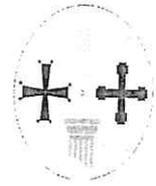


SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

## PROTOCOLLO D'INTESA FRA IL GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO DI REGGIO CALABRIA E L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO CALABRIA PER LA GESTIONE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI

### SOMMARIO

1. Premesse
2. Oggetto e scopo
3. Campo di applicazione
4. Responsabilità
5. Definizioni e abbreviazioni
6. Modalità operative
7. Tabelle
8. Flow-charts
9. Bibliografia

### 1. PREMESSE

Le Emorragie Digestive rappresentano una patologia sempre più frequente, si stima infatti che ogni anno si verifichino da 50 a 150 casi/100.000 abitanti di Emorragia Digestiva Superiore (EDS) e circa 20 casi/100.000 abitanti di Emorragia Digestiva Inferiore (EDI). Sulla base di tali dati è possibile prevedere che nel territorio della Provincia di Reggio Calabria possano verificarsi da 300 a 750 casi di EDS l'anno.

Questo incremento sarebbe in buona parte legato al consumo crescente di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e di antiaggreganti piastrinici, soprattutto in età avanzata.

La mortalità per Emorragia Digestiva Superiore è ancora particolarmente elevata, soprattutto nei soggetti anziani e con comorbidità, raggiungendo anche il 10-14% dei casi; in particolare il sanguinamento da Varici Esofagee comporta una mortalità di circa il 20% entro sei settimane dall'episodio emorragico.

Come avviene per Infarto Miocardico Acuto e Stroke, vi sono evidenze che indicano chiaramente che anche i Pazienti con Emorragia Digestiva abbiano un outcome migliore se curati da specialisti appropriati, ovvero da un team multidisciplinare di specialisti specificamente formati.

Nella Provincia di Reggio Calabria solo presso l'HUB Grande Ospedale Metropolitano è attivo un servizio di Gastroenterologia con possibilità di esecuzione di endoscopia digestiva h24, mentre nei due Ospedali Spoke di Polistena e Locri il servizio di endoscopia digestiva è attivo solo in orario 8-20. Idealmente, come suggeriscono le linee guida della British Society of Gastroenterology, il timing migliore per l'esecuzione della EGDS corrisponde alla mattina successiva al ricovero ospedaliero e solo in circa il 20% dei casi l'emorragia è persistente o ricorrente e l'EGDS in emergenza-urgenza è obbligatoria.

Appare quindi fondamentale la creazione di una Rete Provinciale per la gestione dei Pazienti con EDS con applicazione di scores prognostici per la corretta stratificazione del rischio e su cui basare il conseguente impegno di risorse ospedaliere; il corretto impiego di tali risorse deve essere proporzionato al quadro clinico e all'entità del sanguinamento, evitando sia sprechi inutili che carenza o ritardi nell'intervento.

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 Emorragia Digestiva Superiore su tutto il territorio della Provincia di Reggio Calabria 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

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

#### Scopi specifici

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

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutti gli eventi di sanguinamento acuto del tratto digestivo alto afferenti al Pronto Soccorso del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria e degli Ospedali Spoke dell'ASP 5 di Reggio Calabria.

### 4. RESPONSABILITÀ

#### Disponibilità di professionisti nell'ambito della struttura

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

### Competenze

- Al Medico di PS spetta l'iniziale valutazione e terapia del paziente
- Al Medico del Reparto di degenza spetta la stabilizzazione dei parametri vitali del paziente prima dell'esame endoscopico.
- L'anestesista, ove necessario, cura la rianimazione e collabora con il gastroenterologo nell'esecuzione della procedura endoscopica
- Il gastroenterologo/endoscopista esegue l'indagine endoscopica e gli atti operativi necessari alla procedura di emostasi endoscopica.
- Gli infermieri di Gastroenterologia 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:

- ricomparsa (dopo 6 ore dal 1° episodio emorragico) di ematemesi e/o melena e/o sondino nasogastrico (SNG) positivo dopo normalizzazione del residuo fecale;
- 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;
- 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;
- tachicardia ed ipotensione che non si risolvono a distanza di 8 ore dall'esame endoscopico nonostante appropriata manovra rianimatoria;
- 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 arteriolare/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 *Ipertensione 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 farmacologia/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 Trasfuse/ (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:

EDS: Emorragia Digestiva Superiore

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

## 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 ematemesi melena o anemizzazione acuta (se riferita/dubbia: codice giallo, se ematemesi in atto: codice rosso).

