

Serie Ordinaria n. 25 - Mercoledì 20 giugno 2012

## D) ATTI DIRIGENZIALI

Giunta Regionale

### D.G. Sanità

D.d.g. 11 giugno 2012 - n. 5168

**Organizzazione in rete per la cura delle emorragie digestive alte (EDA): approvazione degli indirizzi di gestione**

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

- la d.c.r. n. IX/088 del 17 novembre 2010 che ha approvato il «Piano Socio Sanitario regionale 2010 -2014» il quale afferma, al capitolo «Programmazione Sanitaria, reti di patologia e piani di sviluppo», che la programmazione sanitaria e socio sanitaria deve prendere spunto e confermare quanto previsto dal p.r.s della IX Legislatura e, in particolare, quanto indicato relativamente all'area sociale, ovvero: «far crescere il benessere sociale e promuovere la salute: sanità d'avanguardia per garantire la salute: dalla cura al prendersi cura»;
- la d.g.r. n. IX/937 dell'1 dicembre 2010 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011» e, in particolare, l'allegato 4. «Piani e programmi di sviluppo», che prevede l'istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) per l'attivazione della rete Gastroenterologica Lombarda, con particolare attenzione agli interventi ospedalieri urgenti, nella prima fase di implementazione della rete stessa;
- la d.g.r. n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012» e, in particolare, l'allegato 6. «Piani e programmi di sviluppo», che prevede l'evoluzione della rete attraverso la sperimentazione del percorso degli interventi ospedalieri urgenti presso alcune strutture sanitarie, quindi, l'identificazione sul territorio regionale delle strutture corrispondenti ai diversi livelli della rete;

Dato atto che, in esecuzione di quanto previsto dalle citate delibere, con nota del Direttore Generale Sanità n. H1.2011.0004857 del 15 febbraio 2011 è stato istituito il «Gruppo di Approfondimento Tecnico per Emergenze Emorragiche Digestive» composto da esperti nella materia e rappresentanti della Direzione Generale Sanità, con i seguenti obiettivi prioritari:

- formulare proposte propedeutiche alla creazione di una specifica rete di patologia;
- individuare e opportunamente classificare le strutture che, a livello regionale, trattano la patologia;
- promuovere azioni per lo sviluppo di una metodologia automatizzata per la raccolta e la fruibilità, ai fini gestionali, scientifici e programmatori, di specifiche informazioni sulla casistica delle Emergenze Emorragiche Digestive;

Visti i documenti tecnici elaborati dal GAT sopra citato:

- Allegato 1) - «Organizzazione in rete per la cura delle Emorragie Digestive alte»;
- Allegato 2) - «Indirizzi di Gestione delle emorragie digestive alte»;

Considerato che tali documenti, illustrando ampiamente le modalità organizzative per la gestione della «Rete per la cura delle Emorragie Digestive Alte», nonché gli indirizzi di gestione delle emorragie del tratto digestivo superiore, sono coerenti e funzionali al raggiungimento degli obiettivi previsti per la Rete di patologia di cui trattasi;

Considerato, inoltre, che tali documenti costituiscono un supporto tecnico-organizzativo e clinico da destinare alle AO, alle ASL, agli IRCCS di diritto pubblico e privato, nonché agli Ospedali accreditati a titolo di informativa generale rivolta ai Medici Ospedalieri, ai Medici di Medicina Generale e di continuità assistenziale compresi tutti gli attori coinvolti nel processo di cura (ospedale per acuti, strutture di cura intermedie) con l'intento di garantire idonei percorsi di cura per il paziente affetto da emorragie digestive alte;

Ritenuto, pertanto, di approvare i seguenti documenti tecnici:

- Allegato 1) - «Organizzazione in rete per la cura delle Emorragie Digestive alte» - allegato parte integrante del presente decreto;
- Allegato 2) - «Indirizzi di Gestione delle emorragie digestive alte» - allegato parte integrante del presente decreto;

Ritenuto:

- a) di invitare le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS di diritto pubblico e privato, nonché gli Ospedali accreditati, a voler comunicare alla Direzione Generale Sanità - UO Programmazione e sviluppo piani -, entro 3 mesi dalla pubblicazione del presente decreto, la propria appartenenza ai livelli indicati nell'Allegato 1). Tale comunicazione, per mezzo di lettera sottoscritta dal Legale Rappresentante, dovrà contenere le caratteristiche della struttura, in linea con quanto definito per i singoli livelli di identificazione nella Rete;
- b) di aggiornare l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) in merito ai risultati dei dati pervenuti, al fine di razionalizzare gli interventi in urgenza;
- c) di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Sanità;

Viste:

- la l.r. 20/2008 «Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Organizzazione e Personale» nonché i provvedimenti organizzativi della IX legislatura;
- la l.r. 33/2009 «Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità»;

DECRETA

1. Di approvare i documenti tecnici, allegati parti integranti del presente decreto:

- Allegato 1) - «Organizzazione in rete per la cura delle Emorragie Digestive alte»;
- Allegato 2) - «Indirizzi di Gestione delle emorragie digestive alte».

2. Di invitare le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS di diritto pubblico e privato, nonché gli Ospedali accreditati, a voler comunicare alla Direzione Generale Sanità - UO Programmazione e sviluppo piani -, entro 3 mesi dalla pubblicazione del presente decreto, la propria appartenenza ai livelli indicati nell'Allegato 1). Tale comunicazione, per mezzo di lettera sottoscritta dal Legale Rappresentante, dovrà contenere le caratteristiche della struttura, in linea con quanto definito per i singoli livelli di identificazione nella Rete.

3. Di aggiornare l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) in merito ai risultati dei dati pervenuti, al fine di razionalizzare gli interventi in urgenza.

4. Di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Sanità.

Il direttore generale  
Carlo Lucchina

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**"ORGANIZZAZIONE IN RETE PER LA CURA DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE ALTE (EDA)"****Introduzione**

L'emorragia digestiva alta (EDA) rappresenta una emergenza sanitaria nei paesi occidentali, con un'incidenza annua di 50-150 casi su 100.000 abitanti ed una mortalità che varia nelle differenti casistiche tra il 4% e il 14%. Sono disponibili evidenze di outcomes migliori quando il paziente con EDA viene ricoverato in strutture con elevata competenza e specializzazione e sono attivi percorsi di continuità assistenziale. In questi contesti la durata dei ricoveri è più contenuta e la mortalità intraospedaliera risulta significativamente minore rispetto a quanto rilevato in altre modalità organizzativo-gestionali (rispettivamente del 2.3% contro il 4%). I dati disponibili nel sistema informativo sanitario di Regione Lombardia per gli anni 2006-2011 restituiscono un quadro in linea con i dati di letteratura. I ricoveri sono stabili con 6.500-7.000 episodi annui, un costo annuo di 10 milioni di euro, 50.000 giornate di degenza ordinaria prevalentemente in reparti di medicina generale e chirurgia generale, 250 decessi, e una elevata dispersione tra le strutture di ricovero con strutture che ricoverano un basso numero di casi annui. L'istituzione di percorsi appropriati nelle cure per i pazienti con EDA è pertanto un obiettivo prioritario sia per gli aspetti clinici sia per il considerevole impiego di risorse economiche.

