



SEC- PRIMARIA

Proceso Síncope

25 de abril de 2017

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.

Índice

1. Proceso SEC-AP Síncope. Introducción.....	5
2. Ruta asistencial. Flujos entre atención primaria y cardiología en el manejo del síncope	7
2.1. Criterios de derivación a Urgencias por riesgo de eventos inmediatos en paciente con síncope....	8
2.2. Criterios de derivación a Cardiología tras primera visita en AP	8
2.3. Criterios de derivación a Cardiología tras alta hospitalaria o desde Urgencias	9
2.4. Criterios de seguimiento Atención Primaria de paciente con síncope.....	9
2.5. Indicadores y estándares de calidad de la ruta asistencial.....	9
3. Informe estándar de alta del paciente con síncope	10
3.1. Datos relativos a la anamnesis	10
3.2. Datos de exploración física y exploraciones complementarias a su llegada a Urgencias	10
3.3. Exploraciones complementarias durante el ingreso (en caso de pacientes ingresados tras el estudio básico desde Urgencias)	10
3.4. Juicio clínico	11
3.5. Recomendaciones al alta	11
3.6. Indicadores y estándares de calidad del informe de alta	11
4. Modelos de comunicación entre atención primaria (AP) y Atención Especializada (AE)	12
5. Actividades docentes propuestas	12
Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial.....	14
Anexo 2. Síncope vasovagal. Recomendaciones para el paciente	15
Referencias	16
<i>Figuras</i>	
Figura 1. Proceso diagnóstico del síncope	5
Figura 2. Relación primaria-especializada en el proceso de síncope.....	6
Figura 3. Flujos del paciente con síncope tras la visita en atención primaria.....	7
Anexo 1. Figura 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial.....	14

Comité SEC-AP-Síncope

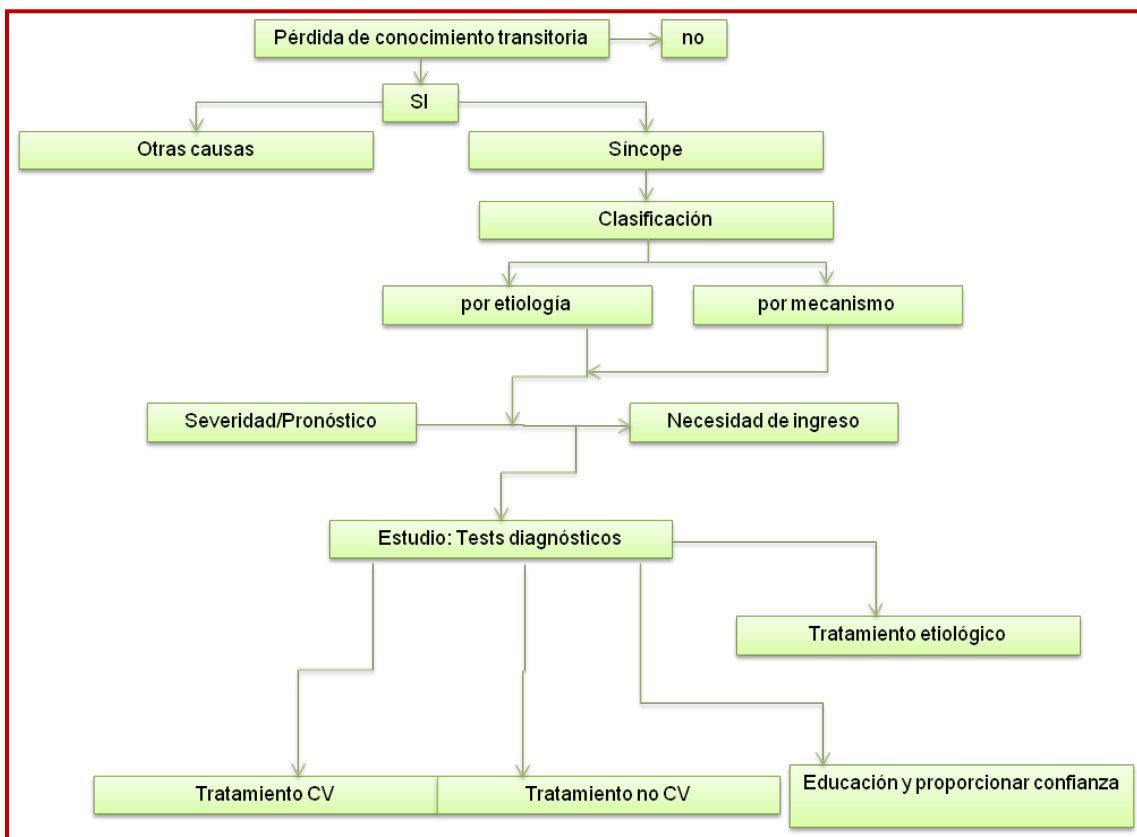
- **Coordinador SEC-Primaria:** Rafael Hidalgo Urbano. Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla.
- **Coordinador del proceso:** Enrique Galve Basilio. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona
- **Miembros del grupo de trabajo:**
 - Vicente Pallarés Carratalá. Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas. Castellón. Departamento de Medicina, Universidad Jaume I. Castellón.
 - Francisco Javier Alonso Moreno. Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo
 - Iván Roca Luque. Unidad de arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.
 - Juan Carlos Obaya Rebolgar. Centro de Salud la Chopera. Alcobendas. Madrid. Coordinador Atención Primaria
- **Presidente de la SEC:** Andrés Íñiguez Romo.