Si rilevi che:

- o in caso di ematochezia e melena senza ematemesi 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 obiettivi 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, emogruppo 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 out come 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 ematemesi ed ematochezia severa, riscontro di valori azotemici elevati, sepsi.

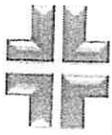
Combinando fattori clinici e parametri di laboratorio è possibile utilizzare lo Score di Glasgow-Blatchford quale maggior sistema predittivo per la necessità di ospedalizzazione del paziente e di trattamento medico-endoscopico. (Tabella 2).

L'indice di Rockall completo (Tabella 3) 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.

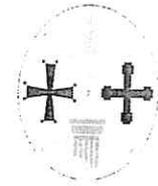
1. Posizionare: catetere venoso periferico (il cateterismo centrale è consigliato se l'età > 60 anni, cardiopatia ischemica o terapia con betabloccanti).
2. Somministrare: destrosio 5% e.v. in assenza di shock, ad infusione lenta. In caso di shock infondere Emagel (massimo 2 unità) e soluzioni saline.
3. Terapia trasfusionale da istituirsi se Hb < 10 g/dl in un contesto di sanguinamento in atto. Tuttavia in assenza di segni di ipoperfusione tissutale, cardiopatia 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).
4. 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.
5. Somministrazione di O2.
6. 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.
7. 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).
8. 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).
9. Antibiotico profilassi: da attuarsi all'atto del ricovero (Racc. grado A): Norfloxacin 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.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

10. 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) .

#### 6.1.5 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 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. E' fondamentale la correzione preliminare dello stato di shock, dell'ipotensione ortostatica, dell'ipovolemia così come delle alterazioni della coagulazione, delle eventuali aritmie e dell'ipossiemia. E' 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. I pazienti con sanguinamento minore e non persistente non sono solitamente sottoposti a EGDS in urgenza, ma sono spesso inseriti in una seduta endoscopica ordinaria, comunque entro 12-24 ore dal sanguinamento. Idealmente, come suggeriscono le linee guida della British Society of Gastroenterology, il timing migliore per l'esecuzione della EGDS corrisponde alla mattina successiva al ricovero ospedaliero. In circa il 20% dei casi, l'emorragia è persistente o ricorrente e l'EGDS in urgenza è obbligatoria.

#### Raccomandazioni

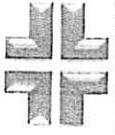
Nei pazienti ad alto rischio, l'approccio endoscopico è significativamente superiore alla sola terapia farmacologica, con una riduzione significativa del rischio di recidiva emorragica e di morte.

(gradoA).

L'applicazione di score prognostici, clinici ed endoscopici consente di identificare i pazienti ad alto rischio, ma soprattutto quelli a basso rischio che possono essere dimessi precocemente e trattati in regime ambulatoriale con notevole risparmio economico;

(gradoA).

In urgenza o comunque entro le 24 ore, tutti i pazienti con emorragia del tratto digestivo superiore devono essere sottoposti a EGDS per individuare la causa dell'emorragia.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

(grado A)

Nel paziente con emorragia grave si dovrebbe ricorrere a una EGDS urgente, una volta stabilizzato lo stato emodinamico. I pazienti con emorragia minore, non attiva e senza comorbidità potrebbero essere invece sottoposti a EGDS in semielezione, comunque non oltre le 12-24 ore dal sanguinamento

(grado A)

Sottoporre tutti i pazienti con emorragia del tratto digestivo superiore a EGDS urgente, compresi quelli senza sanguinamento massivo e comorbidità, non è al momento raccomandabile, anche se tale approccio potrebbe risultare vantaggioso in termini di costo-efficacia (dimissione precoce dei pazienti a basso rischio)

(grado D)

