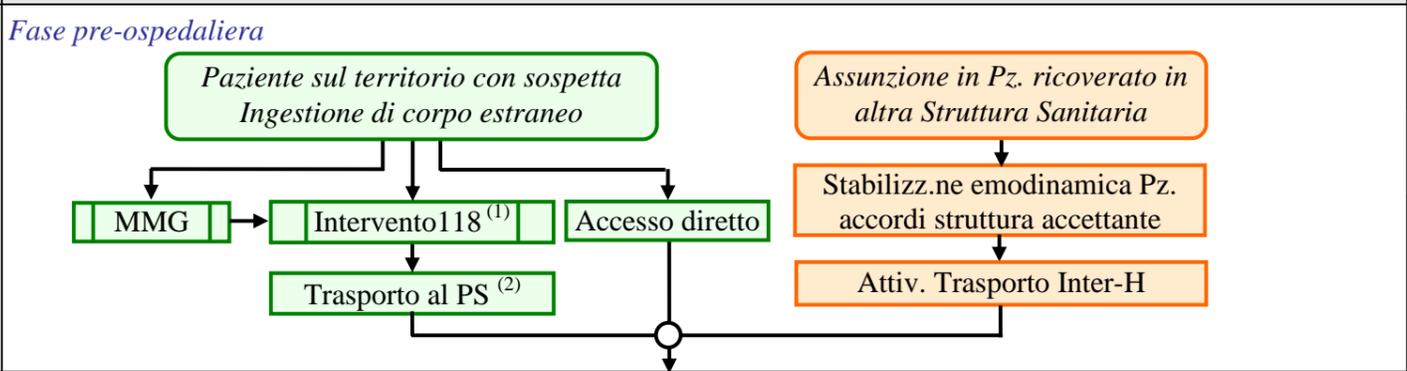
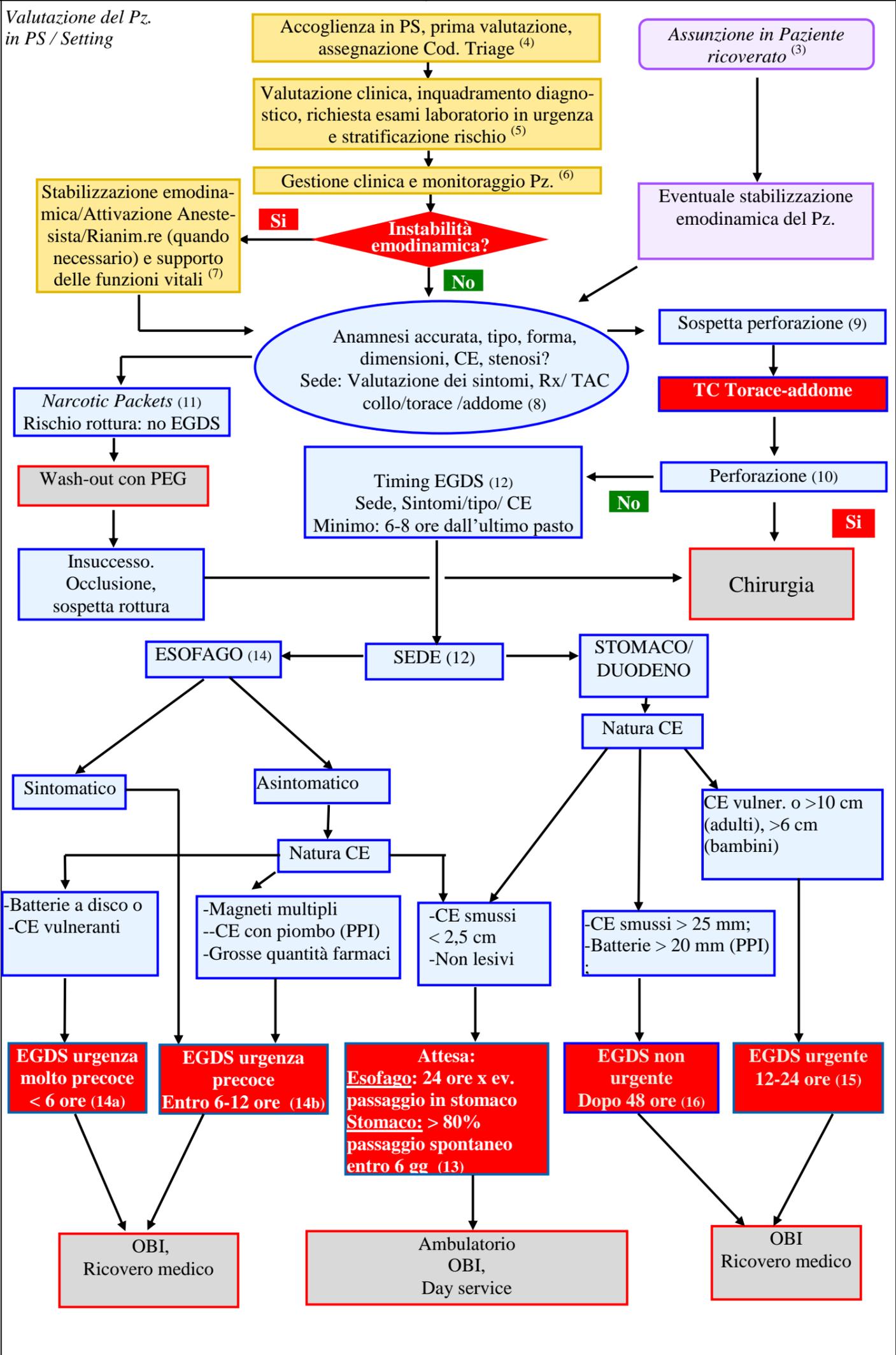
