

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



Triage del paziente con perdita di coscienza transitoria: l'infermiere tra blackout e framing-effect

*Annalisa Raso¹, Luciana Mana¹, Annalisa Cherchi¹, Elisa Cimeoni¹, Manuela Taricco²,
Massimiliano Pinelli³*

1 Infermiere, S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza, ospedale SS. Annunziata – Savigliano

2 Coordinatore infermieristico, S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza, ospedale SS. Annunziata – Savigliano

3 Medico, S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza, ospedale SS. Annunziata – Savigliano

Per evitare l'errore diagnostico nel paziente con perdita di coscienza transitoria (PdCT) è necessaria una valutazione iniziale che ponga particolare attenzione alla descrizione dell'evento. Questo dato già evidenziato da Petkar S. et al. (Postgrad Med 2006), è altresì emerso nel corso di un briefing medico-infermieristico del personale del Pronto Soccorso (PS) di Savigliano riunitosi per discutere due casi di potenziale misdiagnosis di pazienti afferiti per blackout tra gennaio e marzo 2011. In entrambi i casi, è stata ipotizzata in prima battuta una diagnosi di sincope vasovagale per pazienti in cui già il racconto dell'accaduto presentava elementi incompatibili sia con la definizione di sincope vasovagale in un caso, sia di sincope stessa nell'altro.

Come mai questi misunderstanding avvengono proprio all'inizio del percorso di cure?

Il Pronto Soccorso è stato definito da chi si occupa di gestione del rischio il laboratorio naturale dell'errore a causa dell'elevata quantità di decisioni da prendere e informazioni da acquisire in un breve intervallo di tempo (Prevaldi C, ECJ 2009). I fenomeni di focalizzazione e pseudodiagnosi sono favoriti dall'effetto-framing, ovvero dal "condizionamento esercitato sulla decisione da parte delle modalità in cui le alternative sono presentate verbalmente" (Baldi PL, ECJ 2010). In parole povere: le parole utilizzate per raccontarci un evento influenzeranno la nostra interpretazione dello stesso; tanto più in un luogo come il PS dove la concitazione del momento e il sovraffollamento complicano il processo di comunicazione.

Queste condizioni sono accentuate nel momento dell'arrivo del paziente in PS e, ancora di più, nel caso in cui l'utente afferisca per un evento che genera preoccupazione come la perdita di coscienza transitoria (nella nostra realtà più del 75% dei pazienti con PdCT giunge con ambulanza). In questo momento critico, l'infermiere costituisce il contatto che il paziente ha con la realtà ospedaliera: il triagista è il primo che interroga il paziente e descrive l'accaduto decidendo autonomamente circa la tempestività nella prosecuzione delle cure. Pertanto, con una triage che non descrive correttamente il problema prioritario, l'infermiere potrebbe, potenzialmente, fuorviare il medico nella successiva valutazione contribuendo ad un abuso di esami con conseguente aumento della spesa, prolungata permanenza in ospedale e addirittura ricoveri o dimissioni impropri. Figura, quella infermieristica, che a parer nostro svolge una funzione chiave nella fase iniziale di gestione del paziente con PdCT e che purtroppo non è menzionata nel capitolo riguardante la valutazione iniziale del paziente con PdCT delle Linee Guida ESC (Eur Heart J 2009), anzi, il termine nurse è presente una sola volta in tutto il testo con l'accezione di nursing expertise citata riguardo alla Syncope Unit.

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



Come équipe infermieristica ci siamo, quindi, chiesti come fare un buon triage del paziente con blackout al fine di mettere in evidenza quegli elementi che, se presenti all'interno del racconto del paziente, potrebbero essere determinanti per il suo percorso di cure, garantendo allo stesso tempo la rapidità dell'accettazione. Al fine di rispondere al nostro quesito è stata svolta una ricerca bibliografica per reperire e conoscere gli strumenti attualmente in uso nella valutazione del paziente con PdCT. Successivamente, un focus group costituito da 4 infermieri e un medico ha discusso riguardo tali strumenti per adattarli alla nostra realtà.