#### 6.1.6 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).

#### 6.1.7 Criteri di valutazione per ricovero ospedaliero

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

1. Presenza di ematemesi, melena, ematochezia, ipotensione ortostatica.

Via Provinciale Spirito Santo n. 24 CAP 89128 Reggio Calabria | tel. +39 0965 397111 fax +39 0965 \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_@ospedalerc.it - pec: [protocollo@pec.ospedalerc.it](mailto:protocollo@pec.ospedalerc.it) - web: [www.ospedalerc.it](http://www.ospedalerc.it)

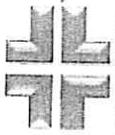
P.IVA: 01367190806

2. Riduzione valori di HT  $\geq$  5% rispetto alla norma.
3. Segni di compromissione cardiopolmonare.
4. Utilizzo di anticoagulanti.
5. Piastrinopenia e diatesi emorragica.
6. Evidenza anamnestica di cirrosi epatica o protesi aortica.
7. Associazione con altre importanti comorbidità.
8. Nuovo episodio di sanguinamento entro 15 gg. rispetto a quello iniziale.
9. Disturbi mentali o pazienti non cooperanti.

## 7. Tabelle

Tabella 1. Classificazione della gravità dell'emorragia e conseguente correzione emodinamica con correzione di liquidi (ATLS modificato)

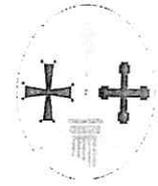
Volemia persa in % e in ml	15%	15-30%	30-40%	>40%
	750 ml	750-1000 ml	1500-2000 ml	>2000 ml
Frequenza cardiaca	<100	100-120	>120	>140
Pressione Arteriosa Sistolica	normale	normale	<90	<70
Indice di Shock (FC/PAS)	<0.7	<0.7	>0.7	>0.7
Frequenza respiratoria	15-20	20-30	Tachipnea 30-40	Tachipnea >40
Diuresi ml/h	>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	1	2	3	4
GIUDIZIO	STABILE	STABILE	INSTABILE	INSTABILE +++
Liquidi da infondere	cristalloidi	cristalloidi/colloidi 3:1	cristalloidi/colloidi 3:1 + grc	cristalloidi/colloidi 3:1 + grc



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

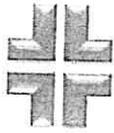
Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Tabella 2. Score di Glasgow-Blatchford

Parametro	Punteggio
<b>Azotemia (mg/dl)</b>	
>18 e <22	2
>22 e <28	3
>28 e <70	4
>70	6
<b>Hb (m)</b>	
>12 e <13	1
>10 e <12	3
<10	6
<b>Hb (f)</b>	
>10 e <12	1
<10	6
<b>Pressione sistolica</b>	
>100 e <109	1
>90 e <99	2
<90	3
<b>Altri markers</b>	
FC >100	1
Melena	1
Sincope	2
Scompenso cardiaco	2
Epatopatia	2

Tabella 3. Valutazione rischio di morte e risanguinamento: Rockall Score

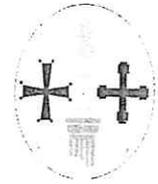
	Punteggio			
	0	1	2	3
Età	<60	60-79	>80	
PAS	>100	>100	<100	
FC	<100	>100	>100	
Patologie associate	no	no	cardiopatia e altre comorbidity maggiori	Insuff. Epatica, IRC, Neoplasia



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



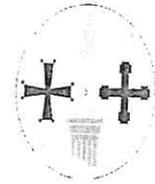
GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