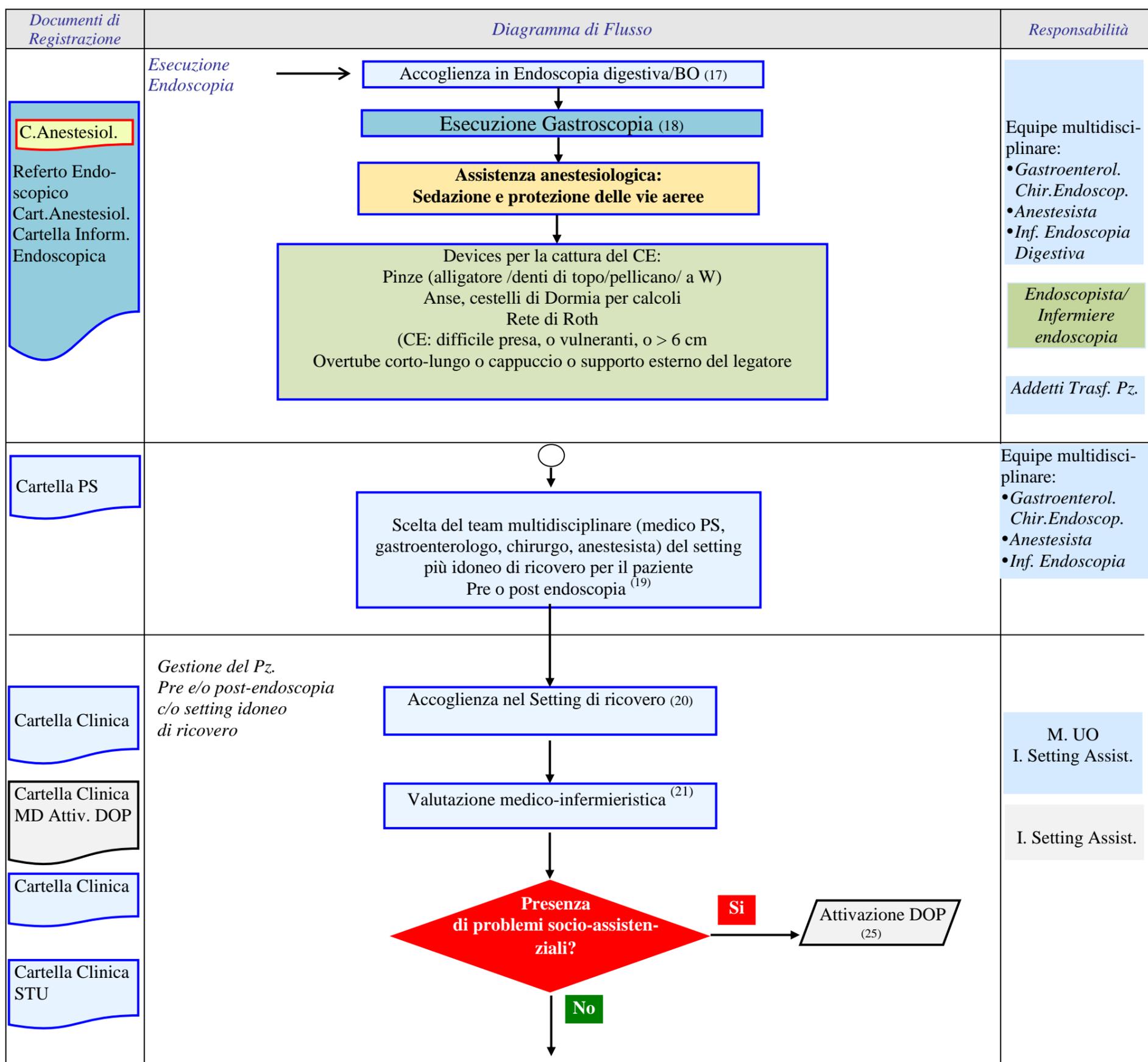


