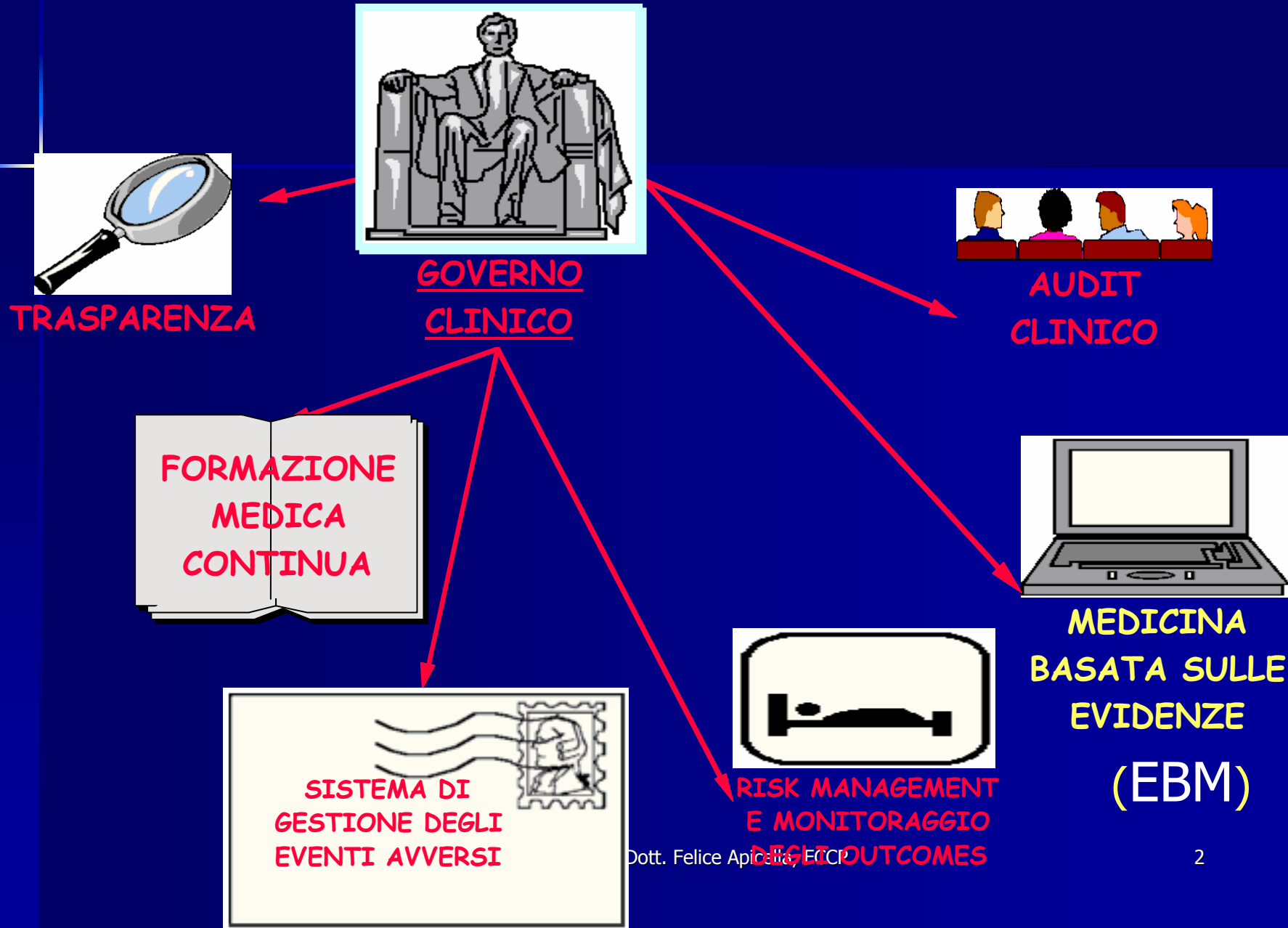


Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)

BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax

Thorax 2003;58(Suppl II):ii39–ii52

Strumenti del Governo Clinico



EBM

Evidence Based Medicine:
La medicina basata sulle prove di
efficacia,

Evidence=prove di efficacia

EBM

La medicina basata sulle prove di efficacia è

l'integrazione

della

competenza clinica individuale (variabile)

con

le migliori prove di efficacia (variabili nel tempo)

identificate attraverso una ricerca sistematica
della letteratura.

competenza clinica individuale

- Formazione (**variabile-certificativa**)
 - Sapere
 - Saper essere
 - Saper fare
- Esperienza (**variabile**)

le migliori prove di efficacia

- **Livello I** = Studi comparativi randomizzati
- **Livello II-1** = Studi comparativi non randomizzati
- **Livello II-2** = Coorti o serie di casi, preferibilmente multicentrici, studi analitici
- **Livello II-3** = Serie eterogenee. Risultati specifici di studi sperimentali non comparativi
- **Livello III** = Opinione di comitato di esperti o di autorità riconosciuta, fondata sulla loro esperienza clinica, su studi descrittivi, su casi clinici o su risultati di conferenze di esperti

CLASSIFICAZIONE ATTUALE LIVELLI DI EVIDENZA (*BMJ 2001;323:334-336*)

