



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI VIBO VALENTIA

Via Dante Alighieri 89900 Vibo Valentia - partita IVA 02866420793

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 1321/C DEL 17/09 /2013

Oggetto: Adozione "Protocollo per la pulizia, il lavaggio e la disinfezione degli strumenti e degli accessori endoscopici".

L'anno duemilatredecim il giorno 17 del mese Settembre il Commissario Straordinario, Dott.ssa Maria Pompea Bernardi, nominata con D.P.G.R. n. 1 del 4.01.2013 ha adottato la seguente deliberazione in merito all'argomento in oggetto.

Staff Direzione Aziendale
Ufficio Gestione Governo Clinico e Rischio Clinico

Sulla proposta si esprime parere di regolarità tecnico - procedurale

Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa Palma Grillo

Palma Grillo

**Il Responsabile Ufficio Gestione
Governo Clinico e Rischio Clinico**
Dott.ssa Palma Grillo

Palma Grillo

Il Commissario Straordinario

Premesso

- che il Settore Area LEA del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, con nota prot. n. 170713/Siar ha trasmesso l'esito di una "site visit" effettuata da un gruppo di lavoro regionale presieduto dal Prof. Italo Stroppa, presso il Servizio di Endoscopia del P.O. di Tropea;
- che il predetto gruppo di lavoro ha evidenziato diverse criticità, tra le quali anche la mancanza di adozione di specifiche procedure per il buon funzionamento del servizio;
- che l'Ufficio Gestione Governo Clinico e Rischio Clinico ha promosso l'elaborazione, da parte dei dirigenti medici afferenti al predetto Servizio di Endoscopia, dei seguenti documenti tecnici atti a tutelare la salute e la sicurezza di pazienti ed operatori, denominati:
 1. Guida ai servizi ospedalieri- carta di accoglienza-;
 2. Urgenze-Emergenze Endoscopiche nel paziente adulto- Percorsi e trattamenti";
 3. Protocollo per la pulizia, il lavaggio e la disinfezione degli strumenti e degli accessori endoscopici;
- **Ritenuto** di dover adottare i predetti documenti tecnici denominati:
 1. Guida ai servizi ospedalieri- carta di accoglienza-;
 2. Urgenze- Emergenze Endoscopiche nel paziente adulto-"Percorsi e trattamenti";
 3. Protocollo per la pulizia, il lavaggio e la disinfezione degli strumenti e degli accessori endoscopici

Tenuto conto dell'istruttoria redatta dal Responsabile del procedimento che attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto;

Su proposta del Responsabile dell'Ufficio Gestione Governo Clinico e Rischio Clinico formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla struttura interessata, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto;

Acquisito il parere del Referente Sanitario aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, per quanto di competenza;

Delibera

Per i motivi esposti in premessa, qui da intendersi integralmente riportati e trascritti:

- **di adottare** i seguenti documenti tecnici allegati al presente provvedimento, denominati:
 1. Guida ai servizi ospedalieri- carta di accoglienza-;
 2. Urgenze - Emergenze Endoscopiche nel paziente adulto - "Percorsi e trattamenti";

3. Protocollo per la pulizia, il lavaggio e la disinfezione degli strumenti e degli accessori endoscopici;

- di stabilire che:

- la responsabilità dell'applicazione della procedura allegata al presente provvedimento e della diffusione della stessa presso tutti gli operatori coinvolti compete al Responsabile del Servizio di Endoscopia;
- il Direttore del Dipartimento di Chirurgia è responsabile del controllo dell'applicazione della procedura allegata al presente provvedimento;
- il Responsabile della Struttura di Formazione Aziendale deve provvedere alla realizzazione delle iniziative di formazione;

Di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per l'Azienda;

Di notificare il presente atto esclusivamente per posta elettronica:

- al Responsabile del Servizio di Endoscopia per la diffusione agli operatori interessati;
- ai Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti Sanitari per dare ampia diffusione presso le strutture agli stessi afferenti e presso i Medici di Medicina Generale;
- al Direttore Sanitario del P.O. di Vibo Valentia;
- ai responsabili delle Direzioni Sanitarie dei PP.OO. di Serra S. Bruno e Tropea;
- all'U.O.A. Comunicazione e URP per l'adeguata informazione ai dipendenti dell'Azienda.

Letto, confermato e sottoscritto

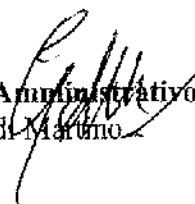
Il Referente Sanitario Aziendale

Dott. Michele Comito



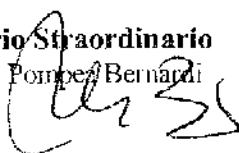
Il Direttore Amministrativo Aziendale

Dr. Gerardo di Martino



Il Commissario Straordinario

Dott.ssa Maria Pompei Bernardi



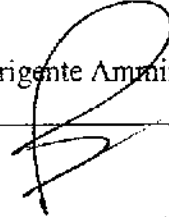
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione viene affissa all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria in data
____ / ____ / 2013 e vi resterà per 15 giorni consecutivi.

17 SET 2013

Vibo Valentia ~~17 SET 2013~~ / 2013

Il Dirigente Amministrativo



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo.

Vibo Valentia ~~17 SET 2013~~ / 2013

Il Dirigente Amministrativo



REGIONE CALABRIA

Azienda Sanitaria Provinciale - Via S. Barbara
90100 Vibo Valentia - Dipartimento Diagnostica e Chirurgia
Dr. A. Giamberini - Dr. V. Giamberini - Dr. L. L'Abbate



LOGGIONE - EMERGENZE

LABORATORIO

DEPARTMENTO DI DIAGNOSTICA E CHIRURGIA

DEPARTMENTO DI DIAGNOSTICA E CHIRURGIA

SOMMARIO

- Generalità.....pag 1
- Emorragie digestive acute.....pag 5
- Percorsi sulla gestione pre-endoscopica
del paziente con emorragia digestiva alta (EDA).....pag 10
- EDA non variceale.....pag 11
- EDA variceale.....pag15
- Emorragie del tratto digestivo inferiore.....pag 21
- Lesioni da caustici.....pag 23
- Corpi estranei..... pag 30

GENERALITA'

DEFINIZIONI

Emergenza	Condizione che richiede un intervento endoscopico il prima possibile (entro 2- 6 ore)
Urgenza	Condizione che richiede un intervento endoscopico entro 12 – 24 ore
Urg. Differibile	Condizione che richiede un intervento endoscopico entro 24 – 48 ore

Paziente a rischio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paziente con comorbidità importante (cardiopatía, pneumopatía, neuropatía, cirrosi epatica, insufficienza renale, neoplasia in progressione). ➤ Paziente con coagulopatía o in terapia anticoagulante o in doppia antiaggregazione. ➤ Paziente obeso. ➤ Paziente anziano (> 65 anni). ➤ Paziente con emorragia ed instabilità emodinamica. ➤ Paziente con emorragia digestiva ed instabilità emodinamica corretta. ➤ Paziente con ingestione di corpo estraneo. ➤ Paziente con ingestione di caustici. ➤ Paziente psichiatrico o con stato d'ansia marcato
<p>Per i pazienti a rischio si rende necessaria L'assistenza anestesologica in corso di endoscopia</p>	

GESTIONE DEL PAZIENTE

La gestione del paziente con urgenza-emergenza endoscopica è **multidisciplinare** e coinvolge diverse figure professionali:

- Medico di P.S.
- Anestesista-rianimatore
- Endoscopista-gastroenterologo
- Radiologo-interventista
- Chirurgo
- Internista

Le procedure di endoscopia digestiva seppur invasive possono in generale essere considerate, in assenza di gravi patologie associate, sicure, esenti da particolari rischi e gestite direttamente dall'endoscopista con il supporto di semplici apparecchi di monitoraggio.

Esistono tuttavia **situazioni di alto rischio clinico** o **tipologie di pazienti** in cui il supporto della figura professionale dell'anestesista-rianimatore nella gestione e nel controllo delle funzioni vitali del paziente è fondamentale ed irrinunciabile.

Situazioni di alto rischio clinico :

- Pazienti acuti con presenza di criteri di severità (età avanzata, instabilità emodinamica, ipertensione portale, trattamento anticoagulante, comorbilità) in grado di condizionare la prognosi e le complicanze.

Tipologie di pazienti :

- Pazienti psichiatrici e non collaboranti.
- Procedure endoscopiche particolarmente complesse o invasive.
- Esplicita richiesta del paziente di sedazione profonda.
- Pazienti pediatrici.

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Accurata **anamnesi** atta a rilevare il rischio :

- Cardiologico/circolatorio
- Respiratorio
- Epato-renale
- Turbe della coagulazione endogene e/o indotte
- Neurologico

Esame **clinico** :

- Età
- Obesità
- Anemia
- Stato circolatorio

Classificazione del paziente in una **categoria di rischio (ASA)** da incrociare con il tipo di **invasività** della procedura di cui l'elemento sicuramente più importante è la **durata della stessa** (più alto il tempo ipotizzabile della procedura, più alto il rischio).

