

Camiletti, A.; Souza, O.; Bronchtein, A. I.; Araújo, N.; Pinheiro, M.; Lethier, R. A.; Consenza, R. P.; Barbosa, R.; Francischini, A.; Siqueira, L.; Abufaiad, B.; Oliveira, G. M. M.

## INTRODUÇÃO:

A síncope é um sintoma atribuído à hipoperfusão cerebral global que se manifesta através da perda súbita, transitória e autolimitada da consciência associada a incapacidade de manutenção dos tónus postural, com rápida e completa recuperação.

## IMPACTO DA SÍNCOPE NO IDOSO

- 10% das quedas em idosos são devidas as síncope
- Até 30% dos idosos relatam queda acidental em vez de síncope.
- Diagnóstico diferencial é um desafio: comorbidades, combinações de medicamentos, fragilidade da idade
- Morbidade alta em torno de 6% ex.: fraturas, acidentes de carro
- Injúrias menores em torno de 29%. Ex.: lacerações, contusões
- A probabilidade de recorrência e associação com traumas graves é elevada.
- Qualidade de vida

## OBJETIVOS:

Analisar o atendimento do idoso com síncope nas emergências através de um protocolo gerenciado de atendimento (PG)

## MÉTODO:

- Estudo transversal, retrospectivo
- Multicêntrico, 9 Hospitais da rede privada no Rio de Janeiro
- 1.356 pacientes incluídos no total
- Coleta de dados através de formulários padronizados (PG)
- Armazenamento dos dados on line em banco de dados próprio
- Criação de Unidade Virtual de Síncope (suporte de especialistas em cardiologia e arritmia durante 24h / 7 dias da semana).

## CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE VIRTUAL DE SÍNCOPE

- Protocolos gerenciados de atendimento
- Treinamento semestral, Supervisão do atendimento – cardiologista, Equipe de consultoria – arritmia
- Melhorar a estratificação do risco de eventos adversos relacionados a síncope
- Identificar o paciente de baixo risco – investigação ambulatorial
- Identificar o paciente de alto risco – internação

**PROTÓCOLO GERENCIADO DE SÍNCOPE EMERGÊNCIA**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Médico responsável pelo atendimento: \_\_\_\_\_  
Hora de admissão: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

**HISTÓRIA PREVIA:**  
Episódios prévios:  Sim  Não  Internação prévia por síncope em < 48h  
Características dos eventos:  Síncopes  Pré-síncope  
Posição no momento da síncope:  Ortostática  Sentada  Não informado  
A duração da perda de consciência foi > 5 minutos:  Sim  Não  Desconhecido  
Ocorreu convulsão tônico clônica:  Sim  Não  
Lesão de língua:  Sim  Não  
Ocorreu trauma:  Sim  Não

**Pródromos:**  Sim  Não  Outros: \_\_\_\_\_  
 Náuseas  Vômitos  Palidez cutânea  Dor abdominal  Sudorese  
 Cefaleia  Visão turva  Palpitações  Tonteira  Dispneia

**Fatores desencadeantes:**  Sim  Não  Outros: \_\_\_\_\_  
 Após esforço  Durante esforço  Ortostatismo  Mudança Postural  Pós-prandial  
 Dor  Febre  Músculo  Enxaqueca  Tosse  
 Dor  Uso álcool  Movimento da cabeça / pescoço

História familiar de morte súbita em mulheres < 50 anos e homens < 40 anos:  Sim  Não  
História de doença cardíaca prévia:  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_  
Doença neurológica associada:  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_  
Diabetes Mellitus:  Sim  Não  
Medicação em uso:  Sim  Não - Qual? \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO:**  Normal  Alterado \_\_\_\_\_  
Pressão arterial: Diastólica: PR \_\_\_\_\_ mmHg Freqüência cardíaca: FC: \_\_\_\_\_ bpm  
Avaliação neurológica:  Normal  Alterado - Descrição: \_\_\_\_\_

