

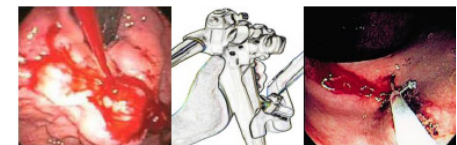
L'esperienza AIGO-SIED-SIGE-SIMEU Emilia-Romagna in tema di emergenze-urgenze in Endoscopia Digestiva

Alberto Merighi

***Dipartimento di Medicine e Specialità Mediche
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Azienda Ospedaliero–Universitaria Policlinico di Modena***



**LE EMERGENZE-URGENZE
IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA:**
Gestione Mediante Percorsi Integrati nella Realtà Ferrarese



Ferrara 3 dicembre 2010

Emergenze-urgenze in Endoscopia Digestiva

- problematica rilevante in termini di *incidenza*, *variabilità* nei comportamenti professionali, *impegno di risorse* umane, tecnologiche ed economiche.
- una gestione appropriata delle varie fasi del percorso, a partire dall'accesso del paziente al DEA, può consentire di trasferire nella pratica quotidiana l'efficacia che la letteratura attribuisce ai trattamenti endoscopici in specifici contesti clinici.
- necessità di definire linee di comportamento comuni che consentano l'efficace integrazione di professionalità diverse come quella endoscopica digestiva e quella di medicina d'emergenza-urgenza
- la decisione di costituire una *task force* regionale fra AIGO-SIED-SIGE e la SIMEU della regione Emilia Romagna.

Emergenze-urgenze in Endoscopia Digestiva *Quando? Dove? Perché?*

- Primavera 2009 – maggio 2010

- Regione Emilia-Romagna
- Società Gastroenterologiche e Medicina d'urgenza



- Necessità di percorsi condivisi



Emergenze-urgenze in Endoscopia Digestiva Quando? Dove? Perché?

- Primavera 2009
- Regione Emilia-Romagna
- Società Gastroenterologiche
e Medicina d'urgenza
- Necessità di percorsi condivisi



Presidente
L. Trevisani

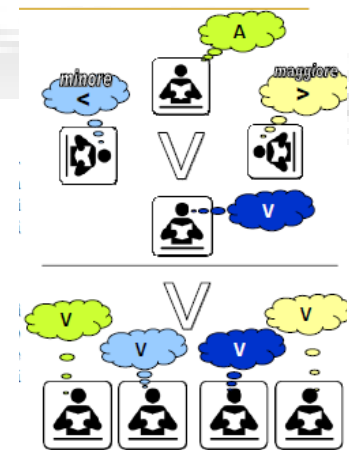
Presidente Eletto
A. Merighi

Segretario
M.L.Brancaccio

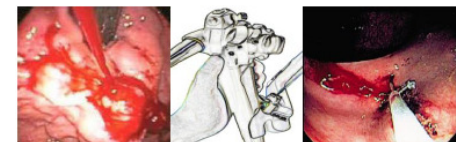
Consiglieri
G. Aragona
C. Fabbri
M. Giovanardi
A. Gnocchi
M. Manno
R. Sassatelli

La necessità di un percorso

- Frequenza
- Gestione multidisciplinare
- Ricadute organizzative/impegno di risorse
 - elevato impegno di personale (anche reperibile)
 - interferenza con le attività quotidiane
- Rischio clinico e medico legale
- Variabilità dei comportamenti
- Disponibilità di evidenze scientifiche in letteratura
- Indisponibilità di un percorso condiviso a livello regionale



**LE EMERGENZE-URGENZE
IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA:**
Gestione Mediante Percorsi Integrati nella Realtà Ferrarese



Costituzione del gruppo di lavoro



- Condivisione obiettivi generali
- Condivisione di un metodo di lavoro
- Identificazione dei campi di applicazione

Mario Cavalli (Dir. Presidio e DEA Nuovo Ospedale Civile S.Agostino-Estense Modena)

Stefano De Pietri (DEA Provinciale Reggio Emilia – Coordinatore per SIMEU)

Mauro Giovanardi (U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva AUSL Rimini)

Mauro Manno (U.O. Gastroent. Endosc. Digest. Nuovo Osp. Civile S.Agostino-Estense Modena)

Cristina Martuzzi (DEA Ospedale S. Maria delle Croci Ravenna)