LIVELLI DI EVIDENZA

1++ metanalisi di elevata qualità, RS di RCT o RCT < bias

1+ metanalisi ben condotte, RS di RCT o RCT < bias

1- metanalisi, RS di RCT, RCT > bias

2++ elevata qualità di RS di studi di coorte o caso-controllo < bias

2+ studi caso controllo o di coorte < bias

2- studi caso controllo o di coorte > bias

3 case report-control

4 opinione dell'esperto

RACCOMANDAZIONI

A. metanalisi, RS o RCT riferibili al livello 1++ o 1+ direttamente applicabili

B. insieme di evidenze riferibili al livello 2++ o estrapolate da studi del livello 1++ o 1+

C. insieme di evidenze riferibili a studi del livello 2+ o estrapolate dal livello 2++

D. evidenze del livello 3 o 4 o estrapolate dal livello 2+

DEFINIZIONE linee guida(1)

“ Systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances.”

*(Field MJ, Lohr KN, eds **Clinical practice guidelines: directions for a new program.** Washington, DC: National Academy Press, 1990)*

DEFINIZIONE linee guida(2)

" Raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate attraverso un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici ed i pazienti a decidere le modalita' assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche"

NON sono SINONIMI

CLINICAL PATHWAYS

**“ UNA SEQUENZA OTTIMALE
DI INTERVENTI CHE MEDICI INFERMIERI ED ALTRI
MEMBRI DELLO STAFF METTONO IN ATTO PER
GESTIRE PROCEDURE CLINICHE, DIAGNOSTICHE,
TERAPUTICHE, PER MINIMIZZARE TEMPI DI ATTESA
E/O L’IMPIEGO DI RISORSE E MASSIMIZZARE LA
QUALITA’....”**

LIMITI E VANTAGGI DELLE LINEE GUIDA (*BMJ 1999; 318:527-530*)

VANTAGGI

LIMITI

PAZIENTI

- ESITI IN TERMINI DI MORBIDITA' , MORTALITA' E QUALITA' DI VITA
- STANDARDIZZANO I COMPORTAMENTI CLINICI
- INFORMAZIONE

- LG NON EBM POSSONO RISULTARE NON EFFICACI
- LE VERSIONI LAICHE POSSONO PROVOCARE INCOMPRESIONI CLINICHE

MEDICI

- AUSILIO NEL DECISION MAKING
- ACCORDO CON I COLLEGHI
- TUTELA LEGALE

- INCOMPRESIONI SE LG DIVERSE SULLO STESSO ARGOMENTO
- RISCHIO DI NON OSARE GLI SCOSTAMENTI

POLITICI

- OTTIMIZZA LA SPESA
- MIGLIORANO L'IMMAGINE
- SE NON STRUTTURATE IN MODO TECNICAMENTE CORRETTO POSSONO COMPROMETTERE L'EFFICIENZA DEI SERVIZI

Disegni di studio

CHOOSING A TYPE OF RESEARCH

THE BEST TYPE OF RESEARCH TO ANSWER DIFFERENT QUESTIONS

	QUALITATIVE	C.SECTIONAL	CASE CONTROL	COHORT	RCT	RS
DIAGNOSIS				X	XX	XXX
TREATMENT				X	XX	XXX
PROGNOSIS				XXX	XX	
SCREENING			X	X	XX	XXX
PERCEPTIONS	XXX					
INNOVATION	X		X	XX	XX	XXX
IPOTHESIS GENERATION	XXX	XXX	XXX			

CONSIDERAZIONI

... i protocolli, le linee guida , i pathways.....

*non sono **deresponsabilizzanti**,*

*assumono il ruolo di parametri di valutazione ai quali
si potrà fare riferimento nell'analisi del
comportamento medico/infermieristico, valutando
quanto si sia discostato da un modello ideale di
comportamento....*

CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

(BMJ 1999;318:661-664)

In Inghilterra:

Le Linee Guida in **fase di giudizio non possono essere utilizzate in sostituzione di**

'testimoni esperti'.

Andranno quindi di volta in volta usate solo come elemento accessorio adeguatamente esplicate dall'esperto che dovrà chiarirne tutti gli aspetti tecnici.

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

Di fondamentale rilievo è la
motivazione degli scostamenti
dalle raccomandazioni contenute nella LG

*(di per sé rappresenta la dimostrazione di aver
riflettuto su quel singolo caso,
che non è poca cosa, in presenza della frequente colpevole
lacunosità della documentazione sanitaria)*

***...anche perché la
EBM comincia dal
paziente e finisce
con il paziente....***

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

In considerazione di quanto detto e' possibile considerare le linee guida :

- ACCP Delphi Consensus Statement on the Management of Spontaneous Pneumothorax (*Chest.* 2001;119:590-602)
- BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax (Thorax 2003;58(Suppl II):ii39–ii52)

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)- 2003

■ ATTUALMENTE:

In caso di pnx spontaneo si decide di inserire **sempre** un drenaggio toracico quando il pnx supera > 2 cm tra l'apice della cavità toracica e la linea dell'apice del polmone



Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- **ATTUALMENTE:**

Il drenaggio toracico
e' **sempre** con
valvola ad acqua



Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- **ATTUALMENTE:**

Il paziente con pnx spontaneo e con drenaggio toracico **quasi sempre** e' ricoverato in reparto chirurgico ed e' stato trattato da un chirurgo

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

■ ATTUALMENTE:

Il paziente con pnx spontaneo primitivo, al primo episodio, drenato, resta ricoverato **minimo 7 giorni**, a volte 14 giorni (7 > 14 giorni).

