

 U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE

Data Redazione	Gruppo di lavoro	Verificata	Approvazione
01/04/2019	Gemma Bellavita Antonio Ricotta Raffaele Annicchiarico Fernando Sogari Fabiola Giannocaro Marcello Chironi Gregorio Frascella Giuseppe Carbotti Irene Friuli	Resp. U.O. Rischio Clinico Dott. M. Chironi Direttore Medico POC Dott.ssa M. Leone Direttore Dipartimento Area Medica Dott. F. Sogari Direttore di Dipartimento S.C.MECAU ASL TA. Dott. A. Ricotta Direttore S.C.MECAU SS. Annunziata Dott.ssa G. Bellavita Direttore S.C. SISTEMA 118 TA Dott. Giuseppe Balzanelli Direttore F.F della S. C. di Gastroenterologia Dott. R. Annicchiarico	Direttore Sanitario ASL TA Dott. V. G. Colacicco Direttore Generale ASL TA Avv. S. Rossi

	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

INDICE

INTRODUZIONE p.3-4

METODO E SCOPO p.5

MONITORAGGIO - IMPLEMENTAZIONE p.6

Fase 1: attivazione del percorso p.7-8-9

Fase 2: inquadramento diagnostico in pronto soccorso o nel setting di ricovero p.9

**fase 3: stabilizzazione emodinamica e gestione del paziente in pronto soccorso o nel setting di
ricovero** p.10-11-12

Fase 4: ricovero e gestione del paziente presso ospedale con endoscopia digestiva p.13

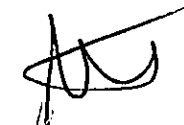
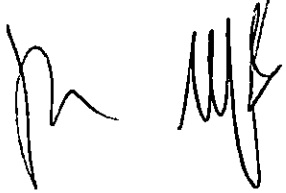
Fase 5: preparazione del paziente all'indagine endoscopica p.13

Fase 6: esecuzione esdg p.14

Fase 7: gestione del pz dopo egds p.14

TABELLA 1 glasgow-blatchford score (gbs) p.15-16

TABELLA 2 score di rockall p.17

 U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE

INTRODUZIONE

Le emorragie gastrointestinali rappresentano una delle urgenze più frequenti in Medicina (incidenza annua di ospedalizzazione per emorragia del tratto digestivo superiore è di circa 100-130/100.000 abitanti e del tratto digestivo inferiore di 23-30/100.000 abitanti).

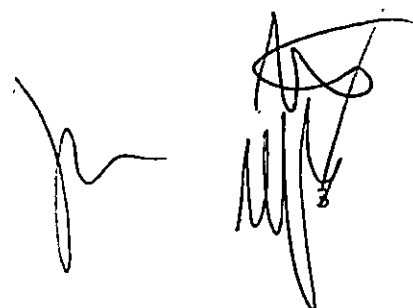
La causa più frequente è l'ulcera peptica, responsabile del 35-60% circa dei casi. La gestione di queste emorragie richiede l'impiego di notevoli risorse, in termini sia di organizzazione del servizio assistenziale sia di spese sanitarie.

Nonostante i notevoli progressi in campo diagnostico terapeutico, la mortalità per sanguinamento digestivo superiore rimane elevata, con valori oscillanti tra il 3 e il 14% circa..

Questo dato risente però dell'aumento sostanziale della vita media, essendo la mortalità per emorragia del tratto digestivo superiore più alta nei pazienti in età avanzata. La gestione del paziente emorragico deve essere affidata ad una Unità di Cura per le Emorragie Digestive (UCED) composto da personale medico e infermieristico specializzato a trattare tali emergenze.

Tenuto conto della complessità delle strutture e delle diverse professionalità chiamate ad intervenire nella risoluzione del problema si è cercato di identificare uno strumento metodologicamente standardizzato che migliori l'operatività di tutte le strutture coinvolte nel processo definendo:

- gli obiettivi singoli e quelli comuni
- i ruoli di ciascuno
- i tempi di intervento
- gli ambiti di intervento e i compiti degli operatori.



