- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.140.185.147 Sat, 20 Apr 2024, 08:47:11

EDITORIALE

Quando ricoverare il paziente affetto da sincope

Attilio Del Rosso

G Ital Aritmol Cardiostim 2002;4:179-184

Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale San Pietro Igneo, Fucecchio (FI)

Introduzione

La sincope costituisce un frequente motivo di accesso al Dipartimento di Emergenza-Urgenza (DEU); infatti il 3-5% delle visite al Pronto Soccorso e l'1-3% dei ricoveri ospedalieri sono dovuti a sincope o ai traumi ad essa associati.[1-2] Nel 50-60% dei casi il paziente con sincope viene ricoverato e nei pazienti di età maggiore di 65 anni il tasso di ospedalizzazione per sincope raggiunge l'80%. Nel recente studio osservazionale EGSYS, condotto nel 2001 in 28 ospedali italiani, la sincope ha rappresentato l'1% delle cause di accesso al DEU. Il 46% di questi pazienti con sincope veniva ricoverato. La prevalenza della sincope aumenta con l'età; pertanto, in considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione, il tasso di ospedalizzazione per sincope è destinato ad aumentare. Un recente studio sulle cause di ricovero ospedaliero in pazienti di età superiore a 65 anni ha evidenziato come la sincope, in un decennio, rappresentasse la patologia con il maggior incremento nel tasso di ospedalizzazione rispetto ad altre comuni condizioni cliniche tipiche di questa età.[3]

I costi dell'ospedalizzazione

Il ricovero per sincope determina un notevole impegno in termini di risorse economiche:

1) *Costi diretti* sia per le procedure diagnostico-terapeutiche che per la sola degenza. In uno studio condotto in Gran Bretagna nel 1998, il costo totale per paziente era di 611 £; il 74% di tale cifra era riferibile ai soli costi di degenza.[4] Nello studio EGSYS il costo medio della degenza è risultato di Euro 1149, tuttavia il costo della degenza "alberghiera" rappresentava ben l'82% del costo totale.
2) *Costi indiretti* legati alle ore lavorative perse. Un nostro studio condotto nel 1998 nella ASL 11 di Empoli ha dimostrato che il ricovero per sincope determina, nella popolazione socialmente attiva, una perdita di ore lavorative superiore a quella dovuta ad altre comuni patologie cardiache quali la fibrillazione atriale o l'angina instabile.[5]

Risulta pertanto evidente che la riduzione dei ricoveri per sincope può contribuire in modo determinante al contenimento dei costi per la valutazione e il trattamento di questi pazienti.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.140.185.147 Sat, 20 Apr 2024, 08:47:11

TABELLA I Indicazioni all'ospedalizzazione nei pazienti con sincope (American College of Physician, 1997)[12]

Indicata
- Storia di coronaropatia, scompenso cardiaco congestizio o aritmie ventricolari
- Sincope associata a dolore toracico
- Segni obiettivi di valvulopatia significativa, scompenso cardiaco congestizio, stroke o segni neurologici focali
- Alterazioni ECG: ischemia, aritmie (bradicardia o tachicardia clinicamente rilevante), QT lungo, blocco di branca

Frequentemente indicata
- Perdita improvvisa di coscienza con trauma, cardiopalmo o sincope durante sforzo
- Episodi frequenti
- Sospetto di coronaropatia o aritmia
- Ipotensione ortostatica moderata-severa
- Età >70 anni

Non indicata
- Nessuna delle suddette caratteristiche

Nuova legislazione

L'esigenza di definire i criteri di ospedalizzazione per i pazienti affetti da sincope deriva anche dalle recenti novità in campo legislativo. Infatti il DPCM del 29 novembre 2001, che definisce i livelli essenziali di assistenza, ha identificato 43 DRG relativi a casi definiti "inappropriati" se trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital in quanto le strutture sanitarie li possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Tra questi figura il DRG 142, *Sincope e collasso senza complicanze.* Tali raccomandazioni sono state già recepite a livello regionale. La Regione Toscana ad esempio, con la delibera n. 859 del 5 agosto 2002, ha stabilito che le Aziende Sanitarie nel 2003 dovranno ridurre, rispetto al 2001, i ricoveri per il complesso dei suddetti DRG medici di una percentuale variabile dal 15% al 25%. Se il numero di ricoveri nell'anno 2003 sarà superiore a quanto previsto, la quota di attività di esubero sarà remunerata al 50% per i ricoveri ordinari e al 90% della tariffa per i ricoveri diurni.