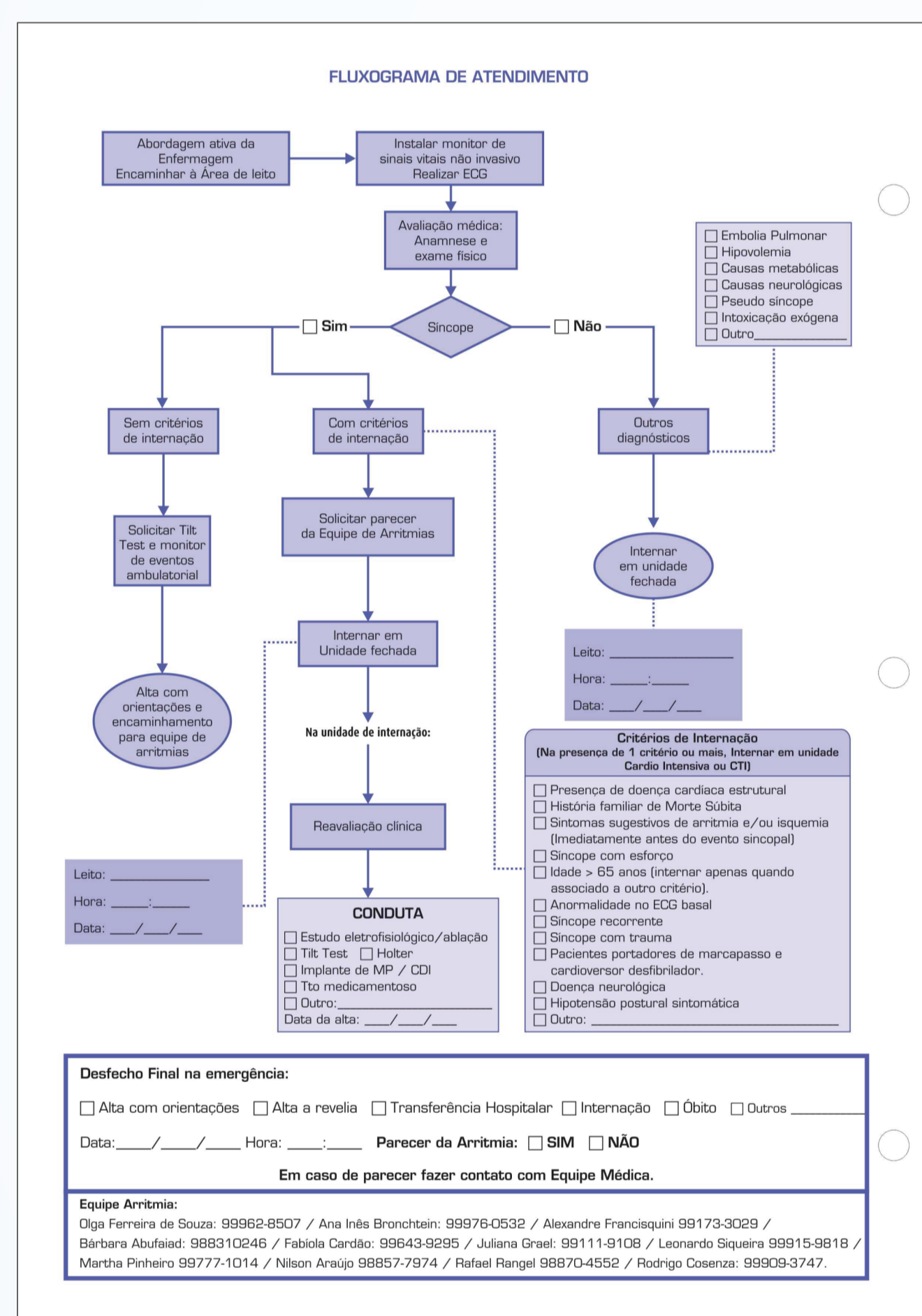
**ECG:**  
Ritmo:  Sinusal  Juncional  FA  Fúster  TSPV  Bradicardia sinusal  Outro \_\_\_\_\_  
Avaliação da condução AV e Intra-Ventricular:  BRV  BRD  HBAE  BAV  
 BAV 1º Grau  BAV 2º NI  BAV 2º NI  BAV TOTAL  Preseção ventricular (onda Delta)  
 QT longo > 450ms

**TC crânio:**  Não  Sim  Normal  Anormal - Descrição: \_\_\_\_\_

OBS.: TC de crânio apenas em caso de traumatismo craniano ou facial e/ou suspeita de quadro neurológico.