1. Proceso SEC-AP Síncope. Introducción

De acuerdo con las últimas guías de la European Society of Cardiology¹, el síncope se define como una pérdida de conciencia (PC) transitoria, espontánea (no traumática) con recuperación rápida sin secuelas y debida a hipoperfusión global cerebral.

El primer paso en el manejo del síncope es el asegurar escrupulosamente el diagnóstico, descartando otras causas de PC, para proseguir en el proceso de etiquetado, diagnóstico, derivación y tratamiento (Figura 1).

Figura 1. Proceso diagnóstico del síncope



Clásicamente el síncope ha sido un cuadro clínico infravalorado. Por un lado, por su elevada frecuencia (sobre la que hay controversia pero se estima que hasta un 35% de la población presenta al menos un episodio sincopal a lo largo de su vida² y, por otro, por la relativa benignidad de la mayoría de casos. Su impacto social y sanitario no es irrelevante, pues se sabe que un 1-3% de los pacientes atendidos en urgencias hospitalarias acuden por episodios de PC y muchos acaban ingresando.

El presente documento se ha elaborado a instancias de la Sociedad Española de Cardiología con el objetivo de ordenar y establecer los cauces de la atención al síncope en el

ámbito que interrelaciona la AP con la especializada, garantizando de esa forma la continuidad asistencial en ambas direcciones.

Existe otro documento elaborado por la comisión SEC Excelente que está centrado en el ámbito estrictamente hospitalario que aunque obviamente se relaciona, no abarca la ruta asistencial con AP.

El manejo del síncope es, por su elevada incidencia poblacional, amplia variedad de etiologías, y diversidad de pronósticos, obligatoriamente multidisciplinario y transversal: intervienen en el médico de atención primaria y otras veces el médico de urgencias, para acabar siendo consultado en muchas ocasiones el cardiólogo, pero interviniendo a veces también el internista, el neurólogo e incluso a veces el psiquiatra, de modo no siempre coordinado. Existe en muchos casos dispersión y falta de criterios homogéneos de actuación entre todos ellos.

Dado el carácter pleomorfo del síncope, su amplio rango de severidad clínica y su alta frecuencia, el proceso se erige como modelo de actuación integral entre AP y atención especializada, en el que una adecuada interrelación entre todos puede mejorar la asistencia, optimizar recursos y simplificar los flujos de tránsito del paciente (Figura 2).