La prognosi del paziente affetto da sincope

La sincope è un sintomo frequente, che implica un'ampia diagnosi differenziale che spazia da problemi benigni a patologie potenzialmente letali. Al fine di determinare la necessità di ospedalizzazione è indispensabile valutare la prognosi in funzione della causa della perdita di coscienza. La mortalità a un anno dei pazienti con sincope cardiaca (18-33%) è risultata significativamente più elevata di quella dei pazienti con sincope non cardiaca (0-10%) o da causa indeterminata (6%).[1,2,6] L'incidenza a un anno di morte improvvisa è risultata del 24% nei pazienti con sincope cardiaca rispetto al 3-4% degli altri pazienti. In particolare, la prognosi dei pazienti con sincope neuromediata risulta estremamente favorevole con una mortalità vicina allo 0% come ha confermato l'analisi della popolazione di Framingham.[7] Tuttavia un recente studio di Kapoor ha dimostrato che, a parità di severità di cardiopatia, la sincope non costituisce un fattore aggiuntivo di mortalità: nei pazienti con sincope la cardiopatia sottostante rappresenta il maggior fattore di rischio di morte improvvisa e di mortalità totale.[8]

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.140.185.147 Sat, 20 Apr 2024, 08:47:11

TABELLA II Indicazioni all'ospedalizzazione (Linee Guida della Società Europea di Cardiologia, 2001)[13]

A scopo diagnostico
- Cardiopatia strutturale nota o sospetta clinicamente rilevante
- Anomalie ECG indicative di possibile sincope aritmica
- Sincope durante attività fisica
- Sincope associata a grave trauma
- Anamnesi positiva per morte improvvisa
- Altre categorie di pazienti che occasionalmente possono necessitare del ricovero:
  1) Pazienti non cardiopatici, ma con insorgenza improvvisa di palpitazioni poco prima della sincope, sincope insorta in posizione supina, pazienti con frequenti recidive sincopali
  2) Pazienti con cardiopatia di grado minimo o lieve qualora vi sia elevato sospetto clinico di sincope cardiogena

A scopo terapeutico
- Sincope causata da aritmie cardiache
- Sincope da ischemia miocardica
- Sincope secondaria a cardiopatia o patologie cardiopolmonari
- Ictus o deficit neurologici focali
- Sincope neuromediata con indicazione all'impianto di un pacemaker

Quando ricoverare il paziente affetto da sincope

Esistono diversi motivi per ricoverare un paziente affetto da sincope: 1) per diagnosticare e trattare la causa della perdita di coscienza, 2) per prevenire la morte, i traumi secondari e i sintomi e 3) a scopo precauzionale per motivi esclusivamente medico-legali. Tuttavia, il ricovero frequentemente è inappropriato e inutile. Infatti, nonostante l'ospedalizzazione, la causa della sincope spesso rimane indeterminata (50% dei casi nello studio OESIL condotto nel Lazio nel 1999).[9] In questi casi la prognosi e/o la frequenza delle recidive sincopali possono non modificarsi con il ricovero. Se il paziente è stato già ricoverato per sincope, ripetuti nuovi ricoveri per lo stesso problema raramente sono produttivi, risultando utili in meno del 15% dei pazienti. La progressiva riduzione dei posti letto e la necessità di contenere la spesa sanitaria da un lato, l'obbligo di identificare i pazienti a maggior rischio di mortalità dall'altro, hanno spinto le principali società medico-scientifiche a definire criteri standardizzati di ospedalizzazione. Nei pazienti nei quali l'eziologia della sincope è stata individuata dopo la valutazione iniziale la decisione di ospedalizzare è subordinata alla prognosi della patologia sottostante e/o al tipo di trattamento necessario in questi pazienti. Nei casi in cui la causa della perdita di coscienza rimane indeterminata dopo la valutazione iniziale è necessaria una stratificazione del rischio aritmico e di mortalità totale. Uno studio del gruppo di Kapoor[10] ha identificato, nei pazienti valutati al DEU per sincope, 4 parametri predittivi del rischio aritmico e di mortalità a un anno: l'età >45 anni, una storia di aritmie ventricolari (rilevate all'ECG dinamico), l'ECG patologico (escluse le alterazioni aspecifiche del tratto ST) e una storia di scompenso cardiaco congestizio. Eventi aritmici clinicamente rilevanti o morte a un anno si sono manifestati nel 4-7% dei pazienti senza alcun fattore di rischio e fino al 58-89% nei pazienti con tre o quattro fattori di rischio. Un recente studio[11] condotto nella città di Leeds ha valutato la mortalità a un anno dei pazienti ammessi al DEU per sincope, stratificati secondo le linee guida dell'American College of Physicians (Tabella I).[12] La mortalità a un anno risultava del 36% nel gruppo ad alto rischio, 14% nel gruppo a medio rischio e 0% nel gruppo a basso rischio. Pertanto la valutazione iniziale permette una corretta stratificazione del rischio anche nei pazienti con sincope indeterminata.