Classificazione ASA	
Classe I	Paziente in buona salute
Classe II	Patologia sistemica di media entità
Classe III	Patologia sistemica di severa entità , stabilizzata
Classe IV	Patologia sistemica di severa entità con rischio di vita costante
Classe V	Paziente moribondo con aspettativa di vita < 24 h indipendentemente dall'intervento
La condizione clinica di urgenza aumenta di per sé il rischio complessivo	

EMORRAGIE DIGESTIVE ACUTE

INTRODUZIONE

L' **incidenza** delle emorragie digestive acute è stimata in 100 nuovi casi / anno / per un bacino d'utenza di 100.000 persone.

L'effettuazione degli accertamenti endoscopici nei pazienti affetti da emorragia gastrointestinale acuta richiede un **impegno organizzativo rilevante** in quanto :

- Si tratta frequentemente di procedure eseguite in emergenza/urgenza.
- Molte delle procedure sono operative.
- Le procedure sono spesso eseguite in pazienti con quadri clinici impegnativi (anziani con rilevanti patologie associate).
- La mortalità complessiva per l'evento emorragico acuto gastrointestinale rimane, nonostante i progressi compiuti intorno al 5 %.

VALUTAZIONE INIZIALE

AL PRONTO SOCCORSO

Discriminare il tipo di sanguinamento (ematemesi, melena, rettorragia) e valutarne l'entità

Esplorazione rettale e posizionamento di sondino naso-gastrico (utile per informazioni preliminari e per effettuare eventualmente wash-out per endoscopia in urgenza).

Acquisizione e **monitoraggio parametri vitali** (PA, FC, diuresi)

Posizionamento di **ago-cannula** ed esecuzione di **esami ematochimici** (emocromo, piastrine, tempi di protrombina e tromboplastina parziale, azotemia, creatinina, glicemia, gruppo sanguigno con prove di compatibilità) e **terapia infusioneale** (emostatici, IPP, eventuali farmaci vasoattivi).

Effettuazione di **ECG** ed emogasanalisi (ove necessario)

Il paziente emodinamicamente instabile (tachicardico/ipoteso) **deve essere prima stabilizzato e solo dopo potrà eseguire EGDS** (FC < a 100 bpm ; PA sistolica > a 90).

Se i tentativi di stabilizzazione risultano infruttuosi la EGDS dovrà essere eseguita anche a paziente instabile , il razionale è che l'efficacia del trattamento endoscopico possa contribuire a raggiungere la stabilità emodinamica.

Per i pazienti stabili e **scoagulati** (con INR oltre 2,5 – 3) è opportuno **correggere l'INR** anche somministrando durante la fase di stabilizzazione emodinamica vit.K ev e plasma (in alcuni casi può rendersi necessario l'utilizzo del complesso protrombinico – Protromplex).

La EGDS può essere effettuata, in casi eccezionali, anche in pazienti con INR oltre 2,5 – 3 , quando i tentativi di stabilizzazione risultano infruttuosi.

Fattori predittivi di emorragia attiva :

- Sangue fresco nel sondino naso-gastrico
- Instabilità emodinamica
- Livelli di emoglobina < 8 gr / dl
- Conta bianchi > 12.000 / mc

In assenza di questi quattro fattori la probabilità di emorragia attiva è pari a zero

TIMING ENDOSCOPICO

Vi è accordato che il **momento ottimale per eseguire l'esame endoscopico**

- Nei pazienti ad alto rischio.
- Quando si sospetti che il sanguinamento continui.
- Quando si sono verificate grosse perdite ematiche.
- In presenza di un sospetto sanguinamento da varici.
- In presenza di una difficile stabilizzazione emodinamica.

Sia il prima possibile

Fatta salva la necessità di dare la **precedenza agli interventi di rianimazione/stabilizzazione** del paziente qualora siano necessari.

SCORE DI BLACHFORD

Score clinico pre-EGDS per la valutazione del paziente emorragico e la stratificazione del rischio

Alla presentazione		Punti
Pressione sistolica	100 – 109 mm Hg	1
	90 – 99 mm Hg	2
	< 90 mm Hg	3
Azotemia (mg/dl)	>18 < 22	2
	> 22 < 28	3
	> 28 < 70	4
	>70	6
HB	12-12,9 g/dl uomini ; 10-11,9 g/dl donne	1
	10-11,9 g/dl uomini	3
	< 10	6
Altre variabili	FC > 100	1
	Melena	1
	Sincope	2
	Epatopatie	2
	Insufficienza cardiaca	2
Totale punteggio		0 – 23
0 = basso rischio ; 23 = rischio altissimo		

**PERCORSI SULLA GESTIONE
PRE-ENDOSCOPICA DEL PAZIENTE
CON EMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
(EDA)**

EDA NON VARICEALE

TERAPIA MEDICA

Per i pazienti con emorragia digestiva a sospetta genesi ulcerosa/peptica è fortemente indicato iniziare, prima dell'esecuzione di EGDS , l'infusione di IPP ev.

ES. : Omeprazolo 80 mg in bolo lento , seguite da infusione continua al dosaggio di 8 mg / h / 24 ore.

L'uso precoce di IPP anche pre-endoscopico riduce i sanguinamenti attivi ed il rischio di rebleeding

TERAPIA ENDOSCOPICA

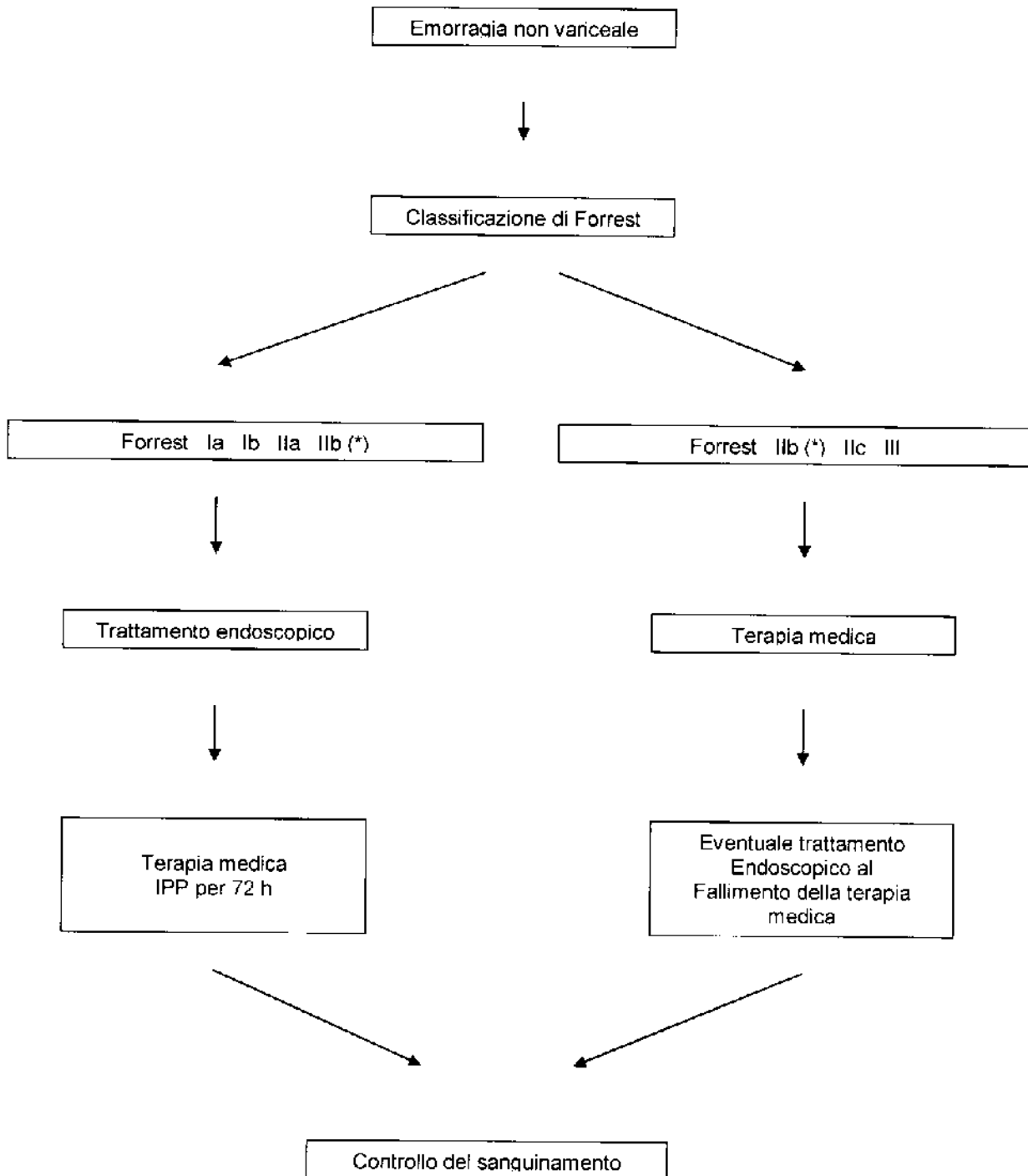
Nel corso dell'esame endoscopico, l'endoscopista valuta la lesione (Score di Forrest) ed effettua l'adeguato trattamento (iniettivo, meccanico, termico e/o combinato).

