

PRO e CON

**NIV in urgenza: servono nuove linee guida
SIMEU?**

pro Paolo Groff

con Roberto Cosentini

paolo groff
singing ...



you say yes

I say no

PRO e CON

**NIV in urgenza: servono nuove linee guida
SIMEU?**

con

Roberto Cosentini

paolo groff singing ...



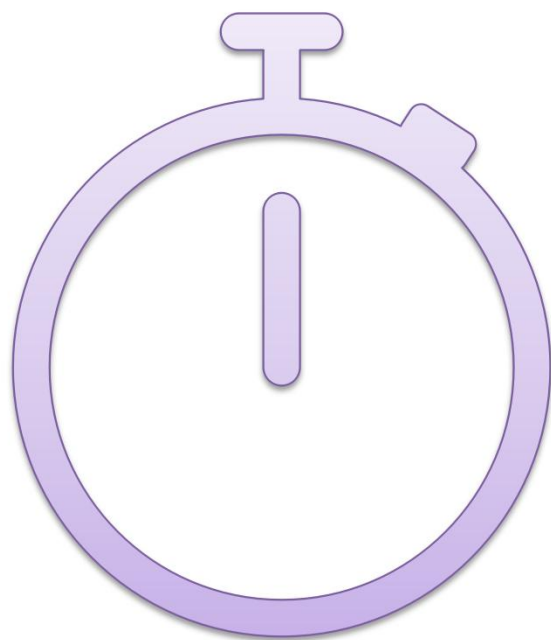
you say yes

I say no

Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure



TASK FORCE REPORT
ERS/ATS GUIDELINES

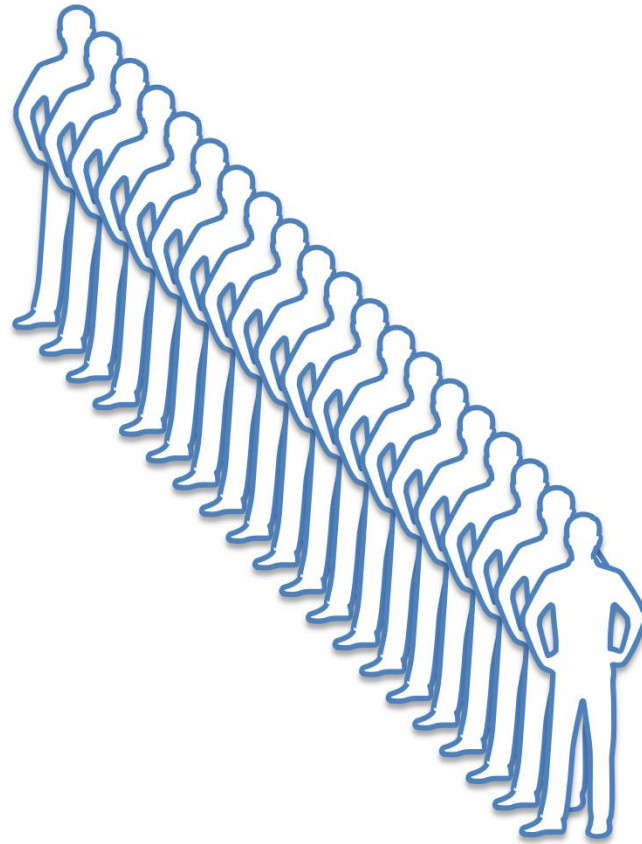


Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure



TASK FORCE REPORT
ERS/ATS GUIDELINES

Eur Respir J 2017; 50: 1602426



Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure

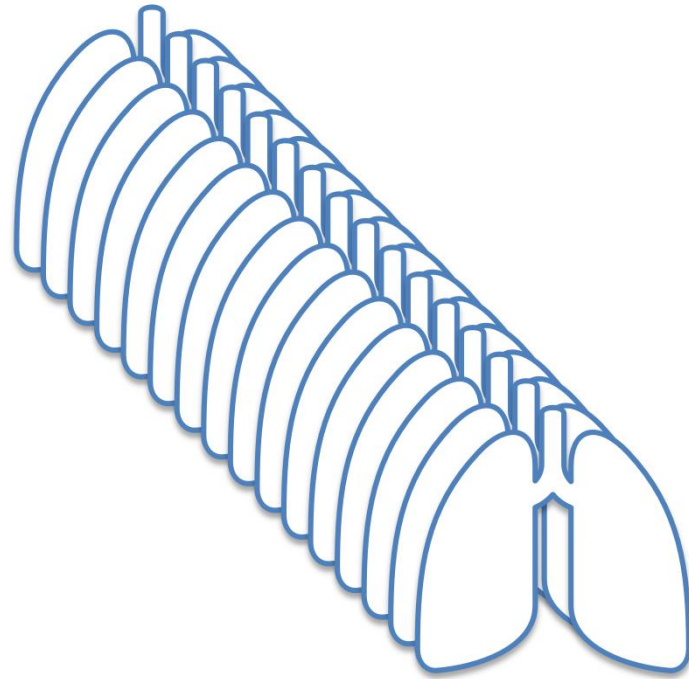


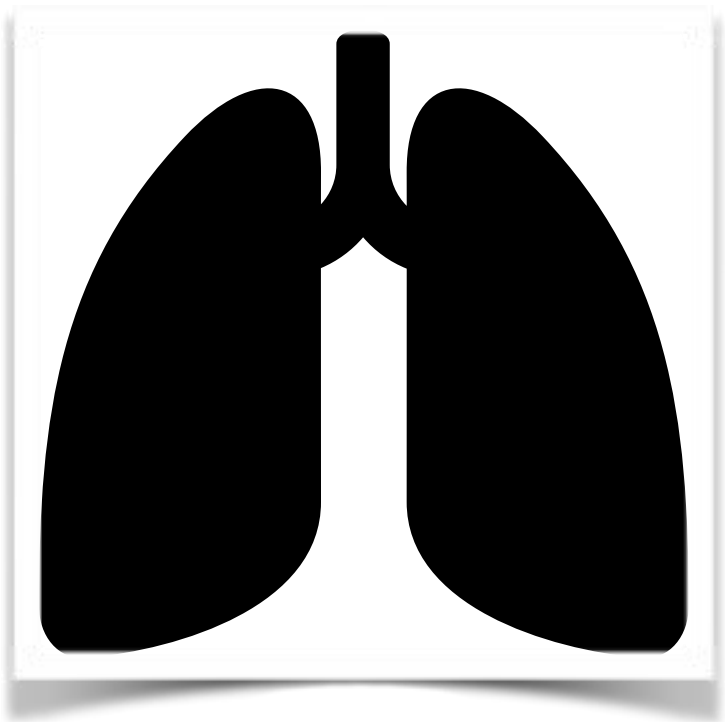
TASK FORCE REPORT
ERS/ATS GUIDELINES

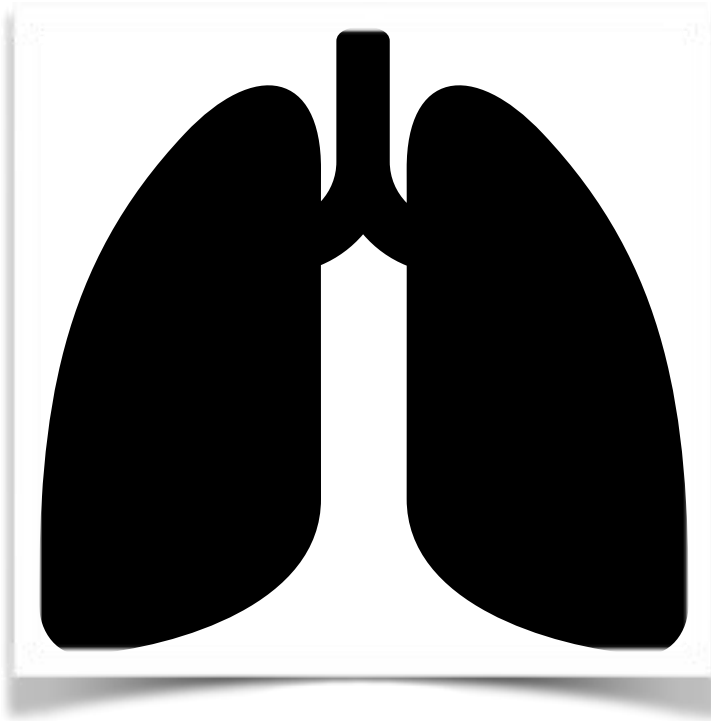
Bram Rochwerg ¹, Laurent Brochard^{2,3}, Mark W. Elliott⁴, Dean Hess⁵, Nicholas S. Hill⁶, Stefano Nava⁷ and Paolo Navalesi⁸ (members of the steering committee); Massimo Antonelli⁹, Jan Brozek¹, Giorgio Conti⁹, Miquel Ferrer¹⁰, Kalpalatha Guntupalli¹¹, Samir Jaber¹², Sean Keenan^{13,14}, Jordi Mancebo¹⁵, Sangeeta Mehta¹⁶ and Suhail Raoof^{17,18} (members of the task force)

