INCIDENCE AND OUTCOME OF FIRST SYNCOPE IN PRIMARY CARE: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Vanbrabant P, Gillet JB, Buntinx F, Bartholomeeusen S, Aertgeerts B. Incidence and outcome of first syncope in primary care: a retrospective cohort study. BMC Fam Pract 2011 Sep 27; 12 (1): 102.

Contexto

Síncope é uma perda de consciência devida a hipoperfusão cerebral global e caracterizada por início súbito, curta duração e recuperação espontânea.

Os dados epidemiológicos são escassos e apresentados como taxas de prevalência ao longo da vida e taxas de incidência, com grande variabilidade entre estudos e conforme o contexto (cuidados de saúde primários vs serviço de urgência).

A etiologia da síncope é muito diversa, e a sua gravidade é determinada pela causa subjacente. Doentes com síncope por causa cardíaca têm maior mortalidade.

Existem algumas ferramentas de estratificação do risco para determinação de doentes com síncope em alto risco de ocorrência de evento grave *(San Francisco Syncope Rule e The Osservatorio Epidemiologico sulla Sincope nel Lazio),* embora os seus resultados se tenham mostrado inconsistentes; o *National Institute for Health and Clinical Excellence* desenvolveu recentemente uma *guideline* para a avaliação, diagnóstico e referenciação de jovens e adultos com perda de consciência transitória, na qual são listados sinais de alerta para a identificação de doentes de alto risco.

Objectivos

Determinar a incidência do primeiro episódio de síncope em cuidados de saúde primários. Investigar a relação entre síncope e evento cardiovascular ou traumatismo graves.

Metodologia

Coorte retrospectiva usando a base de dados Intego (rede de registo de dados que engloba 55 centros clínicos e 90 médicos de clínica geral belgas).

Foram incluídos todos os doentes com um primeiro episódio de síncope no período de 1994 a 2008, cada um emparelhado por idade e género com 5 doentes sem síncope.

Os principais resultados medidos foram a incidência do primeiro episódio de síncope por idade e género e o risco a 1 ano de eventos cardiovascular (enfarte do miocárdio, arritmia, tromboembolismo pulmonar, acidente vascular cerebral, hemorragia subaracnoideia) ou traumático (fractura, hemorragia intracraniana) graves.

Em ambos os grupos foram medidas a comorbilidade cardiovascular prévia ao evento (enfarte do miocárdio, angina, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca) e os factores de risco cardiovascular conhecidos (hipertensão, diabetes mellitus e hipercolesterolemia).

Resultados

Foram incluídos 2785 doentes com síncope e emparelhados com 13909 doentes sem síncope.

A incidência do primeiro episódio de síncope foi de 1.91‰ pessoas-ano (95% IC 1.83-1.98). A incidência foi mais alta no sexo feminino [2.42‰ pessoas-ano (95% IC 2.32-2.55) vs 1.4‰ pessoas-ano (95% IC 1.32-1.49)] e segue um padrão bifásico de acordo com a idade: um primeiro pico nos 15-24 anos seguido de uma subida acentuada a partir dos 45 anos.

Eventos graves 1 ano após o primeiro episódio de síncope ocorreram em 12,3% dos doentes, sem diferenças entre géneros. Estes eventos estavam associados a aumento da idade [HR 1.04 (95% IC 1.03-1.04)], comorbilidade cardiovascular prévia [HR 3.48 (95% IC 2.48-4.9)] e presença de factores de risco cardiovasculares [HR 1.65 (95% IC 1.24-2.18)]. A análise de regressão ajustada para idade, género, comorbilidade cardiovascular e factores de risco cardiovascular apresenta a síncope como factor de risco independente para evento cardiovascular ou traumatismo graves [HR 3.99 (95% IC 3.44-4.63)], com excepção para as idades jovens <23 anos [(HR 1.75 (95% IC 0,68-4.54)]; outros factores de risco independentes são a comorbilidade cardiovascular [HR 1.81 (95% IC 1.51-2.17)] e a idade [HR 1.03 (95% IC 1.03-1.04)].

Conclusões

A taxa de incidência de primeiro episódio de síncope em cuidados de saúde primários foi de 1.91‰ pessoas-ano. O risco a 1 ano de evento cardiovascular ou

traumatismo graves após síncope foi de 12,3%. Aumento da idade, comorbilidade cardiovascular e factores de risco cardiovasculares estão associados à ocorrência de eventos graves. Comparando com o grupo de controlo, a síncope em si é um factor de risco independente para a ocorrência de evento grave (ajustado para idade, género, comorbilidade e factores de risco cardiovasculares), com excepção para as idades jovens (<23 anos).

