


# Análisis del síncope como marcador de gravedad en pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto y alto sin PCR, sometidos a terapia dirigida por catéter

Pablo Valentín García(1), Raúl Calvo Córdoba(1), Lidia Laguía Zarco(1), Antonio Gutiérrez Díez(1), Juan Gabriel Córdoba Soriano(1), Juan José Portero Portaz(1), Arsenio Gallardo López(1), Driss Melehi El Assali(1) y Jesús María Jiménez Mazuecos(1) de (1)Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España

Introducción: En el tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo, la presencia de síncope es un marcador de gravedad clínico que por sí solo no clasifica como alto riesgo, y aunque se ha asociado clásicamente a un peor pronóstico, actualmente la literatura relaciona esta peor evolución a inestabilidad hemodinámica y disfunción ventricular derecha. El objetivo es comparar los datos de pacientes que debutaron con este síntoma para una mejor comprensión.

Métodos: Se evaluaron las diferencias en las características clínicas, analíticas, de imagen y hemodinámicas en una cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a intervención dirigida por catéter tras TEP agudo de riesgo intermedio-alto o alto, en función de si debutaron con o sin síncope, y excluyendo PCR.

Resultados: De un total de 162 pacientes, 34 (21%) presentaron síncope. La edad media de este grupo fue 64.9 vs 62.1 años. No se encontraron diferencias respecto a prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia cardiaca, ni TEP previo. Sí se observó mayor prevalencia de patología pulmonar crónica en el grupo de síncope (20.6% vs 7.8%; p=0.03), y cercana a la significación en la de DM (29.4% vs 15.6%; p=0.06).
La gran mayoría de TEP en ambos grupos se clasificó como riesgo intermedio-alto. Un 2.9% vs 5.5% fue de alto riesgo en el grupo de síncope y no síncope respectivamente. No hubo diferencias en ambos grupos en relación con: TAS media (115 vs 118 mmHg), uso de noradrenalina (5.9 vs 6.3%), lactato (2.58 vs 2.2 mmol/L), troponina Tus (138 vs 137 ng/L) ni pO2 (55.7 vs 61.5 mmHg).
Por imagen, no se observaron diferencias en presencia de signo de McConnell (28.4 vs 32.8%) ni relación VD>VI en TAC (82.4 vs 85%). El TEP fue bilateral en un 94.1% en el grupo de síncope vs 96.8% en el de no síncope; y afectó arterias principales en un 88.2 vs 80.4% respectivamente, sin hallar tampoco diferencias. Respecto a parámetros invasivos no hubo diferencias en la PAPm (36.7 vs 35.2 mmHg) ni GC (3.93 vs 4.1 L/min), y tampoco en la mejoría objetivada tras 24 horas del tratamiento percutáneo.
En nuestra serie, la mortalidad hospitalaria fue muy baja, y sin diferencias entre grupos (1 paciente en el grupo síncope y 0 en el no síncope).

Conclusiones: Los hallazgos de nuestra cohorte de pacientes con TEP sometidos a tratamiento invasivo sugieren

que el debut con síncope (y sin PCR) no identifica con precisión a aquellos con peor hemodinámica ni evolución a corto plazo.