Eur Respir J 2017; 50: 1602426





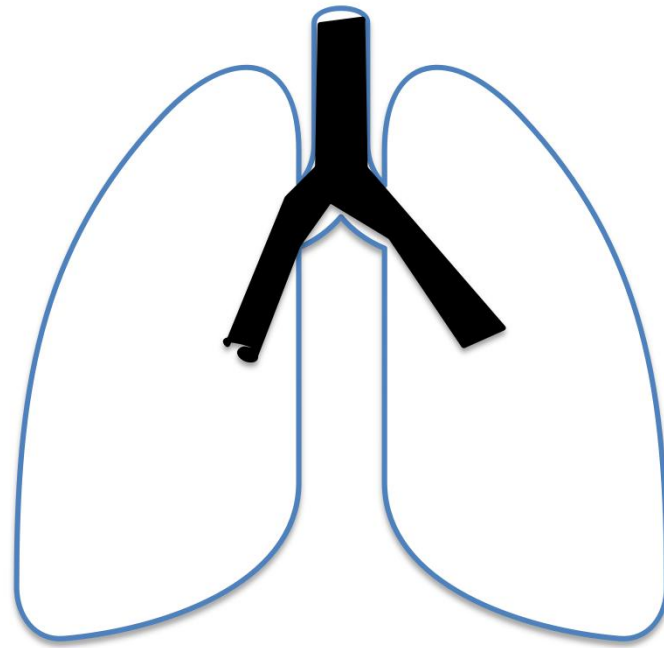


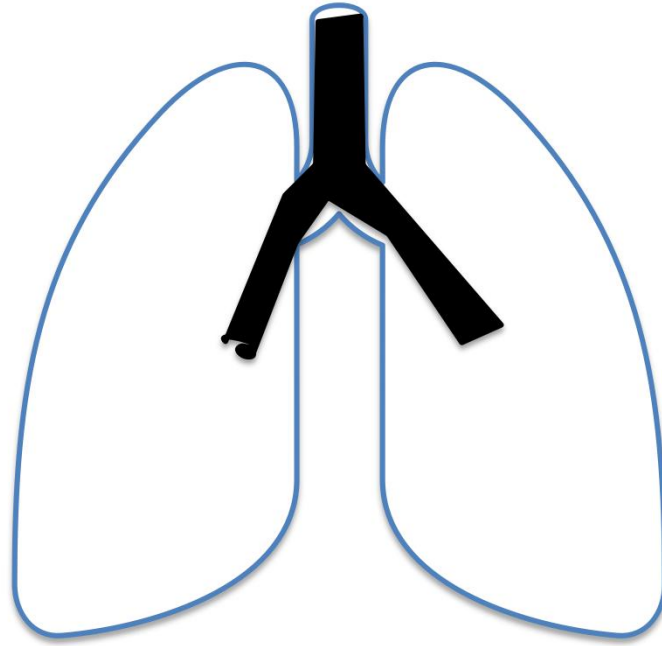


Question 1b: Should NIV be used in established acute hypercapnic respiratory failure due to a COPD

Recommendations

We recommend bilevel NIV for patients with ARF leading to acute or acute-on-chronic respiratory acidosis due to COPD exacerbation. (Strong recommendation, high certainty of evidence.)



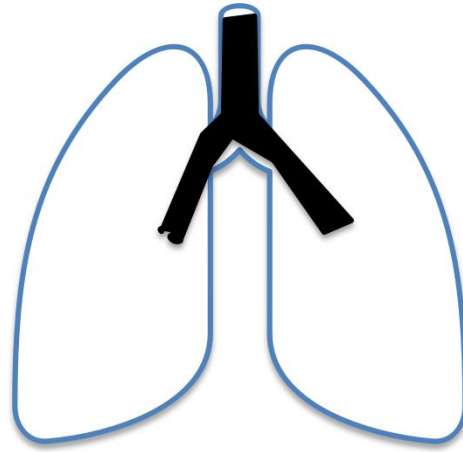


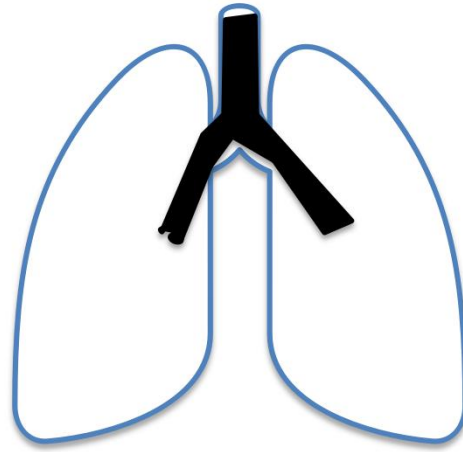
Question 2a: Should NIV be used in ARF due to cardiogenic pulmonary oedema?

Recommendations

We recommend either bilevel NIV or CPAP for patients with ARF due to cardiogenic pulmonary oedema.

(Strong recommendation, moderate certainty of evidence.)

