



## EV-009 - SÍNCOPE Y ESCALAS DE RIESGO ¿SON REALMENTE ÚTILES?

D. González Calle<sup>1</sup>, J. Hernández Hernández<sup>1</sup>, F. Martín Herrero<sup>1</sup>, L. García Bueno<sup>3</sup>, C. Ramírez Baum<sup>2</sup>, D. Polo San Ricardo<sup>2</sup>, V. Vallejo García<sup>1</sup> y P. Sánchez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología; <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de León.

### Resumen

**Objetivos:** En los últimos años han sido descritas numerosas escalas de estratificación de riesgo (OESIL, STePS, Canadian,...) en pacientes con síncope. El ORS (Oesil Risk Score) es una escala útil y sencilla que incluye 4 variables de fácil obtención a la cabecera del enfermo: edad > 65 años, historia de enfermedad cardiovascular, ausencia de pródromos y ECG anormal; que divide a los pacientes en bajo riesgo (0-1 puntos) y alto riesgo (2-4 puntos). Se pretende con este registro comprobar la utilidad de las mismas en nuestra población (tabla).

#### OESIL

Edad > 65 años

Historia enfermedad cardiovascular

Síncope sin pródromos

ECG anormal

#### STePS

Edad > 65 años

Neoplasias

Enfermedad cerebrovascular

Cardiopatía estructural

Arritmias ventriculares

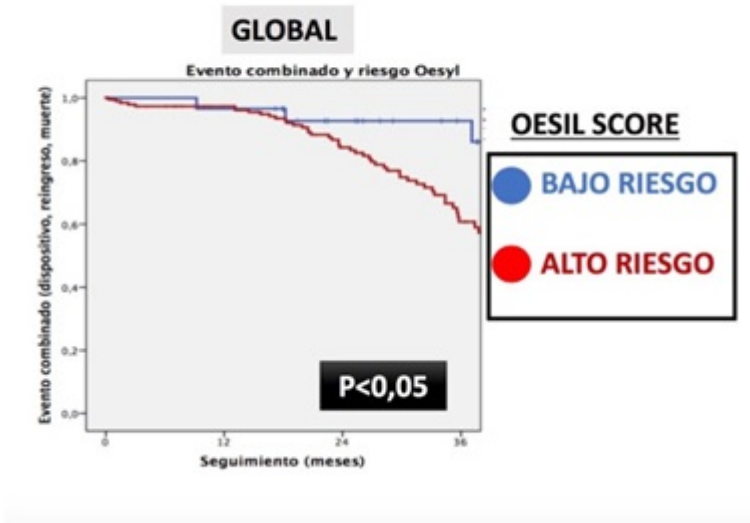
**Material y métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias con el diagnóstico de Síncope entre enero de 2013 y diciembre de 2016.

**Resultados:** En dicho período 3.357 pacientes (P) acudieron a urgencias por síncope, de los cuales el 6,4% acudieron en varias ocasiones e ingresaron 348 (10,4%). El diagnóstico fue neuromediado (49,4%), no filiado (32,6%), cardiogénico (3,2%), neurológico (1,6%) y TEP (0,2%). Analizamos 229 P que ingresaron y 352 P con manejo ambulatorio. Seguimiento medio 17 meses. En el seguimiento fallecieron 63 P, sin diferencias entre P con ingreso y ambulatorios (12,7% vs 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).

**Discusión:** El síncope continúa a día de hoy siendo un síntoma muy prevalente en los servicios de Urgencias y un motivo frecuente de ingreso y solicitud de multitud de pruebas diagnósticas complementarias. Debido a ello surgieron innumerables de escalas de riesgo con la intención de tratar de justificar nuestras decisiones diagnósticas y apoyar, en la medida de lo posible, las mismas

con evidencia científica.

## EVENTOS EL SEGUIMIENTO



*Conclusiones:* La escala OESIL validada en población italiana parece ser también fiable para nuestra población (fig.), correspondiéndose nuestros favorables resultados con los publicados en artículos originales de la misma. Debería promulgarse, a nuestro entender, la utilización de las mismas dada la sencillez, reproducibilidad y criterios clínicos empleados a la hora de su realización, otorgando a nuestros informes un mayor peso o solidez clínica y científica para establecer el manejo de estos pacientes.