Documenti di Registrazione	Diagramma di Flusso	Responsabilità
<p>Cartella/Scheda 118</p>	<p>Fase pre-ospedaliera</p> 	<p>Sistema 118 M. PS M. Str..ra Inviante M. Str..ra Acc.te Sistema 118</p>
<p>Cartella PS Cartella Clinica Cartella PS Cartella Clinica MD richiesta di consulenza Cartella PS Cartella Clinica/ Cartella PS Cartella Clinica/ Cartella PS Foglio consegna</p>	<p>Valutazione del Pz. in PS / Setting</p> 	<p>I. PS M. PS M. PS I. PS M. UO I. Setting Assist. M. Anest./Rianim. M. PS/M. UO Consulente Gastroenterologo M. PS/M. UO GE Endoscop.ta Anest., Chirurgo M. PS Spec. di rif. (GE) Anest.-Rianim. M. PS Spec. di rif. (GE)</p>



Documenti di Registrazione	Diagramma di Flusso	Responsabilità
<p>Gestione del Pz. Durante il ricovero</p> <p>Cartella Clinica Integrata Report</p> <p>Cartella Clinica</p> <p>Rel. Inferm.ca Lettera a MMG Ricettario Reg.</p> <p>Cartella Clinica Reg.ro Nosol.co SDO</p>	<pre> graph TD Start(()) --> A[Monitoraggio clinico-assistenziale (22)] A --> B[Assistenza medica e Prescrizione terapia (23)] B --> C[Assistenza Infermieristica (24)] C --> D[Condivisione interprofessionale (Briefing giornalieri, Riunioni di Staff, Cartella Clinica Integrata e altri strumenti interprofessionali.)] D --> E[Programmazione dimissione (24)] E --> F["Attivazione Continuità assistenziale (25): • informazione/educazione del paziente • compilazione lettera dimissione integrata • prescrizione terapia domiciliare • programmazione eventuale Follow Up ambulatoriale"] F --> G[Gestione documentazione sanitaria (26)] G --> H[Dimissione] </pre>	<p>M. UO M.Tutor I. Referente</p> <p>Gastroenterologo-Chirurgo</p> <p>Dir. UO Coord. AF/Setting</p> <p>M. Tutor I. Referente.</p> <p>Dir.UO M. Tutor I. Referente.</p>

NOTE

- (1) Intervento del 118 nel territorio: attribuzione codice colore ed intervento di 1° soccorso e scelta Ospedale di destinazione. Il personale della Centrale operativa (118) è addestrato a identificare al *triage* telefonico una sospetta ingestione di corpo estraneo e a gestirla se necessario come un'emergenza medica trattata come codice rosso.
- (2) Il personale dei mezzi di soccorso, quando possibile, preavvisa il Pronto Soccorso dell'imminente arrivo di un paziente con sospetto di ingestione di un corpo estraneo. Una volta giunto al Pronto Soccorso il Pz. viene preso in carico dall'equipe per una prima valutazione e per l'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico.
- (3) Il medico responsabile del Paziente valuta il problema, assicura la stabilizzazione emodinamica, contatta il CAF telefonicamente se ingestione farmaci, droghe, piombo o batterie e /i consulente/i in questione (Gastroenterologo o Chirurgo in caso di possibile intervento chirurgico, Anestesista -Rianimatore).
- (4) I Pz in codice rosso, stabilito al triage o accompagnati dal medico del 118 accedono immediatamente alla sala visita.
- (5) All'ingresso deve essere effettuato un primo monitoraggio delle funzioni vitali: (A,B,C,D), e dei parametri vitali: PA, FC; PAO; FR; saturimetria, Successivamente proseguire il monitoraggio di: Parametri vitali e Temperatura corporea e procedere al posizionamento eventuale di C.V., S.N.G e C.V.C.
- (6) Valutazione clinica del paziente ed inquadramento diagnostico: Nella maggioranza dei casi il corpo estraneo viene spontaneamente espulso, ma nel 10-20% dei casi si rende necessaria la sua asportazione endoscopica; in meno dell'1% dei casi e' necessaria l'asportazione chirurgica.
- (7) Stabilizzazione Emodinamica del Pz. se necessaria con valutazione e correzione dei parametri vitali monitoraggio PA, FC, EGA, Emocromo, predisposizione di 1-2 validi accessi venosi, infusione liquidi/ trasfusioni