Antonfranco Mereu (DEA Provinciale Reggio Emilia)

Alberto Merighi (U.O. Endoscopia Digestiva Az. Osp.-Univ. Policlinico di Modena)

Romano Sassatelli (U.O. Endoscopia Digestiva Az. Osp. S. Maria Nuova Reggio Emilia –
Coordinatore per AIGO, SIED, SIGE)

Omero Triossi (U.O. Endosc. Digestiva Ospedale S.Maria delle Croci Ravenna)

Andrea Vercelli (DEA Ospedale Civile di Piacenza)

Obiettivi generali

- Gestione multidisciplinare delle emergenze-urgenze
- Linee-guida evidence-based
- Fornire ai professionisti coinvolti nel processo gestionale raccomandazioni chiare e condivise
- Destinatari: medici d'emergenza-urgenza ed agli endoscopisti digestivi operanti sul territorio della regione Emilia Romagna.

Metodologia di lavoro - fasi

- 1. Revisione sistematica della letteratura**
- 2. Condivisione e valutazione critica (forum)**
- 3. Scomposizione del percorso in macroaree e suddivisione del lavoro**
4. Integrazione e adattamento delle bozze realizzate (consenso informale)
5. Assemblaggio del documento finale
6. Presentazione (convegno ad hoc)
7. *Implementazione e auditing*
8. *Aggiornamento periodico*

Revisione della letteratura

- Ricerche dedicate ai singoli campi di applicazione identificati
- Creazione di un forum per condivisione e valutazione critica dei documenti reperiti



- **Banche dati di linee guida:**

- SNLG (*Sistema Nazionale Linee Guida*)
- *National Guideline Clearinghouse*
- *NLH guidelines finder*
- *CMA Infobase*
- *NZGG*
- *SIGN*
- *NICE*

- **Banche dati generali**

- *Medline (Pubmed)*

- **Web**

- *Google Scholar*

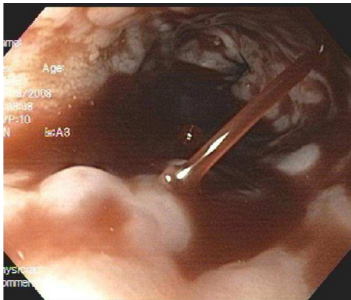
Campi di applicazione

- Trattamento intensivo del paziente critico
- Emorragia digestiva (superiore/inferiore, varicosa/non-varicosa)
- Ingestione di corpi estranei
- Ingestione di caustici
- Impiego dell'ERCP in urgenza
- Identificazione di un set di indicatori per l'audit

Metodologia di lavoro - fasi

1. Revisione sistematica della letteratura
2. Condivisione e valutazione critica (forum)
3. Scomposizione del percorso in macroaree e suddivisione del lavoro
4. **Integrazione e adattamento delle bozze realizzate (consenso informale)**
5. **Assemblaggio del documento finale**
6. **Presentazione (convegno ad hoc)**
7. *Implementazione e auditing*
8. *Aggiornamento periodico*

Documento finale



AIGO-SIED-SIGE-SIMEU Sezioni regionali Emilia Romagna
Ver. 05.2010



***EMERGENZE-URGENZE ENDOSCOPICHE:
PERCORSI INTEGRATI FRA PRONTO
SOCCORSO ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA***