Più recentemente sono state pubblicate le raccoman-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.140.185.147 Sat, 20 Apr 2024, 08:47:11

TABELLA III Dove ricoverare il paziente con sincope

A scopo diagnostico	
Cardiopatia strutturale "clinicamente rilevante"	(letto monitorato)
Anomalie ECG suggestive per sincope cardiogena	(letto monitorato)
Sincope in posizione supina	(letto monitorato)
Anamnesi familiare positiva per morte improvvisa	(letto monitorato)
Sincope durante attività fisica	(degenza ordinaria)
Trauma grave secondario	(su base clinica)
Sincope preceduta da palpitazioni (non cardiopatia)	(degenza ordinaria)
Recidive sincopali frequenti	(degenza ordinaria)
Non cardiopatia, ma elevato sospetto clinico di sincope cardiogena	(degenza ordinaria)
A scopo terapeutico	
Sincope da patologia cardiopolmonare strutturale	(letto monitorato)
Sincope cardiogena aritmica	(letto monitorato)
Sincope da ischemia miocardica	(letto monitorato)
Sincope da ipotensione ortostatica severa	(degenza ordinaria)
Sincope neuromediata con indicazione a impianto di pacemaker permanente	(degenza ordinaria)

dazioni della Task Force della Società Europea di Cardiologia (Tabella II)[13] che non si differenziano nei contenuti essenziali dalla precedenti se non nel riferimento alla familiarità per morte improvvisa. I pazienti dovrebbero sicuramente essere ricoverati in presenza di sintomi suggestivi di ischemia miocardica o aritmica, di una cardiopatia organica e/o un ECG patologico o in presenza di segni neurologici focali. In alcuni casi, tuttavia, anche i pazienti con sincope neuromediata possono richiedere l'ospedalizzazione: i pazienti con sincope seno-carotidea o vasovagale cardioinibitrice qualora esista l'indicazione alla cardiostimolazione, quelli con trauma secondario severo, quelli con sincopi ricorrenti frequenti, i pazienti con sincope da ipovolemia acuta severa o da ipotensione ortostatica severa (insufficienza neurovegetativa primitiva).

Quando è evitabile il ricovero

I pazienti con episodi sincopali isolati e sporadici, in assenza di cardiopatia organica o ECG patologico, hanno con elevata probabilità una sincope neuromediata. Questi pazienti presentano una buona prognosi indipendentemente dal risultato dei test diagnostici e pertanto possono essere valutati in regime ambulatoriale. Anche alcune cause di sincope cardiaca non sembrano associate con aumento di mortalità. Sono quelle condizioni nelle quali il meccanismo fisiopatologico prevalente della perdita di coscienza è di tipo neuroriflesso. Queste comprendono la malattia seno-atriale e le tachicardie sopraventricolari. In questi casi la decisione sull'ospedalizzazione va presa caso per caso ed è in gran parte legata alle eventuali copatologie e alle scelte terapeutiche. Risulta infine di scarsa utilità il ricovero per recidiva sincopale di un paziente che abbia già eseguito una valutazione clinica completa, a meno che non sia necessario modificare il piano terapeutico o che si siano resi disponibili nuovi presidi diagnostici.

Circostanze particolari

Alcune ulteriori situazioni, non contemplate nelle linee guida della Società Europea di Cardiologia, possono comportare il ricovero:

1) I pazienti in età pediatrica. In questo caso fattori non prettamente clinici quali la pressione dei genitori e motivi medico-legali possono influenzare la decisione al ricovero. Inoltre, soprattutto in età infantile, la difficoltà nella raccolta dell'anamnesi e alcune condizioni cliniche (peraltro infrequenti) quali le con-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.140.185.147 Sat, 20 Apr 2024, 08:47:11

vulsioni neonatali e le sindromi convulsive parziali complesse possono risultare di difficile diagnosi differenziale con la sincope solo sulla base dei dati clinico-anamestici.[14]