 Azienda Sanitaria Locale Puglia Regione Puglia U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
--	--	---	--

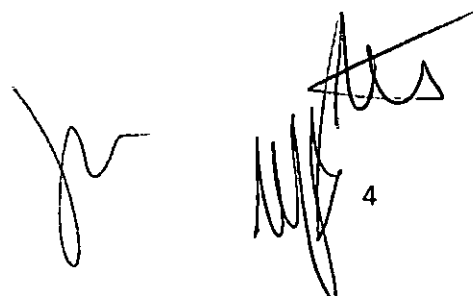
Lo strumento che attualmente appare più idoneo a rispondere a tali esigenze, anche nell'ottica condivisa di una Rete Assistenziale Regionale, è il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale" (PDTA).

Il PDTA rappresenta uno strumento tecnico-gestionale il cui standard è sempre in progressione e che si propone di garantire:

- la riproducibilità delle azioni
- l'uniformità delle prestazioni erogate
- la riduzione dell'evento straordinario
- lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli

La stesura di un PDTA, pur contestualizzato in ogni realtà, deve rispondere a requisiti ben definiti per permettere un confronto oggettivo tra Aziende, Presidi, tra strutture operative che trattano la stessa patologia. I PDTA sono quindi modelli locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata.

In quest'ottica il PDTA costituisce uno strumento che permette all'Azienda Sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione e rappresenta, in sostanza, la contestualizzazione di Linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di una azienda sanitaria.



 U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

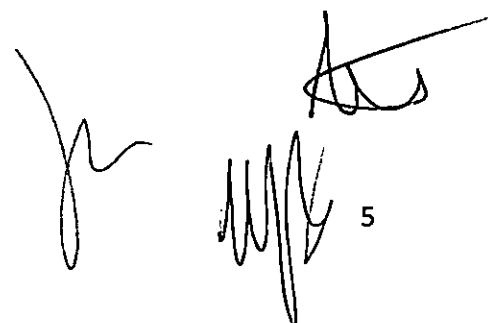
METODO

- Costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare
- Ricerca e valutazione di linee guida sull'argomento e adattamento locale di una Linea Guida aggiornata e di buona qualità.
- Discussione e approvazione del progetto da parte della Direzione Sanitaria Aziendale

SCOPO

Il PDTA per le emorragie digestive superiori mira a garantire:

1. il miglioramento del processo assistenziale attraverso l'analisi, la diagnosi delle criticità, dei punti di forza e di debolezza, l'identificazione precoce delle situazioni a rischio e l'individuazione delle possibili aree di miglioramento;
2. l'esecuzione del processo assistenziale basata su norme giuridiche/norme tecniche/linee guida ufficiali di società scientifiche;
3. adeguate diagnosi, terapia e prevenzione delle complicanze delle EDS assicurando sempre la sicurezza del Paziente, la continuità assistenziale, la riduzione degli interventi inappropriati;
4. la rintracciabilità e verificabilità di tutte le azioni assistenziali e terapeutiche intraprese attraverso una corretta gestione della documentazione clinica.



 U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

MONITORAGGIO

L'impatto del PDTA sarà valutato attraverso una batteria di indicatori in parte basati sull'esame di un campione di cartelle cliniche in pz. trattati in PS per SGIA e di pz. dimessi dai reparti degli Ospedali dell'ASL TA con tale diagnosi con il metodo del confronto prima e dopo l'introduzione del PDTA.

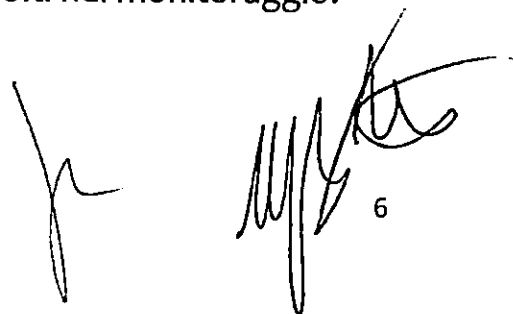
- **Indicatori di processo:** % di pz. che eseguono la EGDS entro le 24 ore;
- **Indicatori di esito:** Tasso di mortalità;
Durata delle degenze nei pz. ricoverati con SGIA.
- **Indicatori di appropriatezza:** Corretta valutazione del rischio del paziente
Appropriatezza della dimissione dal PS e della Sede di ricovero
appropriatezza dell'uso dei farmaci

La valutazione dell'**impatto economico** si baserà sull'insieme dei dati disponibili.