Dopo l'esecuzione dell'esame endoscopico, in associazione con le informazioni derivate dalla valutazione clinica, l'endoscopista può valutare il **rischio di mortalità** del paziente ed il **possibile risanguinamento**.

Score di Forrest				
Classe	Aspetto della lesione	Trattamento	Rebleeding	Mortalità
I a	Sanguinamento a getto	Endoscopico	55 %	13 %
I b	Sanguinamento a nappo	Endoscopico	55 %	13 %
II a	Vaso visibile sul fondo dell'ulcera	Endoscopico	43 %	11 %
II b	Coagulo adeso al fondo dell'ulcera	Da valutare	22 %	7 %
II c	Ematina al fondo dell'ulcera	Medico	10 %	3 %
III	Ulcera con fondo fibrinoso	Medico	5 %	2 %

Ulcere in posizione duodenale posteriore o curvatura gastrica inferiore sono ritenute a maggior rischio di rebleeding, così come le ulcere di diametro > di 2 cm e con sanguinamento attivo.

ALGORITMO DELLE EMMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI NON VARICEALE



EDA VARICEALE

INQUADRAMENTO E DECORSO DELL'EDA DA VARICI

- Manifestazione clinica : **ematemesi** con sangue fresco
- L'emorragia da varici è un **evento intermittente** con durata totale di 8 – 10 ore
- Il sanguinamento si **interrompe spontaneamente in circa il 50 %** dei pazienti
- La **mortalità immediata** per sanguinamento non controllato è circa del **5 – 8 %** e si verifica entro 24 – 48 ore
- I pazienti che sopravvivono ad una emorragia variceale, se non trattati, hanno un **rischio del 60 % di nuovo sanguinamento**
- Circa metà dei risanguinamenti si verifica entro 5 – 7 giorni
- Il **rischio di risanguinamento** rimane **elevato nelle prime 2 settimane** e poi diminuisce gradualmente
- Il **risanguinamento precoce** è significativamente correlato ad **alti indici di decesso**
- L'impostazione di una **terapia con beta bloccanti** non selettivi e dell'eradicazione mediante **legatura endoscopica** è fortemente raccomandata nella **prevenzione del sanguinamento variceale**.

PRONTO SOCCORSO

- 1) Valutazione dell'entità dell'emorragia, dello stato emodinamico e trattamento.
- 2) Predisposizione per l'esecuzione di esame endoscopico Urgente / Emergente.

<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione anamnestica, clinica e laboratoristica.
<ul style="list-style-type: none"> • Misure idonee per assicurare la pervietà delle vie aeree atte ad evitare la bronco-aspirazione ed inalazione, fino alla intubazione oro-tracheale.
<ul style="list-style-type: none"> • Stabilizzazione emodinamica : infusione delle perdite ematiche stimate in modo da riportare l'ematocrito fra il 25 ed il 30 % e la Hg fra 7 e 8 g % evitando overtrasfusioni per evitare rialzo della pressione portale.
<ul style="list-style-type: none"> • L'utilizzo del sondino naso-gastrico è discusso. Può essere utile nella prevenzione dell'ab-ingestis.
<ul style="list-style-type: none"> • Come ponte per qualsiasi successivo trattamento, qualora l'endoscopia fosse controindicata per l'instabilità del paziente, è il posizionamento di una sonda di Blackmore per un periodo di 48 ore.
<ul style="list-style-type: none"> • I farmaci vasoattivi (terlipressina, somatostatina, octreotide) vanno impiegati immediatamente nel sospetto di una emorragia variceale.
<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotico-profilassi con antibiotici ad ampio spettro.
<ul style="list-style-type: none"> • Richiesta di endoscopia in emergenza/urgenza a seconda della gravità e dell'andamento clinico.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

<p>Il trattamento farmacologico con FARMACI VASOATTIVI è di facile applicazione deve essere <u>iniziato precocemente già prima dell'esame endoscopico</u></p>	<p>Teripressina (previa valutazione ECG ed anamnestica per ischemie miocardiche o cerebrali o arteriopatia obliterante) somministrata al: dosaggio iniziale di 2 mg ev in bolo ultralento e successivi boli di 1 mg ogni 4 – 6 ore fino al termine del sanguinamento.</p>
	<p>Somatostatina somministrata al dosaggio di 1 – 3 boli di 250 mcg (anche 500 mch in caso di active bilding) e l' infusione continua alla velocità di 250 – 500 mcg / ora.</p>
	<p>Octreotide bolo iniziale di 50 mcg e poi infusione continua di 25 – 50 mcg / ora.</p>
<p>L'infezione batterica è riscontrabile nel 35-66 % dei pazienti ospedalizzati con emorragia da varici esofagee e pertanto la PROFILASSI ANTIBIOTICA E' OBBLIGATORIA.</p>	<p>Chinolonici : Norfloxacina al dosaggio di 400 mg due volte al giorno per 7 gg. (anche per sondino n.g.)</p>
	<p>Ciprofloxacina 1 g / die qualora fosse necessario intervenire con antibiotici ev</p>
	<p>Cefalosporine di ultima generazione (1 g x 2 / die).</p>

TERAPIA ENDOSCOPICA

VARICI ESOFAGEE

Due sono i trattamenti endoscopici effettuabili :

- **LA TERAPIA SCLEROSANTE** , oggi meno utilizzata, ha comunque ancora un ruolo soprattutto nel trattamento dell'evento emorragico acuto massivo, dove la grande quantità di materiale ematico riduce la visione anche per la presenza del "cap" del legatore.
- **LA LEGATURA ELASTICA** eseguita in urgenza per tamponare l'emorragia in atto; poi ogni 2 – 4 settimane fino alla eradicazione variceale. Successivi controlli endoscopici ogni 6 mesi.

Al termine della procedura endoscopica il paziente deve osservare:

- Diggiuno per solidi e liquidi per 24 ore.
- Quindi ripresa dell'alimentazione mediante dieta liquida fredda per le 24 – 48 ore successive.
- Passare poi ad una dieta semiliquida fredda per 48 - 72 ore e quindi una dieta regolare.

