

Introduzione. La sincope costituisce un problema comune nelle strutture sanitarie e rende conto del 3% degli accessi in Pronto Soccorso e dell'1-6 % dei ricoveri in ospedale. Diversi studi hanno analizzato la mortalità nei pazienti con sincope a distanza di un anno ma esistono scarsi dati riguardanti la mortalità a breve termine. Lo studio EGSYS (*Europace* 2003,5:283) riporta un dato di mortalità a breve termine per sincope (“*in-hospital mortality*”) pari al 1%, tuttavia l’osservazione è limitata ai pazienti già ricoverati. Un secondo studio (Quinn et al, *Ann Emerg Med* 2004;43:224) analizza la mortalità a 7 giorni, includendo tuttavia anche pazienti nei quali la sincope era sintomo di patologia acuta grave come l’infarto miocardio acuto o la tromboembolia polmonare.

Scopi. 1) Valutare la mortalità a 10 giorni dall’episodio sincopale; 2) stimare l’incidenza di eventi maggiori, cioè morte e interventi “salvavita”. Questi ultimi sono definiti da rianimazione cardiopolmonare, posizionamento di *pacemaker* o defibrillatore impiantabile, ricovero in reparti di terapia intensiva.

Metodi. Sono stati analizzati 574 soggetti consecutivi di età superiore a 18 anni che si sono presentati al Pronto Soccorso di quattro ospedali lombardi (“L. Sacco” e “Fatebenefratelli”, Milano; “Uboldo”, Cernusco s/N; “S. Corona”, Garbagnate M.se) tra il 24 gennaio 2004 e il 31 luglio 2004 per un episodio sincopale insorto nelle 48 ore precedenti. Sono stati esclusi quei soggetti nei quali la sincope era sintomo di una patologia acuta grave diagnosticata in PS.

Risultati.

	Popolazione	Eventi maggiori	Morte
Dimessi n (%)	333 (58,0%)	4 (1,2%)	2 (0,6%)
Ricoverati n (%)	241 (42,0%)	39 (16,2%)*	4 (1,7%)
Totale n (%)	574 (100%)	43 (7,5%)	6 (1,1%)

*p<0.001 ricoverati vs dimessi

La percentuale di eventi maggiori osservata nella popolazione dei pazienti ricoverati (16,2%) è significativamente superiore (p<0,001) rispetto a quella osservata nella popolazione dei pazienti dimessi (1,2%). La mortalità osservata nella popolazione dei pazienti ricoverati (1,7%) non è diversa (p=0.415) da quella nei pazienti dimessi (0,6%), verosimilmente a causa del basso numero di eventi totali.

Cinque dei 6 decessi sono stati osservati entro le prime 48 ore dall’accesso in PS.

Conclusioni. I dati di questo studio indicano che la percentuale di eventi maggiori nei soggetti ricoverati è superiore rispetto a quella nei dimessi, pertanto, in casi selezionati, sembra essere utile il ricovero ospedaliero.

Il fatto che cinque delle 6 morti avvengono nelle 48 ore successive all’accesso in PS suggerisce l’utilità di organizzare un’osservazione clinica per 48-72 ore in ambiente protetto.