IMPLEMENTAZIONE

Per facilitare la diffusione, la conoscenza e la corretta applicazione del PDTA si dovranno attuare le seguenti attività:

- Presentazione del PDTA nell'ambito del consiglio di Direzione.
- Diffusione del documento a tutte le strutture interessate dell'Azienda.
- Progetto di "audit and feedback" utilizzando i dati raccolti nel monitoraggio.



 Azienda Sanitaria Locale Taranto Regione Puglia U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

Fase 1: Attivazione del percorso.

L'attivazione del percorso può avvenire tramite:

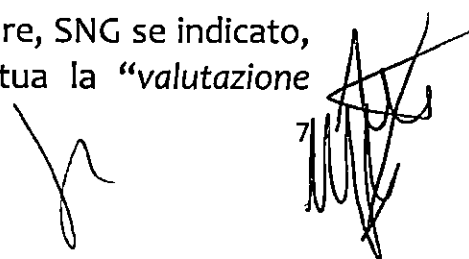
- soccorso a domicilio,
- accesso diretto al Pronto Soccorso,
- paziente già ricoverato in P.O. con Serv. di Endoscopia,
- paziente già ricoverato in P.O. senza Serv. di Endoscopia.

Soccorso a domicilio: L'infermiere Operatore di Centrale Operativa 118 che riceve una richiesta di soccorso riconducibile ad emorragia digestiva del tratto superiore, attraverso il triage telefonico definisce il grado di criticità dell'evento attribuendo un Codice Colore ed attiva il mezzo ritenuto più idoneo tra quelli immediatamente disponibili:

Codice Rosso o Giallo - in base alla disponibilità dei mezzi: la scelta avverrà secondo quest'ordine di priorità:

- 1) Attivazione di un mezzo in assetto MIKE (ambulanza con medico, infermiere e due autisti soccorritori addestrati) o Automedica (con medico e infermiere a bordo) + VICTOR (due autisti soccorritori addestrati);
- 2) Attivazione di un mezzo in assetto INDIA (ambulanza con infermiere e due autisti soccorritori certificati) cui seguirà l'invio di un mezzo medicalizzato viciniore appena disponibile ad effettuare un rendez-vous;
- 3) Attivazione di un mezzo in assetto VICTOR (ambulanza con due autisti soccorritori certificati) cui seguirà l'invio di un mezzo medicalizzato viciniore appena disponibile ad effettuare un rendez-vous.

In caso di disponibilità di ambulanza in assetto MIKE, il medico effettua una valutazione clinica e praticati i primi interventi terapeutici indicati (1 o 2 accessi venosi di grosso calibro - infusione di cristalloidi/colloidi se cirrosi in fase di scompenso, acido Tranexamico, Terlipressina, gastroprotettore, SNG se indicato, gestione vie aeree se indicato- Catetere Vescicale), effettua la "valutazione



	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

sanitaria sul luogo" attribuendo un codice numerico (da 0 a 4). Informa la Centrale Operativa.

Se in **Codice 3** previo pre-allertamento del PS, il paziente sarà indirizzato al DEA di Il Livello e/o presso altro Presidio Ospedaliero che disponga di un servizio di Endoscopia Digestiva.

In caso di impossibilità, per qualunque motivo, di garantire la stabilizzazione emodinamica e/o la protezione delle vie aeree, il mezzo di soccorso, anche se in itinere, previo contatto con il medico di Centrale Operativa sarà indirizzato al PS del Presidio Ospedaliero più vicino che, pre-allertato, prenderà in carico il paziente.

Se in **Codice 2** il paziente sarà indirizzato all'ospedale più vicino e tra quelli più vicini il più idoneo (servizio di Endoscopia Digestiva attivo)

Se in **Codice 1** il paziente sarà indirizzato all'Ospedale più vicino

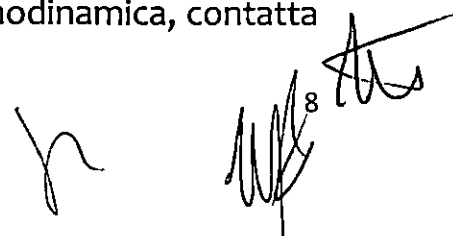
In caso di disponibilità di ambulanza in assetto INDIA, l'infermiere effettuato il rilievo dei parametri vitali e garantito l'accesso venoso, previo contatto telefonico con il dirigente medico in servizio presso la Centrale Operativa, praticherà quanto indicato e sarà indirizzato alla sede del rendez - vous con automedica se possibile, in caso contrario, all'Ospedale più vicino.