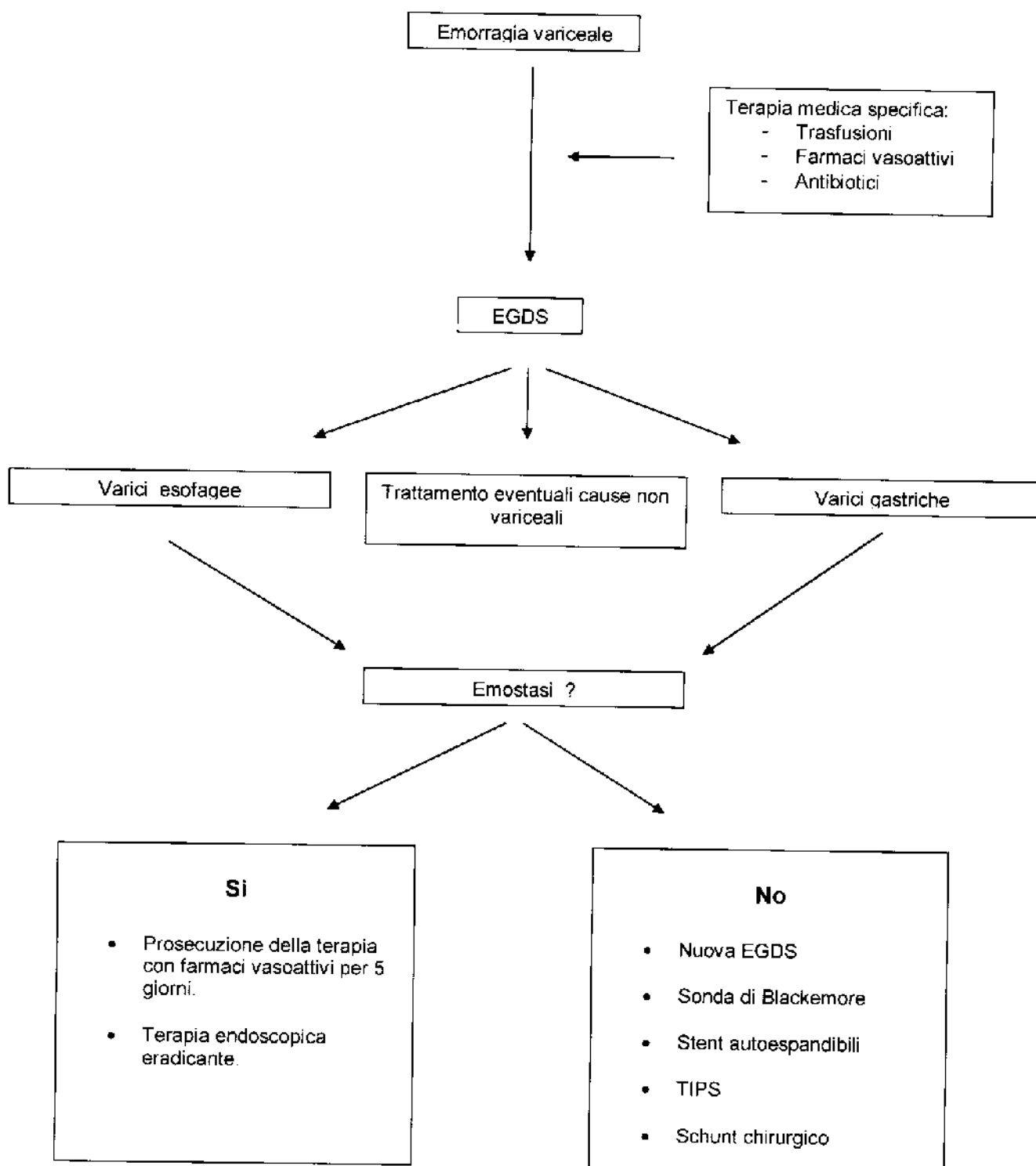
VARICI DEL FONDO GASTRICO

Iniezione di cianoacrilato (**Glubran**) / legatura elastica.

TERAPIA DI SALVATAGGIO DEI FALLIMENTI DI EMOSTASI ENDOSCOPICA

- ✓ E' possibile un secondo tentativo endoscopico se le condizioni del paziente lo consentono.
- ✓ Sonda di Sengstaken – Blackemore per 24 – 48 ore.
- ✓ Trattamento radiologico – operativo (TIPS).
- ✓ Posizionamento di uno stent rivestito auto – espandibile per via endoscopica

ALGORITMO DELLE EMORRAGIE VARICEALI



EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE

EVIDENZE

Le lesioni che possono determinare una emorragia digestiva inferiore sono :

- Diverticolosi
- Angiodisplasie
- Neoplasie
- Coliti (ischemiche, infettive, da radiazioni, ulcerosa, Crohn)
- Patologie ano – rettali (emorroidi, fistole, ragadi, ulcera solitaria del retto).

Il 90 % dei sanguinamenti è autolimitante

L'endoscopia è il primo accertamento diagnostico nel paziente con emorragia digestiva inferiore

Di norma la rettorragia o la enterorragia non sono indicazioni all'esecuzione di un esame endoscopico in emergenza e/o urgenza ma in urgenza differibile (entro 48 ore) anche per le evidenti difficoltà tecniche e limitazioni dovute alla mancata e/o ridotta preparazione intestinale

L'esame endoscopico va eseguito il prima possibile :

- Nei pazienti ad alto rischio (ASA III o IV) ovvero pazienti con età > 60 anni, PA < 100 mm Hg, frequenza cardiaca > 100 bt./min. , valori di emoglobina < 10 g / dl , comorbidità.
- Nel sospetto che il sanguinamento continui
- Nel caso si siano verificate grosse perdite ematiche
- In caso di difficile stabilizzazione emodinamica

LESIONI DA CAUSTICI

GENERALITA'

- Le lesioni da caustici possono essere determinate da acidi o basi forti (valori di pH inferiori a 2 o superiori a 12) e dai cosiddetti ossidanti.
- I caustici sono in grado di provocare lesioni di vario grado caratterizzate da intensa flogosi chimica a carico delle pareti dei visceri cavi con possibile tendenza alla necrosi, transmuralizzazione e perforazione.
- Il danno si verifica entro alcuni minuti dall'ingestione
- La perforazione del viscere è l'evento più temibile e potenzialmente letale per il paziente.

CAUSTICI PIU' COMUNI				
categoria	Sostanza chimica	Nome comune	uso	Modalità lesive
ACIDI FORTI	Acido solforico	Vetriolo	Batteie – detergenti	Stomaco/Esofago: Disidratazione Necrosi coagul. Escare
	Acido cloridrico	Acido muriatico	WC	
	Acido nitrico	Acquaforte	Deterg.WC sanitari	
	Acido fosforico		Detergenti metalli	
	Acido ossalico		Deterg.WC antirug.	
BASI FORTI	Idrossido sodio	Soda caustica	Lavastoviglie e altr.	Stomaco/Esofago: Denaturazione prot Necrosi colliquativa transmuralizzazione
	Idrossido potassio	Potassa (lisciva)	Lavastoviglie e altr.	
	Idrossido ammonio	Ammoniaca	Detergenti domestici.	
AGENTI OSSIDANTI	Ipclorito di sodio	Candeggina	Sbiancante	Disidratazione Necrosi
	Perossido idrogeno	Acqua ossigenata	Sbiancante/disinfet.	
	Permanganato potassio			

La **gravità delle lesioni** dipende da una serie di fattori sia della sostanza che del paziente:

- Potere corrosivo intrinseco della sostanza , pH.
- Concentrazione.
- Tipo di preparazione commerciale (liquida, solida, granulare, in pasta).
- Modalità di ingestione (volontaria o accidentale).
- Quantità ingerita.
- Stato di ripienezza gastrica (la presenza di cibo può diluire la sostanza caustica e/o ridurre il contatto con la mucosa gastrica).

Nelle **ingestioni accidentali** le lesioni sono solitamente limitate all'orofaringe, perché il paziente tende ad interrompere la deglutizione ed a espellere la sostanza.

Nelle **ingestioni volontarie**, l'atto deglutitorio forzato consente un rapido transito esofageo con conseguenti lesioni più gravi.

Il **vomito (spontaneo o provocato)** determina un secondo passaggio della sostanza caustica in esofago peggiorando il quadro e le lesioni e pertanto va evitato.

I caustici provocano **effetti locali**, limitati alla sede di contatto mucoso, fanno eccezione l' **ACIDO FLUORIDRICO** e l'**ACIDO FOSFORICO** ; il primo, in particolare, ha un'**azione tossica sistemica** dovuta alla capacità di chelare il calcio ionizzato plasmatici con grave ipocalcemia e conseguenti fibrillazioni ventricolari e neuromuscolari.

GESTIONE DEL PAZIENTE

Il **trattamento è multidisciplinare** coinvolgendo diversi specialisti : medico di PS, tossicologo, anestesista-rianimatore, radiologo, endoscopista e chirurgo.

1) FASE DI ACCETTAZIONE (in Pronto Soccorso)

(medico di PS – rianimatore – tossicologo)

- Esame obiettivo
- Esami ematochimici
- ECG
- Non provocare il vomito
- Emogasanalisi
- Nel caso di lesioni orofaringee o laringee severe, valutazione ORL
- Cortisonici in presenza di dispnea, intubazione tracheale / tracheotomia in caso di interessamento laringeo con grave difficoltà respiratoria
- Ricerca tossicologica da un campione di sostanza o da etichetta
- In caso di shock o perforazione invio del paziente in terapia intensiva ed intervento chirurgico

Markers di gravità lesionale : leucocitosi ed acidosi metabolica

Markers di mortalità : ingestione di acidi forti, presenza alle endoscopia di ulcere gastriche profonde e segni di necrosi.

1) FASE DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE :

a) Radiologica per l'esecuzione di RX collo-torace-addome standard.

Altre indagini con mezzo di contrasto idrosolubile (gastrografin) o mediante TC sono riservate ai pazienti con sospetta perforazione in atto.

b) Endoscopica

- L'esame endoscopico deve essere effettuato il **più precocemente possibile** (entro 12 ore).
- Compito fondamentale dell'esame endoscopico è quello di aiutare a stabilire se il trattamento deve essere conservativo o chirurgico.
- La **perforazione** in atto (torace e/o addome) costituisce una **controindicazione assoluta** all'esame endoscopico.
- Un limite dell'esame endoscopico è il **pericolo di complicanze iatrogene** sia nel corso del primo esame (urgente) ma soprattutto nel corso degli esami eseguiti nei giorni successivi.
- Un "second look" con assistenza anestesiológica può essere effettuato: a) Quando il primo esame sia stato non accurato o incompleto. b) Quando sia necessaria una valutazione pre-operatoria in quei pazienti con peggioramento del quadro clinico e di dati di laboratorio.

