



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

D. González<sup>1</sup>, F. Martín Herrero<sup>1</sup>, J. Hernández Hernández<sup>1</sup>, M. Sánchez Ledesma<sup>2</sup>, L. Martín Leal<sup>1</sup>, A. Oterino Manzanás<sup>1</sup>, B. Arias del Peso<sup>3</sup> y P. Sánchez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología; <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. <sup>3</sup>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  $27 \pm 12$  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  $4,7 \pm 3,4$  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  $27 \pm 12$  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 (10%)
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.