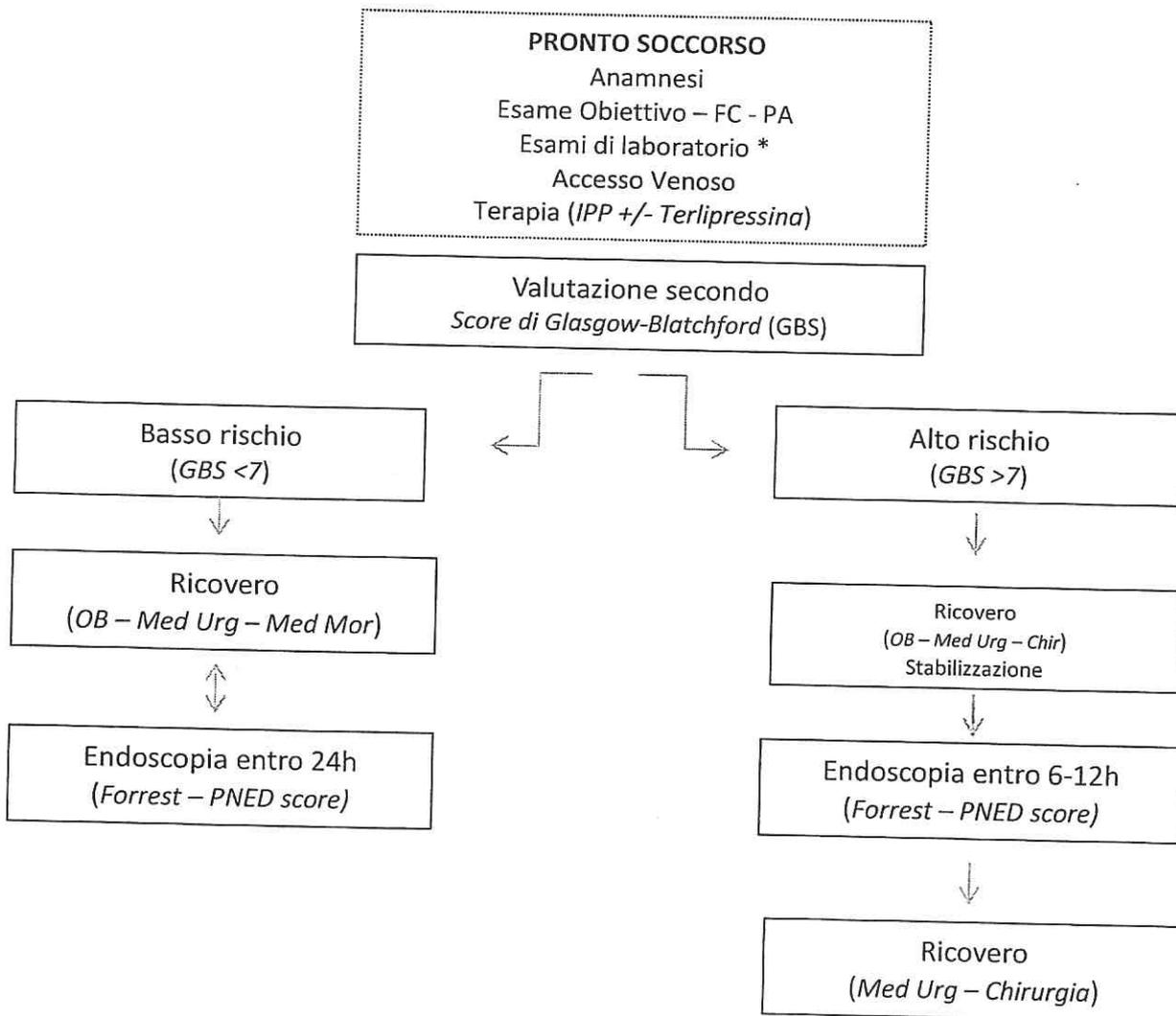
Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

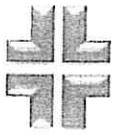
Lesione endoscopica	Mallory Weiss o assenza di lesioni  Assenza di stimate emorragiche	Tutte le altre diagnosi	Neoplasie del tratto GE sup.	
Segni di sanguinamento	Nessuno o ulcera con base detersa o con chiazza scura		Ristagno ematico, vaso visibile non sanguinante, sanguinamento attivo	



8. FLOW-CHARTS

**Percorso del Paziente con Emorragia Digestiva alta**  
**presso G.O.M. Reggio Calabria**

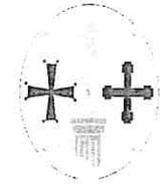




SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

### Stabilità emodinamica

Si

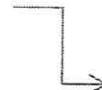
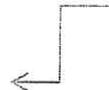


Dimissione

No



Il look endoscopico  
+/- TC addome - AngioTC



Sanguinamento attivo  
controllabile



Reparto di degenza  
(Med Urg - Chirurgia)



TC addome - AngioTC  
in urgenza/elezione  
*(se indicata e se non eseguita in precedenza)*

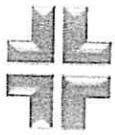
Sanguinamento attivo  
non controllabile



Reparto di degenza  
(Chirurgia)