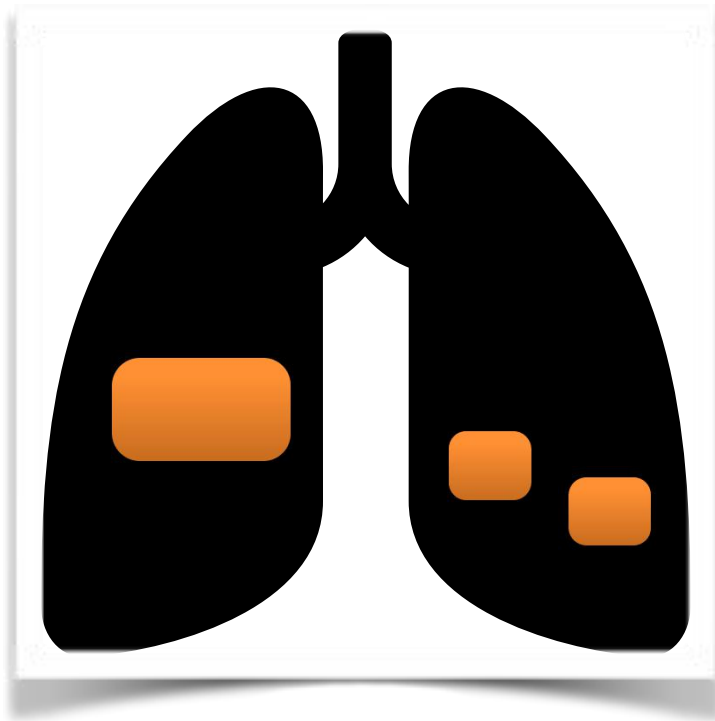


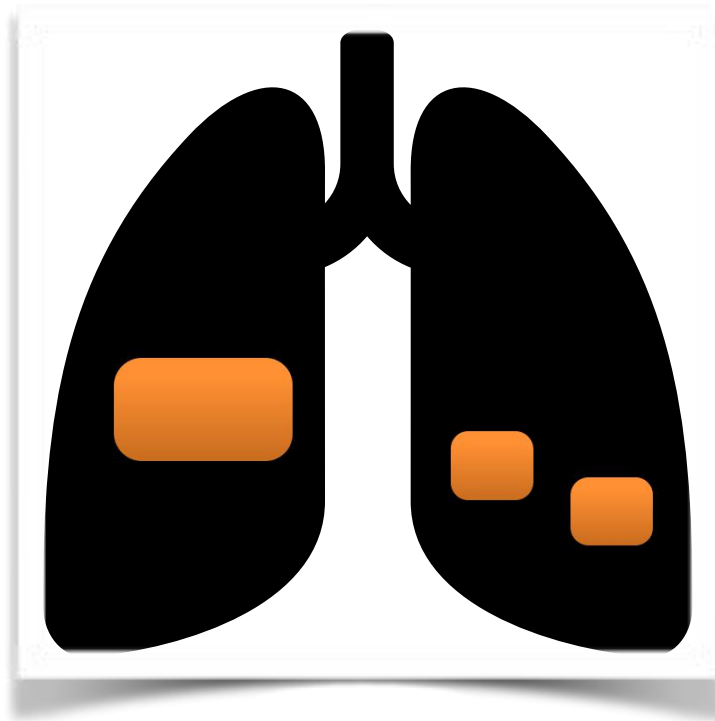


Question 2b: Should a trial of CPAP prior to hospitalisation be used to prevent deterioration in pa

Recommendations

We suggest that CPAP or bilevel NIV be used for patients with ARF due to cardiogenic pulmonary oeder





Question 5: Should NIV be used in de novo ARF?

Recommendation

Given the uncertainty of evidence we are unable to offer a recommendation on the use of NIV for

Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure

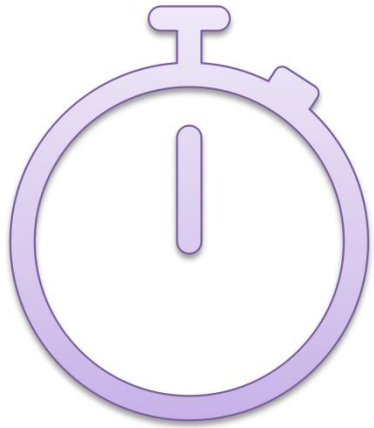


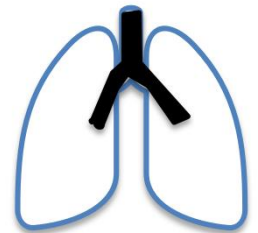
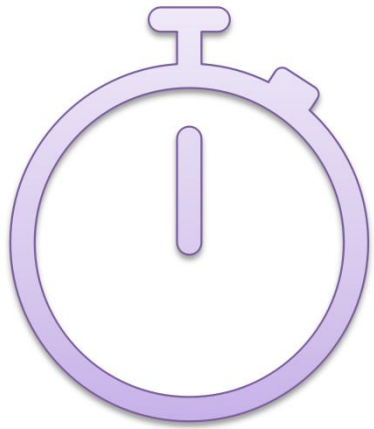
TASK FORCE REPORT
ERS/ATS GUIDELINES