TERAPIA

Si possono distinguere tre tipi fondamentali di strategie terapeutiche in base alla gravità delle lesioni		
CLASSIFICAZIONE ENDOSCOPICA DELLE LESIONI SEC. ZARGAR		TRATTAMENTO
Grado	Tipo di lesione	
I	Edema ed iperemia della mucosa	Senza compromissione sistemica: solo terapia medica di supporto e controlli endoscopici ravvicinati.
2 a	Ulcere superficiali, erosioni, friabilità, essudati, emorragie, membrane biancastre.	Sono i più problematici (rischio perforazione): monitoraggio ed attenta valutazione dei segni biomorali di severità. Eventuale ripetizione a breve (in ambiente protetto) della stadiazione clinico-endoscopica. Valutazione chirurgica (prevenzione perforazione).
2 b	Come il 2 a più ulcerazioni discretamente profondo o interessanti la parete del viscere in modo circonferenziale.	
3 a	Aree di necrosi piccole e disseminate	Con segni biomorali di sofferenza sistemica e con alta possibilità di perforazione sono da indirizzare ad una tempestiva esplorazione chirurgica.
3 b	Necrosi estesa	

TERAPIA MEDICA

- SUPPORTO NUTRIZIONALE EV (NTP)
- ANTISECRETIVI (IPP) ed ANTIACIDI (sucralfato 1g 30-50 ml di acqua due volte al di).
- ANTIBIOTICI
- STEROIDI (prednisone) da non usare nelle forme ad alto rischio di perforazione.

NOTE :

GRADO 1: i pazienti con lesioni endoscopiche di grado lieve (Grado 1) presentano generalmente un quadro clinico modesto o silente e tendono alla guarigione senza reliquati. In questi pazienti è prevedibile una ripresa precoce dell'alimentazione orale e la dimissione dopo pochi giorni di ricovero. Può essere indicato un controllo endoscopico a distanza di 2-3 settimane in caso di persistenza di sintomi.

GRADO 2a/2b: pazienti con lesioni di grado intermedio (Grado 2a e 2b) sono maggiormente esposti al rischio di possibili complicanze. In questi casi è indicato il ricovero in ambiente medico e (in caso di evoluzione clinica peggiorativa durante la degenza), può essere considerata l'eventualità di un "second look" endoscopico, rivalutando l'opportunità di avviare il paziente ad un percorso chirurgico.

GRADO 3a: i pazienti con lesioni endoscopiche di Grado 3a presentano di norma un quadro clinico grave ed un alto rischio di complicanze: in questi casi è opportuno il ricovero in ambiente semintensivo o intensivo. Può essere giustificato il ricorso alla chirurgia esplorativa (laparoscopia, mediastinoscopia, laparotomia). La comparsa di complicanze maggiori (emorragia, perforazione) rende necessario l'intervento chirurgico resettivo.

GRADO 3b: i pazienti con lesioni di Grado 3b (necrosi estesa) devono essere avviati tempestivamente al trattamento chirurgico per l'altissimo rischio di perforazione connaturato a questo tipo di lesioni. La perforazione viscerale gastrica o duodenale, ma soprattutto esofagea rappresenta il fattore maggiormente correlato alla mortalità precoce del paziente. In conclusione: "La perforazione deve essere prevista e non attesa".

EGDS A 2-3 SETTIMANE: mentre le lesioni di Grado 1 guariscono generalmente senza esiti, le lesioni di Grado 2 e 3 trattate conservativamente sono esposte ad un rischio crescente, in proporzione alla gravità, di sviluppare stenosi cicatriziale. La stenosi si sviluppa a partire da 2 settimane dopo l'ingestione. Questi pazienti dovrebbero pertanto essere sottoposti ad EGDS di controllo a 2-3 settimane dall'evento acuto. In caso di stenosi il trattamento potrà essere endoscopico o chirurgico.

CORPI ESTRANEI

MANAGEMENT DIAGNOSTICO

La gestione del paziente con corpo estraneo coinvolge diverse figure professionali :

- Medico di PS
- Endoscopista
- Radiologo
- Chirurgo
- Anestesista-rianimatore
- Pediatra

Inoltre la problematica dei corpi estranei faringo-esofagei può essere anche di pertinenza ORL

Il percorso diagnostico corretto di fronte ad un paziente con C.E. comprende :

- Anamnesi accurata con richiesta dettagliata della descrizione del corpo estraneo e dell'ora dell'ultimo pasto.
- Valutazione dei sintomi e dei segni obiettivi : scialorrea, ematemesi, dolore toracico o addominale, dispnea , crepitio sottocutaneo da enfisema e/o segni di peritonismo (grave), segni sdi occlusione intestinale.
- Valutazione radiologica : RX-collo-torace-addome (A.-P. e L.-L.); utilizzo di gastrografin se il corpo estraneo è radiotrasparente; T.C. in caso di sospetta perforazione.
- Endoscopia con asportazione del corpo estraneo nei casi indicati.
- Osservazione continua compreso il controllo delle evacuazioni.

TIPOLOGIE

<p><u>TIPOLOGIE DEI CORPI ESTRANEI</u></p>	<p>1) Corpi estranei di forma liscia :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boli alimentari - Monete - Batterie - Sassi - Biglie - Denti - Magneti - Bezoari - Contenitori di droga
	<p>2) Corpi estranei vulneranti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aghi e spille - Spine di pesce - Ossi - Parti di giocattoli - Clips - Ami da pesca - Lamette - Posate
	<p>3) Corpi estranei di derivazione iatrogena :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protesi dislocate - Componenti di PEG - Apparecchi odontoiatrici - Videocapsule - Spugne di cellulosa o palloncini gastrici
<p><u>TIPOLOGIE DEI PAZIENTI</u></p>	<p>1) Bambini Massima incidenza tra i 6 mesi e 6 anni. Da trattare in idonei ed attrezzati centri.</p>
	<p>2) Adulti Gli anziani, specie se edentuli sono particolarmente a rischio. Fattori predisponenti possono essere i disturbi deglutitivi da neuropatia e la presenza di patologie esofagee sub-stenosanti anche misconosciute. Altri soggetti a rischio sono i pazienti con disturbi neuropsichiatrici, i detenuti, i tossicodipendenti ed i contrabbandieri di droga.</p>

INDICAZIONI E TIMING DELLA RIMOZIONE ENDOSCOPICA

L'operazione della **rimozione in urgenza** di un corpo estraneo dipende dalla sua **tipologia** (vulnerante o non vulnerante/tossico), dalle sue **dimensioni** e dalla sua **sede di arresto** (esofago, stomaco, duodeno o altre sedi).

**NEL CASO DI COMPRESSIONI E/O OSTRUZIONI E/O TOSSICITA'
L'INDICAZIONE ALLA ESTRAZIONE ENDOSCOPICA E' ASSOLUTA E RIVESTE CARATTERE
D'URGENZA.**

L'esame endoscopico per l'estrazione del corpo estraneo va **effettuato in idonea sala endoscopica** attrezzata per anestesia generale o **in sala operatoria** e l'equipe coinvolge oltre all'endoscopista e all'infermiere di endoscopia, l'**anestesista** con relativo personale di supporto ed in casi selezionati per rischio anche il chirurgo.

E' indicata l'estrazione in urgenza (talvolta differibile) di qualunque corpo estraneo se questo è **localizzato in esofago**.

In caso di corpo estraneo in **sede gastrica** o duodenale bisogna provvedere alla **rimozione urgente** se trattasi di corpi estranei che **possono causare lesioni** (CE acuminati e/o taglienti) o corpi estranei responsabili di **complicanze ostruttive** (per dimensioni) o **complicanze tossiche**.

Nei corpi estranei a **sede gastrica**, una **condotta di attesa** va seguita nel caso di:

- Corpi estranei smussi
- Di dimensioni inferiori ai 2,5 cm
- Non potenzialmente lesivi.

Questi corpi estranei possono transitare attraverso il piloro ed essere eliminati spontaneamente (97%).
Si effettuano radiografie per controllare la regolare progressione del CE, viene consigliata una dieta regolare e la ricerca del CE nelle feci.

L'asportazione endoscopica (urgenza differita) dei corpi estranei gastrici smussi, poco voluminosi e non "pericolosi", si pone nei soggetti affetti da patologie del tenue e/o del colon note tali da limitare il transito spontaneo del corpo estraneo.