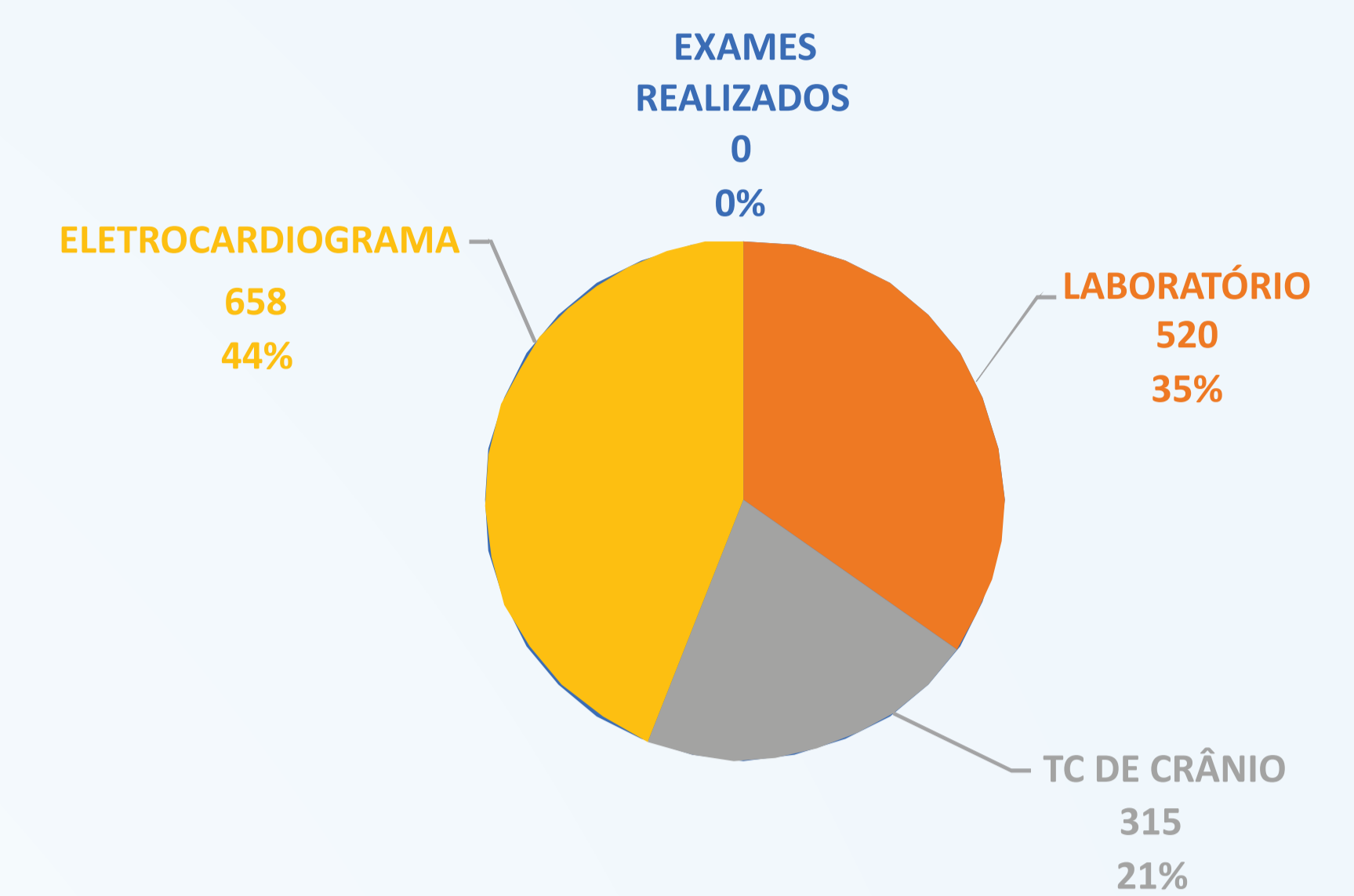
**Hipótese diagnóstica inicial:**  
 Síncope neurocardiogênica  Síncope cardíaca  Neurológica  Inexplicada  Outra \_\_\_\_\_

