

Lo scopo di questo studio è quello di valutare il possibile errore clinico derivante dalla gestione, in fase di ricovero, dei pazienti ricoverati dal Pronto Soccorso con la diagnosi “sincope” e quindi verificare l’efficacia del protocollo diagnostico del DEA sulla sincope.

Materiali: sono stati valutati tutti i casi clinici ricoverati con diagnosi di sincope presso il reparto di Medicina d’Urgenza nel periodo 10/10/03 – 10/10/04. Utilizzo del protocollo del DEA sulla perdita di coscienza.

Tra tutti i suddetti casi clinici sono stati presi in considerazione quelli dimessi dal reparto in cui era descritta una vera perdita di coscienza, sono stati pertanto esclusi i casi di presincope, quelli che sono terminati con dimissione contro parere e quelli che sono stati trasferiti in altri istituti per definizione diagnostica

Nei casi in cui la diagnosi finale di dimissione è stata “sincope” è stato fatto un follow up per verificare se il paziente ha avuto altre volte lo stesso disturbo, se ha effettuato altre indagini per tale motivo, se è stata posta altra diagnosi.

Risultati: i ricoveri dal PS con diagnosi di sincope sono stati in totale 156, di cui 28 sono stati esclusi perché affetti da presincope, 23 perché usciti CPS, 17 dimessi o trasferiti per sincope cardiogena, 7 dimessi con diagnosi di epilessia, 20 trasferiti in medicina in condizioni stabili, pertanto i casi clinici analizzati sono stati 40 (19 M e 21 F) età media 65.6 +/-DS 17.0 – degenza media 3.1d +/- DS 2.5. Tutti i ricoverati avevano patologie associate ad eccezioni di 7 che però presentavano al PS ipotensione ortostatica persistente.

In 3 casi la diagnosi è stata di sincope neuromediata per riscontro di tilt test positivo.

In un caso l’errore è stato di codifica finale essendo stata emessa una RAD con codice sincope mentre si trattava di shock ipovolemico da enterorragia.

Al follow up nessun paziente ha avuto una diagnosi che evidenziasse una patologia che avrebbe potuto spiegare l’eziopatogenesi della sincope, benchè in 3 casi siano stati effettuati ulteriori esami oltre quelli eseguiti in fase di ricovero, mentre in altri 3 casi i pazienti erano portatori di loop recorder e da almeno 3 mesi non avevano avuto altre sincopi.

Conclusioni: Dai dati si evince che esiste un abuso del termine di sincope interpretando con tale codifica molti sintomi che al massimo possono rientrare nelle sindr. presincopali. E’ emerso che il ricovero in caso di sincope è avvenuto per pazienti con malattie sistemiche associate o per ipotensione persistente, situazioni che escludono a priori una benignità del sintomo. Il follow up non ha messo in evidenza errori diagnostici significativi.