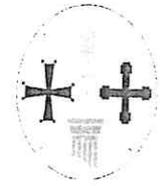
TC addome - AngioTC  
in urgenza  
*(se non eseguita in precedenza)*



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



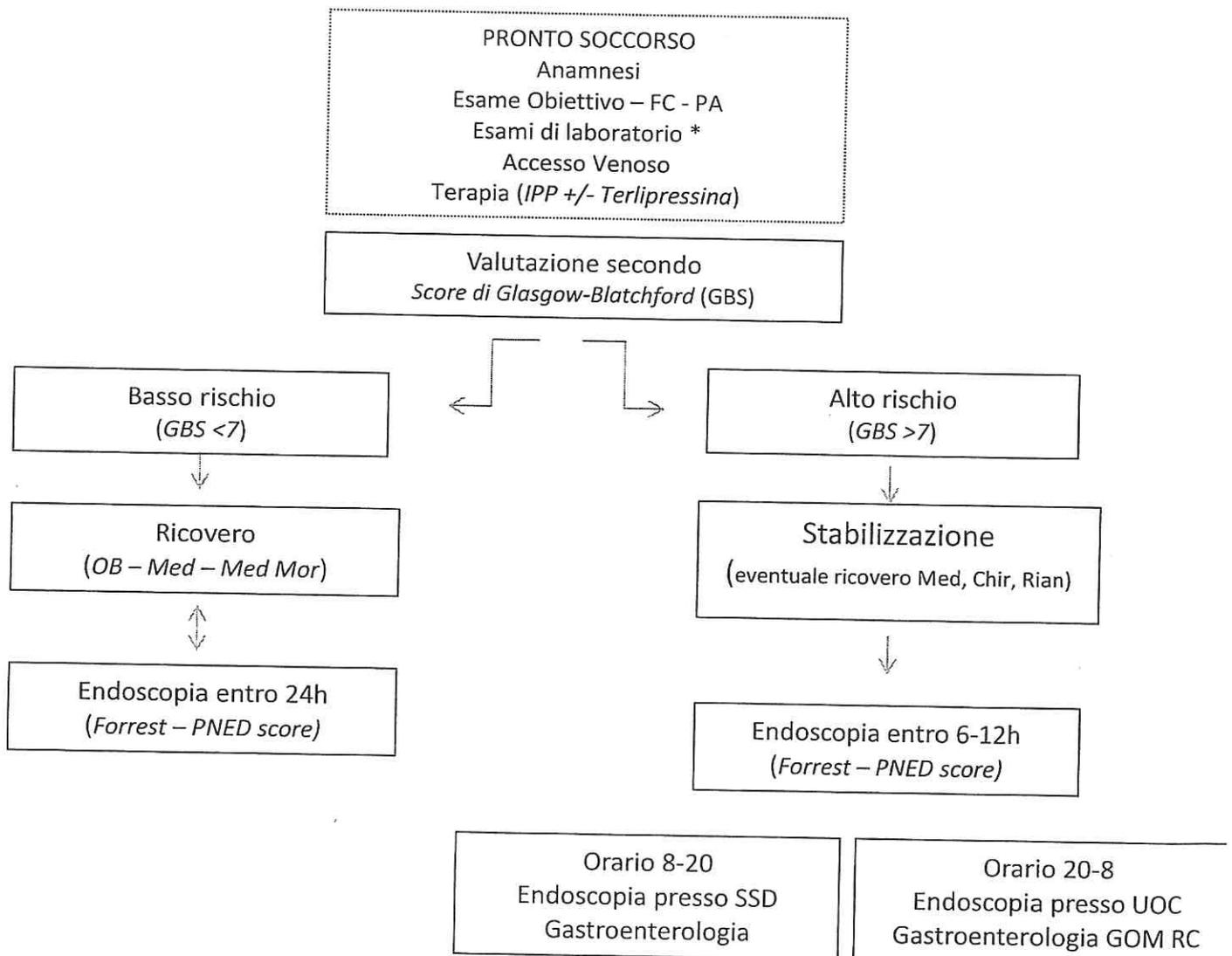
GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

## Percorso del Paziente con Emorragia Digestiva alta presso Ospedale Spoke



## 9. 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 TIPS for incontrolled 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.