Il PSSR 2010-2014 conferma le reti di patologia quale strumento per consentire ai professionisti sanitari sinergie e condivisione collegiale di protocolli e procedure sulla base delle best practice.

In termini propedeutici alla costituzione di una Rete Gastroenterologica Lombarda, Regione Lombardia ha istituito un Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) per l'EDA con il mandato tra gli altri di:

- individuare e opportunamente classificare le strutture più idonee per rispondere alle esigenze del percorso di cura del paziente con emorragia digestiva;
- definire un percorso diagnostico terapeutico sia della fase acuta intraospedaliera che in ambito territoriale;
- identificare indicatori di qualità e outcome e loro monitoraggio nel tempo (promozione qualità e appropriatezza).

Il presente documento, sviluppato dal GAT, individua i livelli organizzativi della Rete per le EDA.

**Livelli della Rete**

La rete per le EDA è costituita dall'insieme delle strutture e dei professionisti che forniscono le cure al paziente con emorragia digestiva alta assicurandone la cura nella fase acuta e la continuità assistenziale. Della rete sono parte le strutture di ricovero e cura e il sistema emergenza urgenza.

**Strutture di ricovero - UCED.**

Le Strutture di ricovero che accettano i pazienti con EDA dispongono di Unità di Cura per le Emorragie Digestive (UCED) di tipo funzionale che si articolano su 3 possibili livelli organizzativi aventi come finalità di stabilizzare il paziente e prestare le cure necessarie sino al rinvio al domicilio con un programma di continuità assistenziale.

I professionisti che operano nelle UCED hanno competenze documentate per affrontare l'emergenza -urgenza e si caratterizzano e qualificano per specifica esperienza e percorsi formativi tracciabili nel fascicolo personale.

Le UCED sono dotate di percorsi diagnostico terapeutici (PDT), di Registro di attività in urgenza e Registro delle complicanze. Il PDT di riferimento è il Percorso definito da FISMAD Lombardia la Federazione che riunisce le Società Scientifiche gastroenterologiche presenti in Italia: AIGO, SIED e SIGE, (**Allegato 2. "Indirizzi di Gestione delle emorragie digestive alte"**).

Le UCED si attengono alle regole di gestione della documentazione clinica e del sistema di qualità della Azienda nella quale operano. È identificato un Responsabile della UCED che esercita funzioni organizzative e di coordinamento anche con riferimento agli aspetti di aggiornamento del personale e di tenuta dei documenti sanitari e del sistema qualità.

**UCED di 1° Livello - Requisiti minimi:****Organizzazione**

- Pronto Soccorso
- UUOO di Medicina
- UUOO di Chirurgia

La Struttura è formalmente convenzionata con una Struttura sede di UCED di 2° o 3° livello per la gestione delle emergenze emorragiche su pazienti ricoverati durante le ore di assenza di attività endoscopica-gastroenterologica.

**Personale**

Medici endoscopisti e infermieri che garantiscono una continuità della attività endoscopica-gastroenterologica 10/5 (dalle ore 8.00-18.00, dal lunedì al venerdì).

**UCED di 2° livello - Requisiti minimi:****Organizzazione**

- Pronto Soccorso/DEA/EAS
- UO Medicina
- UO Chirurgia
- UO Gastroenterologia
- Servizio di Radiologia interventistica anche con reperibilità
- Terapia Intensiva

La Struttura è formalmente convenzionata con una Struttura sede di UCED di 3° livello ove sia appropriato il posizionamento di TIPS.

**Personale**

Almeno 4 medici endoscopisti e staff infermieristico dedicato 24 ore su 24.

**UCED 3° Livello:****Organizzazione**

- Pronto Soccorso/DEA/EAS
- UO Medicina
- UO Chirurgia
- UO Gastroenterologia
- Servizio di Radiologia interventistica anche con reperibilità
- Terapia Intensiva

## Serie Ordinaria n. 25 - Mercoledì 20 giugno 2012

**Personale**

Almeno 4 medici endoscopisti e staff infermieristico dedicato 24 ore su 24.

Le UCED di 3° Livello si caratterizzano per comprovata competenza su patologie digestive ad alta complessità diagnostica e terapeutica. Queste UCED si qualificano per professionalità e tecnologia tali da costituire un riferimento Regionale per tutte le procedure di Endoscopia/Radiologia Interventistica comprensive di Trans-jugular Intrahepatic Porto-Systemic Shunt (TIPS).

**Definizione della rete per la cura delle Emorragie Digestive alte**

La Direzione Generale Sanità definisce l'organizzazione della rete per la cura delle Emorragie Digestive alte anche in relazione alle proposte delle singole strutture sanitarie di identificazione nei citati livelli.

**Indicazioni per il trasporto dei pazienti con EDA da parte di AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza).**

L'EDA rappresenta una emergenza sanitaria. Tutti i pazienti con sanguinamento digestivo manifesto o riferito dovranno essere trasportati presso le Strutture dotate di UCED per la stabilizzazione clinica e l'avvio del percorso diagnostico-terapeutico.

L'affermamento di tali pazienti a PS di Strutture di ricovero non sede di UCED va limitato ai casi in cui, a giudizio della Centrale Operativa SSUEm 118, non vi siano in quella specifica situazione mezzi di soccorso adeguati a gestire la situazione clinica del paziente.

I trasferimenti verso una Struttura dotata di UCED sono garantiti dall'Ospedale di prima accoglienza in collaborazione con AREU nel rispetto di specifici accordi definiti tra le rispettive Direzioni. I protocolli clinico-assistenziali per la gestione pre-ospedaliera di questi pazienti verranno condivisi tra AREU e FISMAD Lombardia.

Il paziente che presenta un evento emorragico nel lasso di tempo non incluso nelle ore di attività delle UCED di 1° livello sarà trasportato in urgenza presso una Struttura dotata di UCED di 2° o 3° livello. Il trasporto secondario presso Strutture dotate di UCED di livello superiore, sarà effettuato per:

- pazienti che necessitano di radiologia interventistica non disponibile nella UCED di 1° livello;
- pazienti non responsivi alla terapia medica/endoscopica per i quali sia necessario un intervento chirurgico non eseguibile nelle strutture nella UCED di 1° livello;
- pazienti che necessitano di procedure operative non disponibili nelle UCED di 2° livello.

**Monitoraggio**

Le UCED adottano un sistema di monitoraggio della appropriata gestione del paziente con EDA che si avvale di opportuni indicatori tratti dal Registro di attività in urgenza e Registro delle complicanze. Gli indicatori si riferiscono alla variabile temporale del trasporto e dell'intervento diagnostico-terapeutico, alla appropriatezza della gestione del paziente e alla formazione del personale.

**Indicatori di riferimento****Trasporto**

- o Tempo di arrivo alle UCED con SSUEm 118.
- o Rispetto del criterio di invio del paziente alla UCED appropriata.

