

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

## Cinque raccomandazioni del Cochrane Neurological Sciences Field (CNF) - 2°Lista

### Transitoria perdita di coscienza

|          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> | <p><b>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.</b></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>  |
| <b>2</b> | <p><b>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.</b></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> |
| <b>3</b> | <p><b>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.</b></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 anche nella sincope senza per questo avere un significato epilettico), prodromi che possono far pensare ad un'aura epilettica ( sintomi vegetativi, cognitivi, disturbi sensoriali) e stato confusionale al termine dell'evento . Una condizione epilettica rappresenta la causa neurologica più frequente di perdita di coscienza.</p>  |
| <b>4</b> | <p><b>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. Adattato da American Academy of Neurology</b></p> <p>Un TIA (attacco ischemico transitorio) vertebro-basilare 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 perdita di coscienza transitoria 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>  |
| <b>5</b> | <p><b>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. Adattato da American College of Physicians</b></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. Studi radiologici possono essere indicate in alcuni casi selezionati, in cui si sospetti un trauma cranico secondario alla perdita di coscienza.</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 Neurological Sciences 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. Tutte le raccomandazioni sono state aggiornate nel 2021.

## Principali fonti bibliografiche

|          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. <i>Clinical Guidelines, No. 109</i> Transient loss of consciousness ('blackouts') in over 16s London: 2014 Sep. ISBN-13: 978-1-4731-2287-1</li> <li>3. ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope <i>European Heart Journal</i>, Volume 39, Issue 21, 01 June 2018, Pages 1883–1948</li> <li>4. Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, Grubb BP, Hamdan MH, Krahn AD, Link MS, Olshansky B, Raj SR, Sandhu RK, Sorajja D, Sun BC, Yancy CW. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. <i>Circulation</i>. 2017;136:e60–e122. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000499.</li> </ol> |
| <b>2</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. <i>Clinical Guidelines, No. 109</i> Transient loss of consciousness ('blackouts') in over 16s. London: 2014 Sep. ISBN-13: 978-1-4731-2287-1</li> <li>3. ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope <i>European Heart Journal</i>, Volume 39, Issue 21, 01 June 2018, Pages 1883–1948</li> </ol>  |
| <b>3</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope <i>European Heart Journal</i>, Volume 39, Issue 21, 01 June 2018, Pages 1883–1948</li> <li>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.</li> <li>3. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. <i>Clinical Guidelines, No. 109</i> Transient loss of consciousness ('blackouts') in over 16s. London: 2014 Sep. ISBN-13: 978-1-4731-2287-1</li> <li>4. Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, Grubb BP, Hamdan MH, Krahn AD, Link MS, Olshansky B, Raj SR, Sandhu RK, Sorajja D, Sun BC, Yancy CW. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. <i>Circulation</i>. 2017;136:e60–e122. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000499.</li> </ol>   |
| <b>4</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope <i>European Heart Journal</i>, Volume 39, Issue 21, 01 June 2018, Pages 1883–1948</li> <li>2. Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, Grubb BP, Hamdan MH, Krahn AD, Link MS, Olshansky B, Raj SR, Sandhu RK, Sorajja D, Sun BC, Yancy CW. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. <i>Circulation</i>. 2017;136:e60–e122. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000499.</li> </ol>   |
| <b>5</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope <i>European Heart Journal</i>, Volume 39, Issue 21, 01 June 2018, Pages 1883–1948</li> <li>2. Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, Grubb BP, Hamdan MH, Krahn AD, Link MS, Olshansky B, Raj SR, Sandhu RK, Sorajja D, Sun BC, Yancy CW. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. <i>Circulation</i>. 2017;136:e60–e122. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000499.</li> </ol>   |

**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, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

Il **Cochrane Neurological Sciences 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.

<https://neurosciences.cochrane.org/>