: 7

La distribución de los pacientes según sexo se observó en la **Tabla 2**, donde el 63,3 por ciento corresponden al sexo femenino y el 36,7 por ciento al masculino.

**Tabla 2. Distribución de pacientes según Sexo**

Sexo	No	%
Masculino	44	36.7
Femenino	76	63.3
Total	120	100

Fuente: Encuesta = 0,05 Razón = F / M= 1,73

Z=6,3

López Herce Cid y colaboradores, al igual que otros autores, reportan una mayor frecuencia en hembras que en varones, lo cual coincide con el presente estudio, donde se encuentra una Razón de 1,73 hembras por cada varón.

En investigación realizada por Prodinge R J en los Estados Unidos, en el servicio de urgencias el síncope ocurrió en 0,4 % de las consultas entre 0 a 16 años, y predominó en niñas, esto difiere del estudio argentino en que concluye que el síncope se manifestó en la infancia y adolescencia sin diferencias en cuanto a sexo.

En la **Tabla 3** se apreció que el 88,4 por ciento de los pacientes presentaron crisis vagales, seguidos por epilepsia en un cinco por ciento y trastornos psicológicos en un tres por ciento. Sólo tres pacientes presentaron cefalea migrañosa para un 2.5 por ciento y se diagnosticó un paciente con trastornos cardiovasculares.

**Tabla 3. Distribución de los pacientes según Etiología de las Lipotimias**

Etiología	No	%
Crisis Vagales	106	88.4
Epilepsia	6	5.0
Trastornos Psicológicos	4	3.3
Cefalea Migrañosa	3	2.5
Trastornos Cardiovasculares	1	0.8
Total	120	100

Fuente: HC ambulatoria e HC hospitalaria

Las crisis vaso vagues se pueden retornar recurrentes o incapacitantes, con el riesgo de ocasionar un traumatismo craneoencefálico grave e incluso poner en riesgo la vida. Para que se desarrolle es necesario un individuo predispuesto, que se encuentre en situaciones de stress ortostático (habitualmente parado, a veces sentado), ante cambios bruscos en la posición corporal en ausencia de actividad física manifiesta y sometido a algún factor desencadenante acompañado de hipersecreción adrenérgica (estímulos dolorosos, miedo, stress emocional o ambiental, ayuno prolongado, ingestas de alcohol o de comidas copiosas). Infrecuentemente pueden presentarse espasmos tónicos de corta duración con algunas sacudidas clónicas. Característicamente desaparecen cuando el individuo adopta la posición horizontal. Es excepcional pero no imposible que haya relajación de esfínteres. Es común encontrar algún familiar directo con episodios similares presentes o pasados.

Se habla con frecuencia de la presencia de factores precipitantes que preceden las crisis lipotímicas, en la **Tabla 4** se reflejó su presencia en la serie de estudio.

**Tabla 4. Distribución de los pacientes según los factores precipitantes**

<b>Factor Precipitante</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Presente</b>	<b>112</b>	<b>93.3</b>
<b>Ausente</b>	<b>8</b>	<b>6.7</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Fuente:** HC ambulatoria e HC hospitalaria

El 93,3 por ciento de los pacientes presentaron factores precipitantes, dados por las emociones y el stress, sólo un 6,7 por ciento no los manifestaron. No se encontró ningún paciente en que el cuadro lipotímico fuese precedido de esfuerzo físico, cambios de posición, calor ambiental o ayuno prolongado de más de tres horas, descritos en la literatura. Entre las emociones se señalaron golpes, heridas, disgustos, extracciones sanguíneas o dentales. Otros autores reportan frecuencias de factores precipitantes en un 26%, 61 %, 56% y 75%.

Si embargo López Herce encontró que un 6% de los síncope estuvo relacionado con ejercicios. Otros factores como cefalea, esfuerzo físico, posición erecta y calor ambiental representaron el 20,5% de una serie estudiada por Pozo Lauzán y colaboradores.

La etiología vasovagal está muy relacionada con la presencia de factores precipitantes, como ha sido demostrado mediante la Prueba de basculación, que consiste en la basculación de una cama entre 60 y 80 grados durante diez a treinta minutos, si aparece síncope se da como positiva, y si no aparece se inicia perfusión de isoprotenerol a 1 mcg por kilogramo de peso por minuto (previa posición horizontal de dos minutos).

