

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni del Cochrane Neurosciences Field (CNF) - 2° Lista

Transitoria perdita di coscienza

1	<p>Nella ricostruzione anamnestica di una possibile transitoria perdita di coscienza non omettere di chiarire se vi fossero effettivamente le caratteristiche della sospensione di coscienza e di stilare l'elenco di tutti i farmaci in uso.</p> <p>La perdita di coscienza deve essere adeguatamente testimoniata oppure il paziente essere in condizione di ammettere che per un certo intervallo non ha percepito né sé stesso, né l'ambiente circostante; accade che la dizione <i>perdita di coscienza</i> sia usata in modo inappropriato per descrivere un malessere generico.</p> <p>L'anamnesi farmacologica consente d'individuare l'uso abituale o accidentale di farmaci che favoriscano una condizione ipotensiva o una bradicardia. In tal caso indicazioni terapeutiche adeguate (esempio: riduzione della posologia o del numero degli antipertensivi, sostituzione del beta bloccante) possono evitare che l'episodio si ripeta.</p>
2	<p>Nella valutazione clinica del paziente che abbia presentato una transitoria perdita di coscienza non omettere la misurazione della pressione in clino- ed ortostatismo (posizione orizzontale ed eretta) al fine di escludere una condizione di persistente ipotensione ortostatica.</p> <p>L'ipotensione ortostatica è intesa come una riduzione della pressione sistolica maggiore di 20 mm Hg o della diastolica maggiore di 10 mm Hg rispetto al clinostatismo (posizione orizzontale) dopo 3 minuti di ortostatismo (posizione eretta). Questa condizione non è sempre mal tollerata dal paziente -ovvero non necessariamente comporta intolleranza ortostatica- e quindi va attentamente valutata nel contesto clinico.</p> <p>Se una documentata ipotensione ortostatica è correlabile con l'episodio di transitoria perdita di coscienza, ciò richiede l'esclusione di cause cardiache, neurologiche e iatrogene (diuretici, bloccanti alfa adrenergici, calcio-antagonisti, nitrati, antidepressivi triciclici, levo-dopa, antipsicotici); l'individuazione della condizione ne consente il trattamento e, se possibile, la prevenzione.</p>
3	<p>Non sottoporre ad elettroencefalogramma (EEG) pazienti che abbiano manifestato solo transitoria perdita di coscienza e presentino esame neurologico normale ed anamnesi negativa per sintomi epilettici.</p> <p>In questo contesto è estremamente improbabile che l'EEG possa aggiungere elementi alla valutazione clinica ed anamnestica.</p> <p>L'EEG è, invece, indicato se si sono osservati i seguenti segni/sintomi suggestivi di crisi epilettica: morso della lingua, capo girato da un lato o altre posture particolari, alterazioni emotive testimoniate prima, durante o dopo la perdita di coscienza, prolungati movimenti clonici degli arti (considerare che brevi scosse possono presentarsi nella sincope cardiogena senza significato epilettico), stato confusionale al termine dell'evento e prodromi quali sensazioni di <i>déjà vu</i> o <i>déjà vécu</i> (già visto o già vissuto). Una condizione epilettica rappresenta la causa neurologica più frequente di perdita di coscienza.</p>
4	<p>Non sottoporre ad ecocolor-Doppler dei tronchi sopra-aortici pazienti che abbiano manifestato transitoria perdita di coscienza in assenza di altri sintomi neurologici e presentino esame neurologico normale.</p> <p>Un TIA (attacco ischemico transitorio) vertebrobasilare può causare perdita di coscienza, ma è accompagnato <u>sempre</u> da segni neurologici come disturbi motori, disturbi sensitivi al viso e/o agli arti, disturbi di coordinazione, emianopsia laterale omonima, disturbi dell'equilibrio e della marcia, drop attacks, diplopia, disfagia, disartria o vertigine. L'occlusione della carotide non causa svenimento ma deficit focali neurologici come ipostenia monolaterale. Lo studio radiologico delle carotidi non è in grado d'identificare la causa della perdita di coscienza e aumenta i costi. La perdita di coscienza è un sintomo frequente e il 40% della popolazione lo presenta nel corso della vita.</p>
5	<p>Non sottoporre a tomografia computerizzata (TC) o risonanza magnetica nucleare (RMN) dell'encefalo pazienti che abbiano manifestato transitoria perdita di coscienza in assenza di altri sintomi neurologici e presentino esame neurologico normale.</p> <p>Nei pazienti che abbiano presentato una testimoniata perdita di coscienza, senza il sospetto di crisi epilettica e in assenza di altri segni o sintomi neurologici, la probabilità che un danno del sistema nervoso centrale ne sia la causa è molto bassa e lo studio radiologico dell'encefalo non migliora la prognosi.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Come si è giunti alla creazione della lista