Comentário

A síncope é frequente na população em geral; apesar de ser um motivo frequente de recurso a cuidados médicos (em ambiente de cuidados de saúde primários ou de serviço de urgência), sabe-se que uma grande percentagem das pessoas que sofre um episódio de síncope nunca chega a procurar aconselhamento médico.[1]

A etiologia da síncope nem sempre é óbvia, e a identificação de indivíduos em risco de morte súbita pode ser difícil. É essencial, numa avaliação inicial, a diferenciação entre síncope e outros episódios causadores de quedas. A síncope tem origem reflexa (neuromediada) em mais de metade dos casos, e tem causa cardíaca em cerca de um quinto dos casos.[2]

A estratificação do risco surge como passo essencial na avaliação de um primeiro episódio de síncope, e a colheita de uma boa história clínica, tendo em mente a idade, os factores de risco e a comorbilidade cardiovasculares, será sempre o pilar da decisão clínica. A *European Society of Cardiology (ESC)* e o *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* têm publicações recentes em que apresentam passos para avaliação do episódio de síncope.[3,4] Embora estejam presentes algumas diferenças, em particular no facto de o segundo preconizar a avaliação por electrocardiograma em todos os doentes em que seja confirmado pela história clínica o episódio de síncope, e a primeira colocar a hipótese de não efectuar electrocardiograma caso a causa da síncope seja tida como certa após a anamnese, em ambos os documentos estão indicados os sinais de alerta para hospitalização e avaliação cardiovascular mais intensiva: alterações no electrocardiograma; história pessoal de insuficiência cardíaca ou enfarte do miocárdio; síncope durante o esforço; história familiar de morte súbita cardíaca em idade jovem ou cardiopatia congénita; dispneia de novo; palpitações de novo; sopro cardíaco; idade superior a 65 anos associada a síncope sem pródromo.

Neste estudo, os resultados obtidos são maioritariamente sobreponíveis àqueles previamente encontrados na literatura, tanto em relação à incidência de síncope como à ocorrência de eventos graves após 1 ano (embora seja difícil a comparação com a literatura, uma vez que os resultados de alguns estudos se referem apenas à mortalidade, ou são apresentados de acordo com a causa de síncope). Também os factores de risco para ocorrência de evento grave são semelhantes aos encontrados na literatura. No entanto, é obtida uma nova relação – a de que a síncope em si mesma será factor de risco independente para ocorrência de evento grave nos indivíduos com idade superior a 23 anos.

Com a vantagem de ser um estudo efectuado em doentes na comunidade, este estudo não aborda, no entanto, as causas de síncope e sua influência em eventos futuros, e foca unicamente o primeiro episódio de síncope com base no pressuposto de que a síncope recorrente tem menor risco de ocorrência de evento grave[5]. Mas se tal é verdadeiro no caso de síncopes múltiplas no decorrer de vários anos, o contrário já poderá ocorrer quando estão presentes vários episódios num curto espaço de tempo.[2]

O novo dado que nos é fornecido por este estudo permite reforçar a importância da abordagem sistematizada do doente que nos surge com uma primeira queixa de síncope, prestando particular cuidado ao seu contexto prévio de doença cardiovascular. Este apenas poderá ser conhecido através da colocação de questões-chave ao doente que, na maioria dos casos, nos fornece os dados essenciais para uma boa orientação clínica.[3,4]

Alexandra Machado
USF Lagoa, ULS – Matosinhos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ganzeboom KS, Mairuhu G, Reitsma J, Linzer M, Wieling W, van Dijk N. Lifetime cumulative incidence of syncope in the general population: a study of 549 Dutch subjects aged 35-60 years. J Cardio-

vasc Electrophysiol 2006 Nov; 17 (11): 1172-6.
2. Olshansky B. Evaluation of syncope in adults. Uptodate. Disponível em: http://www.uptodate.com [acedido em 03/11/2011].
3. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope; European Society of Cardiology (ESC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA); Heart Rhythm Society (HRS); et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J 2009 Nov; 30 (21): 2631-71.
4. Rogers G, O'Flynn N. NICE guideline: transient loss of consciousness ('blackouts') in adults and young people. Br J Gen Pract 2011 Jan; 61 (582): 40-2.
5. Kushner JA, Kou WH, Kadish AH, Morady F. Natural history of patients with unexplained syncope and a non-diagnostic electrophysiologic study. J Am Coll Cardiol 1989 Aug; 14 (2): 391-6.

Rev Port Clin Geral 2011;27:562-4