In caso di disponibilità di ambulanza in assetto VICTOR, dopo il rilievo dei parametri vitali ad opera dei soccorritori e comunicazione dei dati alla Centrale Operativa, sarà indirizzata, se possibile, alla sede del rendez - vous con una MIKE /Automedica o con un'INDIA. In caso contrario sarà indirizzato all'ospedale più vicino previo pre-allertamento.

"Per la corretta gestione del PDTA si rende indispensabile la necessità, per la Centrale Operativa, di ricevere comunicazione periodica, aggiornata, inerente l'operatività dei servizi di endoscopia digestiva provinciali."

Accesso diretto al Pronto Soccorso: Il paziente viene preso in carico dall'equipe del P.S. per una prima valutazione e per l'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico.

Paziente già ricoverato in P.O. con Serv. di Endoscopia: Il medico responsabile del paziente valuta il problema, assicura la stabilizzazione emodinamica, contatta il/i consulente/i (Gastroenterologo, Anestesista-Rianimatore).



 U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

Paziente già ricoverato in P.O. senza Serv. di Endoscopia: Il personale della struttura di ricovero prende accordi, previa stabilizzazione emodinamica del paziente, con il Dirigente Medico Endoscopista in pronta disponibilità della struttura provvista di servizio di endoscopia per la consulenza e l'eventuale procedura di urgenza. Sarà cura del Consulente, effettuata la prestazione, indicare il luogo di ricovero più idoneo.

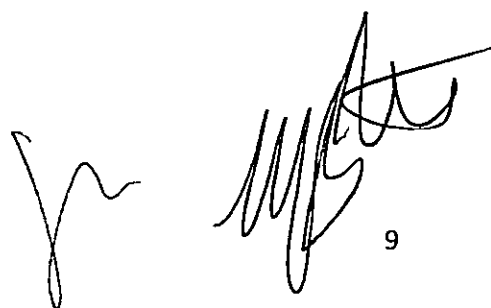
Fase 2 : Inquadramento diagnostico in pronto soccorso o nel setting di ricovero.

La seconda fase del percorso prevede, l'accoglienza del paziente al Pronto Soccorso, il monitoraggio delle funzioni e dei parametri vitali e la prima visita.

Accoglienza: L'infermiere triagista assegna il codice colore. I pz. in codice rosso, stabilito al triage o dal medico del 118 accedono immediatamente alla sala visite.

Monitoraggio: Monitoraggio dei parametri vitali (PA, FC, PAO, FR, Saturimetria), Monitoraggio delle funzioni vitali (posizionamento C.V., posizionamento S.N.G, valido accesso venoso, da parte del Medico e dell'infermiere di PS.

Prima visita: Eseguita dal Medico di PS o dal Medico del setting di ricovero prevede la valutazione dei dati anamnestici la valutazione di eventuale instabilità emodinamica, la valutazione di fattori che aumentano il rischio, la richiesta di esami di laboratorio in urgenza.



 U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

Fase 3 : Stabilizzazione emodinamica e gestione del paziente in Pronto Soccorso o nel setting di ricovero.

La terza fase del processo prevede la stabilizzazione emodinamica del paziente da parte del Medico di P.S.

La stabilizzazione emodinamica e la protezione delle vie aeree, quando necessarie, dovrebbero precedere qualsiasi manovra diagnostica o terapeutica (Barkum 2003).

ESGE raccomanda una valutazione immediata dello stato emodinamico nei pazienti che presentano emorragia acuta del tratto gastrointestinale superiore, con rapido ripristino del volume intravascolare utilizzando inizialmente fluidi cristalloidi nel caso in cui sia presente un'instabilità emodinamica (**Raccomandazione forte, evidenza di qualità moderata**).

La stabilità emodinamica è da ottenere comunque prima di eseguire manovre endoscopiche per ridurre il rischio di complicanze e deve essere prestata dal Medico di P.S. che accoglie il paziente o dal medico di reparto se il pz. è già ricoverato (prima di un eventuale trasferimento c/o l'O.C. di Taranto o l'Ospedale di Martina Franca).

