

Incontri multidisciplinari di consenso

Presentazione della Position Paper Acemc sulla gestione delle ferite traumatiche in pronto soccorso.

**Carolina Prevaldi
ULSS10-VENETO ORIENTALE**

LA RILEVAZIONE E L'ANALISI DEI FABBISOGNI DI PARTENZA

RILEVANZA

5,4%, degli accessi in Pronto Soccorso

10,3% di tutti i pazienti visitati RICEVONO procedure che riguardano la cura delle ferite

- Infezioni
- casi di tetano

APPROPRIATEZZA

molti miti e approcci gestionali basati sull'usanza ma non supportati dalla letteratura più recente

ERRORE/CONTENZIOSO

dal 19% al 24%) il contenzioso medico-legale per il medico d'urgenza

Finalità della Position Paper

- **Valutare ogni nuova evidenza scientifica sull'argomento**
- **Disporre di documento scientifico multidisciplinare che orienti comportamenti e procedure riguardo le ferite traumatiche in Pronto Soccorso**
- *Ridurre la disomogeneità procedurale fra gli Operatori, aumentando l'appropriatezza dei comportamenti*
- **Fornire lo scheletro dei contenuti per la stesura di una linea guida multidisciplinare**

Fornire lo spunto per lavori di ricerca, ed iniziative didattiche.

Il metodo

Delphi is a qualitative survey methodology, it is iterative and based on inputs provided by selected experts in the surveyed subject.

It is ideal for negotiation when there is no agreement and for the definition of shared realities.

The technique allows to interview a selected group of experts that are asked to express their opinions on given topics in order to validate some of them through mutual confrontation and progressive sharing.

DELPHI



Ciclo DELPHI

- 1) Nomina del panel multidisciplinare**
- 2) Stesura iniziale del documento**
- 3) Invio del documento al panel**
- 4) Analisi delle risposte e creazione del nuovo documento per il consenso**
- 5) Nuovo inoltro al panel x2 o 3 volte**

- 6) Stesura del documento finale che commentiamo oggi**

Progetto linea-guida

Organizzazione del panel in sottogruppi di lavoro

Ogni gruppo svilupperà uno o più items della linea guida

Condivisione dell'output

Stesura del testo

Workshop 26/27 Settembre 2014 Venezia

Progetto Mattone Internazionale





**Position Paper sulla gestione delle ferite traumatiche
in pronto soccorso.**

Definizione delle Ferite Traumatiche

A) “Ferita Traumatica”:

- ***Una ferita o lacerazione di origine traumatica senza segni di contaminazione macroscopica o segni di infezione in atto (e con verosimile bassa probabilità di infezione)***

B) “Ferita Traumatica Sporca”:

- ***Una ferita o lacerazione di origine traumatica macroscopicamente contaminata (o con verosimile elevata probabilità di infezione)***

Tra queste ferite sono incluse quelle con contestuale perforazione di un viscere; quelle con presenza di tessuti devitalizzati; quelle con corpi estranei; quelle avvenute in ambiente contaminato (sterco, acquitrini), i morsi d'animale, le ferite da punta, quelle con latenza di trattamento.

C) “Ferita Traumatica Infetta”:

- ***Una ferita o lacerazione di origine traumatica che presenta segni dell'infezione conclamata (secrezioni).***

Statement 1



Tutte le ferite traumatiche devono essere considerate alla presentazione contaminate.

...quanto contaminate?

10⁶ batteri per grammo di tessuto

Saliva e le feci contengono circa 10¹¹ batteri per grammo di peso umido di tessuto

Se vi sono particelle di terriccio/argilla bastano 100 batteri

In un tessuto o in un margine poco vascolarizzato bastano 10⁴ batteri

La spora tetanica è ubiquitaria

Statement 2

In un'ottica di semplificazione e ottimizzazione della gestione del paziente nel setting *del Pronto Soccorso*, è stata identificata la seguente **stratificazione del rischio infettivo**, finalizzata all'**inquadramento iniziale del paziente**

Valutare il rischio è il mio mestiere

A volte sintomi e segni banali sottendono un rischio elevato e noi dobbiamo

Augusto Tricerri

Statement 3

**E' auspicabile la corretta e puntuale
applicazione di procedure e
metodiche di prevenzione
dell'infezione *in ogni ferita
traumatica.***

Tra vecchi dogmi e moderne evidenze

Molti atteggiamenti di fronte ad un paziente con una ferita sono dettati da vecchie regole tramandate.

Sono ancora validi questi dogmi nell'era della evidence medicine? Qual è il livello di qualità con cui venivano raccolti i dati?

Ciro Paolillo

Statement 4

Profilassi antibiotica (intesa come somministrazione preventiva di un antibiotico prima dell'insorgenza di un'infezione). E' auspicabile attuare la profilassi con antibiotici in casi selezionati di ferite ad alto rischio infettivo

La profilassi antibiotica, i buoni propositi e la realtà

Profilassi: somministrazione di una terapia prima dell'insorgenza della malattia con l'intento di prevenirla. Questo concetto così affascinante per i medici (ed anche per i pazienti), alla luce dei dati ...