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

■ ATTUALMENTE:

Il paziente con pnx spontaneo secondario al primo episodio, drenato, resta ricoverato **minimo 14 giorni**, a volte 30 giorni (14 > 30 giorni).

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- **ATTUALMENTE:**

I pazienti con pnx spontaneo, drenato, durante il ricovero sono autonomi, l'assistenza infermieristica specifica interessa solo la

gestione del drenaggio con valvola ad acqua.

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- **ATTUALMENTE:**

I pazienti operati per pnx spontaneo primitivo hanno una degenza di 5 giorni s.c., mentre in caso di prolungamento di perdita di aria possono avere una degenza anche di 10 giorni (5 > 10 giorni).

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

CONSIDERAZIONI:

- Il pnx spontaneo, drenato oppure no, e' DRG medico
- Il pnx spontaneo diventa DRG chirurgico quando il paziente e' sottoposto ad intervento chirurgico

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax
(Thorax 2003;58(Suppl II):ii39–ii52)

Rappresentano le migliori prove di efficacia (secondo EBM) attualmente disponibili ed implicano un **cambiamento dei comportamenti medico/infermieristici.**

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

L'uso delle linee guida permette la migliore appropriatezza nelle scelte:

- La cosa giusta
- Al paziente giusto
- Nel momento giusto
- Nel modo giusto
- Nel luogo giusto
- Dal medico/infermiere giusto

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

Le opzioni introdotte dalle linee guida sono:

- Osservazione clinica
- Aspirazione manuale con ago
- Drenaggio piccolo con aspirazione manuale
- Drenaggio toracico
- Pleurodesi
- Intervento chirurgico

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)- 2003

- Aspirazione con ago:



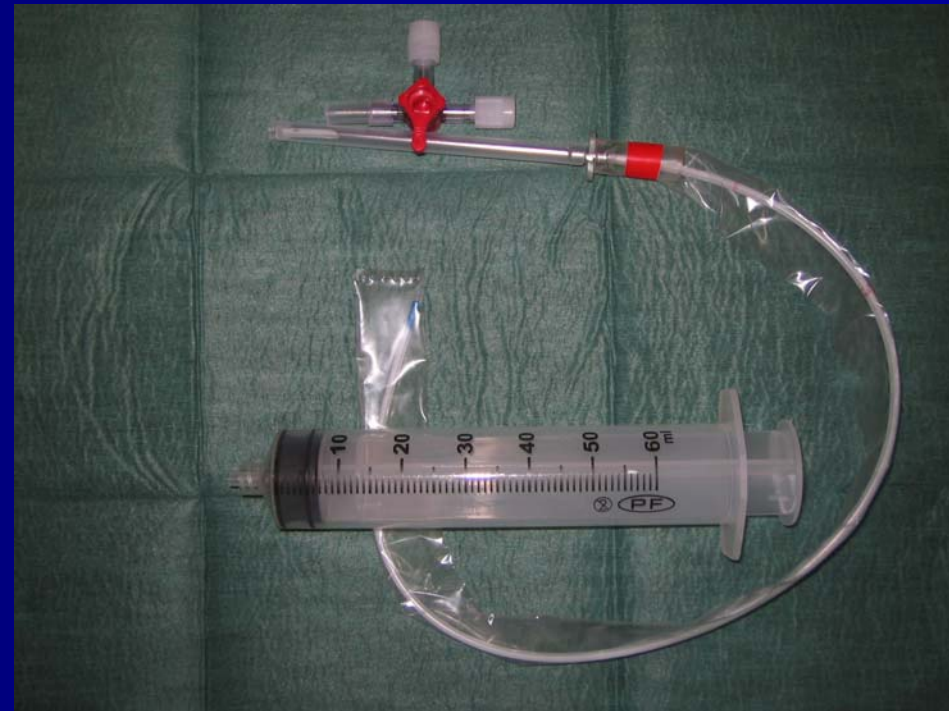
Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

Drenaggio toracico:

- Calibro piccolo con rubinetto per aspirazione manuale
- Calibro piccolo con valvola unidirezionale di Heimlich
- Calibro grande con valvola unidirezionale di Heimlich
- Calibro grande con valvola ad acqua
- Calibro grande con valvola ad acqua ed aspirazione continua

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- Drenaggio toracico piccolo con aspirazione manuale:



Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- Drenaggio toracico piccolo con valvola unidirezionale di Heimlich:



Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- Drenaggio con valvola unidirezionale di Heimlich ed aspirazione manuale



Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- Drenaggio toracico
Con valvola unidirezionale
Di Heimlich



Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- Drenaggio toracico con valvola ad acqua e con valvola unidirezionale di Heimlich nella busta di raccolta:



Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- Drenaggio toracico con valvola ad acqua ed aspirazione continua:



Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

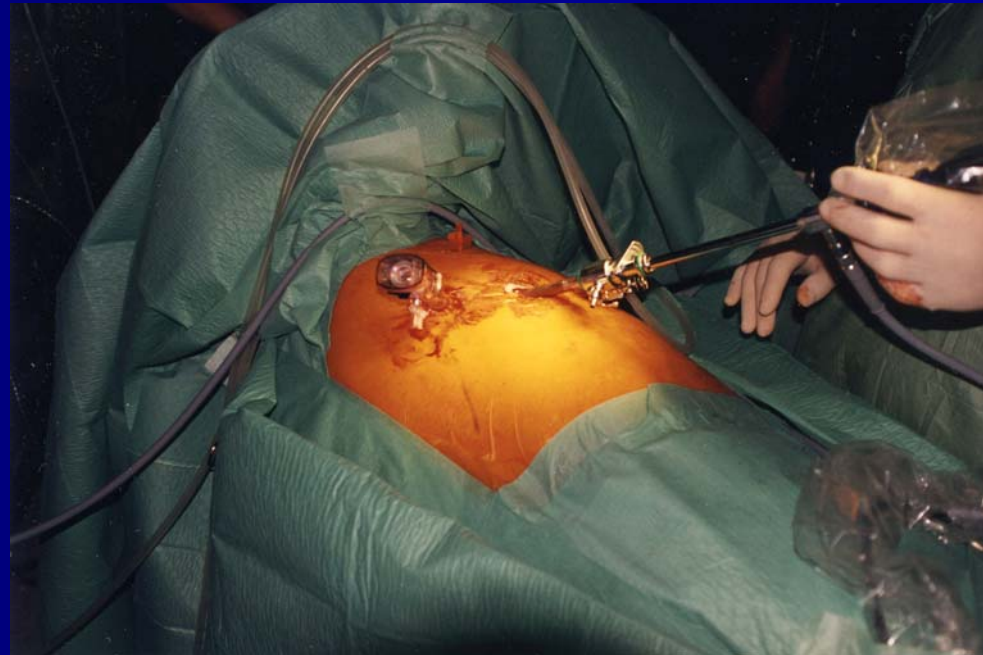
Pleurodesi:

- Chimica
- Da corpo estraneo (talco)
- Meccanica
- Diatermica

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

Intervento chirurgico:

- Chirurgia tradizionale (toracotomia)
- Chirurgia mininvasiva (vats)



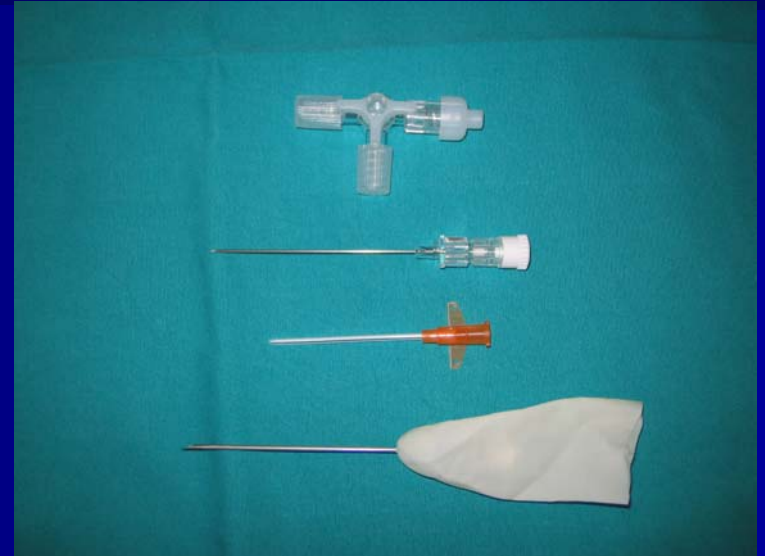
Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

Gradualita' dell'assistenza:

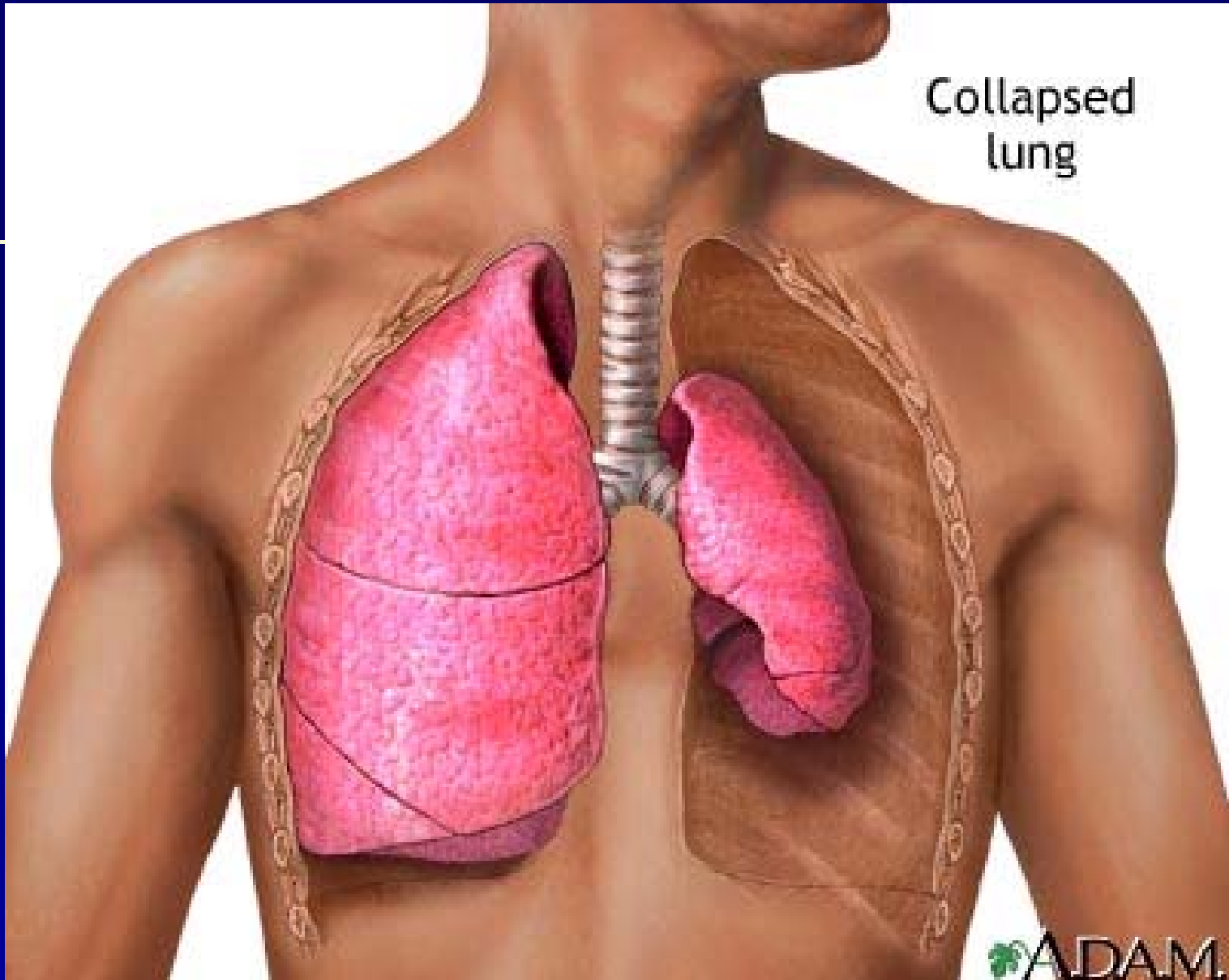
- Assistenza domiciliare
- Poliambulatorio
- Out-patient department:
 - Day surgery
 - medicina
- Ospedale

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

- **Pnx iperteso:**
trattamento di
emergenza con
ago e valvola
unidirezionale in
attesa di
trattamento



Collapsed
lung



ADAM

Le linee guida della British Thoracic Society (BTS)-2003

Chi tratta il pnx spontaneo:

- Tutti I laureati in medicina e chirurgia (vedi il pnx iperteso che rappresenta una emergenza, a rischio della vita, anche fuori dell'ospedale)
- I medici delle ambulanze
- I medici della Medicina d'Urgenza
- I chirurghi quando esiste una indicazione chirurgica

Table 1 Grading of management recommendations ("bullet points")

- A (Supported by paper(s) of levels Ia or Ib). Requires at least one randomised trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation
 - B (Supported by paper(s) of levels IIa, IIb, III). Requires the availability of well conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (or poor/inadequate randomised trials not supported by sufficient other literature to achieve grade A).
 - C (Supported by level IV evidence). Requires evidence from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities. Indicates absence of directly applicable studies of good quality.
-

Table 2 Grading of primary literature (the bibliographies)

- Ia *Meta-analysis of randomised trials*
 - Ib *Randomised controlled trial*
 - IIa *Well designed controlled study without randomisation*
 - IIb *Another type of well designed quasi-experimental study*
 - III *Well designed non-experimental descriptive studies such as comparative studies, correlation studies, and case-control studies*
 - IV *Opinion of expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities*
-

Audit points

- Proportion of patients treated by (a) simple observation, (b) aspiration, and (c) chest drains and their appropriateness (relative to the guidelines) and outcome (in terms of recurrence rates, complications, and lengths of stay in hospital)
- Number of chest drains clamped and the reasons for this.
- Referral rates to physicians and surgeons and the timing of such referrals.
- Use of analgesics and local anaesthetics.
- Follow up rates

Future potential areas for research

- Prospective randomised controlled trials comparing:
 - simple observation versus aspiration \pm tube drainage for primary pneumothoraces larger than 2 cm on the chest radiograph;
 - use of small catheter/Heimlich valve kits versus intercostal tube drainage following failed aspiration in primary pneumothoraces;
 - small catheter aspiration (CASP) versus conventional aspiration or tube drainage;
 - VATS versus open thoracotomy for the difficult pneumothorax.
- Use of suction with regard to its timing and optimal mode.
- Comparison of "clamping" and "non-clamping" strategies after cessation of air leak.