La stabilizzazione emodinamica con valutazione e correzione dei parametri vitali prevede il monitoraggio di PA, FC, EGA ed emocromo; la predisposizione di valido accesso venoso, l'infusione di liquidi/trasfusione. Il Medico posiziona il SNG e procede al lavaggio gastrico.

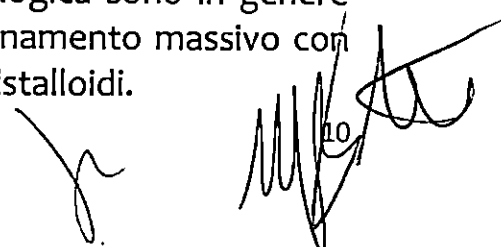
Fondamentale è la reintegrazione emodinamica:

Gli obiettivi della reintegrazione emodinamica sono: correggere l'ipovolemia, ripristinare un'adeguata perfusione tissutale e prevenire una insufficienza multiorgano.

Una precoce stabilizzazione emodinamica intensiva dei pazienti con emorragia digestiva acuta ha mostrato una significativa riduzione della mortalità.

La correzione dell'ipovolemia è un obiettivo prioritario. Per il ripristino del volume circolante l'uso di cristalloidi si è dimostrato sicuro ed efficace quanto i colloidi (Finfer 2004, Wilkes 2001).

Nella maggior parte dei pazienti 1-2 litri di soluzione fisiologica sono in genere sufficienti per correggere le perdite, ma nei casi di sanguinamento massivo con shock può essere necessario l'uso del sangue associato a cristalloidi.



 U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

La trasfusione di emazie deve essere considerata in tutti i pazienti con:

- shock emorragico e in quelli in cui persistono segni di cattiva tolleranza all'anemizzazione nonostante la correzione dell'ipovolemia.
- nei pazienti con livelli di Hb <7 g/dl e in quelli che possono tollerare poco l'anemia (anziani, pazienti con malattie cardiopolmonari), con livelli di Kb >10 g/dl.
- Nei pz con valori di Hb tra 7 e 10 g/dl non è chiaramente definita e deve essere basata sulla clinica: la persistenza di segni (tachicardia, ischemia ECG, tachipnea, ipotensione, etc.) e sintomi (angina, dispnea, ansia, etc.) di cattiva tolleranza sono un'indicazione alla trasfusione (Murphy 2001).

ESGE raccomanda una strategia trasfusionale dei globuli rossi restrittiva, che miri ad un target di emoglobina compreso tra 7-9 g/dl. Un target di emoglobina più elevato dovrebbe essere considerato nei pazienti che presentano importanti comorbidità.

(Raccomandazione forte, evidenza di qualità moderata).

Una volta ripristinato e stabilizzato il circolo emodinamico, l'ESGE raccomanda l'esecuzione di una endoscopia precoce (≤ 24 ore).

Un'EGDS molto precoce (≤ 12 ore) è consigliata in pazienti con segni clinici di alto rischio, suggestivi di instabilità emodinamica persistente nonostante i tentativi di ripristino della volemia nonché in presenza di sangue dal sondino naso-gastrico o in presenza di controindicazioni all'interruzione del trattamento anticoagulante.

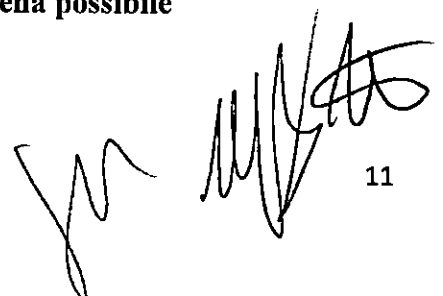
La stratificazione del rischio è importante per stabilire il timing dell'endoscopia. Numerosi sistemi di score sono stati creati per predire l'outcome dei pazienti con ED acuta, quelli più ampiamente validati sono il Glasgow Blatchfords Score (GBS) e lo score di Rockall.