Massimo Crapis

Statement 5

**E' auspicabile una valutazione dello
stato di immunizzazione
antitetanica in tutte le ferite
traumatiche che giungono in pronto
soccorso**

Dati europei

53 casi di tetano in Italia, su un totale di 116 in Europa

74% è avvenuto in pazienti anziani con una leggera prevalenza nelle donne

Francia (3 notifiche)

Germania (0 notifiche)

Spagna 10 notifiche

Appropriatezza?

10% dei pazienti è in grado di documentare il proprio stato vaccinale

64% non conosce il proprio stato vaccinale

57% dei pazienti riceve una profilassi verso il tetano adeguata

35% dei casi viene omessa la somministrazione di vaccino e/c immunoglobuline

50% viene sovraimmunizzato

DA STUDI ITALIANI E INTERNAZIONALI

....a fronte di sieri e vaccini sicuri ed efficaci

Studio AcEMC: 644 pazienti testati con il TQS

ANAMNESI VS TEST RAPIDO

385 (**60%**) hanno dichiarato di non conoscere il proprio stato immunitario

586 (**90%**) avrebbero avuto indicazione all'immunoprofilassi passiva
ANAMNESTICAMENTE

352 (**55%**) sono risultati positivi al test TQS (e quindi immunizzati rispetto al tetano)

in 278 di questi, il test rapido ha modificato il trattamento vs anamnesi, evitando l'immunoprofilassi nel 42% dei casi totali

45% del totale sono risultati negativi al test rapido, e quindi senza protezione immunitaria rispetto al tetano

28 di questi (4,3% del totale dei pazienti) non avrebbero avuto necessità di trattamento ANAMNESTICAMENTE

Statement 5

5/a Tutte le ferite traumatiche sono potenzialmente a rischio tetanico

5/b Prima di procedere alla profilassi antitetanica lo stato di immunizzazione dei pazienti deve essere rilevato attraverso un'anamnesi accurata e la consultazione della documentazione attestante la vaccinazione/richiamo, e utilizzando un test diagnostico rapido nei casi dubbi.

Statement 5

5/c Vengono indicati come “dubbi” (intesi come casi in cui non è possibile stabilire lo stato di immunizzazione del paziente) i seguenti casi:

- a. Paziente che non ricorda la data dell'ultimo richiamo
- b. Paziente incosciente, intossicato o con deficit cognitivi
- c. Paziente che non comprende la lingua italiana
- d. Paziente che, presumibilmente, non ha mai effettuato un ciclo vaccinale completo.

5/d L'accesso all'anagrafe vaccinale e la disponibilità di un test diagnostico rapido per valutare lo stato di immunizzazione rispetto al tetano permettono di razionalizzare i costi e di agire con maggiore appropriatezza e razionalizzare i costi

Statement 6

**E' prioritario trattare il dolore nelle
ferite traumatiche in tutti i pazienti
che afferiscono al Pronto Soccorso**

Statement 7

E' opportuno valutare tutte le ferite della mano con estrema attenzione considerandole ad alto rischio di errore

Anche la mano vuole la sua parte

Tre buoni consigli da prendere al volo

Fabio Brunato

PANEL MULTIDISCIPLINARE

barbi@burlo.trieste.it; libero.barozzi@aosp.bo.it; fabio.brunato@gmail.com; stefanocalderale@gmail.com;
mario.cavazza@aosp.bo.it; crapis.massimo@aoud.sanita.fvg.it; andrea.drei@alice.it;
franco.laterza@ulss10.veneto.it; clocatelli@fsm.it; ciropaolillo@gmail.com; cprevaldi@fastwebnet.it;
ricca.marco@tiscali.it; arocchetti@ospedale.al.it; agosto.tricerri@fastwebnet.it;
fabrizio.giostra@aosp.bo.it; pasqualepicciano@gmail.com; l.zulli@sanfilipponeri.roma.it; silviaasia@tin.it;
vincenzo.peloponneso@libero.it; waltervello83@hotmail.com; amanda.furini@alice.it; ;
giorgio.ricci@ospedaleuniverona.it ; gaizodel@libero.it ; claudio.bianchin@ulss.belluno.it;
Daniele.Carraro@ulss10.veneto.it.; marica@barbazzamariacarolina.191.it; alessandro.lucio@aslrmc.it
massimo_rega@fastwebnet.it ; srazzi@ausl.vda.it; ellyneri3@gmail.com; elena.neri@burlo.trieste.it;
raffapescamelba@yahoo.it ; ericadellisanti@libero.it ; **mpesenti@ausl.vda.it**;
Daniele.Coen@OspedaleNiguarda.it; **icasagranda@ospedale.al.it**; **casagranda@libero.it**;
carlofraticelli@alice.it; **carlo.locatelli@fsm.it**; **tartaglino.b@ospedale.cuneo.it** ;
vellutifrancesca@gmail.com; maria.giuliano@alice.it; carlo.manfredi@mdtech.it; sefucci@tiscali.it;
ciropaolillo@gmail.com; cprevaldi@fastwebnet.it; albertoalbani3@gmail.com ; gaizodel@libero.it ;
annarosa.gianninoni@ausl.bologna.it ; giorgio.ricci@ospedaleuniverona.it massimo_rega@fastwebnet.it ;
srazzi@ausl.vda.it; ellyneri3@gmail.com; elena.neri@burlo.trieste.it; **raffapescamelba@yahoo.it** ;
ericadellisanti@libero.it

L'esperto è una persona
che ha fatto in un campo
molto ristretto tutti i
possibili errori.

Niels Bohr