Figura 2. Relación primaria-especializada en el proceso de síncope



La documentación sobre el proceso de síncope que aquí se presenta se ha elaborado, tras una revisión de la literatura *ad hoc*, con el engranaje de las ideas y conocimientos de miembros tanto de AP como cardiólogos, que han establecido una ruta asistencial apta para todos los perfiles de pacientes y todos los profesionales implicados, junto con los criterios de derivación y

de quién debe efectuar el seguimiento del paciente, el armazón de lo que debe ser el informe al alta, así como de las recomendaciones que debe reunir cada caso. Todo ello se complementa con los modelos teóricos de comunicación entre AP y especialistas, los objetivos,

contenidos y actividades de formación que se proponen en este ámbito y, finalmente, los indicadores de calidad de proceso.

No siendo posible dar respuesta a todas las situaciones clínicas que se pueden presentar, estas recomendaciones señalan unos canales de definición, selección y priorización de los pacientes con síncope, especificando el papel de todos los profesionales sanitarios implicados, dando paso a la derivación multidireccional y el acceso si fuese necesario a los procedimientos y tecnologías más complejas, en el marco de una asistencia multidisciplinar.

2. Ruta asistencial. Flujos entre atención primaria y cardiología en el manejo del síncope

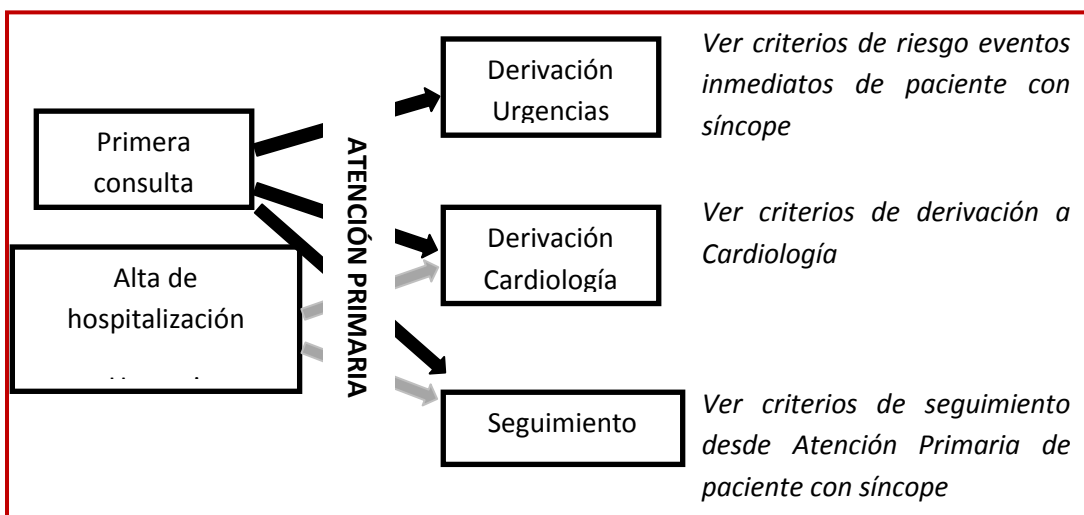
En el Anexo 1 se exponen los principios generales de elaboración de una ruta asistencial.

El paciente con síncope puede llegar a Atención Primaria por 3 vías principales:

- Derivación desde Servicio de Urgencias en caso de no requerir manejo ambulatorio.
- Derivación tras el alta Hospitalaria.
En ambos casos es posible que el paciente sea derivado directamente a Cardiología según el criterio del médico responsable.
- Consulta directa por parte del paciente tras un episodio sincopal sin atención hospitalaria previa

A continuación se muestra en la Figura 3 los posibles flujos del paciente con síncope tras la visita en atención primaria.

Figura 3. Flujos del paciente con síncope tras la visita en atención primaria



En función de la anamnesis inicial, la exploración física y el ECG, se valorará si existen datos que orienten a un síncope de origen cardiogénico que precise de visita y exploraciones

por parte de Cardiología así como datos que sugieran posibilidad de eventos graves inmediatos que precisen de estabilización, estudio y tratamiento urgente.

