

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Carta al Editor

El futuro: unidades funcionales multidisciplinarias de síncope en urgencias



The future: Multidisciplinary functional syncope units in emergency department

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el estudio realizado por Guardia Martínez et al. que incluyó de forma prospectiva y consecutiva 465 pacientes dados de alta directamente desde urgencias con diagnóstico de síncope de etiología indeterminada, evaluados y seguidos a largo plazo en una unidad de síncope (US). Este trabajo documentó que un 5,4%, tras la primera evaluación, y un 6,9%, incluido el seguimiento, fueron síncope de origen cardiogénico en dicho grupo de pacientes. Además, mostró la baja rentabilidad de realizar de forma generalizada algunas pruebas complementarias, y más concretamente el Holter de 24 h y el ecocardiograma transtorácico. En este sentido, se pudo comprobar que las reclasificaciones diagnósticas durante el seguimiento procedían mayoritariamente de pacientes varones con alteraciones en el electrocardiograma de la visita inicial¹.

Teniendo en cuenta los resultados expuestos y la frecuencia del proceso agudo en los servicios de urgencias hospitalarios, nos gustaría realizar las siguientes consideraciones: nos hubiera gustado conocer el perfil clínico y los resultados de las pruebas complementarias realizadas en urgencias, así como los criterios de derivación a la US desde el servicio de urgencias ya que los resultados expuestos no permiten evaluar la adecuación de la derivación y ponen en duda, en sí mismos, la rentabilidad de la US. El conocer las características de los pacientes que sufrieron una reclasificación diagnóstica en la primera valoración por parte de la US, ayudaría a saber si se trata de errores diagnósticos en urgencias, y si un estudio complementario en una unidad de observación hubiera mejorado los resultados clínicos.

En este sentido, y como exponen las actuales guías clínicas², los pacientes con criterios de bajo riesgo deberían ser dados de alta en urgencias, y la gran mayoría de ellos no necesitarían un estudio posterior. Desde nuestro punto de vista, solo deberían derivarse a la US aquellos pacientes de bajo riesgo con síncope de repetición. En lo que respecta a los pacientes con síncope que no son de alto ni bajo riesgo pensamos, según nuestra experiencia, se podrían beneficiar más de realizar el estudio en una unidad de observación o corta estancia del servicio de urgencias que enviarse a una US ambulatoria³. Esta afirmación parece ser aún más efectiva en los pacientes con un alto grado de comorbilidad o fragilidad ya que posibilita la realización de una evaluación, tratamiento y educación más precoz⁴ en un grupo de pacientes con alto riesgo de eventos adversos⁵. Las unidades vinculadas a los servicios de urgencias nos permiten la monitorización clínica y electrocardiográfica durante las primeras horas tras el episodio, la realización precoz del ecocardiograma o de la prueba de esfuerzo en aquellos pacientes con sospecha de cardiopatía, la evolución de los parámetros analíticos, la interconsulta con especialistas implicados en el proceso (cardiólogos, neurólogos y geriatras), el diagnóstico y tratamiento de procesos concomitantes, la evaluación de la respuesta a la modificación de fármacos favorecedores del síncope y la realización de una valoración geriátrica abreviada^{3,4}.

Por ello, pensamos que el futuro debe dirigirse a crear unidades funcionales multidisciplinarias situadas en las unidades de observación o de corta estancia de los servicios de urgencias que permitan una mejor estratificación del paciente y, posiblemente, una intervención más eficiente de las US.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guardia Martínez P, Ramírez Marrero MA, Avilés Toscano AL, et al. Resultados tras el seguimiento a largo plazo de los pacientes evaluados en una unidad de síncope. *Cardiocre*. 2018;53:182-186.
2. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018;39:1883-1948.
3. Richard Espiga F, Modol Deltell JM, Martín-Sánchez FJ, et al. Impacto de la creación de una unidad de corta estancia (UCE) dependiente orgánicamente de urgencias en la gestión clínica y la calidad asistencial hospitalaria. *Emergencias*. 2017;29:147-153.
4. Jacob Rodríguez J. Unidad de corta estancia: una apuesta ganadora y segura para el hospital. *Emergencias*. 2017;29:145-146.
5. Rivero-Santana A, del Pino-Sedeño T, Ramallo-Fariña Y, et al. Valor de los instrumentos ISAR y TRST para predecir resultados adversos en población general geriátrica asistida en los servicios de urgencias: metaanálisis. *Emergencias*. 2017;29:49-60.

Eduardo Bajo Cardassay, Beatriz Angós, Guillermo Llopis García* y F. Javier Martín-Sánchez
Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gllopisgarcia@gmail.com (G. Llopis García).
2605-1532/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.
<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2019.01.012>