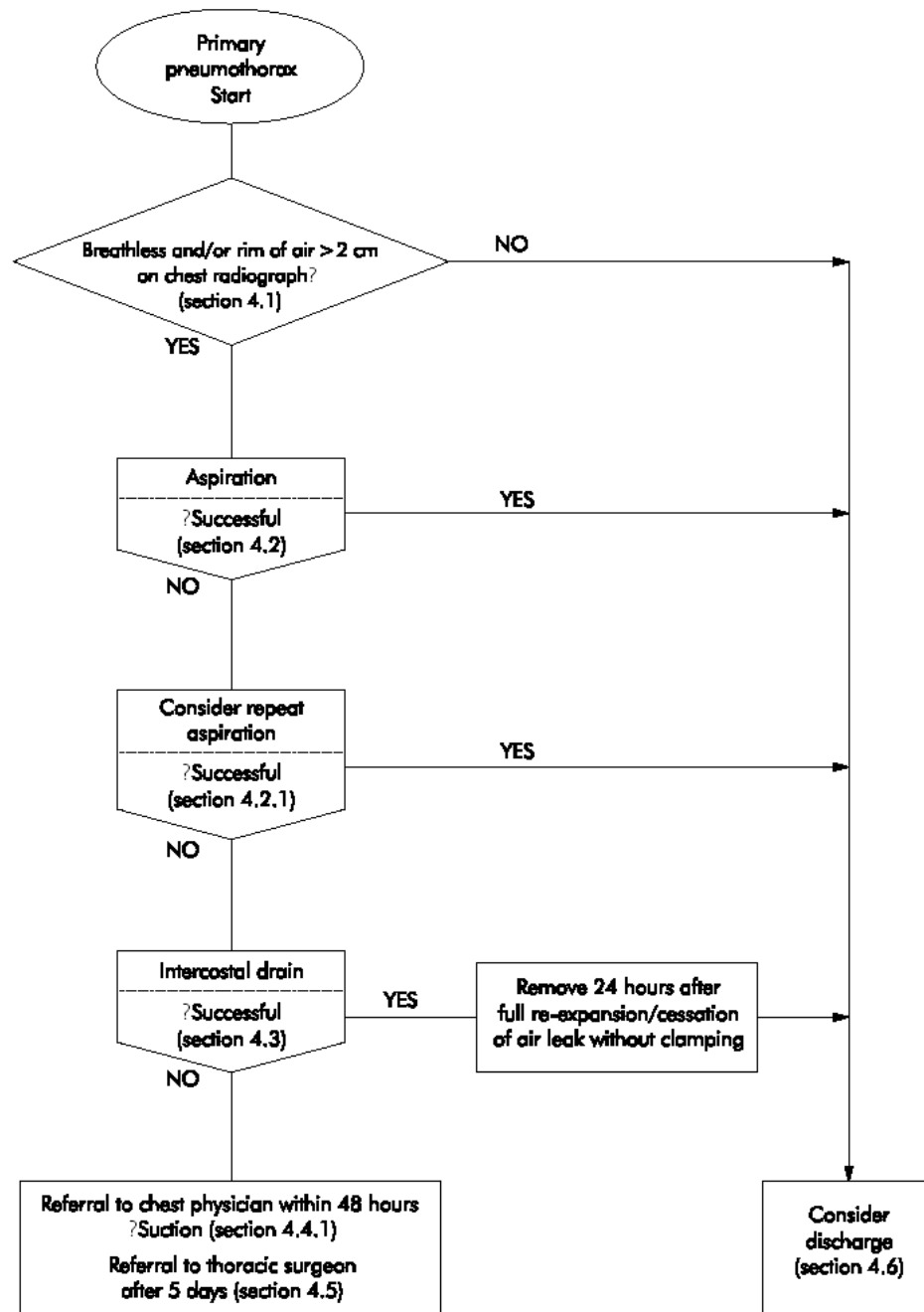


Figure 1 Recommended algorithm for the treatment of primary pneumothorax.