Cuando la frecuencia cardiaca aumenta de forma estable de 20 a 30 latidos por minuto, se vuelve a bascular la cama a 60 u 80 grados. Si no aparece síncope se aumenta la perfusión de isoprotenerol cada cinco minutos, hasta un máximo de 5 mcg por kilogramo de peso por minuto, y/o frecuencia cardiaca de 170 latidos por minuto. Si apareció síncope se retira la infusión de isoprotenerol y se coloca al paciente en decúbito supino. Se mantiene monitorización, control de Tensión Arterial (TA) y Electrocardiograma (EKG) al menos durante 15 minutos.

Los síntomas acompañante frecuentes que se presentaron en los pacientes fueron la palidez, frialdad y sudoración en un 100 por ciento de los casos (Tabla 5).

**Tabla 5 Distribución de los pacientes según sintomatología clínica**

<b>Sintomatología</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Palidez</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
<b>Frialdad</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
<b>Sudoración</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
<b>Mareos</b>	<b>92</b>	<b>76.6</b>
<b>Náuseas</b>	<b>90</b>	<b>75.0</b>
<b>Dolor Abdominal</b>	<b>64</b>	<b>53.3</b>
<b>Cefalea</b>	<b>60</b>	<b>50.0</b>
<b>Somnolencia</b>	<b>14</b>	<b>11.6</b>



<b>Posterior</b>		
<b>Pérdida de Conocimiento</b>	<b>de</b>	<b>9 7.5</b>

**Fuente:** HC ambulatoria e HC hospitalaria

n = 120

La sintomatología que se encontró con mayor frecuencia entre los pacientes estudiados fue palidez, frialdad y sudoración, presentes en el ciento por ciento de los mismos debido a la hiperactividad parasimpática más notable al inicio del cuadro. Le siguió en orden de frecuencia los mareos y náuseas 76,6% y 75 % respectivamente. Tanto estas como el dolor abdominal presente en el 53,3 % se deben a un componente vasodepresor.

El 50% de los pacientes debutó con cefalea, los diagnósticos más frecuentes en los mismos fueron los cuadros lipotímicos de causa vagal, (47 niños), epilepsia en 6 pacientes, 4 niños con causa psicógena y 3 pacientes con causa migrañosa. Pozo Lauzan refiere que en sus estudios la cefalea generalmente se presentó con cuadros de migraña y epilepsia.

La somnolencia posterior que se encontró en un 11,6 % de los niños de la serie, no fue descrita por otros autores salvo en los cuadros diagnosticados como epilépticos, que luego del ataque presentaron el estado postictal.

La pérdida de conocimiento no es más que la supresión brusca y transitoria de la relación con el medio durante algunos minutos y hasta una hora, con recuperación espontánea, amnesia del evento y debida a múltiples causas. El interrogatorio y el examen físico son de gran importancia para su diagnóstico, se afirma que en el 50 por ciento, estos elementos unidos al ECG son suficientes para realizarlo.

En la serie de estudio se observaron 9 pacientes (7,5%) con pérdida del conocimiento momentáneo con recuperación espontánea y dentro de estos 6 resultaron en su evolución como epilépticos, y 3 con cuadros vasovagales. Este grupo de pacientes con pérdida de conciencia, según la Clasificación de Villelaibeitia Deusto se enmarcaron como síncope que no precisan maniobras de reanimación y donde el pronóstico es bueno. El resto de los pacientes sin pérdida de la conciencia pero que experimentan sensación de

desvanecimiento y se recuperan espontáneamente, se clasifican como pre síncope con un pronóstico bueno, con antecedentes de labilidad vegetativa y en los que no se recomiendan pruebas especiales a menos que se repitan los episodios.

**Tabla 6. Distribución de los pacientes según evolución clínica**

<b>Evolución</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Favorable</b>	<b>120</b>	<b>120</b>
<b>No favorable</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>120</b>

**Fuente:** HC ambulatoria e HC hospitalaria

La evolución clínica de los pacientes estudiados se observó en la **Tabla 6**, donde se apreció que el 100 por ciento tuvo una evolución favorable, que era la esperada en estos casos porque la mayoría de ellos se diagnosticó como crisis vasovagales (88%) a los que se les orientó evitar algunas situaciones que pudieran provocarla.

