

Contenidos	Observaciones
<p>1. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial</p> <p>1.1. Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.</p> <p>1.2. Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencia o servicio clínico que dé el alta.</p> <p>1.3. Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.</p>	
<p>2. Identificación del paciente</p> <p>2.1. Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.</p> <p>2.2. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).</p> <p>2.3. Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.</p>	
<p>3. Referidos al proceso asistencial</p> <p>3.1. Día, mes y año del informe de alta de consulta / urgencias / hospitalización</p> <p>3.2. Diagnóstico principal.</p> <p>3.3. Síncope.</p>	<p>Cardiopatía de base (si existe).</p> <p>Anamnesis</p> <p>§ Situación en que se produce el episodio sincopal (especial mención al síncope de esfuerzo, síncope en sedestación o decúbito), forma de presentación y recuperación</p> <p>§ Edad de inicio de los episodios sincopales y frecuencia de los mismos</p> <p>§ Síntomas acompañantes al síncope (especial mención a síntomas sugestivos de cardiopatía: disnea, dolor torácico, palpitaciones)</p> <p>§ Antecedentes personales de cardiopatía</p> <p>§ Tratamiento farmacológico previo al síncope y cambios recientes del mismo</p> <p>Antecedentes familiares de muerte súbita o cardiopatía familiar</p> <p>Exploración física y exploraciones complementarias a su llegada a Urgencias</p> <p>§ Exploración cardiovascular incluyendo presencia de soplos cardíacos y carotídeos, PA, SpO2 y datos sugestivos de insuficiencia cardíaca</p> <p>§ Datos en ECG sugestivos de cardiopatía (bloqueo AV, trastornos de conducción intra/intraventricular, duración QRS> 120 ms, intervalo QT, preexcitación ventricular, patrón de BRDHH con ascenso ST V1-V2, fibrilación auricular no conocida, EEVV frecuentes, TVNS, signos sugestivos de cardiopatía isquémica)</p> <p>§ Datos analíticos patológicos significativos (p.e.j. anemia no conocida, enzimas cardíacos, dímero-D, trastornos iónicos severos)</p> <p>§ Alteraciones Rx tórax</p> <p>§ Test de ortostatismo y masaje del seno carotídeo en caso de estar indicado</p>

Contenidos	Observaciones
<p>3.4. Recomendaciones terapéuticas</p> <p>Consejos sobre cómo prevenir un síncope, y considerar restricción de actividades: § Síncope vasovagal: evitar bipedestación prolongada, venopunción, comidas copiosas, el calor (baños calientes, tomar el sol,...), ayuno, falta de sueño e ingesta de alcohol (Hoja de recomendaciones para el paciente). § En el síncope postejercicio: consejos de hidratación durante el ejercicio, nivel aconsejado de esfuerzo y, en algunos casos determinados, evitación de ejercicio. § En ancianos: restricciones de conducción tras un episodio de pérdida de conciencia distinto a convulsiones (duración determinada en función de recurrencias o patologías asociadas).</p> <p>Otras recomendaciones de modificación de estilo de vida (si se consideran). § Recomendaciones de toma adecuada de la medicación (uso racional). Contempla la desprescripción (si procede) y revisión de consumo de como otros productos (fitoterapia, medicina natural,...).</p>	<p>Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación. Se pondrán todos los fármacos que tome el paciente. Si se pone el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo. Se indicará la dosis del fármaco y cuándo se tiene que tomar (desayuno, comida, cena,...), así como si alguno tiene una dosificación flexible (por ejemplo diuréticos en el paciente con insuficiencia cardiaca, de acuerdo al peso). Se indicarán aquellos fármacos a evitar (por ejemplo AINEs en insuficiencia cardiaca).</p>
<p>4. Seguimiento</p> <p>Derivar a Cardiología si: § Recurrencias frecuentes/graves de síncope pese a que el estudio hospitalario no haya objetivado causa cardiológica. § Aparición de nuevos datos clínicos, de exploración física o ECG (ver Criterios de derivación a Cardiología tras primera visita en AP) que sugieran síncope cardiológico. § Realización de tratamientos cardiológicos durante el ingreso hospitalario (p.ej., implante de marcapasos o desfibriladores, implante de stents, cirugía cardíaca) cuyo seguimiento no se esté realizando por Cardiología. § En caso de paciente visitado en Urgencias, persistencia de datos clínicos, EF o ECG sobre la posibilidad de síncope cardiogénico no descartado en Urgencias.</p> <p>Derivar a AP si: § Síncope aislado sin datos en la anamnesis, exploración física y ECG sugestivos de origen cardiovascular. § Síncope aislado o poco frecuente altamente sugestivo de mecanismo neuromediado (en caso de dudas clínicas o datos sugestivos de cardiopatía en EF o ECG deberá descartarse previamente causa cardiológica desde Cardiología). § Síncope cardiogénico ya estudiado y tratado que no precise de seguimiento desde Cardiología por la propia etiología del síncope.</p> <p>Indicaciones cuando debe contactar con el médico de atención primaria, cardiólogo o acudir directamente a urgencias</p>	

Contenidos		Observaciones
5. Apoyos de información al paciente y cuidador	http://www.fundaciondelcorazon.com http://www.mimocardio.org Pág. Web de la unidad de cardiología (si disponible) Asociaciones de autoayuda	

SEC-PRIMARIA. Proceso Síncope

Copyright @Sociedad Española de Cardiología.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.