Glasgow Blatchfords Score (GBS):

Punteggio < 4 + emodinamica stabile EGDS tra 24-48 ore

Punteggio > 4 + emodinamica stabile EGDS tra 6-12 ore

Instabilità emodinamica + ematemesi + epatopaziente EGDS appena possibile



 Azienda Sanitaria Locale Taranto Regione Puglia U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

E' indicata l'esecuzione di esame endoscopico d'urgenza appena possibile e comunque entro le 12 h in caso di emorragia severa e soprattutto nelle seguenti situazioni:

- a) mancato raggiungimento della stabilizzazione emodinamica*
- b) transitoria stabilizzazione emodinamica*
- c) ipotensione arteriosa e/o tachicardia*
- d) shock*
- e) elevata probabilità anamnestica che il sanguinamento sia secondario a rottura di varici esofagee e/o gastriche*
- f) ematemesi*

ESGE raccomanda l'uso di strumenti di stratificazione del rischio validato per classificare i pazienti in gruppi ad alto e basso rischio. La stratificazione del rischio può facilitare la decisione clinica relativamente ai tempi dell'endoscopia e della dimissione ospedaliera (**Raccomandazione forte, evidenza di qualità moderata**).

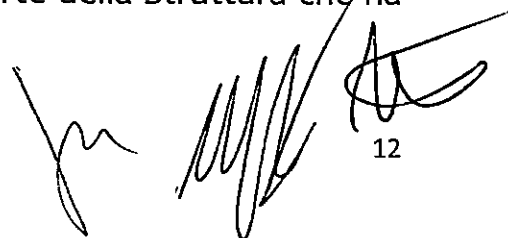
ESGE raccomanda l'uso del Glasgow-Blatchford Score (GBS) per la stratificazione del rischio pre-endoscopico. I pazienti con un rischio molto basso (punteggio GBS compreso tra 0 e 1 non richiedono endoscopia precoce né ricovero ospedaliero. I pazienti dimessi dovrebbero essere informati del rischio di risanguinamento e consigliati di rimanere in contatto con l'Ospedale che li ha dimessi (**Raccomandazione forte, evidenza di qualità moderata**).

L'ESGE raccomanda la disponibilità di un servizio di endoscopia h24 7/7 gg con un endoscopista in grado di eseguire l'emostasi endoscopica e una personale infermieristico in grado di usare gli accessori endoscopici così da garantire una adeguata endoscopia (**Raccomandazione forte, evidenza di qualità moderata**).

La valutazione del rischio ed il conseguente timing dell' endoscopia devono essere eseguiti dal Medico del PS o dal medico di reparto e dai Consulenti Gastroenterologi.

Se l' endoscopia è differibile (6-48 ore) il pz deve essere ricoverato presso la Osservazione Breve (OB) del PS o in alternativa presso la S.C. di Medicina o di Chirurgia per un adeguato monitoraggio , in attesa di trasferimento per l' esecuzione di EGDS presso l' Ospedale di Taranto o l' Ospedale di Martina Franca, secondo la organizzazione delle rispettive Endoscopie (turni settimanali).

Il trasferimento verrà concordato ed organizzato da parte della Struttura che ha preso in carico il paziente.



 U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

Fase 4: Ricovero e gestione del paziente presso ospedale con Endoscopia Digestiva.

L' Equipe Multidisciplinare rivaluta il pz al fine di stabilire il momento ottimale per eseguire l' EGDS in base alla stabilizzazione del quadro clinico. (stratificazione del rischio con GBS al fine del timing dell' endoscopia).

Il Medico di P.S. stabilisce in accordo con il Gastroenterologo, l'U.O. di assegnazione in base ai criteri di stabilità clinica, rischio di risanguinamento e patologia prevalente; E' necessario garantire inoltre il mantenimento di un valido accesso venoso, il monitoraggio di PA, FC, Hb, il lavaggio gastrico attraverso SNG e il monitoraggio del n° di scariche di feci.

I parametri di PA, FC e n° di scariche di feci sono indici sensibili della ripresa o non stabilizzazione del sanguinamento a cui deve essere correlata la valutazione dell'emocromo.

Fase 5: Preparazione del paziente all'indagine endoscopica.

Il Medico endoscopista provvede ad informare il pz. su importanza, significato diagnostico e terapeutico e possibili complicanze dell'emorragia digestiva superiore e del relativo trattamento, provvedendo a raccogliere il consenso informato.

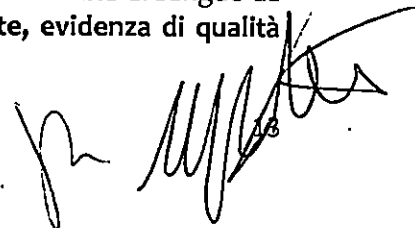
Il medico e l'infermiere del setting devono garantire un'adeguata gastrolusi e devono assicurarsi che il pz. sia a digiuno da almeno 6-8 ore.