Ver Anexo / 20177 Doc. 99813



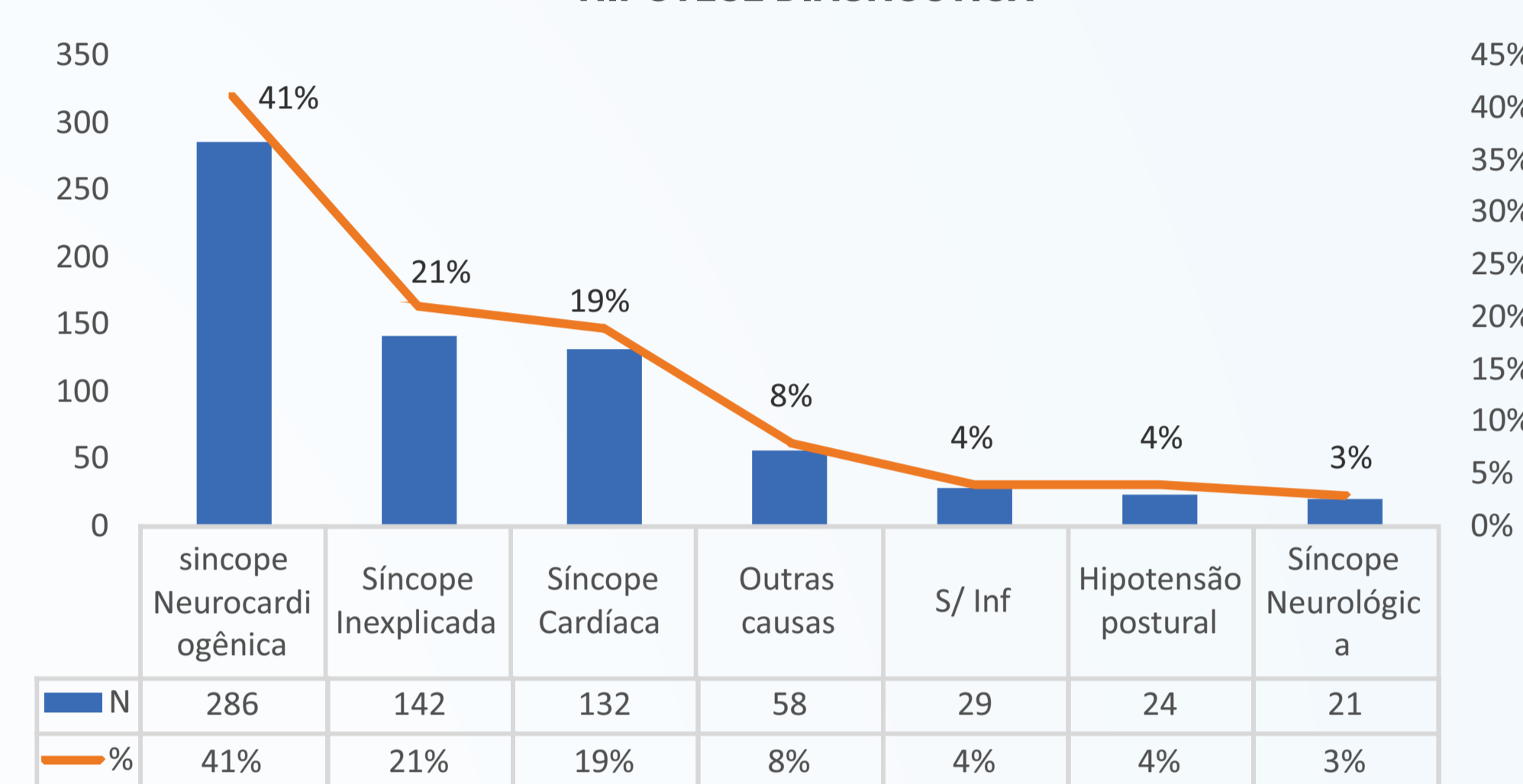
Fatores desencadeantes	N
Ortostatismo	181
Mudança postural	98
Calor	42
Pós prandial	31
Micção	30
Após esforço	28
Dor	28
Evacuação	27
Álcool	27
Durante esforço	20
Movimento do pescoço	12
Febre	7
Tosse	7
Multidões	6