Nel 2014 nell'ambito del Cochrane Neurosciences Field (CNF) si è proceduto a cercare nell'elenco delle prescrizioni pubblicate in Choosing Wisely quelle concernenti la transitoria perdita di coscienza dal punto di vista del neurologo. Nella scelta di due di queste (numero 4 da American Academy of Neurology, numero 5 da American College of Physicians) si è preferito sostituire il termine "syncope" con "transitoria perdita di coscienza" poiché indica la sintomatologia da indagare, dove "sincope" rappresenta la diagnosi dopo il processo diagnostico. "Transitoria perdita di coscienza" è da intendersi secondo l'accezione NICE 2010: "*transient loss of consciousness is the medical term for a blackout and can be defined as spontaneous loss of consciousness with complete recovery (full recovery of consciousness without any residual neurological deficit)*". Tre raccomandazioni sono originali, individuate nella prassi italiana (1, 2 e 3) e discusse nel CNF con l'apporto di altri neurologi clinici appartenenti ad AINAT, Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none">1. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Transient loss of consciousness ('Blackouts') Management in adults and young people. London: Royal College of Physicians (UK); 2010:8, 14.2. The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J. 2009; 30(21):2644, 2645.3. AHA/ACCF scientific statement on the evaluation of Syncope: From the American Heart Association councils on clinical cardiology, cardiovascular nursing, cardiovascular disease in the young, and stroke, and the quality of care and outcomes research interdisciplinary working group; and the American College of Cardiology Foundation in collaboration with the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2006; 47(2):317, 323.
2	<ol style="list-style-type: none">1. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Transient loss of consciousness ('Blackouts') Management in adults and young people. London: Royal College of Physicians (UK); 2010:11, 18, 20, 24.2. The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J. 2009; 30(21):2647.
3	<ol style="list-style-type: none">1. The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J. 2009; 30(21):2655.2. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Transient loss of consciousness ('Blackouts') Management in adults and young people. London: Royal College of Physicians (UK); 2010:11.3. AHA/ACCF scientific statement on the evaluation of Syncope: From the American Heart Association councils on clinical cardiology, cardiovascular nursing, cardiovascular disease in the young, and stroke, and the quality of care and outcomes research interdisciplinary working group; and the American College of Cardiology Foundation in collaboration with the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2006; 47(2):323.
4	<ol style="list-style-type: none">1. The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J. 2009; 30(21):2656.
5	<ol style="list-style-type: none">1. The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J. 2009; 30(21):2656.

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

Il **Cochrane Neurosciences Field (CNF)** è un'entità della Cochrane Collaboration; è stato formalmente registrato nel 2000, fino al 2006 ha avuto sede a Milano presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università, dal 2007 ha sede a Perugia presso Direzione Salute e Coesione Sociale, Regione Umbria. La finalità del CNF è di diffondere le revisioni Cochrane d'interesse neurologico, favorendo la medicina basata sulle prove, costituendo un collegamento fra gli autori delle revisioni, i clinici, i pazienti, le loro famiglie e gli amministratori per contribuire all'informazione sanitaria dei cittadini ed offrire un supporto scientifico ai professionisti della salute ed ai decisori. Il team è costituito dal direttore del field, dal coordinatore, da alcuni neurologi clinici, da operatori con funzioni amministrative e di gestione dell'archivio.

<http://neuronet.cochrane.org/>