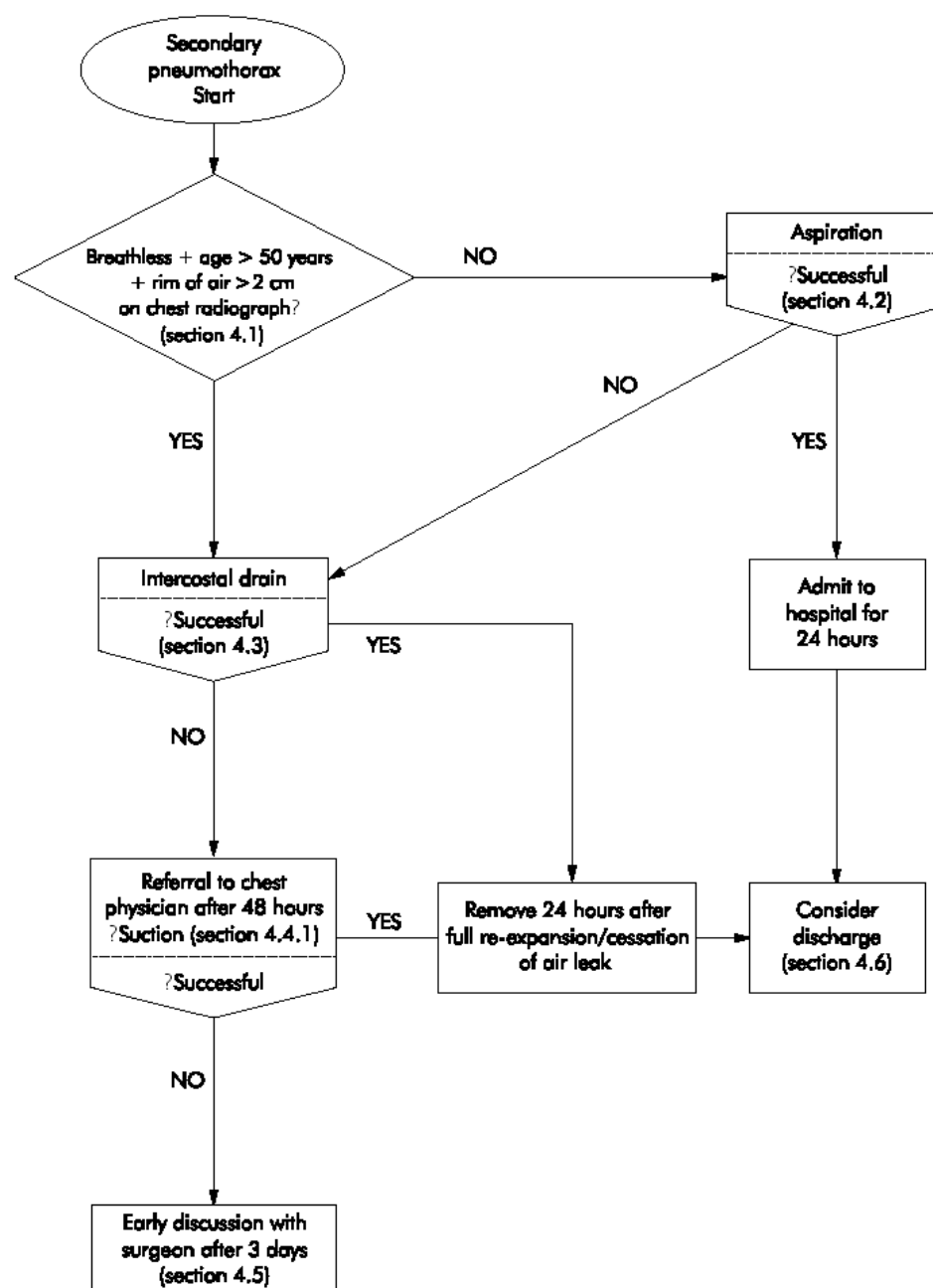


Figure 2 Recommended algorithm for the treatment of secondary pneumothorax.