## EXAMES SOLICITADOS DURANTE A AVALIAÇÃO NA EMERGÊNCIA



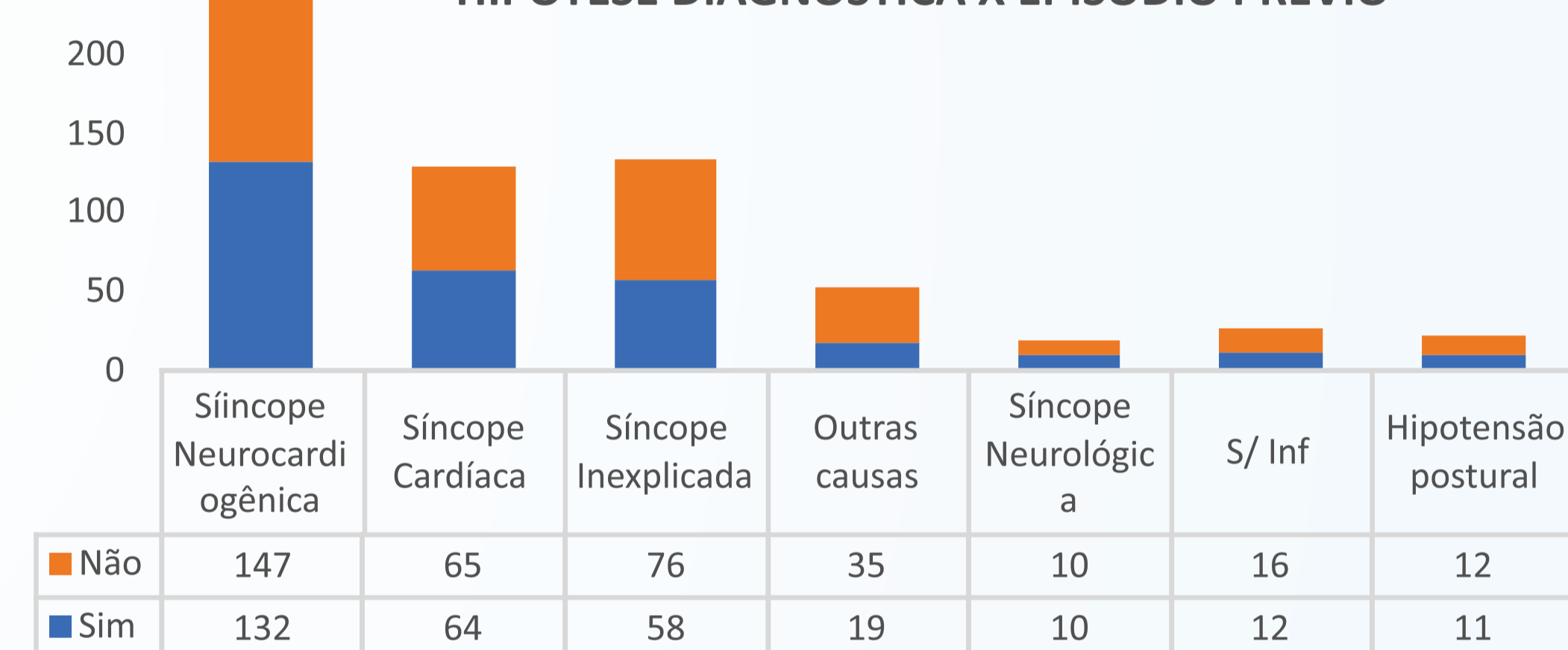
As TC realizadas seguiram a orientação do protocolo em realizar apenas em presença de trauma facial ou craniano (N=268) Alterações agudas representaram 8,5%. As demais alterações correspondiam a eventos crônicos.