Formato del documento

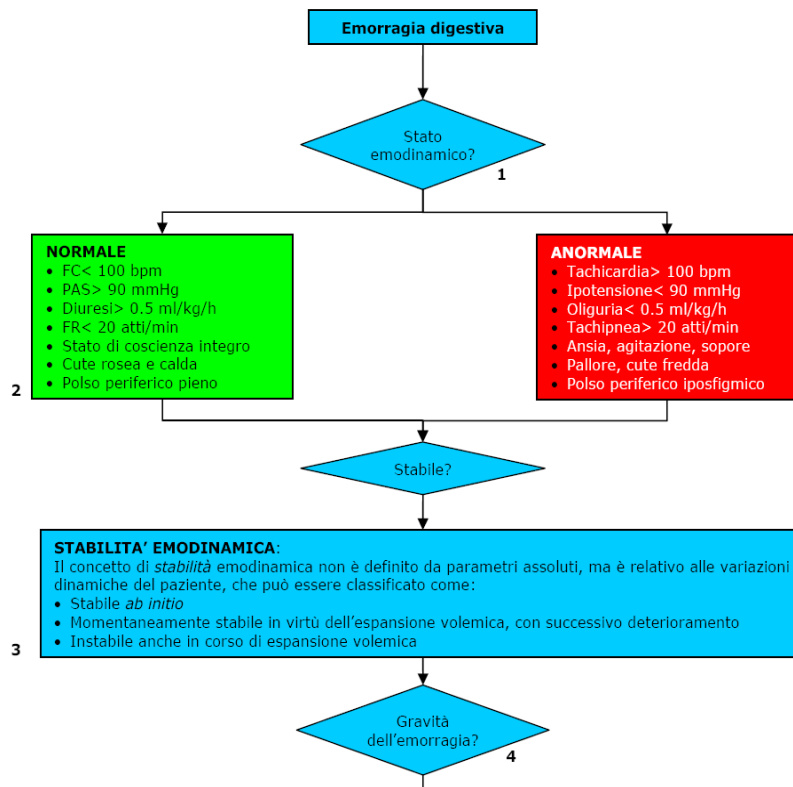
ALGORITMO COMMENTATO



- Agile, immediato
- Utilizzo in diversi scenari (consultazione ed approfondimento)



ALGORITMO 1: INQUADRAMENTO DELLO STATO EMODINAMICO



COMMENTI AGLI ALGORITMI

1. **STATO EMODINAMICO?**: lo stato emodinamico è influenzato dal volume circolante, dalla *performance* cardiaca e dalle resistenze periferiche. Cruciale è la capacità di mantenere un'adeguata *perfusione d'organo*, che nel paziente emorragico risulta progressivamente compromessa a causa dell'ipovolemia acuta (la depressione cardiaca e la vasodilatazione da esaurimento di amine vasoattive sono fenomeni tardivi, preceduti da fenomeni opposti: aumentato lavoro cardiaco e vasocostrizione periferica).
2. **NORMALITA' EMODINAMICA**: lo stato emodinamico può essere classificato come normale o non normale in base a parametri clinici (stato di coscienza, irrorazione cutanea, caratteristiche del polso periferico) e fisiologici (frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa sistolo-diastolica e differenziale, diuresi). L'alterazione di alcuni parametri emodinamici in risposta all'emorragia, senza ipotensione, indica solo l'efficacia dei meccanismi di compenso (più efficienti nel giovane e nell'atleta) e non deve indurre a misconoscere la gravità del sanguinamento.
3. **STABILITA' EMODINAMICA**: in virtù dei meccanismi fisiologici (richiamo di liquidi dall'interstizio, tachicardia) e di fattori iatrogeni (reintegro del volume) il paziente emorragico può raggiungere uno stato di compenso, suscettibile di variazioni dinamiche: lo stato emodinamico, nel tempo, può mantenersi stabile oppure modificarsi, configurando un quadro di *instabilità* (deterioramento di alcuni o tutti i parametri emodinamici). Il paziente *instabile* emodinamicamente non può esibire parametri *normali* (la variazione di frequenza sotto la soglia della tachicardia o la riduzione della PA sopra la soglia dell'ipotensione non configurano instabilità emodinamica), mentre un paziente con parametri non normali può mantenersi stabile su tali valori.

Documento

- Disseminazione: *copie elettroniche*
copie cartacee
pieghevoli e poster
- Implementazione: *reminders*
coinvolgimento degli opinion leader
incontri formativi locali
- Aggiornamento: *previsto ogni 2 anni*
in anticipo per nuove
evidenze scientifiche

Presentazione del documento



9.10

METODOLOGIA DI LAVORO
Stefano De Pietri (Reggio Emilia)

SESSIONE MATTUTINA

Presidenti: Anna Maria Ferrarri (Reggio Emilia), Lucio Trevisani (Ferrara)

9.30

EMORRAGIE DIGESTIVE
Moderatori: Angelo Fanciulli (Cesena), Nicola D'Imperio (Bologna)

9.30

LA GESTIONE PRE-ENDOSCOPICA NEL DEA
Antonfranco Mereu (Scandiano - Reggio Emilia)