(8) Valutazione dati anamnestici, informazioni essenziali:

- ▶ Volontarietà o meno dell'ingestione (ad esempio spesso un carcerato ingerisce una lametta da barba dopo averla "protetta" con nastro o custodia)
- ▶ Natura del corpo estraneo (quando possibile è utile disporre di un oggetto uguale o simile, sul quale eseguire prove finalizzate alla scelta dell'accessorio più adatto al recupero)
- ▶ Tempo intercorso dall'ingestione: un CE nello stomaco va rimosso dopo oltre sei ore di digiuno per far svuotare lo stomaco (in presenza di ingestivi può essere difficile visualizzare anche un CE di oltre due cm nello stomaco). Una batteria a disco ingerita da oltre 48 ore ed ancora posizionata nello stomaco deve essere prontamente rimossa)
- ▶ Patologie preesistenti (in particolare stenosi esofagee benigne o maligne, precedenti interventi chirurgici che abbiano alterato l'anatomia del tubo digerente).
- ▶ Presenza di sintomi: Un corpo estraneo posizionato in esofago in posizione ostruente solitamente determina sintomi quali: disfagia, odinofagia, rifiuto del cibo, dolore al collo, gola o torace, scialorrea, tosse, striature ematiche della saliva.
- ▶ Un corpo estraneo posizionato nello stomaco è solitamente asintomatico, ma può determinare conati di vomito, anche ripetuti.
- ▶ Esami radiologici: Rx collo, torace e addome per visualizzare la esatta sede del CE (se riproducibile e' valida solo per 30 minuti), la negatività non esclude la presenza di un CE (Rx trasparente).

(9) Le eventuali complicanze, possono manifestarsi con diversi quadri clinici, in particolare: mediastinite, peritonite, emorragia, Sintomi quali ematemesi, dispnea, cianosi o segni quali crepitazioni o edema del collo configurano sempre situazioni di allarme (perforazione), in questi casi è utile effettuare una TAC collo-torace-addome .

(10) Sospetta perforazione: TC collo-torace-addome: in caso di perforazione la EGDS è controindicata e il paziente richiede un approccio chirurgico

(11) Corpi estranei contenenti stupefacenti – "narcotic packets": Questo genere di CE non dovrebbe in genere essere rimosso endoscopicamente per l'elevato rischio di rottura o danneggiamento del contenitore, con conseguente tossicità acuta sistemica legata alla sostanza stupefacente, suggerito un wash-out con abbonanti quantità di PEG, se stop per oltre 72 ore, occlusione o sospetta rottura, chirurgia.

12) Timing EGDS: in base a sede, natura e forma del CE:

Timing minimo: digiuno da oltre sei ore (se presenza di ingestivi nello stomaco possono non essere visualizzati corpi estranei di oltre due cm.)

(13) Attesa: NO gastroscopia: la maggior parte dei CE (circa 80%) passa asintomatico lungo il canale alimentare e viene espulso entro 6 giorni. Solo il 20% richiede il recupero endoscopico e meno dell'1% l'estrazione chirurgica.

In particolare, la strategia da adottare se: CE smusso < 2,5 cm non lesivo assenza di sintomi:

- ▶ Il paziente viene dimesso col consiglio di ripresentarsi prontamente al DEA in caso di comparsa di vomito alimentare; la dieta è libera; la somministrazione di PEG può favorire l'espulsione del corpo estraneo, una volta che questo sia transitato oltre il piloro
- ▶ controllare RX ogni settimana per 4-6 settimane; rimuovere endoscopicamente o chirurgicamente se il CE non progredisce dopo 3-4 settimane.