**Struttura**

- o Adozione formale del PDT.
- o Timing della visita in pronto Soccorso.
- o Timing dell'esame endoscopico.
- o Giornate di degenza nelle differenti UUOO.
- o Uso delle trasfusioni di sangue.

**Personale**

- o Specifici percorsi formativi del personale
- o Numerosità della casistica trattata.

**Gestione complessiva**

- o Mortalità intraospedaliera
- o Mortalità a 30 giorni.

**Bibliografia**

- a) Libro Bianco della Gastroenterologia Italiana, a cura di AIGO, SIED, SIGE, 2011
- b) The impact of endoscopy and specialist care on 30-day mortality among patients with acute non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: an Italian population-based study. Kohn A, Ancona C, Belleudi , et al. on behalf of SIED Group for appropriateness Dig Liver Dis.2010; 42:629-34.
- c) Management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage before and after the adoption of the Rockall score, in the Italian Gastroenterology Units. Soncini M, Triossi O, Leo P, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2007;19:543-7
- d) Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network sept.2008
- e) ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non variceal upper GI hemorrhage. ASGE standards of practice committee. Gastrointest Endosc 2004;60:497-504
- f) International Consensus Recommendations on management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. Ann Intern Med 2010;152:101-113
- g) ASGE guideline: the role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage, updated July 2005. Gastrointest Endosc 2005;62:651-5
- h) Portal hypertension V Proceedings of the fifth Baveno International Consensus workshop. De Franchis R. Wiley Blackwell 2011

**Partecipanti al GAT sulla emorragia digestiva alta e alla stesura del presente documento tecnico**

Dr Marco Soncini  
UO Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
AO Ospedale San Carlo Borromeo  
Milano

Prof Dario Conte  
UOC Gastroenterologia II ed Endoscopia Digestiva  
Università degli Studi di Milano  
IRCCS Fondazione Policlinico Milano  
Milano

Dr Giancarlo Spinzi  
UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
Ospedale Valduce  
Como

Dr Sergio Segato  
UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
Azienda Ospedaliero Universitaria Macchi  
Varese

Dr Alessandro Zambelli  
UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
AO Ospedale Maggiore di Crema  
Crema

Dr ssa Giuseppina Ardemagni  
Direttore Sanitario  
ASL 3 Monza Brianza  
Monza

Dr Pietro Zoia  
Direttore Sanitario  
AO Ospedale San Carlo Borromeo  
Milano

Dr Marco Salmoiraghi  
Direttore Sanitario AREU  
Azienda Regionale Emergenza Urgenza  
Milano

Dr Giancarlo Fontana  
UOC Anestesia Rianimazione - Trauma team  
AO Ospedale San Carlo Borromeo  
Milano

Laura Cappetti  
Direzione Generale Sanità  
U.O. Programmazione e Sviluppo Piani  
Regione Lombardia

Prof. Mario Giovanni Melazzini  
Direzione Generale Sanità  
U.O. Programmazione e Sviluppo Piani  
Regione Lombardia

Dr Maurizio Bersani  
Direzione Generale Sanità  
U.O. Programmazione e Sviluppo Piani  
Regione Lombardia

**"INDIRIZZI DI GESTIONE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE ALTE (EDA)"**
**SOMMARIO**

1. Premesse
2. Oggetto e scopo
3. Campo di applicazione
4. Responsabilità
5. Definizioni e abbreviazioni
6. Modalità operative
7. Tabelle

**1. PREMESSE**

L'emorragia digestiva alta (EDA) è una vera e propria emergenza sanitaria in tutti i paesi, con un'incidenza compresa tra 50-150 casi su 100.000 abitanti per anno ed una mortalità che varia nelle differenti casistiche tra il 4% e il 14%. L'istituzione di percorsi differenziati nelle cure per i pazienti con EDA è un obiettivo prioritario anche per il considerevole impiego di risorse economiche. Uno specifico documento presentato dalle Società Scientifiche gastroenterologiche AIGO, SIED, SIGE - il Libro Bianco della Gastroenterologia Italiana - ha introdotto criteri di appropriatezza e di esito clinico nell'analisi dei dati di ricovero. Le analisi sui ricoveri urgenti per emorragia digestiva ha mostrato un netto vantaggio nella gestione delle UO di Gastroenterologia rispetto a quella di altri reparti con una degenza media inferiore (6 vs 8 gg) e con una mortalità inferiore (2.3% vs 4.0%).

FISMAD Lombardia - Federazione che riunisce le Società Scientifiche gastroenterologiche AIGO, SIED, SIGE - in collaborazione con il GAT sulla Emorragia Digestiva Alta della Regione Lombardia e ha prodotto il presente documento applicabile nelle diverse realtà organizzative.

Le affermazioni contenute nel documento sono classificate secondo EBM e distinte per gradi di evidenza riportate nella seguente tabella riassuntiva. Nel testo che segue l'evidenza è rappresentata come "Racc. grado A" o "Racc. grado B" etc.

GRADO A	supportate da almeno 1 meta-analisi di qualità elevata o revisione sistematica o trial randomizzato controllato esente da errori applicabili alla popolazione descritta
GRADO B	revisioni sistematiche di elevata qualità o studi caso-controllo o studi di coorte
GRADO C	studi di coorte o caso controllo con basso rischio di errore e rischio moderato di relazione causale
GRADO D	casistiche non controllate, studi non meta-analitici

La decisione ultima sulla condotta clinica da seguire nei singoli casi rimane responsabilità dei professionisti implicati nella loro gestione.

**2. OGGETTO E SCOPO**

Scopo del presente documento è di rendere omogenee le cure per EDA su tutto il territorio regionale lombardo garantendo a tutti i pazienti, idonei percorsi con continuità terapeutica ed assistenziale.

La procedura riguarda la gestione dell'evento emorragico acuto del tratto digestivo superiore (originante al di sopra del legamento di Treitz), mediante l'utilizzo di una metodica diagnostico-terapeutica che risulti efficiente e qualitativamente valida e che permetta un razionale utilizzo delle risorse (miglioramento del rapporto costo/efficacia).

**Scopi generali**

- o Riduzione della mortalità.
- o Riduzione della necessità di intervento chirurgico.
- o Riduzione dei tempi di ospedalizzazione.
- o Riduzione dei ricoveri inappropriati.

**Scopi specifici**

- o Utilizzo appropriato dei farmaci e della via di somministrazione.
- o Utilizzo appropriato degli emocomponenti e degli emoderivati.
- o Riduzione dell'uso inappropriato degli esami radiologici.
- o Limitazione degli esami di laboratorio in acuto ed in follow-up.
- o Programmazione corretta della necessità di pronto intervento dello specialista gastroenterologo e dell'endoscopia precoce.
- o Dimissione protetta, fornendo tutte le informazioni utili alla gestione successiva per ciò che concerne: rischio di risanguinamento, utilizzo dei farmaci (tipologia e durata), trattamento dell'infezione da Hp se associata, limitazione dell'utilizzo dei FANS.

**3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

La procedura si applica a tutti gli eventi di sanguinamento acuto del tratto digestivo alto, siano essi di provenienza interna (degenti) sia esterna (da Pronto Soccorso o da altri Ospedali).