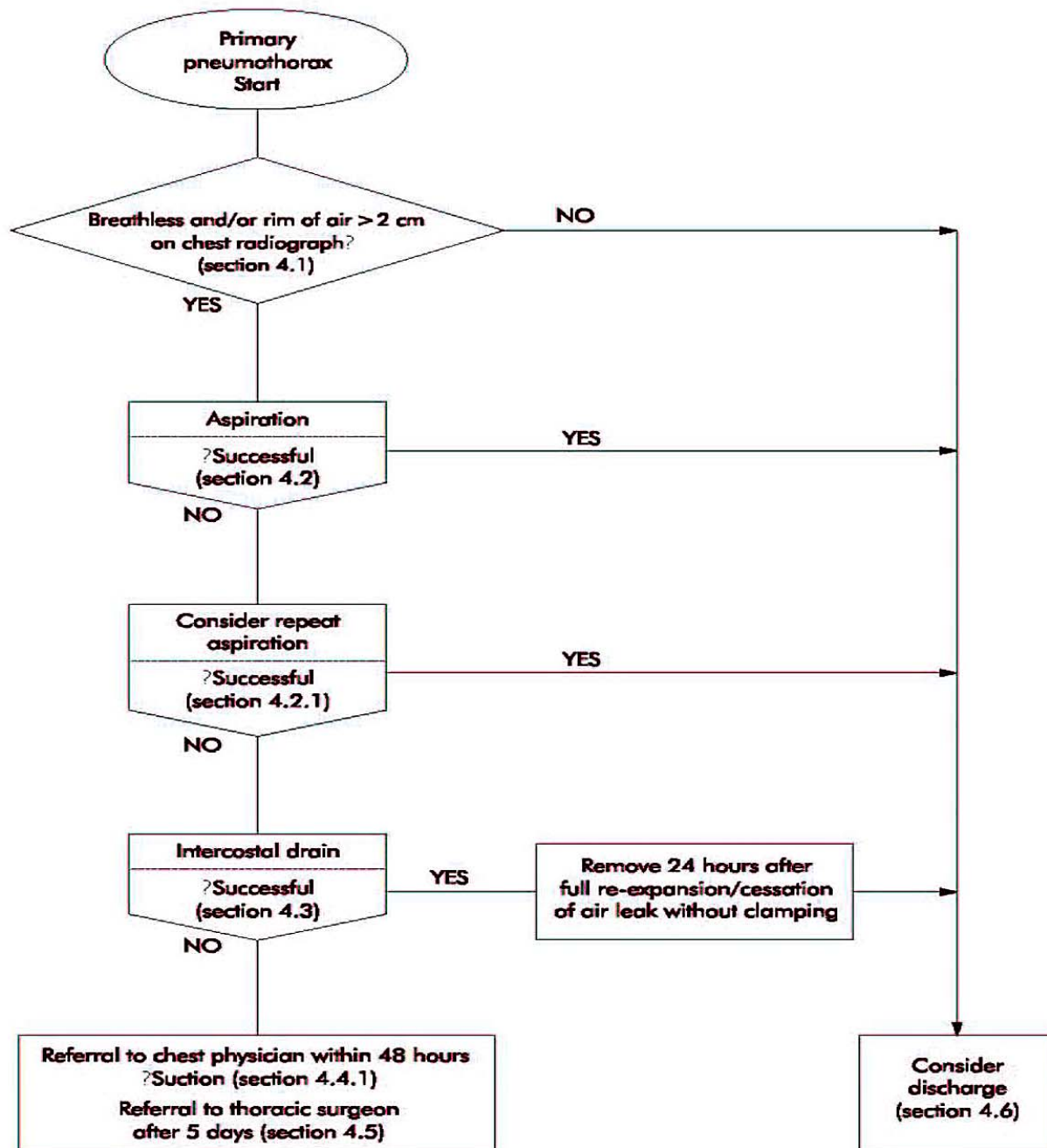


Figure 1 Recommended algorithm for the treatment of primary pneumothorax.

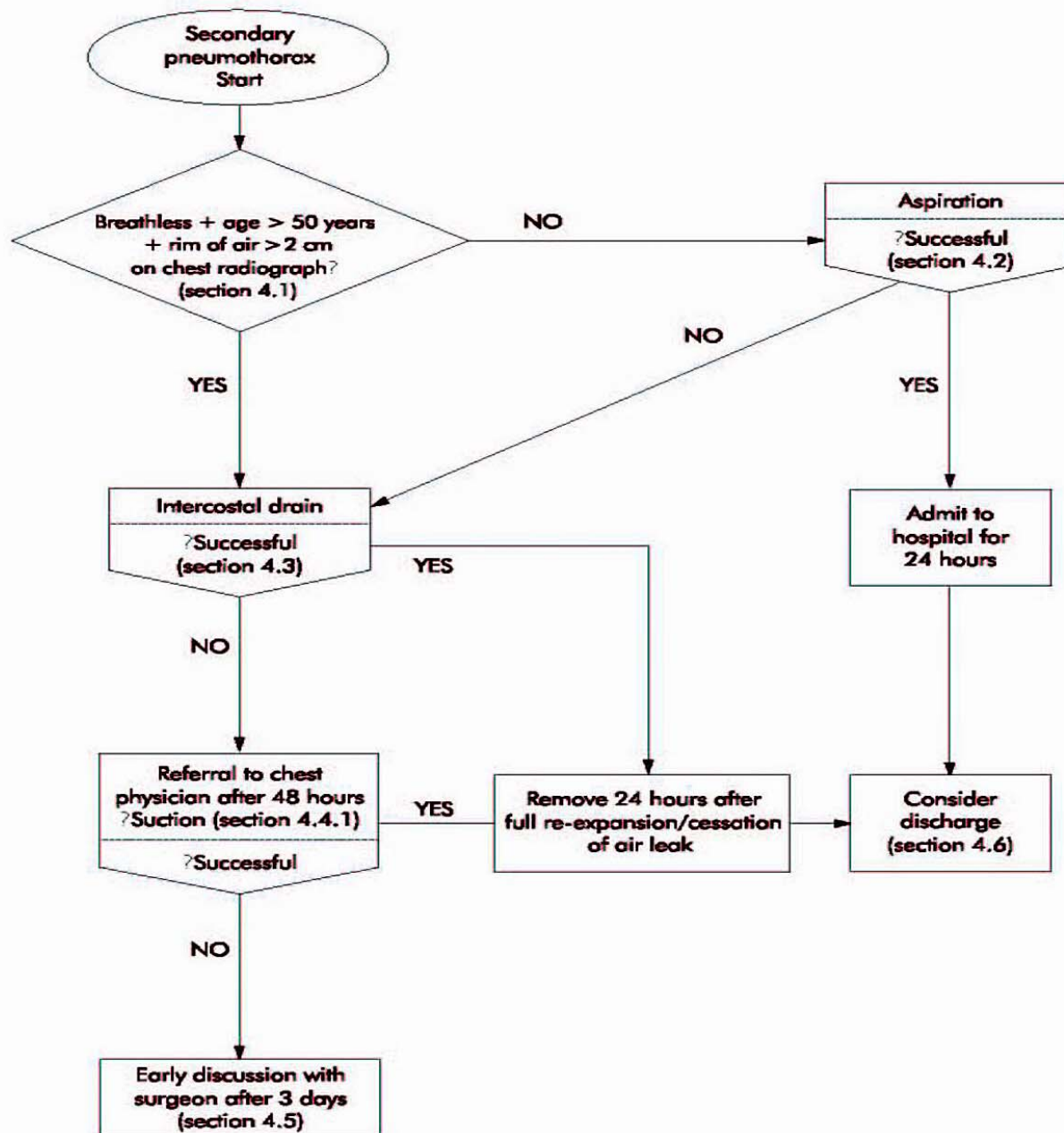


Figure 2 Recommended algorithm for the treatment of secondary pneumothorax.