(14) **Gastroscopia urgente entro 6-12 ore:**

- ▶ In caso di batterie a disco o oggetti vulneranti in esofago la gastroscopia va eseguita al più presto possibile in < 6 ore (14a)
- ▶ CE in Esofago: qualunque sia la sua natura, rappresenta un'urgenza indipendentemente dallo stato di ripienezza gastrica (14b)
- ▶ In caso di piccoli oggetti smussi in esofago (es. monete o sfere) in un paziente completamente asintomatico, è accettabile un'osservazione fino ad un massimo di 24 ore, data la probabilità di un passaggio spontaneo nello stomaco.
- ▶ Presenza di condizioni anatomiche in grado di ostacolare l'eliminazione del corpo estraneo (stenosi, malattia di Crohn diffusa, etc).
- ▶ CE contenenti piombo: dato il rischio di grave tossicità si raccomanda:
 - rapida rimozione endoscopica
 - determinazione basale della piombemia
 - somministrazione di PPI e.v. al fine di rallentare la liberazione di piombo a livello gastrico
 - eventuale terapia chelante, sulla scorta delle indicazioni fornite dal CAV
- ▶ Ingestione di magneti:
 - -Singolo: gestione in base alla sua forma, dimensione e sede nel tubo digerente
 - -Multipli: possono causare gravi danni (perforazioni, necrosi, emorragie, occlusioni) a causa dell'adesione fra i magneti stessi e della conseguente compressione di anse intestinali interposte. Si raccomanda pertanto in questi casi di: rimuovere rapidamente tutti i magneti ingeriti presenti nello stomaco; ricovero del pz e stretto monitoraggio clinico e radiologico dei magneti transitati oltre il duodeno con rapido consulto chirurgico in caso di sintomi di allarme
- ▶ Assunzione di grande quantità di farmaci in pillole o compresse:
 - In questi casi è raccomandato rivolgersi al centro antiveleni (CAV) di riferimento e seguirne le indicazioni.
 - A volte le compresse si compattano fra loro condizionando una riduzione dell'assorbimento del farmaco; la loro rimozione endoscopica può quindi ridurre la tossicità.

(15) **Gastroscopia in urgenza differita entro 24 ore:** CE nello Stomaco se:

- ▶ vulnerante o
- ▶ lunghezza > 60 mm (Bambini) >10 cm adulti o larghezza > 25 mm;
- ▶ Sintomatico; dolore addominale, nausea e vomito, etc
- ▶ CE in esofago smusso in assenza di sintomi

(16) **Gastroscopia non urgente dopo 48 ore:**

- ▶ CE nello stomaco smusso > 25 mm, che non oltrepassa il piloro oltre 48ore
- ▶ batterie di diametro superiore a 20 mm (suggerita ma non EBM la somministrazione di PPI per evitare la corrosione della batteria da parte dei succhi gastrici)
- ▶ Monete o corpi smussi inferiori a 25 mm in esofago e/o > 25 mm nello stomaco senza sintomi

(17) Il Team endoscopico (Medico ed Infermieri di Endoscopia Digestiva) provvede ad informare il Pz. su importanza, significato diagnostico e terapeutico e possibili complicanze dell'Endoscopia Digestiva Inferiore e a raccogliere il consenso informato. La corretta informazione e conoscenza dei Medici ed Infermieri che eseguiranno l'Endoscopia riduce lo stato di ansia e preoccupazione del Paziente.

Se corpo estraneo in esofago con sintomi rilevanti non è necessario rispettare il digiuno, diversamente necessario far svuotare lo stomaco con un digiuno di almeno 6 ore (la presenza di ingestivi può "nascondere" corpi estranei anche superiori a due cm)

- ▶ Assicurarsi uno/due validi accessi venosi
- ▶ Far togliere (e conservare!) occhiali e protesi dentarie mobili

Durante l'esame endoscopico dovranno essere effettuate le seguenti attività:

- ▶ Mantenimento di valido accesso venoso
- ▶ Monitoraggio di P.A., FC, Hb

(18) Esecuzione endoscopia:

- ▶ Avvalersi dell'assistenza anestesiológica: Sedazione, protezione completa e sicura delle vie aeree con riduzione di complicanze indotte
- ▶ Verifica accurata dello strumentario
 - Endoscopio di riserva.
 - Prova recupero se possibile con oggetto gemello o simile
 - Utilizzare *overtube* corto o lungo se corpo estraneo vulnerante
 - Inserire un dispositivo di protezione distale se CE vulnerante: cappuccio in lattice ribaltabile o se CE piccolo distanziatore trasparente.
 - *Devices* per rimozione: pinze (alligatore, denti di topo, a pellicano, a forma di W), anse, cestelli, retini di Roth
- ▶ Allertare chirurgo.