2) I pazienti anziani. In questo caso non è infrequente un'amnesia per la perdita di coscienza;[15] nell'anziano sono inoltre presenti frequentemente deficit cognitivi (in circa il 20% degli ultraottantenni) che possono rendere difficoltosa la ricostruzione dell'evento clinico. Le multipatologie inoltre fanno sì che spesso coesista nel singolo paziente più di una potenziale causa di perdita di coscienza e che pertanto la diagnosi eziologica non possa venire definita con la valutazione clinica iniziale. Non si deve inoltre trascurare che, anche quando la causa della sincope ha una prognosi benigna quoad vitam, la recidiva sincopale può esporre il paziente anziano al rischio di cadute e traumi secondari invalidanti; questa considerazione può pertanto consigliare il ricovero al fine di evitare futuri traumi maggiori. Infine, esistono alcune condizioni cliniche nelle quali una valutazione diagnostica può risultare difficoltosa in regime ambulatoriale. È il caso dei pazienti con sospetta ipotensione ortostatica (qualora non risulti riproducibile durante la valutazione iniziale) o in caso di ipotensione postprandiale nei quali possono essere necessarie ripetute misurazioni della pressione arteriosa nell'arco della giornata al fine di documentare un significativo calo pressorio.

Dove ricoverare il paziente

Questo aspetto, tuttora trascurato, è di rilevante importanza sia per problemi organizzativi sia per eventuali conseguenze medico-legali. Nello studio EGSYS solo una minoranza di pazienti (20%) veniva ricoverata in Cardiologia: infatti il 57% dei pazienti veniva ricoverato in reparti di Medicina Interna o Geriatria e il 10% in Neurologia. Nella Tabella III è riportata una proposta di destinazione del paziente affetto da sincope tenuto conto del rischio potenziale di eventi aritmici e delle potenzialità diagnostico-terapeutiche dei reparti di destinazione. Questo schema dovrà essere sicuramente modificato in funzione dei problemi logistici e organizzativi della singola struttura sanitaria coinvolta.

Conclusioni

La decisione sulla necessità di ospedalizzare il paziente affetto da sincope non è sempre facile in quanto, in alcune situazioni (soprattutto nelle età estreme della vita), la valutazione clinica iniziale non permette di escludere con ragionevole certezza una causa cardiaca o neurologica della perdita di coscienza. Tuttavia, deve essere chiaro, al momento di decidere per il ricovero, il piano diagnostico e terapeutico da attuare in quel singolo paziente al fine di evitare un ricovero di tipo *precauzionale* finalizzato esclusivamente a una passiva osservazione clinica che nella maggior parte dei casi risulta inutile e dispendiosa.

Bibliografia

1. Day SC, Cook EF, Funkenstein H, Goldman L. Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of consciousness. *Am J Med* 1982;73:15-23.
2. Kapoor WN. Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medicine* (Baltimore) 1990;69:160-175.
3. Haan MH, Selby JV, Queseberry CP, et al. The impact of aging and chronic disease on use of hospital and outpatient services in a large HMO: 1971-1991. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:667-674.
4. Farwell D, Sulke N. How do we diagnose syncope? *J Cardiovasc Electrophysiol* 2002;13:S9-S13.
5. Del Rosso A, Bernardeschi M, Ieri A. Costi sociali della sincope. *Ital Heart J* Suppl 2000;1:772-776.
6. Silverstein MD, Singer DE, Mulley A, et al. Patients with syncope admitted to medical intensive care units *JAMA* 1982;248:1185-1189.
7. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, et al. Incidence and prognosis of syncope. *New Engl J Med* 2002;347:878-885.
8. Kapoor WN, Hanusa B. Is syncope a risk factor for poor outcomes? Comparison of patients with and without syncope. *Am J Med* 1996;100:646-655.
9. Ammirati F, Colivicchi F, Minardi G, et al. Hospital management of syncope: the OESIL study (Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio). *G Ital Cardiol* 1999;29:533-539.
10. Martin TP, Hanusa BH, Kapoor WN. Risk stratification of patient with syncope. *Annals Emerg Med* 1997;29:459-466.
11. Crane SD. Risk stratification of patients with syncope in an accident and emergency department. *Emerg Med J* 2002;19:23-27.
12. Linzer M, Yang EH, Estes M, et al. Diagnosing syncope. Part 2: Unexplained syncope. Clinical efficacy assessment project of the American College of Chest Physicians. *Ann Intern Med* 1997;127:76-86.
13. Task forces on syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001;22:1256-1306.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.140.185.147 Sat, 20 Apr 2024, 08:47:11

14. Tanel RE, Walsh EP. Syncope in the pediatric patient. *Cardiology Clin* 1997;15:277-294.
15. Kenny RA, Traynor G. Carotid sinus syndrome – Clinical characteristics in elderly patients. *Age & Ageing* 1991;20:449-454.

Indirizzo per la corrispondenza

Attilio Del Rosso
via Francesca, 221
50050 Cerreto Guidi (FI)
Tel.: 0571/586953
Fax: 0571/248414
e-mail: cardiofu@leonet.it