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



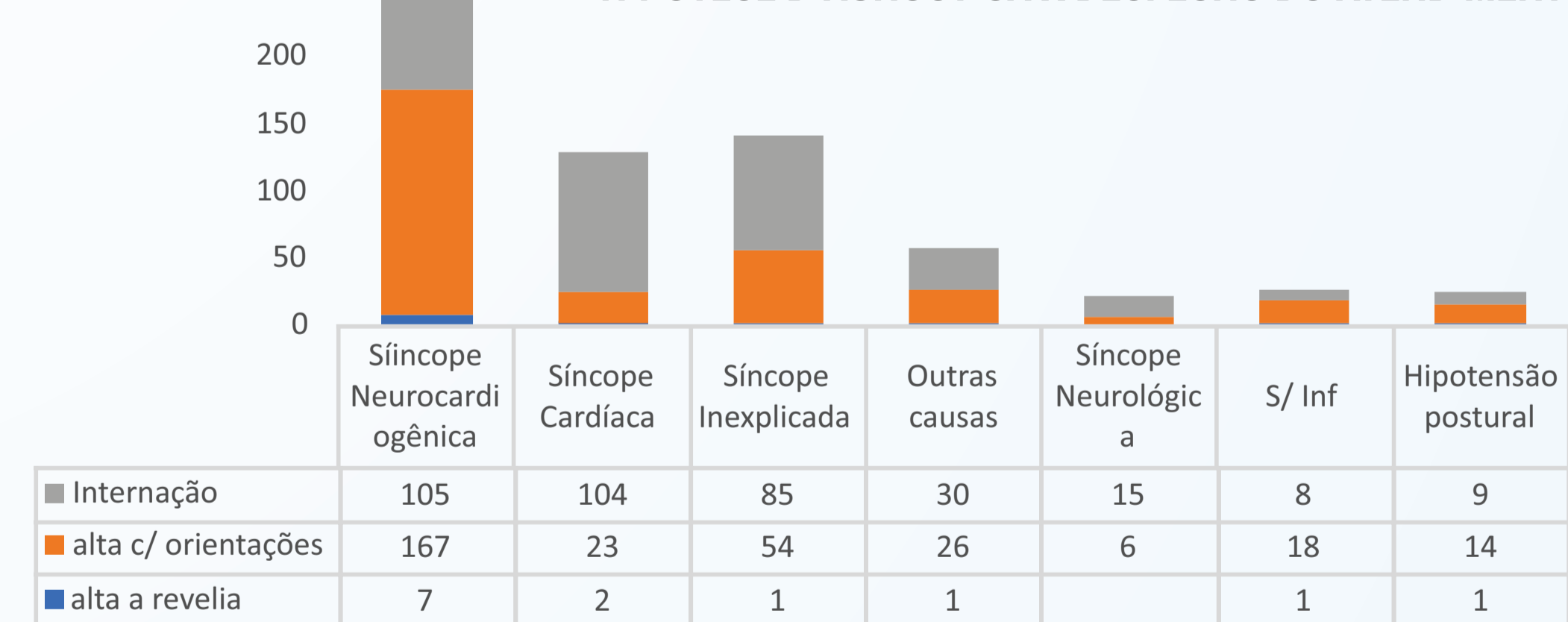
A síncope Neurocardiogênica foi o diagnóstico mais presente na emergência (41%), Apesar do treinamento e aplicação do protocolo, 21% das síncope nos idosos não foram diagnosticadas.

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA X EPISÓDIO PRÉVIO



O episódio prévio ocorreu em 46% (N:307) dos idosos dos quais 43% apresentaram o diagnóstico de síncope reflexa, 21% Síncope de origem cardíaca, e 19% Síncope inexplicada, 6% outras causas

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA X DESFECHO DO ATENDIMENTO



Após estratificação de risco, 45% dos pacientes idosos atendidos na Emergência tiveram alta com orientações (N:308) entre esses, 54% receberam o diagnóstico de síncope neuromediada, 18% inexplicada e 7% cardíaca. O desfecho internação ocorreu em 52% dos pacientes (N:357), a síncope neurocardiogênica foi responsável por 30%, cardíaca 29% e inexplicada 24%.