Como ya hemos señalado la prueba de basculación está indicada como prueba diagnóstica del síncope a repetición en edad pediátrica, que en ocasiones requiere tratamiento médico (atenolol, metropolol, dizopiramide). El inconveniente de la misma es que debe realizarse en unidades de cardiología con laboratorio de hemodinámica, medios técnicos humanos y posibilidades de monitorización. López Herce Cid demostró en su estudio que dicha prueba puede realizarse con seguridad en servicios de Pediatría con escasos medios técnicos, siempre y cuando las personas que la realicen dispongan de entrenamiento y material básico de reanimación cardiovascular.

Al igual que en la presente investigación, otros autores presentaron evolución satisfactoria. Sólo un pequeño porcentaje (13,3 %) necesitó realizar estudios especiales, por evolución tórpida (no favorable), dados por síncope recurrentes cuyos diagnósticos finales fueron trastornos cardiovasculares (braditaquiarritmia, cardiopatías congénitas, síndrome de QT prolongado) y crisis epilépticas refractarias a tratamiento. En una serie de 65 pacientes estudiados, el 90 por ciento de los mismos evolucionó favorablemente, con

diagnóstico final de síncope vasovagal, sin requerimiento de pruebas especiales para su diagnóstico.

El paciente que presenta un síncope (**anexo 2**), acude a Cuerpo de Guardia o Consulta externa de Endocrinología, si es remitido de los municipios se ingresa en el Servicio de Clínicas Pediátricas y se confecciona Historia Clínica hospitalaria. Si proviene del municipio Holguín se decide acorde con su estado clínico, recuperación y antecedentes, seguimiento en Consulta o Ingreso hospitalario. A todos los pacientes se les realizará en el Cuerpo de Guardia Hemograma, Glicemia y en caso de sospecha de componente Cardiovascular evaluación con Cardiología.

Si la Historia Clínica sugiere:

- Síncope neurogénico se realiza evaluación con Especialista de neurología y EEG, de acuerdo con los resultados se indicará el tratamiento médico.
- Síncope vasovagal simple: si presenta anemia en el Hemograma se estudia la misma y se indica tratamiento, si Glicemia alterada se indica PTG o glicemia postprandial de 2 horas, y si en el resultado arroja valores por encima de 11 mmol/l se diagnostica Diabetes Mellitas y se trata por Endocrinología. Si en Heces fecales aparece Giardiasis u otro parasitismo se trata el mismo. Ecocardiograma y EKG acorde con evaluación clínica e interconsulta por Especialista de Cardiología. Se evalúa con Psiquiatría.
- Síncope vasovagal complejo (3 o más episodios en el último año) se le realiza la Prueba de Tilt Test o basculación. Si esta es positiva y el enfermo no mejora con las medidas higiénico dietéticas o presenta asistolia en el estudio se debe iniciar tratamiento farmacológico, adoptando como droga de primera línea el Atenolol (tab. 100mg, a razón de 1 a 2 mg/Kg de peso/ día), hasta conseguir un beta bloqueo efectivo, sin efectos adversos y se mantiene durante un año, momento en que se discontinúa la droga y se reevalúa el comportamiento clínico del enfermo. Si repite el episodio se reinicia el tratamiento y se mantiene otro año más. En los pocos casos en que el paciente no

mejora con Atenolol se cambia a otro betabloqueador: metoprolol. Se evalúa además por Cardiología y Psiquiatría.

- Síncope cardiogénico: evaluación por Especialista de Cardiología con Ecocardiografía, Prueba de esfuerzo y Holter y en dependencia de los resultados se indicará tratamiento.

## CONCLUSIONES

- El síncope es más frecuente en hembras que en varones, en edad puberal, la mediana de la edad de la serie fue de 7 años.
- Las crisis vagales son la causa más frecuente de las lipotimias y los factores precipitantes dados por las emociones y stress están presentes en la mayoría de los casos.
- La palidez, frialdad y sudoración es una triada siempre presente en la sintomatología clínica, aunque resultan frecuentes los mareos y náuseas.
- El síncope tiene buena evolución clínica de forma general.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bennett, G. Síncope. **EN: Cecil Tratado de Medicina Interna**. 21. ed. La Habana: Ciencias Médicas, 2006. 2238p.
2. Brissaud, E. Síncope en la infancia. **Revista Pediatr española** No.57: 227-230. 2004.
3. Casanova Sotolongo, P. Manejo del síncope vasovagal en la atención primaria. **Rev Cubana Med Gen Integral (La Habana)** 19(3): 55-59. 2008.
4. Cruz Hernández, Manuel . Tratado de Pediatría. 8. ed. Madrid: Ed. Ergón, 2006.
5. Eirirs Puñol, J. Síncope en el adolescente. Orientación diagnóstica y terapéutica. **Rev. Pediatr. Española**. 2006. 63(4) [seriada en línea] <http://www.salud.com> [consultado: 20 ene. 2010].
6. López Herced, J. El Síncope en la Infancia. **Acta Pediatr Esp**. No. 52: 527-536. 2005.