CORPI ESTRANEI ESOFAGEI : ESEMPI PARTICOLARI

<p>Monete</p>	<p>Frequenti nei piccoli pazienti.</p> <p>Si bloccano frequentemente a livello dell'esofago cervicale.</p> <p>Se la moneta presenta un bordo rilevato può essere estratta con una <u>pinza dentata</u> , mentre se ne è priva è opportuno utilizzare una <u>pinza da presa con bordi gommati</u> .</p>
<p>Protesi dentarie</p>	<p>Le protesi dentarie parziali, soprattutto se provviste di ganci acuminati, devono essere rimosse mediante un tubo di protezione (<u>overtube</u>) , si prestano a tale scopo le <u>pinze dentate</u> , le <u>anse da polipectomia</u> , i <u>cestelli di Dormia</u> .</p>
<p>Frammenti ossei</p>	<p>I frammenti ossei o le lische di pesce tendono in genere ad ancorarsi trasversalmente nell'esofago. In alternativa all'<u>overtube</u> può essere utilizzato un <u>cappuccio di protezione</u> per corpi estranei applicato all'estremità dell'endoscopio (ribaltato in alto sullo strumento al momento dell'introduzione).</p> <p>Si deve disincagliare dalla parete esofagea con molta cautela, utilizzando una <u>pinza da corpi estranei</u> , una estremità del corpo estraneo attirandola così all'interno del cappuccio (il passaggio dello strumento a livello del cardias favorisce il ribaltamento in basso del cappuccio sul corpo estraneo, coprendolo completamente).</p>

CORPI ESTRANEI GASTRICI : ESEMPI PARTICOLARI

Mini batterie	Devono essere estratte immediatamente per il rischio di intossicazione . Le batterie al litio di nuova generazione vanno rimosse urgentemente per il rischio di lesioni mucose da folgorazione .
Biglie e similari	Rimozione immediata per pericolo di liberazione di coloranti e di sostanze chimiche. Può essere utilizzato <u>cestello di Dormia</u> con <u>overtube</u>
Spilli	Per il recupero può essere utilizzata o una <u>pinza da corpi estranei</u> o un'ansa da <u>polipectomia</u> . Lo spillo deve essere afferrato subito sotto la testa. L'uso dell' <u>overtube</u> protegge dal rischio di lesioni nel passaggio in esofago. Qualora si utilizzi l'ansa per la rimozione, questa viene fatta fuoriuscire per un buon tratto dall'endoscopio per garantire allo spillo una maggiore libertà di movimento e minimizzare il rischio di lesioni esofagee.
Spille da balia	Sono in genere aperte ed oggetto di ingestione volontaria (detenuti). La rimozione endoscopica è possibile soltanto tramite un <u>lungo "overtube"</u> all'interno del quale con una <u>pinza a denti</u> viene ritirata ed estratta. In alternativa va utilizzato un <u>cappuccio di protezione</u> per corpi estranei.
Lamette da barba	Di solito ingerite spezzate in due (detenuti o pazienti psichiatrici). L'estrazione avviene tramite " <u>overtube</u> " di protezione e <u>pinza con morsi lisci e gommati</u> .
Posate	Atti di autolesionismo. Accessori per il recupero sono l' <u>overtube</u> e l' <u>ansa da polipectomia</u> . L'ansa viene fatta scivolare sul manico della forchetta introducendola dall'estremità smussa. La forchetta viene così attirata con le punte nell'interno del tubo da estrazione e rimossa simultaneamente con questo.
Fitobezoar	E' opportuno effettuare la frammentazione del fitobezoar , soprattutto quando è particolarmente voluminoso mediante un' <u>ansa da polipectomia</u> . Lo scopo è quello di tagliare in piccoli pezzi il CE in modo da renderne possibile l'eliminazione spontanea per via naturale.
Tricobezoar	Sono di difficile rimozione. L'ammasso di peli viene asportato dallo stomaco con una <u>pinza dentata</u> a piccoli ciuffi. In considerazione delle multiple introduzioni dell'endoscopio dovrebbe essere posto in situ un <u>overtube</u> per tutta la durata della procedura.
<p>Per le bustine di droga la fase diagnostica può essere effettuata radiologicamente (TC spesso utile). Se ciò non fosse dirimente l'esame endoscopico trova una specifica indicazione diagnostica. Il recupero endoscopico deve essere evitato per il rischio di danneggiamento dell'involucro durante le manovre di estrazione con conseguenze fatali per il paziente</p>	
<p>Il mercurio dei termometri non crea nessun pericolo mai (esofago, stomaco o intestino).</p>	

CORPI ESTRANEI DEL RETTO-SIGMA

Frequentemente introdotti per stimolazione sessuale, più raramente per nascondere pacchetti di droga.

Utile effettuare con molta cautela esplorazione digito-rettale e successiva rettoscopia.

Per l'asportazione dei corpi estranei dal retto-sigma è consigliata in genere un'ansa da polipectomia e laddove risulti indaginoso o troppo rischioso è necessari l'intervento chirurgico.

Per la procedura di asportazione del corpo estraneo dal retto-sigma e riportata:

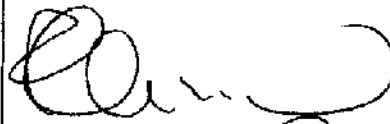
- Sedazione conscia nel 40 %
- Anestesia generale nel 43,3 %

La perforazione controindica l'esecuzione dell'esame endoscopico
Nel sospetto di perforazione Rx clisma opaco con mezzo di contrasto idrosolubile e/o TC.

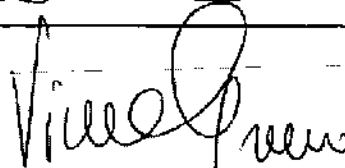
Data 1° stesura : 15.07.2013

Redazione
Endoscopia Digestiva Diagnostica e Chirurgica
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

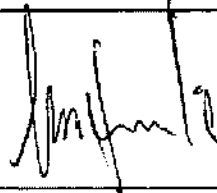
Dr. Antonio Chirico



Dr. Vincenzo Grasso



Dr. Lino Purita



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIRO VALENTIA
Endoscopia Digestiva Diagnostica e Chirurgica
Dr. A. Curcio - Dr. V. Grasso - Dr. Liberto



Il servizio di Endoscopia Digestiva Diagnostica e Chirurgica è offerto presso l'Unità Operativa di Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva, in collaborazione con l'Unità Operativa di Chirurgia Generale, presso l'Ospedale di Vibo Valentia. Per informazioni e prenotazioni telefonare al numero verde 800 90 90 90.

INDICE

1. Premessa.....	pag 3
2. Obiettivi.....	pag 4
3. Risorse Umane e Responsabilità.....	pag 5
4. Strumenti.....	pag 6
5. Aree Strutturali.....	pag 7
6. Fasi di Ricondizionamento degli Strumenti Endoscopici.....	pag 8
7. Stoccaggio.....	pag 10
8. Pulizia e Disinfezione manuale dello strumento.....	pag 11
9. Ricondizionamento degli Accessori di Pulizia.....	pag 13
10. Osservazioni e Raccomandazioni.....	pag 14
11. Redazione.....	pag 15

1. PREMESSA

Negli ultimi anni le procedure endoscopiche hanno registrato un progressivo incremento in termini di numero e di complessità con sempre più larga diffusione non solo in campo diagnostico ma anche terapeutico.

Gli strumenti endoscopici e gli accessori quando multiuso, devono subire adeguati trattamenti per garantire la sicurezza e tutelare la salute del paziente e degli operatori sanitari rendendo necessaria l'adozione di procedure di disinfezione di alto livello e di sterilizzazione dei dispositivi medici.

2. OBIETTIVI

2.1 OBIETTIVI GENERALI

- Prevenire la trasmissione e l'insorgenza di infezioni a seguito di indagini endoscopiche al paziente ed agli operatori sanitari.
- Standardizzare la corretta modalità di esecuzione delle procedure di disinfezione e sterilizzazione.
- Garantire la disinfezione ad alto livello / sterilizzazione degli strumenti.

2.2 OBIETTIVO SPECIFICO

- Allontanare i microrganismi presenti sullo strumento in tempi stretti ed adeguati, mediante l'uso di sostanze chimiche e/o mezzi fisici, utilizzando regole di comprovata efficacia.

3. RISORSE UMANE E RESPONSABILITA'

Le responsabilità nell'ambito delle rispettive funzioni professionali sono attribuite al personale infermieristico e al medico utilizzatore.

- **L' infermiere** ha la responsabilità dell'esecuzione di decontaminazione, pulizia e disinfezione delle attrezzature mediante una corretta applicazione delle procedure.
- **Il medico** che utilizza l'endoscopio, prima dell'esecuzione dell'esame è tenuto a controllare che lo strumento sia visibilmente trattato e/o confezionato.

ATTIVITA'	INFERMIERE	MEDICO
Disconnessione e decontaminazione	R	
Lavaggio	R	
Disinfezione manuale	R	
Trattamento con lavaendoscopi	R	
Stoccaggio	R	
Corretta applicazione procedura	R	
Riutilizzo endoscopio		R

4. STRUMENTI

Gli endoscopi rientrano, secondo la classificazione di E.H. Spaulding tra gli articoli "semicritici", oggetti che entrano in contatto con mucose intatte e non interrompono di norma la continuità delle superfici corporee e pertanto devono essere sottoposti ad una disinfezione di alto livello.

Accessori per endoscopia se non monouso (pinze ed anse diatermiche), sono considerati dispositivi medici "critici", ossia strumenti che entrano in contatto con mucose non integre o cavità sterili e, pertanto, devono essere sottoposti a processo di sterilizzazione.