(19) Dopo la stabilizzazione e l'inquadramento diagnostico, in base alle condizioni cliniche del paziente il Medico di PS, insieme all'Equipe multidisciplinare assegna all' UO di riferimento. In base alla gravità delle condizioni cliniche il paziente viene tenuto in osservazione, dimesso oppure ricoverato al *setting* più idoneo in base alle caratteristiche di rischio di complicanze del paziente in:

- ▶ OBI
- ▶ medio-bassa intensità
- ▶ alta intensità di cura
- ▶ Area intensiva
- ▶ Chirurgia

(20) Il paziente giunge in reparto dove viene accolto dal Medico e dall'Infermiere di reparto:

L'infermiere provvede a: Identificare il paziente; ritirare la documentazione, annotare i dati del paziente sul registro nosologico, consegnare l'opuscolo informativo sull'organizzazione della struttura a paziente e familiari e li invita ad attenersi alle indicazioni in esse contenute. raccogliere anamnesi infermieristica, rilevare i bisogni assistenziali, individuare la tipologia di assistenza definisce gli interventi di assistenza di base e/o avanzata;

Il medico provvede a: prima visita e alla richiesta degli esami di laboratorio e/o diagnostica per approfondimento diagnostico, alla richiesta di eventuali consulenze, ad instaurare la terapia: PPI se ingestione di piombo o batterie (no EBM).

Nel paziente con ingestione di corpo estraneo, all'ingresso in reparto è necessario:

1. Valutare le condizioni generali
2. Monitorare i parametri vitali
3. Rilevare la temperatura cutanea
4. Eventuale posizionamento del catetere vescicale
5. Eventuale posizionamento CVC

(21) Durante la degenza si prosegue con il monitoraggio clinico-assistenziale: l'osservazione clinica e la monitorizzazione di PA, FC, Hb, indici coagulativi e dei sintomi sono indispensabili nei Pz. che hanno assunto corpi estranei o presentano comorbidità
Il controllo clinico-assistenziale consente di migliorare l'*outcome* del Pz. e valutare precocemente le complicanze

(22) Assistenza medica e Prescrizione della terapia: Attuazione misure terapeutiche appropriate al rischio:

Il medico Tutor illustra al paziente l'andamento clinico, l'iter diagnostico/terapeutico e le eventuali prescrizioni terapeutiche

(31) Assistenza infermieristica (rilevazione parametri vitali, assistenza infermieristica): l'infermiere svolge l'attività di assistenza in rapporto alle necessità ed ai bisogni del pz e nel rispetto del progetto assistenziale. Registra nella CCI gli eventi clinici e assistenziali contestualmente al loro verificarsi o al termine del turno di lavoro e li descrive al collega del turno successivo al momento del passaggio delle consegne

(24) A stabilizzazione clinica ottenuta si può procedere:

- a) al trasferimento a *setting* assistenziale di minore intensità di cura;
- b) alla dimissione del Pz. che può avvenire dopo osservazione in Day-Service.

La dimissione da un *setting* assistenziale attesta il miglioramento o la stabilizzazione del quadro clinico con conseguenti minori necessità assistenziali e rischio di ripresa dell'emorragia

(25) DIMISSIONE

L'Infermiere compila l'ASGO o similare, fotocopie gli obiettivi prefissati e i parametri del paziente per passarli alla continuità assistenziale nel follow-up precedentemente concordato. L'Infermiere Referente ha già attivato la scheda DOP, nei casi che rispondono ai criteri elencati nella scheda d'attivazione DOP (dimissione ospedaliera protetta), dopo la presa in carico nel *setting* di ricovero

Il medico redige la lettera di dimissione, compila le richieste regionali dei farmaci e programmazione l'eventuale *follow up* ambulatoriale. Prenotazione visita ed esami di controllo Eventuale distribuzione diretta dei farmaci dal reparto o dalla farmacia ospedaliera.

Il medico e l'infermiere rinforzano gli obiettivi prefissati con il paziente, il *care-giver* ed i familiari.

(26) Il Medico e l'infermiere durante un colloquio personalizzato con il paziente e/o familiari consegnano la lettera di dimissione e richieste farmaci.

Il medico Tutor compila la SDO. Il Direttore di U.O. firma la cartella. Il coordinatore verifica la completezza della documentazione sanitaria ed archivia la CCI.