**4. RESPONSABILITÀ**
**Disponibilità di professionisti nell'ambito della struttura**

- o Medico di P.S. (internista/chirurgo).
- o Medico anestesista.
- o Medico gastroenterologo/endoscopista.
- o Medico radiologo Interventista.
- o Infermiere della UO di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.
- o Infermiere aggiuntivo.

**Competenze**

- o Al Medico di PS spettano l'iniziale valutazione e terapia del paziente.
- o L'anestesista, ove necessario, cura la rianimazione e la stabilizzazione dei parametri vitali del paziente prima e durante l'esame endoscopico.
- o Il gastroenterologo/endoscopista esegue l'indagine endoscopica e gli atti operativi necessari alla procedura di emostasi endoscopica.
- o Gli infermieri assistono l'endoscopista e collaborano alla procedura.

**5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI**

**5.1 DEFINIZIONE DELL'EPISODIO EMORRAGICO** secondo le principali associazioni specialistiche gastroenterologiche italiane (AIGO/SIED/SIGE), richiamando le linee guida internazionali (ASGE - BSG- ACP).

**5.1.1 Emorragia digestiva alta.** Origina convenzionalmente dal tratto prossimale al Treitz ed è contrassegnata da: **ematemesi** (vomito di materiale ematico +/- digerito), **melena** (emissione di feci nere per la presenza di sangue digerito), **ematochezia** (passaggio di sangue rosso vivo dal retto +/- commisto a feci). Si definisce come **maggiore** se accompagnata da compromissione emodinamica clinicamente rilevante: sincope, PA < 100 mmHg, FC > 100/min; ipotensione ortostatica (< PA 20 mm Hg o aumento FC > 20/min rispetto al base-line), necessità di trasfondere > 2 UEC /24 ore per mantenere HB > 9 ed HT > 27%.

**5.1.2 Risanguinamento** da considerare in caso di:

- o ricomparsa (dopo 6 ore dal 1° episodio emorragico) di ematemesi e/o melena e/o sondino naso-gastrico (SNG) positivo dopo normalizzazione del residuo fecale;
- o ipotensione e tachicardia (PA < 90 e FC > 110) dopo periodo di stabilità di almeno 1 ora in assenza di altre cause di instabilità emodinamica tipo sepsi shock cardiogeno, effetti farmacologici;
- o riduzione dei valori di Hb di > 2 g/dl dopo il riscontro di almeno due valori consecutivi stabili di Hb a distanza di 3 ore;
- o tachicardia ed ipotensione che non si risolvono a distanza di 8 ore dall'esame endoscopico nonostante appropriata manovra rianimatoria;
- o riduzione della Hb > 3 g/dl nelle 24 ore o richiesta di continue emotrasfusioni per mantenere l'Ht ~ 30%.

La comparsa di risanguinamento è ovviamente indice dell'inefficacia di una eventuale precedente terapia endoscopica; il concetto di fallimento nell'arresto dell'episodio emorragico indica la necessità di un cambiamento nella gestione del programma terapeutico.

**5.1.3.a Definizione di sanguinamento in atto non identificabile:** quando si registra al riscontro endoscopico la presenza di sangue fresco in cavità, talvolta di ingenti quantità, senza riconoscere l'esatta fonte emorragica.

**5.1.3.b Definizione di insuccesso della terapia endoscopica:** quando si verifica l'impossibilità a portare a termine il trattamento della fonte emorragica identificata.

**5.1.3.c Definizione di sanguinamento digestivo continuo e persistente:** insuccesso della terapia endoscopica di sanguinamento arteriale/presenza di aspirato al SNG ematico persistente/shock con C.I. < 1 / necessità di > 4 U. di EMC da trasfondere in 6 ore.

**5.1.3.d Definizione di morte correlata al sanguinamento:** decesso che si verifica nell'arco temporale di 30 gg che segue l'evento emorragico.

**5.1.4 Iperensione portale:** l'emorragia da ipertensione portale è gravata da una mortalità compresa tra il 10-20 % entro le prime 6 settimane. La corretta gestione di questo tipo di complicanza è stata da tempo oggetto di Consensus Internazionali.

**5.1.4.a Fallimento nel controllo iniziale dell'emorragia:**

- 1) il tempo di valutazione dell'episodio acuto del sanguinamento da varici viene indicato nella durata di 5 gg. (120 h);
- 2) fallimento indica il decesso o la necessità di cambiamento della condotta terapeutica ed è rappresentato dal manifestarsi di almeno uno dei seguenti eventi: a) ematemesi a distanza di almeno due ore dall'inizio di una precisa condotta terapeutica (terapia farmacologica/endoscopia terapeutica); b) comparsa di shock ipovolemico; c) riduzione dei valori di Hb di 3 punti (9% dell'Ht) in ogni successivo intervallo di 24 ore senza trasfusioni in corso. N.B. L'utilizzo di un apposito indice trasfusionale necessita di validazione prospettica. (ABRI = Unità Trasfusa/ (Ht finale - Ht iniziale) + 0,01) = o > 0,75).

Si ritiene opportuno controllare l'Ht ogni 6 ore nei primi 2 gg e successivamente ogni 12 h nel 3°-4°-5° giorno; scopo del trattamento è mantenere l'Ht al. 24% e l'Hb a 8.

**5.1.4.b Fallimento della profilassi secondaria del risanguinamento da varici:**

- 1) comparsa di risanguinamento clinicamente rilevante da lesioni da ipertensione portale dopo 5 gg;
- 2) recidiva di ematemesi o melena comportanti nuovo ricovero ospedaliero, emotrasfusione, calo dell'Hb di 3 punti, decesso entro le prime sei settimane.

**5.1.4.c Sanguinamento di origine varicosa non controllato:** quello che si manifesta dopo una terapia combinata (farmacologia ed endoscopica) inefficace. Il suo trattamento prevede in alternativa una seconda emostasi endoscopica o una TIPS in emergenza.

**5.2 ABBREVIAZIONI:**

- SAR: Servizio Anestesia Rianimazione
- DEA: Dipartimento Emergenza Accettazione
- FC: Frequenza Cardiaca
- PA: Pressione arteriosa
- FR: Frequenza Respiratoria
- SNG: Sondino Naso-Gastrico
- ER: Esplorazione Rettale
- PPI: Inibitori di Pompa Protonica
- UEC: Unità Emazie Concentrate
- CVP: Pressione Venosa Centrale
- TIPS: Shunt Porto-Sistemico Intra-Epatico

Serie Ordinaria n. 25 - Mercoledì 20 giugno 2012

## 6. MODALITÀ OPERATIVE

### 6.1 PROTOCOLLO PER PAZIENTI ESTERNI

#### 6.1.1 Valutazione immediata e contemporaneo inizio delle manovre di rianimazione:

**Esame fisico all'ammissione:** raccolta dei parametri vitali (FC, PA, FR) compresa la eventuale valutazione in ortostatismo (successive determinazioni ogni 4-8 ore in caso di stabilità) con monitoraggio continuo sino al raggiungimento della stabilità.