2.1. Criterios de derivación a Urgencias por riesgo de eventos inmediatos en paciente con síncope

- Signos de insuficiencia cardíaca.
- Síntomas acompañantes al síncope activos en el momento de la visita: dolor torácico, disnea, palpitaciones.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Bradicardia con FC<40 lpm o taquicardia (>100 pm, individualizar pacientes en los que se conozca frecuencia cardíaca habitual alta, p.ej. pacientes con fibrilación auricular y FC alta habitual).
- Bloqueo AV de 2 grado tipo II o completo en ECG en la consulta.
- Taquiarritmia ventricular en ECG en la consulta.
- Taquiarritmia supraventricular en ECG en la consulta (individualizar fibrilación auricular no conocida con frecuencia ventricular controlada).
- Síncope reciente (<72h) con síntomas acompañantes (dolor torácico, disnea, palpitaciones) o signos ECG (ver datos ECG de derivación a Cardiología tras primera visita en AP) que sugieran síncope cardiogénico de alto riesgo.

2.2. Criterios de derivación a Cardiología tras primera visita en AP

Datos anamnesis y exploración física

- Síncope de esfuerzo (en caso de síncope reciente<72h derivar a Urgencias).
- Síntomas acompañantes sugestivos de origen cardiogénico: disnea, palpitaciones, dolor torácico (en caso de síncope reciente<72h derivar a Urgencias).
- Síncopes recurrentes no filiados pese a ausencia de datos (anamnesis, ECG o EF) sugestivos de cardiopatía.
- Antecedentes familiares de muerte súbita.
- Cardiopatía conocida.
- Soplo valvular.

Datos ECG

- Trastorno de conducción AV superior a BAV de primer grado aislado.
- Trastornos de conducción intra/intraventricular: BRIHH, BRDHH (con o sin hemibloqueo fascicular izquierdo asociado). No se contempla el HBA o HBP aislados como causa única de derivación a Cardiología.
- EEVV frecuentes o TVNS.
- Alteraciones de la repolarización: ondas T negativas en precordiales más allá de V2, patrón de BRDHH con ascenso de ST en V1-V2, intervalo QT corregido >440 ms o < 360 mseg.
- Preexcitación ventricular.
- Signos sugestivos de cardiopatía isquémica (especialmente ondas Q de necrosis).

2.3. Criterios de derivación a Cardiología tras alta hospitalaria o desde Urgencias

En caso de recomendarse en el informe de alta (Urgencias u Hospitalización) el seguimiento por parte de Cardiología, se cursará dicha derivación desde Atención Primaria. En caso de no establecerse dicha necesidad, se derivará a Cardiología según los siguientes criterios

- 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.

2.4. Criterios de seguimiento Atención Primaria de paciente con síncope

- 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.

2.5. Indicadores y estándares de calidad de la ruta asistencial

- Porcentaje de pacientes con síncope en los que consta en su historia clínica la edad de inicio en episodios sincopales, síntomas previos, forma presentación y recuperación.
- Porcentaje de pacientes con síncope en los que consta en su historia clínica la frecuencia de los episodios, duración, antecedentes personales de cardiopatía, fármacos.
- Porcentaje de pacientes con síncope en los que conste en su historia clínica la medida de la presión arterial, auscultación cardíaca y pulmonar, exploración neurológica básica.
- Porcentaje de pacientes con síncope en los que conste en su historia clínica la realización de un ECG con motivo del episodio sincopal.
- Porcentaje de pacientes con síncope en los que conste en su historia clínica criterios de riesgo (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, taquicardia ventricular no sostenida, bloqueo bifascicular, preexcitación, QT largo o corto, historia familiar de muerte súbita, ECG con patrón de Brugada), que indican necesidad de evaluación inmediata o ingreso hospitalario.
- Porcentaje de pacientes en los que conste en su historia clínica clasificación etiológica del síncope: vasovagal, enfermedades neurológicas, síncope de origen cardíaco, síncope hipovolémico / total de pacientes con diagnóstico de síncope por médico de Atención Primaria (AP).

