



Revista Española de Cardiología



6005-97. MANEJO DEL SÍNCOPE EN URGENCIAS: ¿EXISTE MARGEN DE MEJORA?

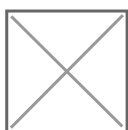
Jesús Manuel Hernández Hernández¹, David González Calle¹, Lourdes García Bueno², Javier Jiménez-Candil¹, Fátima Juan Mangas³, Jaime Peralta Álvarez³, Laura Vara Fernández³ y Pedro Luis Sánchez-Fernández¹ del ¹Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, ²Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial Universitario, León, y ³Facultad de Medicina. USAL, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El síncope es motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias precisando ingreso hospitalario en 1,8% de los casos. Nuestro objetivo es analizar la dinámica actual de manejo de esta patología en urgencias y valorar posibles áreas de mejora.

Métodos: Obtuvimos los datos de los pacientes que acudieron a Urgencias con diagnóstico de síncope entre enero de 2013 y diciembre de 2016. Realizamos un análisis retrospectivo de una muestra representativa de pacientes consecutivos.

Resultados: En dicho periodo 3.357 pacientes acudieron a urgencias por síncope, de los cuales el 6,4% acudieron en varias ocasiones e ingresaron 348 pacientes (10,4%). El diagnóstico fue neuromediado (49,4%), no filiado (32,6%), cardiogénico (3,2%), neurológico (1,6%) y TEP (0,2%). Analizamos 208 pacientes que ingresaron y 352 pacientes con manejo ambulatorio. Seguimiento medio 17 meses. Se solicitó interconsulta a Cardiología en el 13,4% de los pacientes, se remitieron a consulta de Cardiología 1 de cada 5 y a Neurología un 8%. Se realizó un TAC en Urgencias al 22% de los pacientes. No figuraba la descripción del ECG en el informe en el 15% y solo se reflejaba el QT en el 3%. Ambulatoriamente se realizó un Holter al 11% (todos sin hallazgos). En el seguimiento fallecieron 63 pacientes, sin diferencias entre pacientes con ingreso y ambulatorios (12,7 frente a 10,2%; $\log rank = 0,29$). Las escalas de riesgo OESIL y STePS predijeron la mortalidad en el seguimiento (ROC 0,82 y 0,78). En el análisis univariado se asociaron a mortalidad la historia de neoplasia ($\log rank$ 0,001), de insuficiencia cardíaca (LR 0,001), anticoagulación (LR 0,017), ECG anormal (LR 0,001), puntuación OESIL ($p = 0,01$) y elevación de troponina (Trp) (LR 0,03). En el análisis multivariante se asociaron a mayor mortalidad: ECG anormal (HR: 3,3; IC95% 1,2-9,1) OESIL (HR 2,2; IC95% 1,3-3,8), neoplasia previa (HR 2,9; IC95% 1,2-6,7), elevación Trp (HR 1,02; IC95% 1,004-1,034).



Curvas ROC de las escalas de riesgo para la predicción de mortalidad.

Características basales de la población

Edad media (años)	64 ± 23
Varones (%)	48,6
HTA (%)	53
Ritmo sinusal (%)	90
ECG anormal (%)	39
Fármacos antiarrítmicos (clase I, III) (%)	5,5
Bloqueadores beta (%)	16
Pródromos (%)	40
Síncope de esfuerzo (%)	3,5

Conclusiones: En la evaluación de los pacientes con síncope se realizaron gran cantidad de pruebas con escasa rentabilidad. El registro en el informe de alta de datos clave, como la descripción del ECG, fue subóptimo. La mortalidad en el seguimiento fue elevada, sin diferencias entre los pacientes que ingresaron y los ambulatorios. Fueron predictores de mortalidad la puntuación OESIL, elevación de Trp, neoplasia previa y ECG anormal. Las escalas de riesgo pueden ayudar en la discriminación de pacientes con peor pronóstico.