

Organizzato da:

Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio

Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"

11° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia

6° Corso Teorico e Pratico sulla Sincope
Organizzato da GIMSI, Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincope

6° Corso per Infermieri in
interventistica coronarica e aritmologia



Utilità dell'OBI nella gestione del paziente con Sincope indefinita

Massimiliano Pinelli¹, Annalisa Raso¹, Annalisa Cherchi¹, Luciana Mana¹, Elisa Cimeoni¹,
Giuliana Bricco², Aldo Coppolino², Baldassarre Doronzo², Giorgio Maria Nova¹

¹Medicina e Chirurgia d'Urgenza, Ospedale S.S. Annunziata, Savigliano

²Cardiologia, Ospedale S.S. Annunziata, Savigliano

Introduzione: La sincope è un evento comune nella popolazione generale. Sebbene essa sia nella maggior parte dei casi l'espressione di condizioni cliniche benigne, alcune volte può rappresentare il sintomo di presentazione di patologie gravi, inducendo il medico di Pronto Soccorso (PS) ad eccedere nell'esecuzione di indagini diagnostiche e di ricoveri. Al fine di ottimizzare la gestione dei pazienti con sincope negli anni più recenti sono state pubblicate da parte della Società Europea di Cardiologia (ESC) linee guida che promuovono l'istituzione di una Syncope Unit all'interno degli ospedali, ovvero di un'entità funzionale multidisciplinare finalizzata ad affrontare in modo organico e coordinato il problema clinico della sincope. In quelle realtà ospedaliere in cui non è disponibile o realizzabile una vera e propria Syncope Unit, l'unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI), all'interno dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), potrebbe rappresentare un'alternativa per migliorare la gestione di questi pazienti.

Scopo dello studio: Valutare l'utilità dell'OBI nella gestione dei pazienti con sincope indefinita dopo la valutazione iniziale in PS, sia nell'individuazione di quelle da causa cardiaca, sia nell'ottimizzazione dei ricoveri.

Metodi: Dal 1 giugno 2010 al 31 ottobre 2011 abbiamo valutato tutti i pazienti di età > a 16 anni che si sono presentati al nostro PS per perdita di coscienza transitoria, attuando, in accordo con i colleghi cardiologi, un protocollo diagnostico-terapeutico che, partendo dalle linee guida ESC, si adattasse alla nostra realtà ospedaliera. I pazienti che dopo la valutazione iniziale risultavano affetti da sincope indefinita sono stati stratificati in 4 classi di rischio prognostico sulla base di determinate variabili cliniche, anamnestiche ed elettrocardiografiche (Tabella 1). I pazienti a basso rischio sono stati dimessi senza ulteriori indicazioni, quelli ad alto rischio sono stati ricoverati, mentre quelli a medio e medio-alto rischio sono stati posti in OBI rispettivamente per 12 e 24 ore. Durante il periodo di osservazione i pazienti sono stati sottoposti ad un monitoraggio telemetrico cardiaco, a continua assistenza infermieristica, ad una rivalutazione clinico-anamnestica, all'esecuzione di ulteriori indagini diagnostiche e di consulenze specialistiche se indicate, in particolare quella cardiologica era obbligatoria per i pazienti a rischio medio-alto. Alla dimissione dall'OBI potevano essere programmati esami ambulatoriali e veniva pianificato il follow-up per ogni singolo paziente.

Organizzato da:

Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio

Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"

11° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia

6° Corso Teorico e Pratico sulla Sincope
Organizzato da GIMSI, Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincope

6° Corso per Infermieri in
interventistica coronarica e aritmologia



Risultati: Nel periodo preso in esame sono stati valutati presso il nostro PS 510 pazienti con perdita di coscienza transitoria, circa l'1% degli accessi totali (257 maschi e 253 femmine, età media 63 anni, età mediana 71 anni). Al termine della valutazione iniziale 156 pazienti (30%) presentavano una sincope indefinita a rischio medio o medio-alto: 9 hanno rifiutato di proseguire l'osservazione mentre i rimanenti 147 sono stati posti in OBI. Di questi ultimi, 26 (18%) sono stati poi ricoverati, 11 in UTIC, 8 in Cardiologia, 3 in Medicina, 2 in Ortopedia per conseguenze legate al trauma, 1 in Neurologia, 1 in Chirurgia vascolare. Al termine del periodo di osservazione in OBI la diagnosi più frequente è stata di sospetta sincope neuromediata (67 pazienti di cui 1 con riscontro di sindrome seno carotidea cardio-inibitoria); l'ipotensione ortostatica è stata identificata come probabile causa della sincope in 12 pazienti, una pseudosincope neurologica in 10 pazienti (epilessia in 6 casi, TIA vertebro-basilarie in 2 casi, emorragia cerebrale in 2 casi), una causa iatrogena in 2 pazienti, un aneurisma dell'aorta addominale in fase di rottura in un paziente. Una causa cardiaca è stata riscontrata in 26 pazienti: in particolare il monitoraggio elettrocardiografico è risultato diagnostico in 13 casi (7 pause sinusali > 3 secondi, 3 blocchi avanzati di conduzione, 1 alternanza di BBsn e BBdx, 1 tachicardia ventricolare ed 1 tachicardia parossistica sopraventricolare con presincope); in altri 4 casi ha evidenziato episodi parossistici di fibrillazione atriale tachifrequente associati ad ipotensione transitoria che sono stati interpretati dal consulente cardiologo come probabile causa della perdita di coscienza. La rivalutazione clinica associata ad una visita specialistica cardiologica ha permesso inoltre di ri-stratificare 4 pazienti come ad alto rischio in base alle caratteristiche anamnestiche ed all'ECG di base. Il dosaggio seriato degli enzimi cardiaci ha permesso di identificare 2 sindromi coronariche acute, l'esecuzione di TAC del torace in 2 casi è risultata diagnostica per embolia polmonare sub-massiva mentre in un paziente l'ecocardiogramma ha rilevato la presenza di versamento pericardico tamponante. Al termine del periodo di osservazione la sincope è rimasta inspiegata in 29 pazienti. Di questi, 12 sono stati sottoposti ambulatorialmente ad ECG Holter e 5 ad impianto di Loop recorder (LRI). In due pazienti l'esame Holter ha evidenziato episodi bradiaritmici significativi (pausa sinusale > 3 secondi e BAV avanzato, entrambi sintomatici per nuovo episodio sincopale); in un paziente a cui era stato posizionato il LRI si è verificata una nuova sincope con riscontro di asistolia. Degli altri 12 pazienti uno ha avuto un nuovo accesso in PS per ictus ischemico, mentre gli altri 11 stanno proseguendo il follow-up clinico prestabilito al momento della dimissione (le Figure 1 e 2 rappresentano i risultati dell'osservazione in OBI ed il diagramma di flusso dello studio).

Conclusioni: Nella nostra esperienza l'attuazione di un "percorso" che veda nella centralità dell'OBI e nella stretta collaborazione tra medico d'urgenza e cardiologo due strumenti essenziali si è dimostrato in grado di migliorare la gestione dei pazienti con sincope indefinita, aumentando la resa diagnostica e limitando il numero dei ricoveri. Negli ospedali non dotati di una struttura dedicata allo studio della sincope, un simile modello operativo può rappresentare una valida strategia alternativa.

Organizzato da:

Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio

Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"

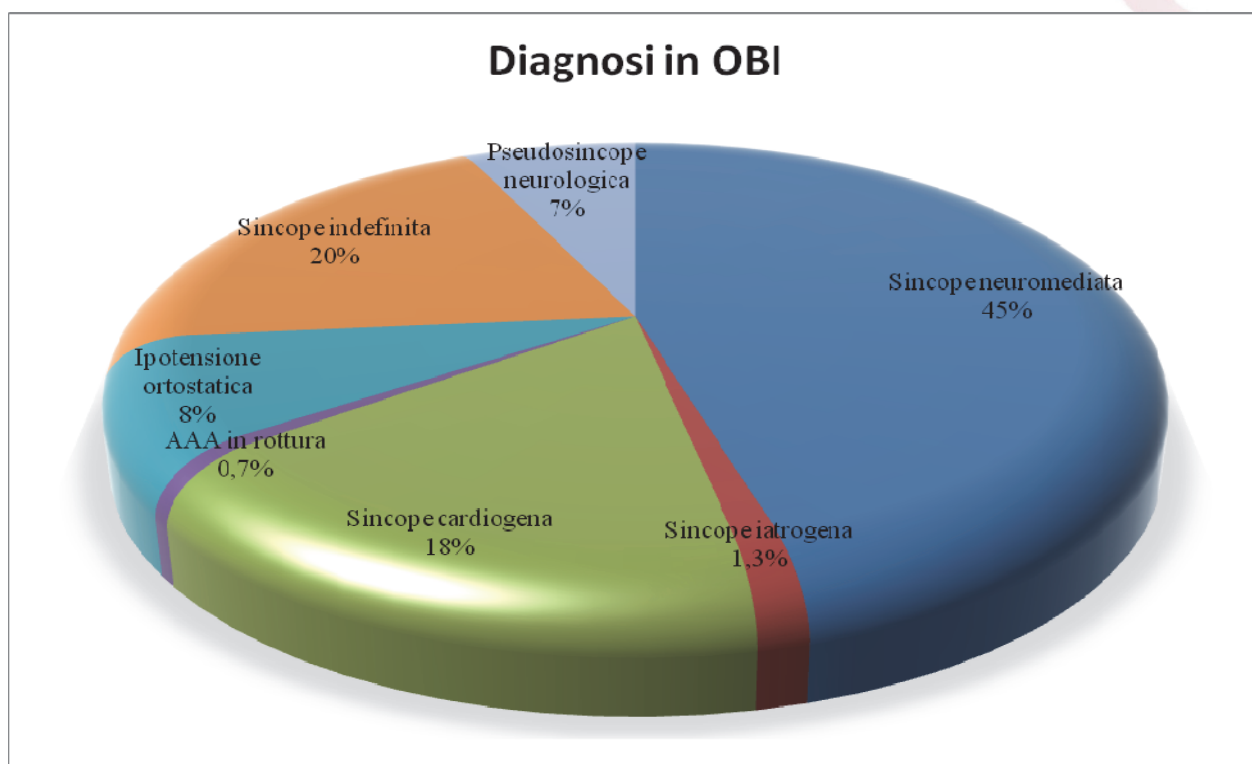
11° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia

6° Corso Teorico e Pratico sulla Sincope
Organizzato da GIMSI, Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincope

6° Corso per Infermieri in
interventistica coronarica e aritmologia



Figura 1: Diagnosi della causa di perdita di coscienza transitoria al termine del periodo di osservazione in OBI



Organizzato da:

Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio

Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"

11° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia

6° Corso Teorico e Pratico sulla Sincope
Organizzato da GIMSI, Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincope

6° Corso per Infermieri in
interventistica coronarica e aritmologia



Tabella 1: Stratificazione del rischio dei pazienti con sincope indefinita dopo la valutazione iniziale

Rischio basso*	Rischio medio¶	Rischio medio-alto¶	Rischio alto¶
Primo episodio	Sincope recidiva	Presenza di rischio occupazionale	Ipersensibilità del seno carotideo
Età ≤ 40 anni	Età > 40 anni	IMA pregresso	Pregresse aritmie maggiori
Assenza di cardiopatia	Trauma moderato	Alterazioni ECG del tratto ST-T	Presenza di cardiopatia organica severa
Non lesioni traumatiche	PM permanente	Uso di antiaritmici di classe I o III	Trauma severo
ECG normale	Bradycardia sinusale con FC tra 40 e 50 bpm	Presenza di cardiopatia organica moderata	Ipotensione ortostatica ipovolemica
Non rischi occupazionali	Fibrillazione/flutter atriale	Blocco bifascicolare	Ematocrito < 30%
Elementi suggestivi per sincope neuromediata o ipotensione ortostatica non ipovolemica	BBdx o BFA o BFP	BAV II° tipo 1	Tachicardia ventricolare non sostenuta
	Pause < 3 secondi	Sincope preceduta da palpitazioni o dolore toracico	Blocco trifascicolare
	BAV I°	Sincope senza prodromi o in clinostatismo	Intervallo QT corretto > 0.50 "
		Sincope durante sforzo	Familiarità per morte improvvisa
		Presenza di pre-eccitazione ventricolare	Sindrome di Brugada
Dimissione	OBI per 12 ore§	OBI per 24 ore§	Ricovero

Organizzato da:

Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio

Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"

**11° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia**

6° Corso Teorico e Pratico sulla Sincopa
*Organizzato da GIMSI, Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincopa*

**6° Corso per Infermieri in
interventistica coronarica e aritmologia**



BAV = blocco atrio-ventricolare; BBdx = blocco di branca destra; BFA = blocco fascicolare anteriore; BFP = blocco fascicolare posteriore; ECG =

elettrocardiogramma; FC = frequenza cardiaca; IMA = infarto miocardico acuto; OBI = osservazione breve intensiva; PM = pace maker

* I pazienti sono assegnati alla classe di rischio basso se tutti i criteri sono soddisfatti

¶ La presenza di un solo criterio è sufficiente per l'assegnazione alle classi di rischio medio/medio-alto/alto. In caso di presenza di criteri appartenenti a classi diverse, il paziente è assegnato alla classe di rischio maggiore

§ Durante il periodo di osservazione in OBI i pazienti sono sottoposti a monitoraggio telemetrico cardiaco, continua assistenza infermieristica, rivalutazione anamnestica, ripetizione dell'esame obiettivo completo, eventuale esecuzione di ulteriori indagini strumentali e di laboratorio e di consulenze specialistiche; la valutazione specialistica cardiologica è obbligatoria per tutti i pazienti a rischio medio-alto. Se durante l'osservazione emergono elementi diagnostici per sincopa cardiogena o per alto rischio i pazienti vengono ricoverati, altrimenti possono essere dimessi con programmazione di eventuali ulteriori accertamenti e di controllo clinico con modalità e tempistica differenti in base alla classe di rischio di appartenenza