- Porcentaje de pacientes con síncope en los que conste en su historia clínica consejos para prevenir el síncope: síncope vasovagal, postejercicio, ancianos, modificación de estilos de vida, medicación.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de síncope y criterio de derivación a Urgencias, que fueron derivados a urgencias hospitalarias / total de pacientes con síncope con criterios de derivación por médico de AP.

3. Informe estándar de alta del paciente con síncope

El informe de alta es clave para garantizar una adecuada continuidad asistencial entre el cardiólogo y el médico de Atención Primaria y debe contener datos acerca de la estratificación de riesgo del síncope (especialmente el paciente dado de alta desde el Servicio de Urgencias), el diagnóstico etiológico y las pruebas realizadas así como la información derivada del tratamiento realizado y seguimiento recomendado. A continuación se detallan los datos que deben constar en el informe de alta.

3.1. Datos relativos a la anamnesis

- Situación en que se produce el episodio sincopal (especial mención al síncope de esfuerzo, síncope en sedestación o decúbito), forma de presentación y recuperación
- Edad de inicio de los episodios sincopales y frecuencia de los mismos
- Síntomas acompañantes al síncope (especial mención a síntomas sugestivos de cardiopatía: disnea, dolor torácico, palpitaciones)
- Antecedentes personales de cardiopatía
- Tratamiento farmacológico previo al síncope y cambios recientes del mismo
- Antecedentes familiares de muerte súbita o cardiopatía familiar

3.2. Datos de exploración física y exploraciones complementarias a su llegada a Urgencias

- Exploración cardiovascular incluyendo presencia de soplos cardíacos y carotídeos, PA, SpO₂ y datos sugestivos de insuficiencia cardíaca
- 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)
- Datos analíticos patológicos significativos (p.e.j. anemia no conocida, enzimas cardíacos, dímero-D, trastornos iónicos severos)
- Alteraciones Rx tórax
- Test de ortostatismo y masaje del seno carotídeo en caso de estar indicado

3.3. Exploraciones complementarias durante el ingreso (en caso de pacientes ingresados tras el estudio básico desde Urgencias)

- Resultados de las pruebas cardiológicas realizadas.
- Resultado de la monitorización ECG continua durante el ingreso en caso de haberse realizado.
- Evolución y tratamiento realizado.

3.4. Juicio clínico

En todo informe de alta, tanto desde Urgencias como tras ingreso hospitalario, deberá constar un resumen clínico donde se mencione el diagnóstico etiológico y los tratamientos realizados (brevemente) o, en caso de no llegar a diagnóstico etiológico, la estratificación del riesgo del síncope (según criterios de riesgo mencionados en apartado Ruta/Flujos asistenciales y guías clínicas vigentes). Este último punto es especialmente relevante en los pacientes dados de alta desde Urgencias en los que se haya considerado que se puede continuar el estudio de forma ambulatoria

3.5. Recomendaciones al alta

- 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. Se adjunta tabla ampliada de recomendaciones como anexo (Anexo 2).
 - 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).
- 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,...).
 - Definir el plan de Seguimiento programado (medio-largo plazo):
 - ✓ Por Atención Primaria específicamente.
 - ✓ Seguimiento compartido entre Atención Primaria y Cardiología: periodicidad revisiones por Cardiología
 - ✓ Revisiones por cardiología.
 - Cuando y como debo contactar con el médico de AP.
 - Cuando debo acudir directamente a Urgencias.
 - Educación sanitaria: se indicarán en el informe de alta las diferentes páginas web donde el paciente pueda obtener información adecuada en caso de dudas, que deberán estar consensuadas por AP y AE.

3.6. Indicadores y estándares de calidad del informe de alta

- Porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de síncope al alta / total de informes.
- Porcentaje de pacientes con síncope cardiogénico en los que conste la estratificación del riesgo / total de informes
- Porcentaje de pacientes con síncope cardiogénico que precisaron marcapasos, antiarrítmicos / total de informes.

