Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):316

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-004 - SÍNCOPE E INGRESO HOSPITALARIO ¿HAY MARGEN DE MEJORA?

D. González[1], F. Martín Herrero[1], J. Hernández Hernández[1], M. Sánchez Ledesma[2], L. Martín Leal[1], A. Oterino Manzanas[1], B. Arias del Peso[3] y P. Sánchez Fernández[1]

[1]Servicio de Cardiología; [2]Servicio de Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. [3]Universidad de Salamanca. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Resumen

Objetivos: El síncope es un motivo muy frecuente de consulta en los servicios de Urgencias así como causa de ingreso hospitalario y consumo importante de recursos. Se pretende valorar la rentabilidad de los mismos.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de una muestra (n = 229) de casos consecutivos ingresados por síncope en el servicio de Cardiología durante un periodo de tiempo de 24 meses. Seguimiento medio al alta de 27 ± 12 meses.

Resultados: Entre enero de 2014 y diciembre de 2015 se atendieron en el servicio de Urgencias de nuestro hospital un total de 2217 pacientes por “síncope” e ingresaron en el servicio de Cardiología 229 (10%), población de estudio. Edad: 74 años; HTA (65%), diabetes (25%) y dislipemia (36%). ORS bajo riesgo (13%) y ORS alto riesgo (87%). Tras una estancia media 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 únicamente un paciente (0,4%) sufrió un evento adverso (muerte no cardiovascular). El seguimiento a largo plazo fue de 27 ± 12 meses, hubo 39 (17%) reingresos por causa cardiovascular, 9 (4%) implantes de marcapasos, 9 (4%) muertes de causa cardiovascular y 21 (9%) muertes de causa no cardiovascular.

Procedimientos realizados y diagnósticos al alta

Variable	Población de estudio (n = 229)
Ecocardiografía	144 (63%)
Telemetría	141 (62%)
Holter implantable	32 (14%)
TC coronario	23 (610%)
EEF-ablación	22 (9,5%)
RM cardiaca	11 (5%)
Implante MP	69 (30%)
Implante DAI	11 (5%)
Coronariografía	30 (13%)

ICP	10 (4%)
Diagnóstico no filiado	85 (37%)
Diagnóstico filiado	144 (67%)
Síncope neuromediado	16 (7%)
Síncope situacional-otros	11 (5%)
Síncope por BAV	69 (30%)
Síncope por disfunción sinusal	11 (5%)
Síncope por otras arritmias	39 (11%)
Síncope por isquemia miocárdica	9 (4%)
Síncope por valvulopatía aórtica	1 (0,5%)

Discusión: ¿Es realmente necesario el ingreso urgente de un porcentaje tan elevado de pacientes con síncope? Los datos publicados, al igual que los obtenidos en nuestro registro, evidencian que la mortalidad intrahospitalaria y a corto plazo (< 30 días) es muy reducida, abriendo así la puerta a la creación o generalización de Unidades de Síncopes y la optimización de recursos.

Conclusiones: Con todo lo expuesto sería muy interesante la creación o divulgación de Unidades de Síncope, equipos multidisciplinares compuestas por internistas, neurólogos, cardiólogos y profesionales de Urgencias con el fin de optimizar la ingente cantidad de recursos que hoy en día disponemos, reduciendo así el número de pruebas complementarias e ingresos y aumentando la tasa de éxito diagnóstico en nuestros pacientes.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.