Gli studi di Sheldon R. et al. (J Am Coll Cardiol 2002; Eur Heart J 2006) propongono questionari di cui il medico può avvalersi per capire se il paziente ha avuto una PdCT dovuta a sincope vasovagale o ad altra causa, oppure per differenziare la sincope dalla crisi epilettica. Al paziente vengono posti alcuni quesiti cui sarà attribuito un determinato punteggio in caso di risposta affermativa ed a seconda del punteggio complessivo ottenuto si pone l'ipotesi diagnosticariguardante la natura della PdCT. Allo stesso modo funziona il noto EGSYS score per determinare se la sincope è presumibilmente di origine caridogena (Del Rosso A, Heart 2008). Data la comprovata affidabilità degli strumenti, nel corso del focus group, ci si è interrogati su un possibile utilizzo dei questionari al momento del triage per indirizzare da subito il percorso di cure nel modo più corretto. Il numero di domande è, però, troppo elevato (anche qualora si scegliesse di utilizzare un solo questionario) dal momento che l'infermiere non sempre ha tempo di porre più di 4 o 5 quesiti e la concitazione del momento rende verosimile pensare che il paziente non sia in grado di rispondervi in modo sufficientemente sicuro. Il recente studio di Petkar S et al. (Clin Med 2011) illustra una flow-chart di domande grazie alle quali l'infermiere sarà in grado di affidare il paziente direttamente allo specialista più appropriato: neurologo, cardiologo o medico urgentista. La realizzazione di questo percorso sarebbe certamente gratificante per l'infermiere e apprezzato dal paziente, tuttavia, bisogna prevedere un team di nurse appositamente formato e dedicato al paziente con PdCT che possa usufruire di spazi propri, elementi non presenti né attualmente ipotizzabili nella nostra realtà. Infine, entrambi gli strumenti prevedono l'esecuzione dell'elettrocardiogramma al triage (non sempre possibile per ragioni di tempo e spazio) e la somministrazione di domande cui difficilmente il paziente è in grado di rispondere (es. presenza di cardiopatie).

All'interno del focus group ci siamo, quindi, chiesti se e come poterci avvalere di questi strumenti ed abbiamo iniziato a tenere conto delle sole domande che ci aiutano a descrivere l'evento. All'arrivo del paziente in pronto soccorso accertiamoci che ci sia realmente stata perdita di coscienza servendoci di testimoni, quando presenti. La presenza di una persona che assiste all'evento è determinante anche nei casi in cui il paziente abbia amnesia retrograda dell'evento per aiutarci a descrivere le circostanze. Mentre rileviamo i parametri vitali, accertiamoci che la PdCT non abbia comportato una caduta con traumi che necessitano un trattamento prioritario rispetto ad indagare le cause dell'evento (ad es. frattura ossa lunghe e/o spiccata sintomatologia dolorosa). In assenza di questa condizione, chiediamo al paziente di descrivere cosa ha avvertito prima della PdCT e prestiamo particolare attenzione a quei sintomi che possono sottendere a patologie minacciose per la vita: dolore toracico, dolore interscapolare, dispnea, palpitazioni, segni neurologici focali. Procediamo, poi, a scrivere le informazioni raccolte assegnando al paziente con PdCT sempre codice giallo in modo che ulteriori informazioni, come patologie pregresse correlabili all'evento, terapie in atto e tracciato

elettrocardiografico, possano essere valutati in tempi brevi. Nel caso di un paziente giovane ricordiamoci di domandargli se ha assunto sostanze stupefacenti.

Secondo la nostra esperienza, la descrizione dell'evento di PdCT è sufficiente a garantire un buon triage del paziente con blackout, evitando così di chiedere informazioni che, seppur utili, in un momento delicato come l'arrivo in PS potrebbero confondere il paziente e favorire la molteplicità di interpretazioni. Nel corso del tempo, verificheremo quante volte un dato riportato all'accettazione è stato elemento significativo per definire l'eziopatogenesi della PdCT al fine di capire se queste indicazioni di triage sono sufficienti o necessitano di modifiche.

Allegato 1 – Flowchart di triage del paziente con PdCT