**Posizionamento di SNG** sempre in caso di ematemasi melena o anemizzazione acuta (se riferita/dubbia: codice giallo, se ematemasi in atto: codice rosso).

Si rilevi che:

- o in caso di ematochezia e melena senza ematemasi il sondaggio non possiede sensibilità e specificità sufficiente a differenziare l'origine dell'emorragia, se dal tratto superiore o inferiore;
- o 11-15% di emorragie severe "alte" si presentano con sondaggio negativo.

**Esecuzione di ER e riscontro di altri segni obbiettivi di shock** (cute fredda, confusione mentale, oligoanuria). L'esame fisico iniziale consente l'immediata classificazione delle alterazioni emodinamiche del paziente in quattro distinte classi di gravità secondo lo schema ATLS riportato in Tabella 1 e quindi fornisce un preciso indirizzo di intervento rianimatorio.

**Anamnesi** clinica breve (pregresse ulcere e interventi) e farmacologica (assunzione di anti-coagulanti, antiaggreganti piastrinici, FANS, betabloccanti) - **Comorbidità** (cardiopatía ischemica, epato-nefropatie, neoplasie, eventuale ritardo mentale o non cooperazione).

**Esami di Laboratorio o strumentali** all'atto del ricovero: Emocromo completo (ripetuto successivamente ogni 6-12 ore fino a stabilità), PLT AP PPT, emogramma con prove di compatibilità, Azotemia, Elettroliti, Proteine totali, Tests di funzionalità epatica e renale (se pazienti epatopatici), ECG (per età > 40 anni o in caso di cardiopatía nota); Rx torace/addome se vi è indicazione clinica. Nei pazienti in stato di shock EGA+lattati, con posizionamento di catetere vescicale per determinazione della quantità urinaria.

#### 6.1.2 Valutazione pre-endoscopica del rischio di "outcome" sfavorevole (severità e persistenza del sanguinamento, risanguinamento, mortalità).

Sono significativamente correlati al rischio di outcome sfavorevole i seguenti parametri: età > 65 aa, shock all'esordio, comorbidità, bassi livelli di Hb alla presentazione, malattia epatica - cirrosi, evento insorto in paziente ricoverato, persistenza del sanguinamento, modalità di presentazione con ematemasi ed ematochezia severa, riscontro di valori azotemici elevati, sepsi. Sono raccomandati alcuni metodi di valutazione clinica del rischio di risanguinamento e di mortalità, prima della valutazione endoscopica. Due di essi: lo score di Rockall pre-endoscopico e quello di Blatchford hanno ricevuto una consistente validazione prospettica. Il Rockall pre-endoscopico di valore 0 (pz. di età < 60 aa. / in compenso emodinamico e senza malattie associate) è in grado di evidenziare un rischio di mortalità e di risanguinamento dello 0,2 %. Costoro (circa il 15% dei pazienti) potrebbero evitare il ricovero ed essere trattati ambulatorialmente. Se l'indice di Rockall pre-endoscopico è > 0, è necessario eseguire endoscopia per una valutazione complessiva del rischio di sanguinamento.

**L'indice di Rockall completo** (Tabella 2) viene utilizzato per predire il rischio di mortalità mediante la valutazione combinata di fattori clinici ed endoscopici alla presentazione.

#### 6.1.3 Terapia iniziale.

E' prioritaria la stabilizzazione e il compenso della volemia (Racc. grado B) con protezione delle vie aeree in caso di sanguinamento massivo.

- Posizionare: catetere venoso periferico (il cateterismo centrale è consigliato se l'età > 60 anni, cardiopatía ischemica o terapia con betabloccanti).
- Somministrare: destrosio 5% e.v. in assenza di shock, ad infusione lenta. In caso di shock infondere Emagel (massimo 2 unità) e soluzioni saline.
- Terapia trasfusionale da istituirsi se Hb < 10 g/dl in un contesto di sanguinamento in atto. Tuttavia in assenza di segni di ipoperfusione tessutale, cardiopatía ischemica e persistenza di emorragia la trasfusione è indicata solo se i livelli di Hb sono < 7 g/dl ed il "range" da mantenere è quello compreso tra i 7 ed i 9 g/dl. NB nel sanguinamento da varici la terapia trasfusionale deve essere condotta al fine di mantenere dei valori compresi tra 7-8 gr Hb % . Tale condotta va individualizzata in presenza di comorbidità, età avanzata e stato emodinamico (Racc. grado A).
- Correzione dei deficit della coagulazione : somministrazione di complesso concentrato di protrombina o PFC se AP <50% o INR >1,5 e di piastrine se <50.000. N.B. nei pazienti in terapia TAO è opportuna la correzione solo se l'INR supera il range terapeutico suggerito; in particolare nei pazienti ad alto rischio tromboembolico occorre comunque mantenere un livello di INR compreso tra 1,5 - 2,5. Occorre tenere presente che nei pazienti cirrotici i valori di PT / INR non rappresentano indicatori validi dello stato della coagulazione.
- Somministrazione di O<sub>2</sub>.
- Se ematemasi effettuare lavaggio dello stomaco con SNG per rimuovere il sangue fresco, i coaguli, il materiale particolato per facilitare l'endoscopista e per ridurre il rischio di aspirazione massiva. I farmaci procinetici, utili in alcune situazioni in cui si sospetti la presenza di notevoli quantità di coaguli in cavità gastrica o in soggetti che abbiano da poco assunto un pasto, non sono da utilizzarsi nella routine.
- Soppressione secrezione acida mediante somministrazione di PPI e.v. o per os da attuare nei pazienti con emorragia alta non varicosa: Omeprazolo 40 mg /12 ore / 5 gg., oppure 80 mg. in bolo seguiti da infusione di 8 mg/h per 72 h (Racc. grado A: riduce la frequenza del risanguinamento, riduce il periodo di ospedalizzazione, riduce la necessità di trasfusioni di sangue).
- **In pazienti epatopatici con verosimile rottura di varici esofago-gastriche** sono necessari ulteriori provvedimenti terapeutici. Somministrazione di **farmaci vasoattivi** da iniziare, se sospettata l'origine varicosa del sanguinamento, anche prima della terapia endoscopica: es. Glipressina, 2 mg. e.v. statim, poi 2 mg. e.v. ogni 6 ore e da proseguire successivamente alla conferma endoscopica per 5 gg (Racc. grado A).
- **Antibiotico profilassi:** da attuarsi all'atto del ricovero (Racc. grado A): Norfloxacina 400 mg x 2 os oppure Ceftriaxone 1 g. e.v. die per 1 settimana in pazienti resistenti ai chinolonici o nei pz. con cirrosi avanzata in cui la via orale non sia praticabile.

Posizionare sonda di Sengstaken - Blakemore o di sonda di Linton, quale manovra-ponte all'endoscopia, nei pazienti in cui non si riesce ad ottenere l'equilibrio emodinamico (il pallone gastrico va mantenuto a pressione di 60 mm.Hg.= sono necessari in genere circa 250 cc. di aria, quello esofageo a 40 mm.Hg.) .