9.45

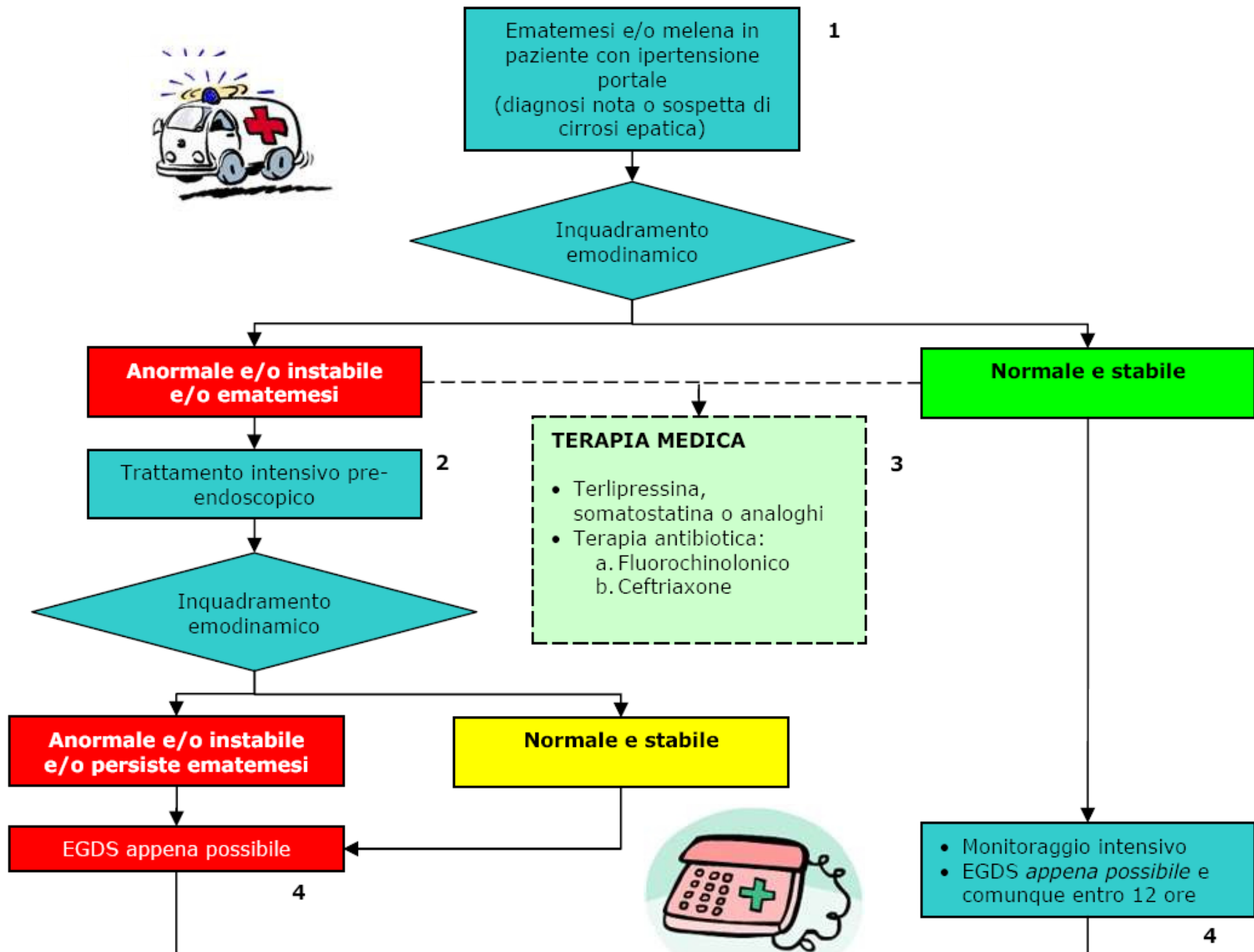
LA GESTIONE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA: EMORRAGIE NON VARICOSE
Mauro Manno (Modena)

10.00

**LA GESTIONE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA:
EMORRAGIE VARICOSE E DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE**
Alberto Merighi (Modena)

10.15

Discussione - Rilevazione delle criticità del percorso
Discussant: Tino Casetti (Ravenna)



EMATEMESI E/O MELENA IN PAZIENTE CON IPERTENSIONE PORTALE TRATTAMENTO INTENSIVO PRE-ENDOSCOPICO

- Un episodio di emorragia digestiva in un paziente con cirrosi epatica è un'emergenza che richiede approccio immediato con integrazione del volume intravascolare e trasfusioni ematiche, con l'obiettivo di mantenere i valori di Hb a 8 g/dl. (Class I, Level B).

