



6005-93. TRATAMIENTO DEL SÍNCOPE: ¿ES NECESARIO EL INGRESO HOSPITALARIO?

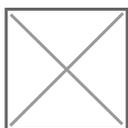
David González Calle¹, Francisco Martín Herrero¹, Jesús Hernández Hernández¹, Lourdes García Bueno², María Sánchez Ledesma¹, Lucía Rodríguez Estévez¹ y Pedro Luis Sánchez Fernández¹, del ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca y ²Complejo Asistencial Universitario de León, León.

Resumen

Introducción y objetivos: El síncope es un motivo frecuente de atención en urgencias (1-3% del total de pacientes) y consulta al cardiólogo. El ingreso, pruebas complementarias y rentabilidad de las mismas es algo que debemos analizar, como bien recogen los recientemente presentados documentos internacionales.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes que ingresaron en el servicio de urgencias con diagnóstico de síncope entre los años 2013 y 2016 (n = 3.357). Los pacientes se dividieron en 2 grupos según requirieron ingreso hospitalario o no. Se analizó el tratamiento y seguimiento de los pacientes por parte de cardiología.

Resultados: Se analizó a 3.357 pacientes, la edad media fue de 64 ± 23 años y el 48,6% eran varones. Los diagnósticos en urgencias fueron: neuromediado/ortostático (55%), no filiado (31%), cardiogénico (3,2%), neurológico (1,6%) y TEP (0,2%). El 10,4% ingresó en el servicio de cardiología. De ellos, se analizó a 229 pacientes ingresados en cardiología: hipertensión arterial (65%), diabetes (25%) y dislipemia (36%); puntuación de riesgo OESIL (ORS) bajo riesgo (13%) y ORS alto riesgo (87%). Tras una estancia media de 4,7 3,4 días se llegó a un diagnóstico etiológico en 144 (63%) pacientes. Las pruebas realizadas, implante de dispositivos y diagnóstico al alta se muestran en la tabla. Ningún paciente falleció durante la hospitalización. Al primer mes de seguimiento, solo un paciente (0,4%) sufrió un evento adverso (muerte no cardiovascular). El seguimiento a largo plazo fue de 2.712 meses, hubo 39 (17%) reingresos por causa cardiovascular, 9 (4%) implante de marcapasos, 9 (4%) muertes de causa cardiovascular y 21 (9%) muertes de causa no cardiovascular.



Pruebas complementarias.

Conclusiones: En consonancia con las recientes publicaciones el porcentaje de ingresos hospitalarios por síncope podría reducirse y optimizarse su estudio ambulatorio. Nuestra práctica clínica demuestra que este tratamiento a día de hoy continúa siendo poco efectivo, con un gran número de ingresos, estancias hospitalarias superiores a los 4 días, pruebas complementarias y rentabilidad de las mismas mejorables. La creación o generalización de las unidades de síncopes multidisciplinarios supondrá un gran avance en el tratamiento de esta patología tan frecuente.