7. Madero, L. Mareos y síncope en los niños. **Revista Alemana Pediatr.** 2004 [seriada en línea]<http://www.cope.es/lamana> [consultado: 16 nov. 2009].
8. Martín González, M. Síncope neurológico. **Revista Española Pediatr.** 43 (8): 461-465. 2006.
9. Martínez Torres, F. Síncope en el adolescente. Orientación diagnóstica y terapéutica. **Revista Pediatr Española** No.9: 330-339. 2005.
10. Moya, C. El Síncope **En: Urgencias Neurológicas.** La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2000. p. 219-236.
11. Pace Seaglione, J. Síncope en Pediatría. Etiología, diagnóstico y tratamiento del lactante al adolescente. **Arch Argent Pediatría.** 2007. 102(5) [seriada en línea] <http://www.weika.infolgias/cateteres> [consultado: 19 oct. 2009].
12. Pozo Lauzán, D. Algunas consideraciones en relación con el diagnóstico de las crisis vagales en el niño. **Revista Cubana Pediatr.** (La Habana) 59 (5): 860-864. 2007.
13. Prodinger, R J. Syncope in children. **En: Emerg Med Clin North Am** (Estados Unidos)16 (3):617-626. 2008.
14. Ruckman, R N. Procesos que simulan crisis epilépticas. **EN: Tratado de Pediatría / JD. Nelson.** 15. ed. La Habana: Ciencias Médicas, 2006. P.2113-2116
15. Villeda Deusto, J A. Síncope en la edad pediátrica: su evaluación diagnóstica. **Revista Pediatr. Española** 39(5): 405-410. 2006

## ANEXO. 1

### ENCUESTA

Paciente:.....

Edad:.....

Sexo:.....

Síntomas acompañantes:

Palidez.....

Frialdad.....

Sudoración.....

Mareos.....

Náuseas.....

Cefaleas.....

Dolor abdominal.....

Somnolencia posterior.....

Pérdida del conocimiento.....

Relajación de esfínteres.....

Visión borrosa.....

Factores precipitantes:

Emociones – Stress.....

Cambios de posición.....

Esfuerzos físicos.....

Calor ambiental.....

Ayuno prolongado de más de 3 horas.....

Resultados de estudios complementarios:

Hemograma:

Glicemia:

Heces fecales:

ECG:

Ecocardiograma:

Entrevista Psiquiátrica:

Diagnóstico definitivo:.....

Evolución:

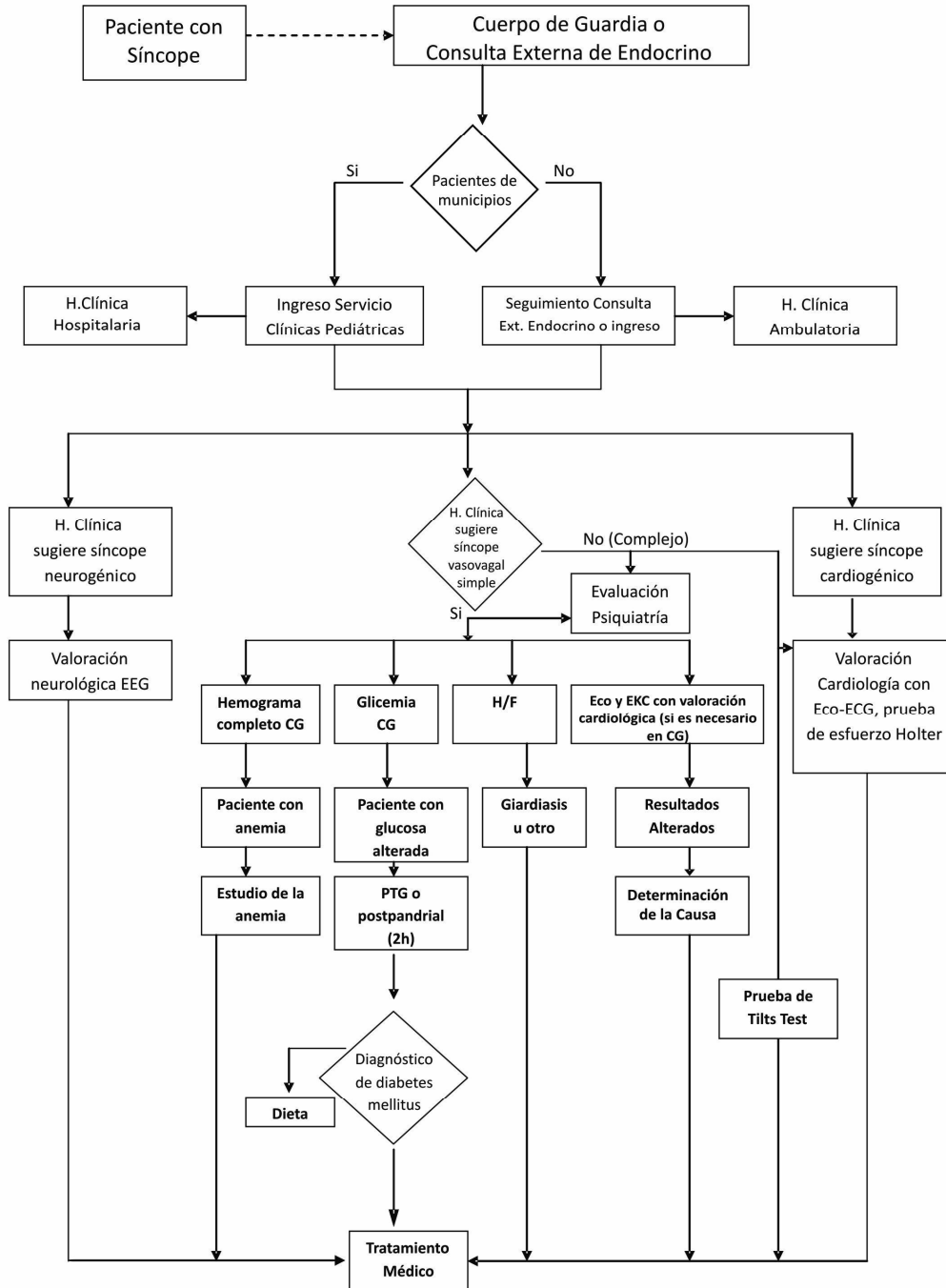
Favorable.....

No favorable.....

ANEXO. 2

ALGORITMO DE ESTUDIO DEL PACIENTE CON LIPOTIMIA

ANEXO 2



## **Síntesis curricular de los Autores**

**Yoslaine Rodríguez-Escalona.** [escalona@hpuh.hlg.sld.cu](mailto:escalona@hpuh.hlg.sld.cu)

Centro de trabajo: Servicio de Urgencias. Hospital Pediátrico Provincial de Holguín “Octavio de la Concepción de la Pedraja”. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Participación en Eventos Nacionales e Internacionales.

**Michel Escalona-Martín.** [mescalona@hpuh.hlg.sld.cu](mailto:mescalona@hpuh.hlg.sld.cu)

Centro de trabajo: Unidad de Cuidados Intermedios. Hospital Pediátrico Provincial de Holguín “Octavio de la Concepción de la Pedraja”. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Diplomado en Nutrición. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Participación en Eventos Nacionales e Internacionales.

**Gertrudis de la Caridad Parra-Ávila.** [gparra@hpuh.hlg.sld.cu](mailto:gparra@hpuh.hlg.sld.cu)

Centro de trabajo: Servicio de Urgencias. Hospital Pediátrico Provincial de Holguín “Octavio de la Concepción de la Pedraja”. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Diplomado en Homeopatía. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Participación en Eventos Nacionales e Internacionales.

**Dixania Pérez-Mora.** [dpmora@hpuh.hlg.sld.cu](mailto:dpmora@hpuh.hlg.sld.cu)

Centro de trabajo: Departamento de Enfermería. Hospital Pediátrico Provincial de Holguín “Octavio de la Concepción de la Pedraja”. Licenciada en Enfermería. Diplomado en Perinatología y Atención al Niño Grave. Máster en Atención Integral al Niño. Participación en Eventos Nacionales e Internacionales.

**Fecha de Recepción:** 4 de mayo 2010

**Fecha de Aprobación:** 22 diciembre 2010

**Fecha de Publicación:** 30 septiembre 2011