**6.1.4 Intervento anestesologico richiesto per tutti i pazienti con instabilità emodinamica (classe ATLS 3-4)** oppure in presenza di sanguinamento in atto in pazienti con disturbi mentali o non cooperanti. La procedura verrà gestita nella sala urgenze del DEA o in sala di rianimazione del pronto soccorso.

E' fondamentale la preliminare rianimazione e stabilizzazione emodinamica del paziente da ottenersi preferibilmente prima dell'intervento endoscopico per ridurre il rischio di complicanze associate a tale procedura.

### 6.1.5 Valutazione endoscopica (Racc. grado A).

Necessaria ed indispensabile per determinare la causa e la sede del sanguinamento e per effettuare, se vi è indicazione, la terapia endoscopica. L'endoscopia ha senso nel caso in cui è destinata a condizionare la successiva condotta terapeutica e l'ospedalizzazione/dimissione del paziente, se quindi ha un impatto significativo rispetto all'utilizzo delle risorse.

L'emostasi endoscopica è associata ad un significativo miglioramento del risultato clinico (valutato in termini di: % risanguinamento, n° di trasfusioni necessarie, n° di giorni di degenza).

Il riscontro di stimate di emorragia in atto o recente è correlato al rischio di risanguinamento.

**Timing:** In caso di emorragia digestiva severa alta il paziente va adeguatamente preparato e ciò influisce direttamente sull'efficacia della procedura endoscopica d'urgenza sia dal punto di vista diagnostico sia terapeutico. È fondamentale la correzione preliminare dello stato di shock, dell'ipotensione ortostatica, dell'ipovolemia così come delle alterazioni della coagulazione, delle ev. aritmie e dell'ipossiemia. È infine necessaria la presenza di personale esperto e di una equipe endoscopica dedicata. L'inadeguata terapia rianimatoria e persistenza di segni di compromissione emodinamica dopo tentativo di riequilibrio (tachicardia ed ipotensione non corrette dalla somministrazione di 1,5 lt sol. elettrolitiche; due o più episodi di ematemesi; ematemesi associata ad ematochezia; persistenza di aspirato ematico da SNG dopo lavaggio) aumentano le probabilità di insuccesso della procedura endoscopica e le complicanze ad essa connesse. Generalmente l'endoscopia è da eseguirsi non appena il pz. è stato valutato e stabilizzato e comunque entro le prime 24 ore. L'endoscopia precoce non aumenta significativamente le complicanze e riduce il numero di trasfusioni necessarie per il ripristino di una situazione emodinamica stabile.

**Modalità:** Va sempre accertato lo stato di digiuno del pz. e raccolto se possibile un consenso informato. In termini di **standards ambientali** è opportuno prevedere spazi sufficientemente ampi per almeno 4 operatori con il relativo strumentario per il monitoraggio del paziente, l'eventuale intubazione oro-tracheale e la rianimazione cardiopolmonare.

**6.1.6 Terapia endoscopica emostatica (Racc. grado A-B):** La sua efficacia è da tempo documentata nei riguardi di una lesione sanguinante o con segni di recente emorragia (vaso visibile - coagulo adesivo), riducendo sia la morbilità che la mortalità. La terapia endoscopica non è indicata nel trattamento delle lesioni a basso rischio: ulcera con base detersa o ulcera con chiazza pigmentata non rilevata. Il ritrovamento di coagulo adesivo richiede l'esecuzione di lavaggio a pressione allo scopo di rendere evidente una lesione ad alto rischio soggiacente da trattare. In ogni caso questa evenienza è ancora soggetta a controversia in quanto potrebbe essere sufficiente la sola terapia medica.

I migliori risultati sono ottenuti dalla **terapia combinata**, mediante utilizzazione di una tecnica termica o meccanica in aggiunta alla terapia iniettiva (Racc. grado A).

La terapia endoscopica (Infiltrazione Adrenalinica, Elettrocoagulazione Bipolare, applicazione di clips emostatiche etc) associata a quella medica (PPI) riduce il rischio di successivo risanguinamento e la necessità di trasfusioni in modo statisticamente significativo se comparata alla sola terapia medica.

**L'emostasi delle varici esofagee** è praticata mediante esecuzione di legatura elastica (Racc. grado A) o effettuazione di iniezioni sclerosanti intra e perivenose se la legatura risultasse difficile ed impraticabile. **Il trattamento delle varici gastriche isolate o esofago-gastriche** oltre il cardias (GOV2) va eseguita mediante iniezione intravenosa di adesivi tessutali (Bucrilato) (Racc. grado A). Nel caso di rottura di varici esofago-gastriche del tipo GOV1 entrambe le tecniche sono praticabili. Dopo l'iniziale trattamento farmacologico/endoscopico occorre valutare la possibilità del **posizionamento precoce di TIPS** nei pazienti ad alto rischio di fallimento o recidiva emorragica (Racc. grado A). La rilevazione del gradiente della ipertensione venosa portale (HVPG) ove praticabile, fornisce la conferma della necessità di tale procedura.

Il posizionamento di sonda emostatica meccanica del tipo Sengstaken va attuata solo come rimedio temporaneo "a ponte", in presenza di sanguinamento massivo, in attesa di eseguire il trattamento definitivo entro le 24 ore con paziente monitorato preferibilmente in terapia intensiva (Racc. grado D). Il sanguinamento persistente nonostante la terapia farmacologica / endoscopica richiede il posizionamento di TIPS in urgenza (Racc. grado B). Il risanguinamento che avviene durante i primi 5 gg richiede un secondo intervento endoscopico e se inefficace il posizionamento di TIPS ricoperta (Racc. grado B).

### 6.1.7 Valutazione post-endoscopica del grado di rischio di risanguinamento e mortalità

L'origine del sanguinamento e la sua tipologia costituiscono di per sé criteri di rischio fondamentali che unitamente ai criteri anamnestico clinici di presentazione dell'evento emorragico contribuiscono a classificare i pazienti ad alto rischio, per i quali sussiste una mortalità per episodio emorragico compresa tra il 25-30%. Sono stati proposti schemi diversi che associano ai criteri clinici quelli derivanti dall'esito endoscopico: Baylor Bleeding Score ('93) - Cedars-Sinai Med. Center ('96) - Rockall Score ('96). Lo scopo principale di queste valutazioni è quello di ridurre la degenza ospedaliera per pazienti selezionati a basso rischio e di evitare la dimissione prematura di soggetti a rischio elevato, passibili di complicanze severe. La validità di questi indici è stata valutata in alcuni studi prospettici, ma nessuno di questi è stato ancora largamente utilizzato nella comune pratica clinica eccetto il Rockall che è stato validato da una serie di trials.

I pazienti con Rockall complessivo < 3 hanno un basso rischio di risanguinamento e mortalità e pertanto possono essere valutati per una dimissione precoce ed un follow-up ambulatoriale (Racc. grado D).

Per assegnare i pazienti da ricoverare a differenti livelli assistenziali l'indice di Rockall complessivo non va utilizzato come unico criterio, ma unitamente ad altri fattori clinici (Racc. grado D).