AASLD, ACG 2007

Hepatology 2007; 46: 922-938

Am J Gastroenterol 2007; 102: 2086-2102

BAVENO IV 2005

J Hepatol 2005; 43; 167-176.

TERAPIA MEDICA

TRATTAMENTO CON FARMACI VASOATTIVI

- La terapia con farmaci vaso-attivi (somatostatina o analoghi: octreotide e vapreotide; terlipressina) deve essere iniziata il prima possibile quando si sospetta una emorragia da varici e va continuata per 3-5 giorni dopo la conferma della diagnosi (Class I, Level A).

AASLD, ACG 2007

TERAPIA MEDICA

- ***I farmaci vasoattivi*** dovrebbero essere iniziati prima possibile e prima dell'esecuzione dell'EGDS
 - octreotide 0,1 mg: 6 fiale in 500 cc in 24/h
 - terlipressina 2 mg in bolo ev ogni 4-6 ore poi 1 mg in bolo ev ogni 4-6 ore per 2-5 gg
 - somatostatina (250µg bolus x3; 500µg/hr)
- ***Trattamento coagulopatie e piastrinopenia***
- ***Prevenzione encefalopatia***

TERAPIA MEDICA

LA PROFILASSI DELLE INFEZIONI BATTERICHE

- Deve essere eseguita profilassi antibiotica (7 giorni) (Class I, Level A):
 - Norfloxacin orale (400 mg BID) o ciprofloxacina endovenosa (se non è possibile la somministrazione orale) sono gli antibiotici raccomandati (Class I, Level A).
 - In pazienti con cirrosi avanzata ceftriaxone endovenoso (1 g/day) può essere preferito particolarmente nei centri con alta prevalenza di organismi resistenti ai chinolonici (Class I, Level B).

AASLD, ACG 2007



EGDS appena possibile

4

- Monitoraggio intensivo
- EGDS *appena possibile* e comunque entro 12 ore

4

Quadro
endoscopico?

Varici esofagee

Vedi Algoritmo 2

Varici gastriche

5

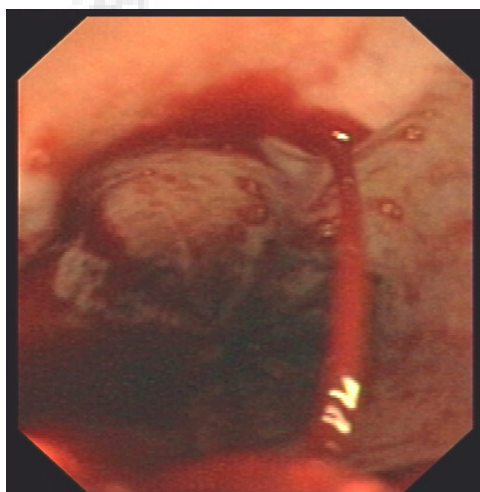
Emorragia non varicosa

Vedi algoritmi specifici

EGDS

TIMING E TRATTAMENTO ENDOSCOPICO

- La EGDS deve essere eseguita entro 12 ore, per effettuare la diagnosi e il trattamento dell'emorragia da varici, mediante legatura (EVL) o scleroterapia (Class I, Level A).



AASLD, ACG 2007
BAVENO IV 2005

Identificazione degli indicatori



Progettazione dell'audit clinico

Le “fonti”

- UK comparative audit of Upper gastrointestinal Bleeding and the use of blood Transfusion (2007)
- British Society of Gastroenterology - National survey of UK emergency endoscopy units (2005)
- British Society of Gastroenterology - Quality and safety indicators for endoscopy (2007/8)
- ASGE/ACG Taskforce on Quality in Endoscopy Quality indicators for esophagogastroduodenoscopy (2006)
- ASGE/ACG Taskforce on Quality in Endoscopy Quality indicators for colonoscopy (2006)
- ASGE/ACG Taskforce on Quality in Endoscopy Quality indicators for endoscopic retrograde cholangiopancreatography (2006)