- Porcentaje de pacientes con síncope, que incluyen al alta plan de revisiones: revisiones en atención primaria, cardiología, etc. / total de informes.

4. Modelos de comunicación entre atención primaria (AP) y Atención Especializada (AE)

- Identificación del Cardiólogo y del Médico de Familia Responsable del paciente.
- Historia clínica electrónica compartida.
- Portal de acceso desde AP a la Historia clínica hospitalaria y a las pruebas complementarias (sin restricciones, pero asegurando la confidencialidad).
- Consulta on line (e-consulta). Máxima accesibilidad a dispositivos de conexión telefónica/fax/correo-e entre los puntos del circuito que sigue el paciente:
 - Facilita el seguimiento compartido.
 - Evita desplazamientos al paciente a consultas externas.
 - Válido para paciente nuevo que permita resolver el caso en el ámbito de AP.
 - Permite aportar información desde AP a AE durante el ingreso (urgencias-hospital) del paciente.
- Cardiólogo de enlace: especialista hospitalario de referencia para la gestión de casos. Contacto vía teléfono/correo electrónico u otras opciones de comunicación que se puedan consensuar en cada zona sanitaria.
- Comunicación automatizada en la Agenda de Atención Primaria de ingresos, altas y asistencia en urgencias.
- Informe de alta hospitalaria/Informe de consulta: debe reunir los puntos clave para que AP conozca los procedimientos realizados, los diagnósticos y la pauta de tratamiento.
- Informe de alta a enfermería: soporte documental para la continuidad de cuidados (si se precisa) tras alta hospitalaria.
- Desarrollar indicadores de proceso y resultado que permitan evaluar la eficacia y efectividad de las intervenciones y acciones implementadas.
- Sesiones webinar en los centros de salud (casos clínicos, revisiones artículos científicos, uso seguro de medicamento –mayores 65 años-, colaboración en la desprescripción,...).
- Sesiones en los centros de salud con pacientes (Paciente experto).

5. Actividades docentes propuestas

El objetivo de la formación debe ser mejorar la calidad asistencial del paciente con síncope:

- Mejorar la cualificación de los profesionales implicados en el proceso de atención del síncope.
- Potenciar el conocimiento mutuo de las actividades y recursos existentes entre los distintos niveles de atención.
- Mejorar los conocimientos del paciente sobre situaciones desencadenantes, medidas a tomar.
- Realizar actividades de formación presenciales, online, folletos formativos para pacientes.

- Contenidos de las actividades de formación: definición, aspectos epidemiológicos, clínica, exploración, pruebas complementarias, estratificación del riesgo, criterios de derivación, manejo y tratamiento.
- Difusión del documento elaborado por las Sociedades Científicas: correo electrónico, edición impresa, App, presentación power point, dpticos.
- Actividades presenciales: talleres, cursos, sesiones conjuntas en los Centros de Salud, reuniones y Congresos
- Actividades no presenciales: cursos online, link con las páginas de las Sociedades Científicas implicadas, teleconsulta con unidades cardiológicas según disponibilidad de recursos

Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

Anexo 1. Figura 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

RUTA ASISTENCIAL	
PRINCIPIOS	CARACTERÍSTICAS
1.- Centrado en el paciente 2.- Implicación de Cardiología y AP (todos) 3.- Sustentada en la mejor práctica clínica 4.- Garantizar la continuidad de la atención	1.- Sencilla 2.- Flexible y modificable 3.- Adaptada a las condiciones locales 4.- Debe definir claramente las condiciones de derivación (bidireccional) 5.- Debe establecer responsables