Nell'iperteso portale sono predittivi di fallimento della terapia nei primi 5 gg: l'HVPG = o > 20 mmHg, la classe C di Child-Pugh (Tabella 3) la presenza di sanguinamento attivo in corso di endoscopia, la presenza di infezione, l'insufficienza renale, il grado di severità dell'evento emorragico iniziale, la presenza di trombosi portale o di HCC.

Sono predittivi di mortalità a sei settimane: la classe C di Child, il MELD score = > a 18, il fallimento dell'arresto dell'emorragia o il risanguinamento precoce (Baveno V).

### 6.1.8 Criteri di valutazione per ricovero ospedaliero

Segni di recente sanguinamento (entro gli ultimi 3 gg.) associati a qualunque dei seguenti:

- Presenza di ematemesi, melena, ematochezia, ipotensione ortostatica.
- Riduzione valori di HT > = 5% rispetto alla norma.
- Segni di compromissione cardiopolmonare.
- Utilizzo di anticoagulanti.
- Piastrinopenia e diatesi emorragica.
- Evidenza anamnestica di cirrosi epatica o protesi aortica.
- Associazione con altre importanti comorbidità.
- Nuovo episodio di sanguinamento entro 15 gg. rispetto a quello iniziale.
- Disturbi mentali o pazienti non cooperanti.

Serie Ordinaria n. 25 - Mercoledì 20 giugno 2012

#### 6.1.9 Tipo di ospedalizzazione (Racc. grado B)

*Posti letto dove sia possibile eseguire un adeguato monitoraggio emodinamico, (CVP, diuresi oraria) se si constata una delle seguenti evenienze:*

- Sospetto di sanguinamento da varici esofagee o gastriche.
- Rischio alto di risanguinamento, a seguito della valutazione complessiva clinico-endo-scopica.
- Persistenza di instabilità emodinamica (ipotensione ortostatica dopo 1 litro di infusione di Soluzione salina).
- Presenza di segni di sanguinamento sia superiore che inferiore.
- Persistenza di sanguinamento dal SNG dopo lavaggio gastrico di almeno 1 litro.
- Coesistenza di malattie associate tipo scompenso cardiaco o angina instabile/aneurisma Aortico/IRA.
- Paziente scoagulato (INR > 2.5).
- Necessità di intubazione endotracheale, ai fini di protezione delle vie aeree.
- In attesa di eseguire valutazione endoscopica, se non immediatamente eseguibile.

**6.1.10 Monitoraggio clinico durante la degenza:** almeno due volte al giorno occorre registrare i parametri emodinamici e gli eventuali segni di sanguinamento in atto; due volte al giorno durante la prima giornata e successivamente ogni giorno occorre valutare i valori dell'Hb; si devono registrare il numero delle EMC ed eventualmente PFC o PLT trasfuse; ogni intervento diagnostico/terapeutico eseguito in successione.

La degenza dei pazienti che hanno manifestato lesioni ad alto rischio è consona allo stato clinico.

**6.1.11 Rivalutazione endoscopica durante la degenza ("second look")** per definizione eseguita entro le 72 ore (il 94,2% dei risanguinamenti avviene entro tale lasso di tempo):

- non è raccomandata nella routine;
- è consigliabile dopo 24 ore nel caso in cui l'endoscopia iniziale fosse ritenuta inadeguata per difficoltà di accesso, visualizzazione o difficoltà tecniche;
- a distanza di 48 ore in una categoria selezionata di pazienti ad alto rischio in cui vi sia un decorso instabile con il ritrattamento delle lesioni che dimostrano la persistenza di stigmate emorragiche.

#### 6.1.12 Risanguinamento

Fattori di aumentato di rischio di risanguinamento sono: presenza di stimate classificate con Forrest 1 A - B e 2 A - B, la dimensione della lesione ulcerativa > 2 cm, la sede posteriore, la tipologia della lesione (ulcera, varici, cancro).

Il risanguinamento comporta un rischio di mortalità elevato (x 10 rispetto al primo episodio).

Un **secondo trattamento endoscopico** è indicato in quanto riduce la necessità di ricorrere alla chirurgia e risulta gravato da minori complicanze rispetto alla chirurgia d'urgenza (Racc. grado B).

Le complicanze possibili della terapia endoscopica (0.8%) sono la perforazione e l'induzione di emorragia irrefrenabile, necessitante di intervento chirurgico.

#### 6.1.13 Intervento chirurgico/angiografico

L'indicazione è posta da ulteriori complicanze e dalla persistenza di emorragia nonostante la terapia medica/endoscopica. È consigliabile, in caso di risanguinamento, che la nuova valutazione e il trattamento endoscopico vengano eseguiti alla presenza del chirurgo.

Fattori predittivi di un insuccesso della terapia endoscopica sono: presenza di shock, sanguinamento attivo durante l'esecuzione dell'endoscopia, localizzazioni difficilmente accessibili delle lesioni da sottoporre al trattamento e loro dimensioni (> 2 cm di diametro) E' preferibile una chirurgia precoce rispetto a quella di "salvataggio" nei pazienti ulcerosi Hp negativi in cui si sia manifestato più di 1 episodio di risanguinamento. Il rischio chirurgico di mortalità è correlato allo score APACHE II.

Nei casi in cui sia disponibile, la procedura di emostasi angiografica mediante embolizzazione percutanea specie nei pz. con rischio anestesiológico elevato (ASA =/> 3) rappresenta una possibile alternativa.

#### 6.1.14 Criteri per possibile dimissibilità da PS.

Può essere effettuata dopo attenta valutazione dei seguenti criteri:

- Assenza di segni di sanguinamento attivo (ematemesi o melena).
- Hb > 12 g/l.
- Età < 60 aa.
- Assenza di ipotensione ortostatica all'atto dell'ammissione e della dimissione.
- Anamnesi negativa per epatopatia o varici.
- Assenza di importanti comorbidità e di compromissione cardiopolmonare.
- Assenza di coagulopatie e diatesi emorragica.

Deve essere pianificato follow-up ambulatoriale gastroenterologico entro 3 gg.

Ove sia stata effettuata valutazione endoscopica la dimissione avviene dopo valutazione complessiva del rischio di risanguinamento dei pazienti con diagnosi endoscopica di ulcera a base detersa o di S.di Mallory Weiss o di gastroduodenite, con indice di Rockall =/< 2 (Racc grado A). L'accuratezza diagnostica dell'endoscopia è del 95%. La dimissione è concordata con il gastroenterologo con specifico programma terapeutico.

#### 6.1.15 Dimissione ospedaliera

Può essere effettuata dopo attenta valutazione dei seguenti criteri:

- Assenza di segni di sanguinamento attivo o di ipotensione ortostatica.
- Stabilità clinica del paziente con cirrosi epatica.
- Accordo con lo specialista gastroenterologo.
- Pianificazione di piano terapeutico domiciliare (checklist).

#### 6.1.16 Terapia medica a domicilio

- La eradicazione Hp è indicata nei soggetti Hp positivi e la terapia con PPI a seconda della patologia riscontrata (Racc. grado A).
- La terapia con PPI di mantenimento è raccomandata nei soggetti che richiedono trattamento con FANS (Racc. grado A).
- Nei soggetti in trattamento con ASA la ripresa della terapia dovrebbe avvenire non appena il rischio di complicanze determinato dalla cardiopatia supera quello del risanguinamento.