In caso di sanguinamento attivo e recente assunzione di cibo la gastrolusi verrà eseguita dopo intubazione oro-tracheale.

Una insufficiente gastrolusi rende difficoltosa l'individuazione della sede del sanguinamento ed il successivo trattamento emostatico.

L'assenza del periodo di digiuno adeguato aumenta il rischio anestesilogico ed intraprocedurale.

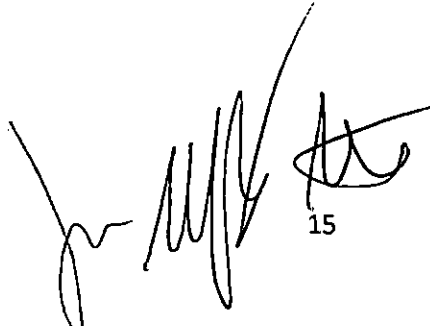
ESGE raccomanda l'uso di eritromicina endovenosa (singola dose 250 mg somministrati 30-120 min prima dell'endoscopia) nei pz. con UGIH clinicamente severo o attivo in corso. In pz. selezionati, la somministrazione di eritromicina prima dell'endoscopia migliora in modo significativo la visualizzazione endoscopica, riduce la necessità di una seconda endoscopia, diminuisce il numero di unità di sangue da trasfondere, riduce la durata della degenza ospedaliera (**raccomandazione forte, evidenza di qualità alta**).



 Azienda Sanitaria Lucania Puglia Regione Puglia U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

TABELLA 1 GLASGOW-BLATCHFORD SCORE (GBS)

Parametro	Punteggio
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	
100-109	1
90-99	2
< 90	3
Azotemia (mg/dl) o BUN (mmol/L)	
18-21,9 (6.5 -7.9)	2
22 – 27,9 (8.0 – 9.0)	3
28 – 69,9 (10.0 – 24.9)	4
>70 (> 25.0)	6
Hb uomo (gr/dl)	
12.0 – 12.9	1
10.0 – 11.9	3
< 10.0	6
Altre variabili di rischio	
Frequenza cardiaca > 100	1
Melena	1
Sincope	2



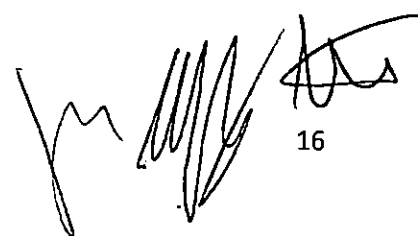
 U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	--	---	--

Scompenso cardiaco	2
Epatopatia	2
GBS TOTALE	

Punteggio < 4 + emodinamica stabile EGDS tra 24-48 ore

Punteggio > 4 + emodinamica stabile EGDS tra 6-12 ore

Instabilità emodinamica + ematemesi + epatopaziente EGDS appena possibile.



 Azienda Sanitaria Locale Fucina Regione Puglia U.O. Rischio Clinico	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
--	--	---	--

TABELLA 2 SCORE DI ROCKALL

Parametri		Punteggio
1. Età	• 80	2
	• 60-79	1
	• < 60	0
1. Shock	Ipotensione: PA sist < 100 mm HG	2
	Tachicardia: PA sist < 100 mm HG e polso > 100/min	1
	No shock: PA sist < 100 mm HG e polso < 100/min	0
2. Comorbidità	Insufficienza renale, insufficienza epatica, neoplasia metastatica	3
	Scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica o comorbidità maggiore	2
	No comorbidità maggiori	0
3. Diagnosi endoscopica	Neoplasia del tratto digerente	2
	Tutte le altre diagnosi	1
	No lesioni, no SRE, MW	0
4. SRE maggiori	Sangue nel tratto digestivo sup., coagulo adeso, vaso visibile e vaso che sanguina	2
	Nessuno o solo area pigmentata	0

Score pre-endoscopico: A+B+C Score totale: A+B+C+D+E

Punteggio minimo: 0 Punteggio massimo: 11

Categoria di rischio: (> 5 alta) (3-4 intermedia) (0-2 bassa)