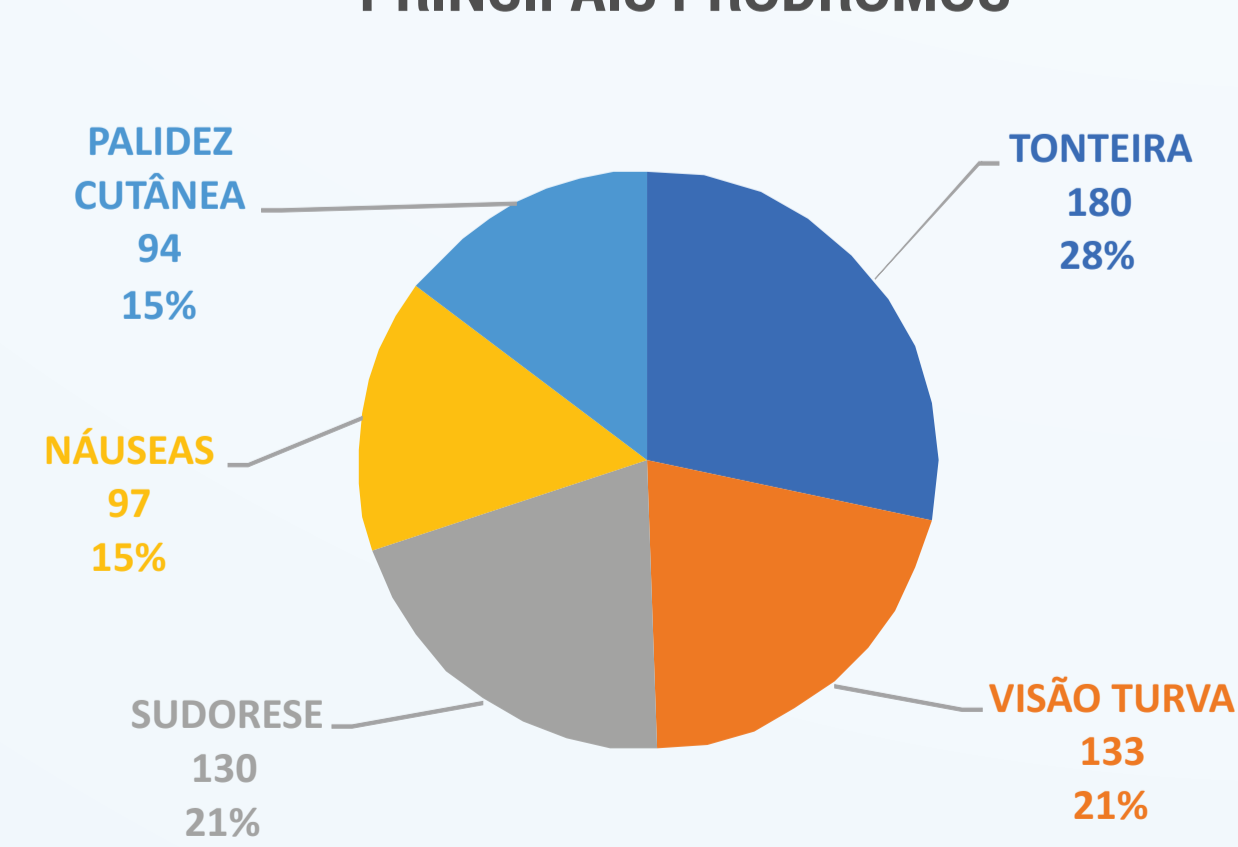
## RESULTADOS

Características demográficas e clínicas	
Idade = 75 anos	413 (60%)
Idade 60 - 74 anos	281 (40%)
Mulheres	371 (54%)
Homens	322 (46%)
Doença cardíaca	271 (39%)
Diabetes	161 (22%)
Doença neurológica	129 (18%)
Uso de múltiplas medicações	466 (67%)
Episódio recorrente	307 (46%)

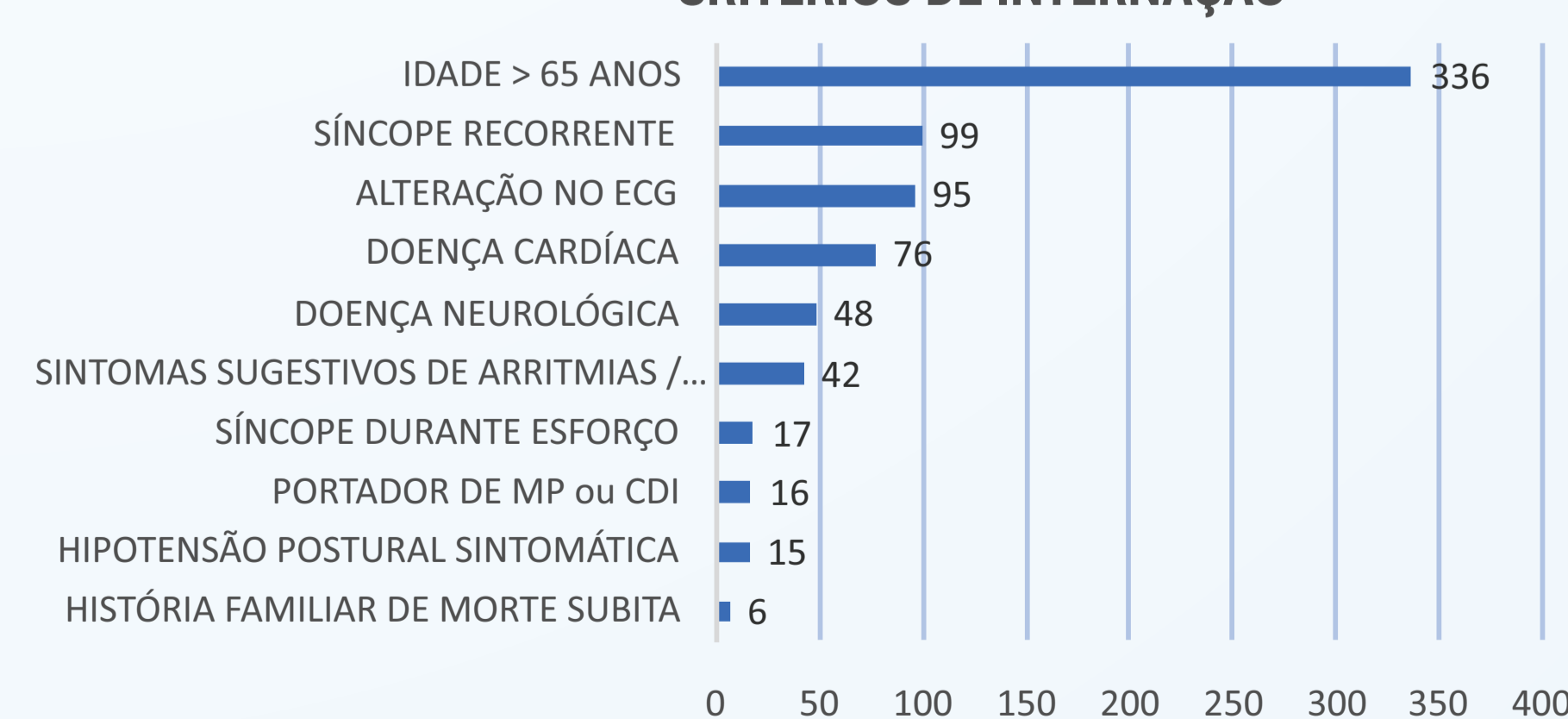
Incluídos 694 idosos, média de idade 77 anos (60-103 anos). Episódio prévio de síncope foi relatado em 46% dos idosos com maior recorrência nas mulheres (56%)