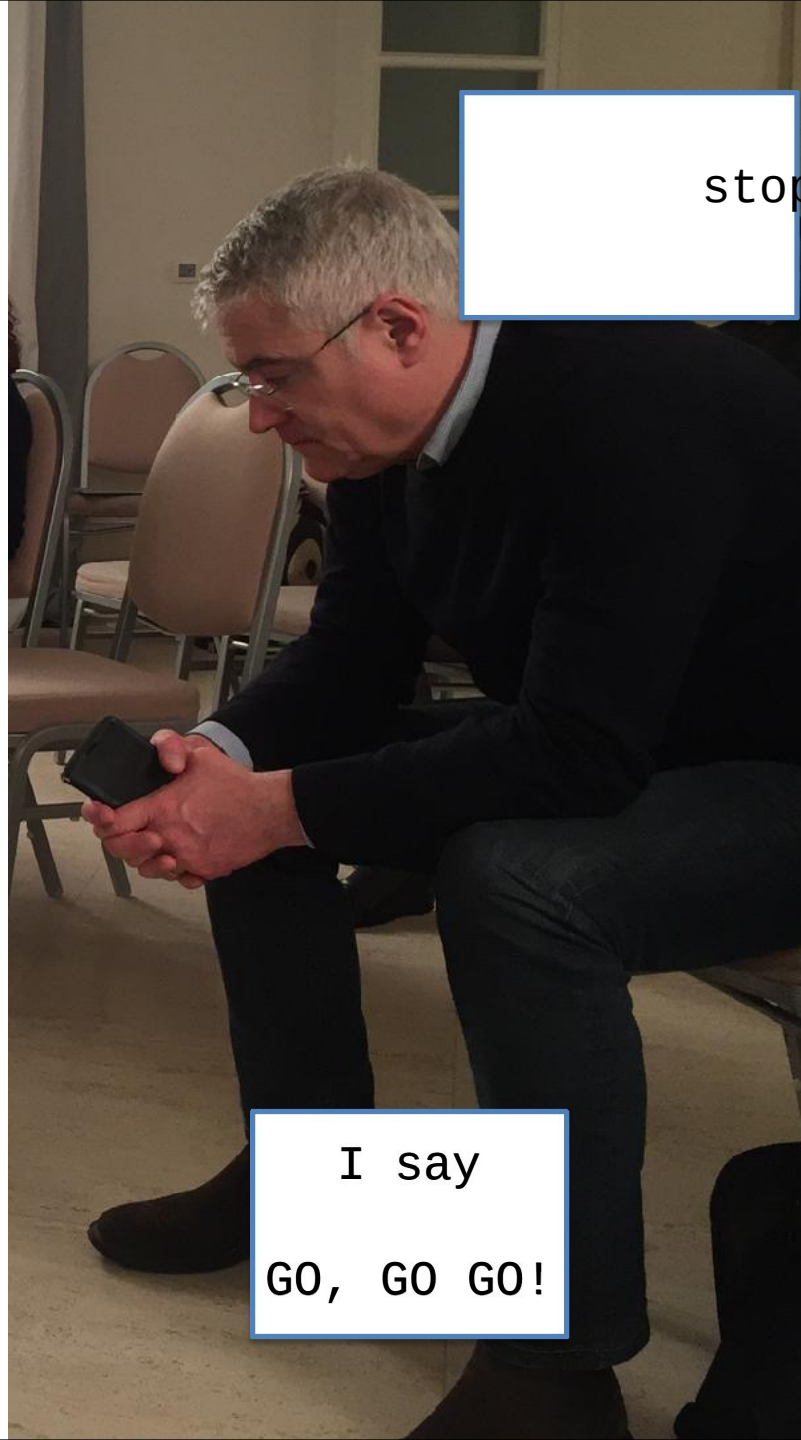
Bram Rochwerg ¹, Laurent Brochard^{2,3}, Mark W. Elliott⁴, Dean Hess⁵, Nicholas S. Hill⁶, Stefano Nava⁷ and Paolo Navalesi⁸ (members of the steering committee); Massimo Antonelli⁹, Jan Brozek¹, Giorgio Conti⁹, Miquel Ferrer¹⁰, Kalpalatha Guntupalli¹¹, Samir Jaber¹², Sean Keenan^{13,14}, Jordi Mancebo¹⁵, Sangeeta Mehta¹⁶ and Suhail Raoof^{17,18} (members of the task force)

Eur Respir J 2017; 50: 1602426









stop!

I say
GO, GO GO!

Linee Guida

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

I REQUISITI PER LO SVILUPPO E L'APPLICABILITÀ DI UNA LINEA GUIDA *EVIDENCE-BASED*

1. Una linea guida per la pratica clinica dovrebbe basarsi sulle migliori prove scientifiche disponibili e includere una dichiarazione esplicita sulla **qualità delle informazioni** utilizzate (*Levels of evidence*) e **importanza/rilevanza/fattibilità/priorità** della loro implementazione (*Strenght of recommendation*).
2. Il metodo usato per sintetizzare le informazioni deve essere quello delle **revisioni sistematiche** (da aggiornare se già disponibili o da avviare *ex novo* se non disponibili) o dell'aggiornamento di linee guida basate su prove di efficacia già prodotte da altri gruppi o agenzie.
3. Il processo di sviluppo di una linea guida deve essere **multidisciplinare** e dovrebbe includere anche rappresentanti dei cittadini/pazienti. Il coinvolgimento multidisciplinare di tutti gli operatori sanitari, di esperti metodologi e di cittadini/pazienti migliora la qualità delle linee guida, poiché la condivisione favorisce la sua adozione nella pratica.
4. Una linea guida dovrebbe **esplicitare le alternative** di trattamento e i loro effetti sugli esiti.
5. Una linea guida dovrebbe essere **flessibile e adattabile** alle mutevoli condizioni locali. Dovrebbe includere le prove relative a differenti popolazioni target e diversi contesti geografici e clinici, considerare i costi e prevedere gli aggiustamenti a differenti sistemi di valori e preferenze dei pazienti.
6. Nel produrre una linea guida dovrebbero essere esplicitati i possibili **indicatori di monitoraggio** utili a valutarne l'effettiva applicazione.
7. Una linea guida dovrebbe essere **aggiornata** con regolarità per evitare che le raccomandazioni divengano obsolete.
8. Una linea guida dovrebbe essere **chiara**, dotata di una struttura semplice e di un linguaggio comprensibile, esplicitando in modo inequivocabile i punti ritenuti fondamentali e le aree di incertezza.