Proceso de elaboración de la ruta asistencial

- 1.- Partiendo de la ruta elaborada en el proyecto SEC-AP, elaboración de la ruta asistencial adaptada a cada hospital/área de salud, con la participación de todos los agentes implicados.
- 2.- Nombrar a un responsable de gestión de la ruta asistencial y un grupo de trabajo responsable de su actualización, en el que estén representados los agentes más relevantes implicados.
- 3.- Utilizar los indicadores de evaluación de la ruta y, en su caso, añadir los que se consideren relevantes en el ámbito local (se recomienda la utilización de un conjunto reducido de indicadores, lo más próximos posibles a indicadores de resultados).
- 4.- Adaptar el sistema de información local para hacer posible la elaboración y seguimiento de los indicadores de desempeño.
- 5.- Difusión de la ruta entre todos los cardiólogos y médicos de AP y el resto agentes implicados.
- 6.- Evaluación, seguimiento y actualizaciones de la ruta. Se debe establecer un plazo para su revisión periódica (una vez al año, como mínimo, y siempre que exista una modificación relevante en el manejo de la condición -guías de práctica clínica de la ESC/SEC-).
- 7.- Formación específica a todos los agentes implicados.

Anexo 2. Síncope vasovagal. Recomendaciones para el paciente

- El síncope vasovagal es frecuente en la población. Aunque se trata de un proceso benigno, lo más grave son las caídas en las que se puede hacer daño. Por consiguiente, debe estar alerta a la posibilidad de que ocurra, reconocerlo y, de ser posible, evitarlo.
- Existen otras causas de síncope que no son la vasovagal y que tienen importancia: siempre consulte a un médico cuando le ocurra un síncope.
- Aunque no siempre, muchas personas presentan el síncope vasovagal ante determinadas situaciones, por ejemplo, un día de fiebre, de malestar digestivo, al ir a hacer un análisis de sangre, tras una comida abundante, en ambientes de calor, ante un disgusto o una impresión fuerte, estando de pie largo rato (por ejemplo, haciendo una cola), al levantarse a orinar por la noche. Si Ud consigue identificar la circunstancia que favorece el síncope, podrá tomar sus precauciones.
- En ocasiones los síncope previos han sucedido hace años, incluso en la juventud, ese dato ayuda al médico y le puede ayudar a Ud.
- Si en un momento dado reconoce los síntomas que preceden al síncope (mareo, calor, sudor, indisposición), intente estirarse de inmediato en posición horizontal (mejor que un acompañante le levante las piernas). Si no es posible, póngase en cuclillas o, al menos, apoye su espalda en una pared y deslícese hacia abajo lentamente hasta sentarse. Si la caída llega a producirse, será de menos intensidad.
- Algunas personas, al notar el síntoma inicial, intentan “huir” (levantarse apresuradamente e ir al baño o al exterior), lo que es un error porque favorece la caída y el impacto con un objeto sólido (el lavabo, por ejemplo)
- Este tipo de síncope en algunas personas ocurren más a menudo cuando se modifica la rutina (tras dormir poco, en un viaje, en una comida fuera de casa). Intente evitar, en lo posible, estas circunstancias.
- No es conveniente que permanezca de pie durante largo rato (en una cola, en un acto público, en misa). Si las circunstancias le llevan a ello, intente moverse, caminar, flexionar las piernas, ponerse en cuclillas. No se levante bruscamente, especialmente por la noche para ir a orinar (los hombres que hayan tenido síncope al orinar, deben hacerlo sentados).
- Algunas personas presentan el síncope en un restaurante o comida fuera de casa (es lo que se conoce popularmente como “corte de digestión”). Evite comedores calurosos, comidas tensas, beber alcohol antes de que le sirvan el plato, coma con mesura.
- Algunas personas (sobre todo las que se les hinchan los tobillos) mejoran de los síncope con calcetines altos elásticos (hasta rodilla) o medias elásticas (tipo panty, hasta cintura).

Referencias

- 1** Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm J, et al. Eur Heart J 2009; 30, 2631–2671.
- 2** Ganzeboom KS, Mairuhu G, Reitsma J, Linzer M, Wieling W, van Dijk N. Lifetime cumulative incidence of syncope in the general population: a study of 549 Dutch subjects aged 35–60 years. J Cardiovasc Electrophysiol 2006;17:1172–1176.