Características do evento	N	%
Síncope	612	89%
Pré-síncope	74	11%
<b>Posição no momento da síncope:</b>		
Ortostática	414	64%
Sentada	211	32%
Deitado	27	4%
<b>Características da síncope:</b>		
Perda de consciência > 5 min	374	54%
Trauma	268	39%
Convulsão	23	3%
Presença de pródromos	380	56%

## PRINCIPAIS PRÓDROMOS



## CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO



## Principais critérios de internação por etiologia da síncope:

- Síncope Neuromediada: idade ≥ 65 anos 49%, recorrência 14%, alterações no ECG 10%.
- Síncope Inexplicada: idade ≥ 65 anos 42%, recorrência 18%, doença cardíaca 11%, alterações no ECG 10%, doença neurológica 10%.
- Síncope Cardíaca: idade ≥ 65 anos 34%, alterações no ECG 20%, doença cardíaca 13%, sintomas de arritmia ou isquemia 12%, recorrência 11%.

## CONCLUSÕES:

- A síncope neurocardiogênica (Reflexa) foi o percentual de diagnóstico mais frequente.
- Houve maior prevalência de indivíduos acima de 75 anos.
- Os idosos de alto risco foram internados para dar seguimento na avaliação.
- Os pacientes de baixo risco receberam alta com orientações.

## BIBLIOGRAFIA

- Shen W-K, et cols. 2017 AAC/HA/HRB Guideline for the evaluation and Manag. of Patients With Syncope, Journal of the Am. Col. of Cardiology (2017), doi: 10.1016/j.jacc.2017.03.003
- Moya A, et cols. Task Force for the Diag and Manag of Syncope, European Society of Cardiology (ESC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA), Heart Rhythm Society (HRS) Guidelines for the diag. and manag. of syncope (version 2009). Eur Heart J 2009;30:2631-71
- Pasqualetti G, et al. Clinical differences among the elderly admitted to the emergency department for accidental or unexplained falls and syncope. Clinical Interventions in Aging 2017;12:487-495
- Kenny RA. Syncope in the elderly: Diagnosis, evaluation, and treatment. Journal of Cardiovascular Electrophysiology. Vol. 4, n°9, supplements, Sept 2003
- Puppala KV, et al. Syncope: Classification and risk stratification Journal of Cardiology 2014; 63:171-17
- Kapoor, WN. Current evaluation and management of syncope. Circulation 2002; 106, 1606-1609.
- Huff JS, et al. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emerg department with syncope. Ann Emerg Med. 2007;49:431-444.
- Shen WK, et al. Syncope Management Unit: Evolution of the concept and practice implementation. Progress in cardiovascular diseases. Volume 55, Issue 4, January-February 2013, Pages 382-389
- Sun BC, et al. Randomized clinical trial of an emerg. Depart. observation syncope protocol versus routine inpatient admission. Ann Emerg Med 2014;64:167-175
- Sun BJ, et al. Priorities for Emergency Department Syncope Research. Ann Emerg Med 2014;64:649-655
- Colivicchi, F et al. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. European Heart Journal. 2003. 24, 811-819.