Requisiti desiderabili di una LG

Validità

La linea guida è valida se porta al beneficio atteso

Riproducibilità

Una linea guida è riproducibile quando esperti diversi arrivano alle medesime conclusioni a partire dalle medesime evidenze scientifiche ed utilizzando lo stesso metodo

Rappresentatività

Una linea guida dovrebbe essere prodotta con un processo che determini il coinvolgimento di diverse figure professionali e non interessate al problema

Applicabilità

Una linea guida dovrebbe essere applicabile a popolazioni di pazienti definite rispetto alle evidenze scientifiche e/o esperienza clinica

Flessibilità

Una linea guida dovrebbe esplicitare le situazioni cliniche che fanno eccezioni rispetto alle raccomandazioni ed indicare in quali circostanze le preferenze dei pazienti debbono essere prese in considerazione

Chiarezza

Una linea guida dovrebbe essere scritta con un linguaggio chiaro e presentata in formato che ne faciliti l'uso nella pratica clinica

Documentazione

Una linea guida dovrebbe indicare chiaramente coloro che hanno partecipato alla sua produzione, la metodologia utilizzata e le evidenze scientifiche prese in considerazione

Forza

Una linea guida dovrebbe segnalare la qualità delle evidenze scientifiche sulle quali si basano le sue raccomandazioni

Aggiornamento

Una linea guida dovrebbe prevedere in quali circostanze si renderà necessario il suo aggiornamento

Modificata da Institute of Medicine: Guidelines for Clinical practice: from their development to use. Washington DC, National Academic Press, 1992

Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure



TASK FORCE REPORT
ERS/ATS GUIDELINES

Bram Rochwerg ¹, Laurent Brochard^{2,3}, Mark W. Elliott⁴, Dean Hess⁵, Nicholas S. Hill⁶, Stefano Nava⁷ and Paolo Navalesi⁸ (members of the steering committee); Massimo Antonelli⁹, Jan Brozek¹, Giorgio Conti⁹, Miquel Ferrer¹⁰, Kalpalatha Guntupalli¹¹, Samir Jaber¹², Sean Keenan^{13,14}, Jordi Mancebo¹⁵, Sangeeta Mehta¹⁶ and Suhail Raoof^{17,18} (members of the task force)

Eur Respir J 2017; 50: 1602426

- Evidenze derivate da studi condotti per lo più al di fuori dell'ED
- Assenza di «multidisciplinarietà» del gruppo di lavoro
- Notevole eterogeneità degli studi
- Evidenze per lo più di livello «moderato»
- Scarsa applicabilità di molte raccomandazioni al setting dell'ED

Concettualmente valido vs Contestualmente valido

- I pazienti «selezionati» degli studi condotti in TI sono paragonabili ai pazienti «indifferenziati» che accedono al PS/MURG?
- L'efficacia di una terapia è la stessa se applicata in TI o in PS/MURG?
- Il contesto operativo di una TI (staff, monitoraggio, materiali, tempi) è paragonabile a quello di un PS/MURG?

GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT

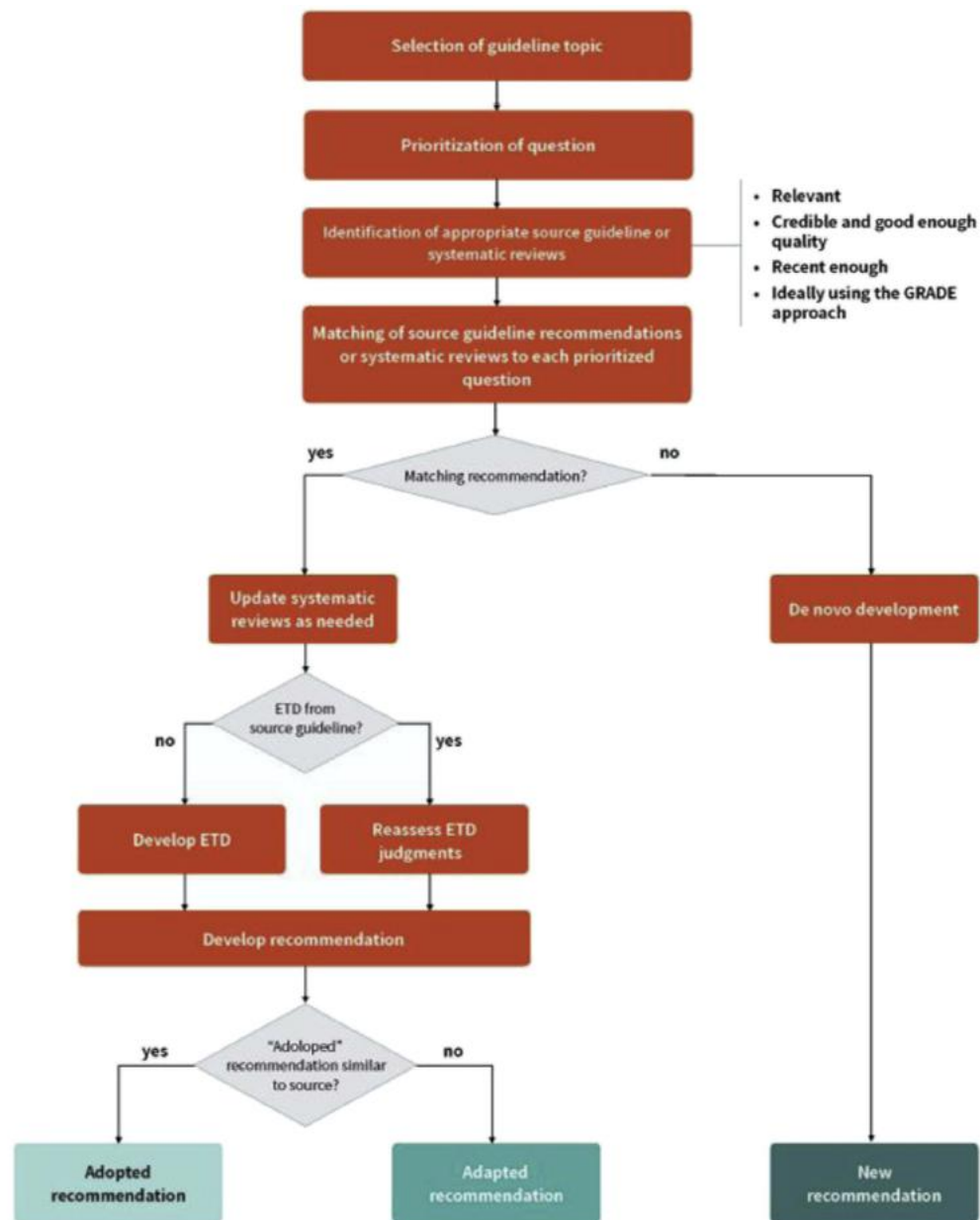
Holger J. Schünemann^{a,b,*}, Wojtek Wiercioch^a, Jan Brozek^{a,b}, Itziar Etxeandia-Ikobaltzeta^a,
Reem A. Mustafa^{a,c,d}, Veena Manja^{e,f}, Romina Brignardello-Petersen^{g,h}, Ignacio Neumann^{a,i},
Maicon Falavigna^{j,k}, Waleed Alhazzani^{a,b}, Nancy Santesso^a, Yuan Zhang^a, Jörg J. Meerpohl^{l,m},
Rebecca L. Morgan^a, Bram Rochwerf^a, Andrea Darzi^d, Maria Ximenes Rojasⁿ,
Alonso Carrasco-Labra^{a,i}, Yaser Adi^o, Zulfa AlRayees^p, John Riva^{a,q}, Claudia Bollig^l,
Ainsley Moore^{a,q}, Juan José Yepes-Nuñez^a, Carlos Cuello^{a,r}, Reem Waziry^{s,t}, Elie A. Akl^{a,s}

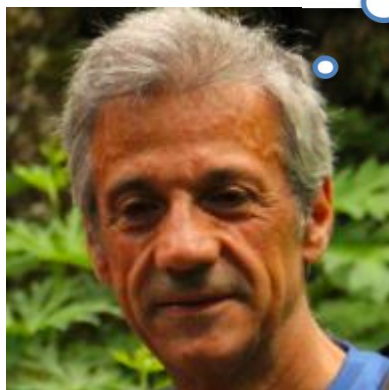
- **Adoption**
- **Adaptation**
- **Development**

EtDs

Table 1. Criteria that influence the strength and direction in the Evidence to Decision frameworks

Criteria	How the factor influences the direction and strength of a recommendation
Problem	The problem is determined by the importance and frequency of the health care issue that is addressed (burden of disease, prevalence, or baseline risk). If the problem is of great importance, a strong recommendation is more likely.
Values and preferences	This describes how important health outcomes are to those affected, how variable they are and if there is uncertainty about this. Values and preferences or the importance of outcomes
Certainty in the evidence	The higher the certainty in the evidence, the more likely is a strong recommendation.
Health benefits and harms and burden and their balance	This requires an evaluation of the absolute effects of both the benefits and harms and their importance. The greater the net benefit or net harm, the more likely is a strong recommendation for or against the option.
Resource implications	This describes how resource intense an option is, if it is cost-effective and if there is incremental benefit. The more advantageous or clearly disadvantageous these resource implications are the more likely is a strong recommendation.
Equity	The greater the likelihood to reduce inequities or increase equity and the more accessible an option is, the more likely is a strong recommendation.
Acceptability	The greater the acceptability of an option to all or most stakeholders, the more likely is a strong recommendation.
Feasibility	The greater the acceptability of an option to all or most stakeholders, the more likely is a strong recommendation.