Classificazione secondo E.H.Spaulding

CRITICO	SEMICRITICO
Oggetti o strumenti che vengono introdotti in tessuti, lumi o cavità dell'organismo normalmente sterili (es.: strumentario chirurgico, cateteri, artroscopi, laparoscopi)	Oggetti e strumenti che entrano in contatto con mucose integre non sterili, non interrompendo la continuità (es.: gastroscopio e colonscopio)
DEVE ESSERE EFFETTUATA LA STERILIZZAZIONE	PUO' ESSERE SUFFICIENTE UNA DISINFEZIONE DI ALTO LIVELLO

N.B.: uno strumentario semicritico può diventare critico se il paziente è esso stesso critico.

5. AREE STRUTTURALI

5.1 SALA ENDOSCOPICA

Trattasi dell'area in cui viene effettuato l'esame endoscopico.

Le superfici utilizzate (ripianti e lettino endoscopico) devono essere pulite e disinfettate tra un esame e l'altro.

E' necessario ridurre al minimo la presenza di persone nella sala endoscopica al fine di ottenere un reale ed efficace abbassamento della carica microbica ambientale.

5.2 LOCALI PER IL RICONDIZIONAMENTO

La zona in cui si esegue il trattamento di ricondizionamento dello strumento endoscopico è diversa da quella in cui si effettua l'esame endoscopico e dal deposito materiali.

Presenta una "zona sporca" per la decontaminazione ed il lavaggio dello strumento, rigorosamente distinta dalla "zona pulita" per la disinfezione e/o sterilizzazione dello strumento.

5.3 FASI PER IL RICONDIZIONAMENTO DEGLI STRUMENTI ENDOSCOPICI

(Pulizia e disinfezione automatica dello strumento dopo l'esame endoscopico, tra un paziente e l'altro e a fine seduta)

PROCEDURA :

- Immediatamente dopo il completamento dell'esame, prima ancora di staccare lo strumento dal videoprocessore della "torre endoscopica", al fine di rimuovere i residui organici dai canali biottici dello strumento, aspirare il detergente enzimatico, precedentemente preparato per 10-15 secondi insufflando contemporaneamente aria.
- Decontaminare esternamente lo strumento eliminando i residui organici adesivi facendo scorrere l'endoscopio in una idonea spugna medicata con detergente enzimatico.
- Staccare lo strumento dalla colonna endoscopica, inserire il tappo per la chiusura della parte elettrica e trasportare lo strumento e l'eventuale materiale multiuso correlato nell'area di trattamento (area sporca) con l'ausilio di idonei contenitori in modo tale da evitare contaminazione con l'ambiente circostante.
- Eventuali presidi monouso subito dopo l'esame/intervento verranno immediatamente allontanati nei contenitori dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.
- Controllare esternamente lo strumento mediante ispezione visiva per escludere macroscopici danni eventualmente subiti durante l'utilizzo e procedere al "test di tenuta", qualora si evidenziano danni o perdite di tenuta contattare subito l'Ufficio Tecnico per l'intervento di riparazione (un danno scoperto in tempi brevi limita il costo di riparazione, che si incrementa se lo strumento continua invece ad essere utilizzato).
- Strofinare delicatamente lo strumento dalla parte prossimale alla distale con una garza o una spugna imbevuta di detergente.
- Rimuovere le valvole/pistoncini e lasciarli a bagno nel detergente enzimatico.

- Pulire con uno spazzolino le aperture dei canali di aspirazione, bioptico, aria e acqua e gli alloggi delle valvole.
- Far passare detergente enzimatico nei canali dello strumento utilizzando una siringa da 50 cc e gli appositi raccordi.
- Passare con lo specifico spazzolino, con movimento dalla parte prossimale alla distale, tutta la lunghezza dei canali per almeno tre volte e comunque fino a quando lo spazzolino esce completamente pulito. Ad ogni manovra risciacquare lo spazzolino con acqua corrente per impedire la ricontaminazione.
- Pulire con lo spazzolino le valvole/pistoncini ed i raccordi utilizzati, immersi precedentemente nel detergente.
- Risciacquare tutti i canali con abbondante acqua corrente per rimuovere ogni traccia di detergente.
- Inserire lo strumento nella vasca della lavaendoscopi e collegare i raccordi con i vari canali (in dotazione al servizio due macchine lavaendoscopi MEDIVATORS DSD-201, una nel P.O. di Tropea, l'altra nel P.O. di Vibo Valentia, che utilizzano una miscela di acido peracetico e rilasciano ad ogni ciclo di sterilizzazione una stampa che certifica, assieme agli altri controlli, il processo di sterilizzazione: Print-out).
- Collocare le valvole/pistoncini nell'apposito sito della lavaendoscopi, chiudere la vasca e far partire il ciclo selezionato.
- Al termine del ciclo di trattamento nella lavaendoscopi, rimontare l'endoscopio utilizzando guanti e telini sterili e procedere al riutilizzo o allo stoccaggio.
- Gli eventuali accessori endoscopici pluriuso (pinze ed anse diatermiche ecc.) dopo risciacquo sotto acqua corrente e decontaminazione mediante immersione in una soluzione disinfettante, saranno sottoposti a nuovo lavaggio e quindi immersi nella soluzione di detergente enzimatico e puliti accuratamente con il detergente spazzolando accuratamente le chele della pinza e l'asola dell'ansa diatermia. Si procederà quindi ad asciugare gli accessori con un telino e con aria compressa, ad inserirli in idonea busta per l'invio alla sterilizzazione.

7. STOCCAGGIO

Dopo il trattamento con la metodica descritta l'endoscopio raggiunge il requisito di sterilità, ma non lo conserva nel tempo.

Se l'endoscopio non viene immediatamente riutilizzato è necessario procedere alla corretta conservazione dello strumento nell'apposito armadio ad ultravioletti in posizione verticale.

8. PULIZIA E DISINFEZIONE MANUALE DELLO STRUMENTO

In caso di impossibilità di utilizzo della lavaendoscopi si procede alla disinfezione manuale dello strumento.

PROCEDURA:

- 8.1** – Eseguire la medesima procedura di **pulizia** e **detersione** descritta al punto 6.
- 8.2** – **Asciugatura:** asciugare con un telino o una garza puliti la parte esterna dello strumento ed insufflare aria compressa (non superiore alla pressione di 1 atmosfera per non danneggiare gli strumenti) nei canali interni per impedire che l'acqua del risciacquo vada a diluire la concentrazione della soluzione di acido peracetico.
- 8.3** – **Disinfezione:** Immergere completamente lo strumento, i pistoncini e le valvole nella soluzione di acido peracetico allestita nella bacinella. Con una siringa da 50 cc far passare il disinfettante in tutti i canali dello strumento per permettere la fuoriuscita dell'aria e quindi il completo contatto del disinfettante con tutte le superfici interne. Coprire con il coperchio e lasciare lo strumento immerso per la disinfezione il tempo necessario secondo le indicazioni del produttore riportate sull'etichetta del prodotto disinfettante.
- 8.4** – **Risciacquo:** Togliere lo strumento dalla soluzione disinfettante e risciacquare con acqua sterile, ponendo particolare attenzione al risciacquo dei canali interni mediante irrigazione di tutti i canali con siringa sterile da 50 cc per rimuovere ogni traccia del disinfettante che potrebbe causare danni e irritazioni alla cute ed alle mucose dei pazienti e degli operatori. Con la stessa metodica sciacquare i pistoncini e le valvole.

8.5 – Asciugatura: Asciugare la parte esterna dello strumento con garze o telini sterili ed accuratamente il raccordo con la fonte luminosa per evitare danni di tipo elettrico. Con l'ausilio di una siringa sterile irrigare i canali interni con alcool 70°, Tale manovra consente di eliminare le eventuali gocce d'acqua residue che favorirebbero, nel periodo di non utilizzo, la proliferazione di germi e la formazioni di incrostazioni calcaree. Asciugare tutti i canali interni, le valvole ed i pistoncini con aria compressa.

9. RICONDIZIONAMENTO DEGLI ACCESSORI DI PULIZIA

PROCEDURA :

- Lavare gli spazzolini con acqua e detergente
- Risciacuarli
- Metterli nella lavaendoscopi per la disinfezione (seguono il ciclo dello strumento)
- In caso di impossibilità di utilizzo della lavaendoscopi, immergerli in soluzione disinfettante per il tempo indicato.