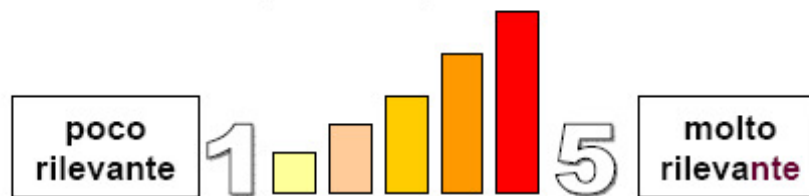
Indicatori - audit

Il percorso per la selezione degli indicatori

Inviati ai componenti del gruppo



Attribuito un punteggio sulla base dell'importanza dell'indicatore rispetto al percorso



Selezione degli indicatori ritenuti di maggiore rilevanza



Indicatori - audit

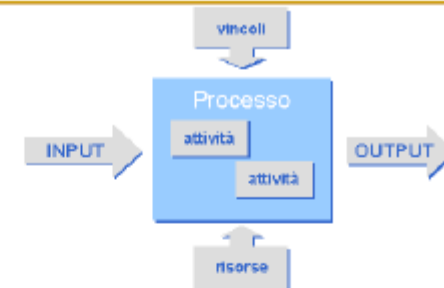
Struttura



standard	indicatore	codice ind.	fonte indicatore
Deve essere disponibile un servizio di endoscopia urgente per pazienti ad alto rischio	% di pazienti sottoposti ad endoscopia digestiva "out of hours" in strutture ove è previsto un servizio di guardia o reperibilità	ST. 1.1	
Deve essere disponibile un servizio di endoscopia urgente per pazienti ad alto rischio	% di pazienti sottoposti ad endoscopia digestiva "out of hours" provenienti da strutture dove non è previsto un servizio di guardia o reperibilità	ST. 1.2	
Le prestazioni endoscopiche in emergenza devono essere effettuate da personale esperto	Numero di prestazioni in emergenza (EGDS, Colonscopia, ERCP) per singolo operatore che partecipa alla guardia/reperibilità	ST. 2.1	
Le prestazioni endoscopiche in emergenza devono essere effettuate da personale esperto	% di strutture con servizio di guardia/reperibilità con personale infermieristico dedicato	ST. 2.2	

Indicatori - audit

Processo

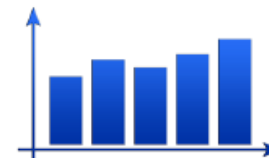


Emorragia Digestiva Superiore Varicosa (EDS - V)

QUADRO	algoritmo	punto	standard	indicatore	codice ind.	fonte indicatore
EMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIORE VARICOSA	1	3	I pazienti con emorragia di origine varicosa con nota o sospetta cirrosi epatica devono essere sottoposti a trattamento medico specifico	% di pazienti con emorragia di sospetta origine varicosa che iniziano un trattamento con farmaci vasoattivi prima di essere sottoposti a EGDS	EV.1.1	
EMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIORE VARICOSA	1	4	L'EGDS deve essere eseguita appena possibile in tutti i pazienti con EDS-V per confermare la diagnosi ed attuare il trattamento dell'emorragia	Tempo medio per EGDS nei pazienti con stato emodinamico persistentemente instabile e/o anormale o normalizzati e stabili dopo TI;	EV.1.6	

Indicatori - audit

Esito



QUADRO	indicatore	codice ind.	fonte indicatore
EMORRAGIA DIGESTIVA	Percentuale di pazienti deceduti per emorragia digestiva non sottoposti ad EGDS	EDS.E. 3	UK National Audit 2007
EMORRAGIA DIGESTIVA	% di mancate emostasi dopo EGDS	EDS.E. 5	UK National Audit 2007
EMORRAGIA DIGESTIVA INFERIORE	Incidenza di perforazioni a seguito di colonscopia eseguita secondo protocollo	EDI.E.1	ASGE Quality Indicators 2006
PANCREATITE ACUTA	Tasso di complicanze a seguito di ERCP eseguite secondo protocollo	ERCP.E. 2	ASGE Quality Indicators 2006

Indicatori - audit



Prospettive di
implementazione del percorso

Informazione e formazione
del personale

Start - up

Audit Clinico



Adozione del documento

Convegno con
ritorno dei risultati

Ritorno dell'esperienza





Grazie per l'attenzione

merighi.alberto@policlinico.mo.it