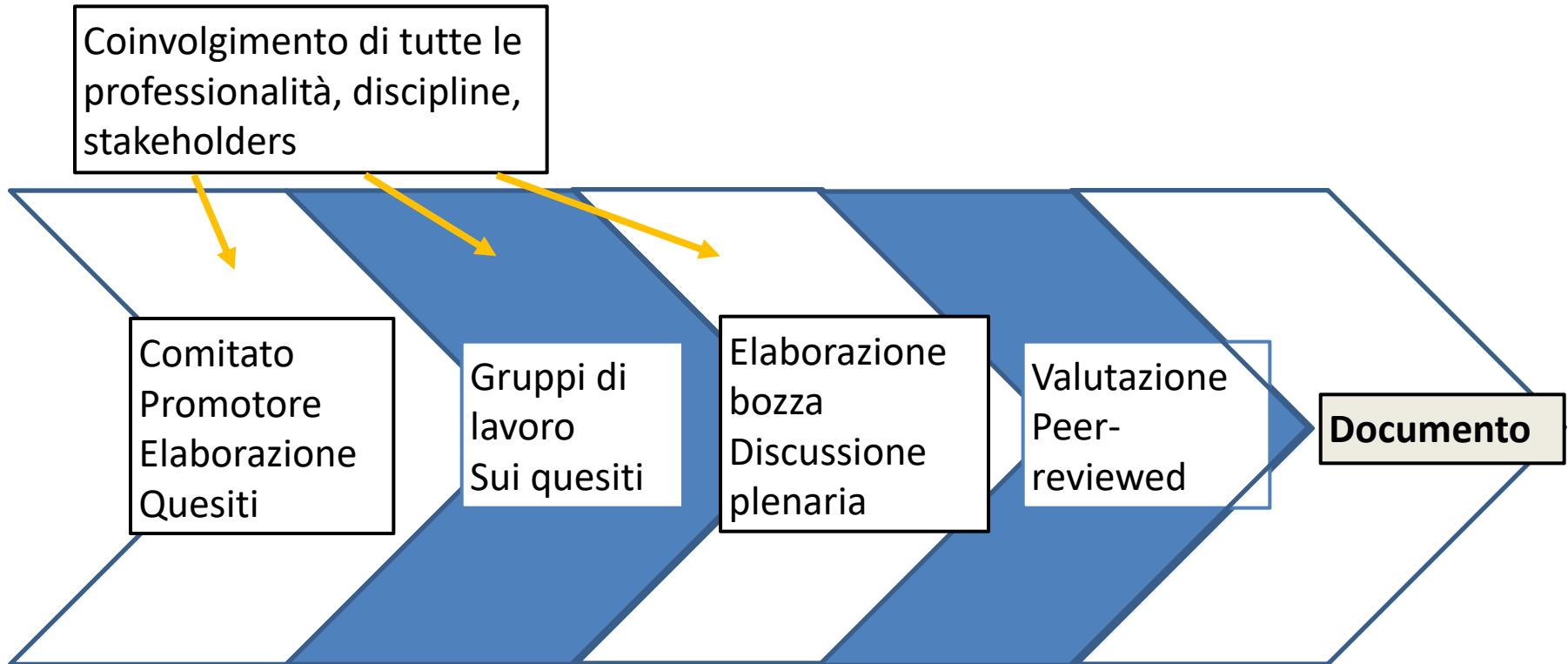




CRITERI DI MASSIMA PER LA SCELTA DEL TIPO DI APPROCCIO ALLA PRODUZIONE DI RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Linea guida	Consensus Conference	Criteri di appropriatezza	Technology Assessment
Il tema da trattare è vasto e può essere suddiviso in numerosi quesiti principali e secondari che non riguardano solo la dimensione clinica, ma anche quella organizzativa e gestionale.	Il tema da trattare è limitato e può essere suddiviso in pochi quesiti specifici.	Il tema da trattare richiede un approfondimento clinico molto specifico e si vogliono produrre raccomandazioni dettagliate per un uso mirato al paziente individuale.	Il problema riguarda una tecnologia specifica di cui si devono valutare non solo degli aspetti clinici ma anche quelli organizzativi, gestionali, economici e sociali.
Si dispone di una buona quantità di dati a favore o contro l'uso della tecnologia in oggetto.	La controversia riguarda soprattutto la dimensione scientifica (di qualità delle prove) ed è necessario formulare sia raccomandazioni per la pratica clinica sia indirizzi per lo sviluppo della ricerca.	Le raccomandazioni riguardano procedure o interventi e non percorsi assistenziali complessi.	La tecnologia in oggetto è destinata ad avere un impatto complesso sul sistema sanitario ed è necessario sviluppare modelli in grado di prevederne utilizzo e gestione.
È necessario formulare raccomandazioni di comportamento relative alle diverse dimensioni della assistenza (clinica, organizzativa, interpersonale eccetera).	La questione da affrontare si trova in fase embrionale e si deve insistere fortemente per ottenere investimenti di ricerca ad essa dedicati.	Le raccomandazioni possono venire utilizzate per produrre criteri di <i>audit</i> clinico.	Il problema in oggetto richiede una valutazione da parte di competenze e professionalità differenti.

Agree-NIV



Coordinamento, supporto metodologico (SNLG-ISS)



Quesiti

- EPAc
- BPCO
- Polmonite
- Trauma toracico
- De novo/ARDS
- Asma
- NM/cifoscoliotico
- Annegamento QF
- Obeso

- Monitoraggio
- Interfacce
- Broncodilatazione
- Sedazione
- Palliazione
- Complicanze
- Weaning
- Trasferimento
- Gestione «failure»

Time for a guideline people!



Work in Progress

Grazie