**6.1.17 Controllo a distanza**

- Valutazione dell'outcome a 30 gg. (sei settimane per ciò che concerne il sanguinamento da varici).
- Controllo endoscopico della guarigione delle lesioni ulcerative gastriche entro tre mesi.
- Controlli periodici programmati / profilassi risanguinamento delle varici esofago-gastriche.

**7 TABELLE****Tabella 1. Classificazione della gravità dell'emorragia e conseguente correzione emodinamica con infusione di liquidi (ATLS modificata)**

<i>Volemia persa in % e in ml</i>	<b>15% 750 ml</b>	<b>15-30% 750-1.000 ml</b>	<b>30-40% 1.500-2.000</b>	<b>&gt;40% &gt; 2.000 ml</b>
Frequenza cardiaca	< 100	100-120	>120	>140
Pressione arteriosa sistolica	normale	normale	< 90	< 70
Indice di Shock (FC/PAS)	< 0,7	< 0,7	>0,7	>>0,7
Frequenza respiratoria	15-20	20-30	Tachipnea 30-40	Tachipnea >40
Diuresi ml/ora	>30	20-30	5-15	<5 anuria
Stato mentale	ansia +	ansia ++	confusione	letargia
Cute	normale	umida	sudata	marezzata
Riempimento capillare	normale	normale	ritardato	molto ritardato
CLASSE EMORRAGIA	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
GIUDIZIO	<b>STABILE</b>	<b>STABILE</b>	<b>INSTABILE</b>	<b>INSTABILE +++</b>
Liquidi da infondere	cristalloidi	cristalloidi /colloidi 3:1	cristalloidi/colloidi 3:1 + grc	cristalloidi/colloidi 3:1 + grc

**Tabella 2. Valutazione del rischio di morte e risanguinamento: Rockall Score**

	Punteggio			
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Età</b>	<60 aa	60-79 aa	>80 aa	
<b>PAS FC</b>	>= 100 < 100	>= 100 > 100	< 100 >100	
<b>Patologie associate</b>	no	no	Cardiopatìa e altre comorbidità maggiori	Insuff. Epatica, IRC, malattia neoplastica disseminata
<b>Lesione Endoscopica</b>	Mallory Weiss o assenza di lesioni Assenza di stimate emorragiche	Tutte le altre diagnosi	Neoplasie del tratto GE sup.	
<b>Segni di sanguinamento</b>	Nessuno o ulcera con base detersa o con chiazza scura		Ristagno ematico, vaso visibile non sanguinante, sanguinamento attivo	

Rischio di morte e punteggio: 0-2 rischio basso, 3-5 rischio intermedio, 6 o > rischio alto

**Tabella 3 Valutazione di severità dell'epatopatia cronica secondo Child-Pugh**

	Punteggio		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Encefalopatia</b>	no	1-2	3-4
<b>Ascite</b>	no	Lieve	Moderata
<b>Bilirubina serica (mg/dl)</b>	<2	2-3	>3
<b>Albumina (gr/dl)</b>	>3,5	2,8 - 3,5	<2,8
<b>Protrombina INR</b>	<1,3	1,3 -1,5	>1,5

Punteggio totale	Classe di Child-Pugh
5-6	A
7-9	B
10-15	C

Serie Ordinaria n. 25 - Mercoledì 20 giugno 2012

**Principale bibliografia di riferimento**

1. Libro Bianco della Gastroenterologia Italiana, a cura di AIGO, SIED, SIGE, 2011
2. Evidence Based Gastroenterology and Hepatology . J.W.D. Mc Donald, A.K. Burroughs, B.G. Feagan BMJ Books 1999
3. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network sept.2008
4. Managing Patients with acute non variceal gastrointestinal hemorrhage: development and effectiveness of a clinical care pathway. Prasad V, Podila et al Am J Gastroenterology 2001
5. Non variceal upper gastrointestinal hemorrhage: guidelines. British society of GE committee. Palmer K. Gut 2002;51:iv1-iv6
6. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non variceal upper GI hemorrhage. ASGE standards of practice committee. Gastrointest Endoscopy2004;60:497-504
7. International Consensus Recommendations on management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. Ann Intern Med 2010;152:101-113
8. ASGE guideline: the role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage, updated July 2005. Gastrointest Endoscopy 2005;62:651-655
9. Portal hypertension V Proceedings of the fifth Baveno International Consensus workshop. De Franchis R. Wiley Blackwell 2011
10. Linee guida AISF per l'ipertensione portale aggiornamento 2006 (1-64)
11. A comparison of omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer. Khuroo M.S. et al NEJM 1997;336:1054-1058
12. Effect of intravenous Omeprazole on recurrent Bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. Lau JYW et al NEJM 2000;343:310-316
13. Systematic review: terlipressin in acute oesophageal variceal haemorrhage. Ioannou GN, Doust J, Rockey DC. Alim Pharmacol Ther 2003 Jan;17(1):53-64
14. Diagnosis and treatment of portal hypertension. de Franchis R., Dell'Era A., Iannuzzi F. Dig Liver Dis 2004;36:787-798
15. Antibiotic prophylaxis for the prevention of bacterial infections in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding : a meta-analysis. Bernard B, Grangè JD, Khac EN, Amiot X, Opolon P, Poynard T. Hepatology 1999;29:1655-61
16. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding . Soares-Weiser K, Brezis M, Tur- Kaspas R, Leibovici L. Cochrane Database Syst Rev2002;CD002907
17. Comparison of hemostatic efficacy for epinephrine injection alone and injection combined with hemoclip therapy in treating high-risk bleeding ulcers. Lo CC, Hsu PI, Lin CK, et al. Gastrointest Endoscopy2006 May;63(6):767-73
18. Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: a meta-analysis of controlled trials. Marmo R, Rotondano G, Piscopo R, Bianco MA, D'Angella R, Cipolletta L. Am J Gastroenterol 2007 Feb;102(2):279-89; quiz 469
19. Endoscopic variceal band ligation. Baron TH, Wong Kee Song LM Am J Gastroenterol 2009 May;104(5):1083-5
20. Bucrylate treatment of bleeding gastric varices: 12 years' experience. Kind R, Guglielmi A, Rondella L, et al. Endoscopy 2000 Jul;32(7):512-9
21. Salvage TIPStor in controlled variceal bleeding . Vangeli M, Patch D, Burroughs AK, et al . J Hepatol 2002;37:703-704
22. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Rockall TA, Logan RF, Devlin Hb et al. BMJ 1995 Jul 22;311(6999):222-6
23. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Wreeburg EM, Terwee CB, Snel P. et al Gut 1999 Mar;44(3):331-5
24. Management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage before and after the adoption of the Rockall score, in the Italian Gastroenterology Units. Soncini M, Triossi O, Leo P, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2007 Jul;19(7):543-7
25. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, et al Gastrointest Endosc 2002 Jan;55(1):1-5
26. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR et al. Lancet 2009 Jan 3;373(9657):42-7.