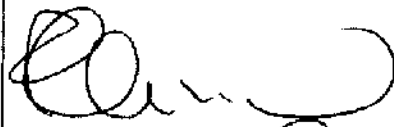
10. OSSERVAZIONI e RACCOMANDAZIONI

- ✓ **Il personale infermieristico addetto alla preparazione degli strumenti e delle apparecchiature endoscopiche è tenuto all'uso di idonei Dispositivi di Protezione Individuali (camici, guanti monouso, guanti sterili, mascherina, cuffia, visiera o occhiali).**
- ✓ **Vanno rigorosamente rispettati le concentrazioni ed i tempi di contatto dei disinfettanti indicati dal produttore nelle relative schede tecniche.**
- ✓ **La lavaendoscopi elimina automaticamente la dose di disinfettante utilizzato ad ogni ciclo, e la soluzione di acido per acetico alla fine del processo puo' essere immessa nella rete fognaria, in quanto il prodotto, a contatto con l'acqua libera acido acetico, acqua ed ossigeno.**
- ✓ **Gli strumenti vanno trattati tempestivamente dopo l'uso in quanto se vengono lasciati asciutti per un lungo periodo, i residui possono seccarsi nello strumento determinando incrostazioni fino all'occlusione del lume e danno agli strumenti stessi.**
- ✓ **Se gli strumenti vengono lasciati immersi in liquidi per un lungo periodo, le guarnizioni dello strumento possono deteriorarsi.**
- ✓ **Nella disinfezione di alto livello eseguita manualmente la concentrazione della soluzione disinfettante deve essere sistematicamente testata con idonee strisce ad immersione.**

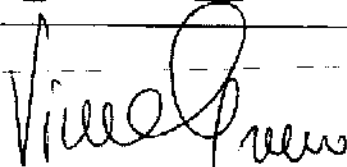
Data 1° stesura : 15.07.2013

Redazione
Endoscopia Digestiva Diagnostica e Chirurgica
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

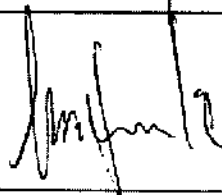
Dr. Antonio Chirico



Dr. Vincenzo Grasso



Dr. Lino Purita



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
di VIBO VALENTIA

Endoscopia - Digestiva Diagnostica e Chirurgica
Urologia - Ginecologia - Dr. M. Russo - Dr. L. Parito



Gruppo di Servizi Ospedalieri

UNITÀ DI ACCOGLIENZA

ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNOSTICA e CHIRURGICA

L'endoscopia è una **tecnica diagnostica e terapeutica** che permette di avere una visione diretta, dall'interno, di alcuni organi con l'obiettivo di verificare l'eventuale presenza di patologie e di effettuare, all'occorrenza, idonei interventi terapeutici.

E' una metodica che si basa sull'utilizzo di **specifici strumenti (endoscopi)** costituiti solitamente da un piccolo tubo flessibile dotato di microtelecamera che viene inserito nel corpo attraverso gli orifizi naturali (bocca e ano) a seconda delle zone da esplorare.

L'**esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS)** permette di esaminare il tratto digestivo superiore (esofago, stomaco e duodeno). La **colonscopia (RSCS)** consente di visualizzare interamente il grosso intestino (retto e colon). Entrambe le metodiche permettono inoltre di prelevare in modo indolore piccoli campioni di tessuto (**biopsie**) da sottoporre ad esame istologico per una diagnosi più completa e di eseguire **manovre operative** quali l'asportazione di polipi o il trattamento di lesioni sanguinanti.

L'endoscopia è una **tecnica invasiva ma sicura** e rappresenta oggi uno step diagnostico indispensabile per tutte le malattie gastro-enterologiche. Consente infatti sia di individuare e tipizzare le patologie benigne, sia di prevenire e sorvegliare quelle maligne.

L'endoscopia in **urgenza ed emergenza** consente la diagnosi e la terapia delle patologie gastroenterologiche acute con particolare riferimento alle emorragie digestive, all'ingestione di corpi estranei e di sostanze caustiche.

PERSONALE DEDICATO

Dirigenti Medici

<ul style="list-style-type: none">• Dr. Antonio Chirico

<ul style="list-style-type: none">• Dr. Vincenzo Grasso

<ul style="list-style-type: none">• Dr. Lino Purita

Infermieri Professionali

<ul style="list-style-type: none">• Inf. Prof. Elisabetta Bagnato

<ul style="list-style-type: none">• Inf. Prof. Rosaria Loiacono

<ul style="list-style-type: none">• Inf. Prof. Domenico Marturano

STRUMENTI

P. O. di Vibo Valentia

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Una colonna endoscopica completa Fujinon serie 450 |
| <ul style="list-style-type: none">• Un elettrobisturi Argon-Plasma (Erbe) |
| <ul style="list-style-type: none">• Una lavaendoscopi Medivators DSD-201 |

P. O. di Tropea

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Due colonne endoscopiche complete Fujinon serie 200 |
| <ul style="list-style-type: none">• Un elettrobisturi Argon-Plasma (Erbe) |
| <ul style="list-style-type: none">• Una lavaendoscopi Medivators DSD-201 |

ATTIVITA'

Il servizio di endoscopia gastroenterologica fornisce prestazioni endoscopiche diagnostiche e terapeutiche in elezione ed in urgenza per pazienti ricoverati ed ambulatoriali

MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Ambulatoriali	Su richiesta del curante tramite Centro Unico di Prenotazione (CUP) e regolarizzazione amministrativa (ticket).
	Ambulatorio : O.C. "I. Toraldo" di Tropea (primo piano, ala sinistra)
	Tutti i giorni (da lunedì a sabato) dalle ore 8,00 alle ore 14,00
Ricoverati	Su richiesta del medico del reparto di degenza
	<ul style="list-style-type: none">• O.C. Tropea : tutti i giorni (8,00-14,00)• O.C. Vibo Valentia : nei giorni di lunedì – mercoledì – venerdì dalle 14,00 alle 20,00.
Urgenti	<ul style="list-style-type: none">• Mediante servizio di Disponibilità endoscopica• Su richiesta del medico di Pronto Soccorso o del reparto di degenza.• Tutti i giorni (h24).• Presso la S.O. del P.O. di Vibo Valentia.

TIPOLOGIA DELLE ATTIVITA'

ENDOSCOPIA DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE

- **Esofago-gastro-duodenoscopia diagnostica**

- **Esofago-gastro-duodenoscopia operativa :**

- Posizionamento endoprotesi
- Sclerosi e legatura varici esofagee
- Trattamento della varici del fondo gastrico con cianoacrilato
- Polipectomia e mucosectomia
- Emostasi di lesioni sanguinanti (terapia iniettiva, termica o meccanica)
- Rimozione corpi estranei
- Posizionamento di PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea)

ENDOSCOPIA DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE

- **Colonscopia diagnostica**

- **Colonscopia operativa :**

- Polipectomia e mucosectomia
- Tatuaggio con inchiostro di china
- Emostasi di lesioni sanguinanti (terapia iniettiva, termica, meccanica)
- Posizionamento di endoprotesi

INFORMAZIONI UTILI

Per l'esecuzione dell'Esame Endoscopico il Paziente dovrà portare:

- ❖ Prenotazione C.U.P.
- ❖ Richiesta del Medico Curante con il quesito diagnostico.
- ❖ Documentazione sanitaria con notizie utili relative all'esame da eseguire (cartelle cliniche, lettere di dimissioni di ricoveri precenenti, referti di visite specialistiche, referti precedenti esami endoscopici, esami ematochimici, ecc.).
- ❖ Terapia medica in corso.

Il consenso :

Il consenso all'esecuzione dell'indagine è richiesto ai pazienti o a eventuali accompagnatori autorizzati dal medico dopo idonea informazione.

Il referto :

Il referto endoscopico viene direttamente scritto e stampato dal medico al termine della procedura e consegnato direttamente all'interessato.

Nel referto endoscopico è riportato: il resoconto dell'indagine effettuata, le conclusioni diagnostiche a cui si è potuto pervenire, la terapia, eventuali controlli da eseguire per la sorveglianza di alcune malattie (follow-up).

Nel caso si sia reso necessario effettuare prelievi per esame istologico, il paziente potrà ritirare il referto istologico direttamente presso il servizio.

Reclami e suggerimenti :

L'A.S.P. da la possibilità ai cittadini di presentare un reclamo, una proposta, un'osservazione, un elogio relativamente ai servizi o alle prestazioni sanitarie erogate. A tale scopo sono state istituite delle specifiche procedure di gestione, per rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e/o di insoddisfazione.

Per esercitare questo diritto rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

RIEPILOGO ATTIVITA' ANNO 2012

ATTIVITA' SVOLTA ANNO 2012

Totale prestazioni erogate : 3547
--

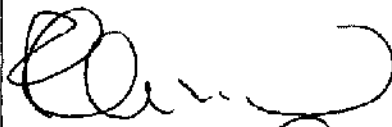
Ambulatoriali : 2609

Degenti (comprese urgenze) : 938

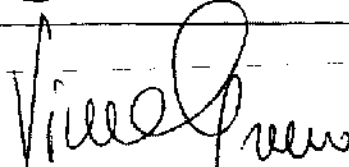
Data 1° stesura : 15.07.2013

Redazione
Endoscopia Digestiva Diagnostica e Chirurgica
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

Dr. Antonio Chirico



Dr. Vincenzo Grasso



Dr. Lino Purita

