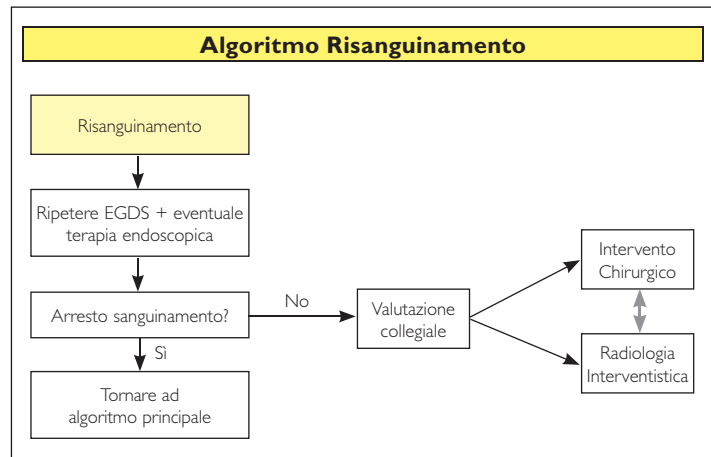
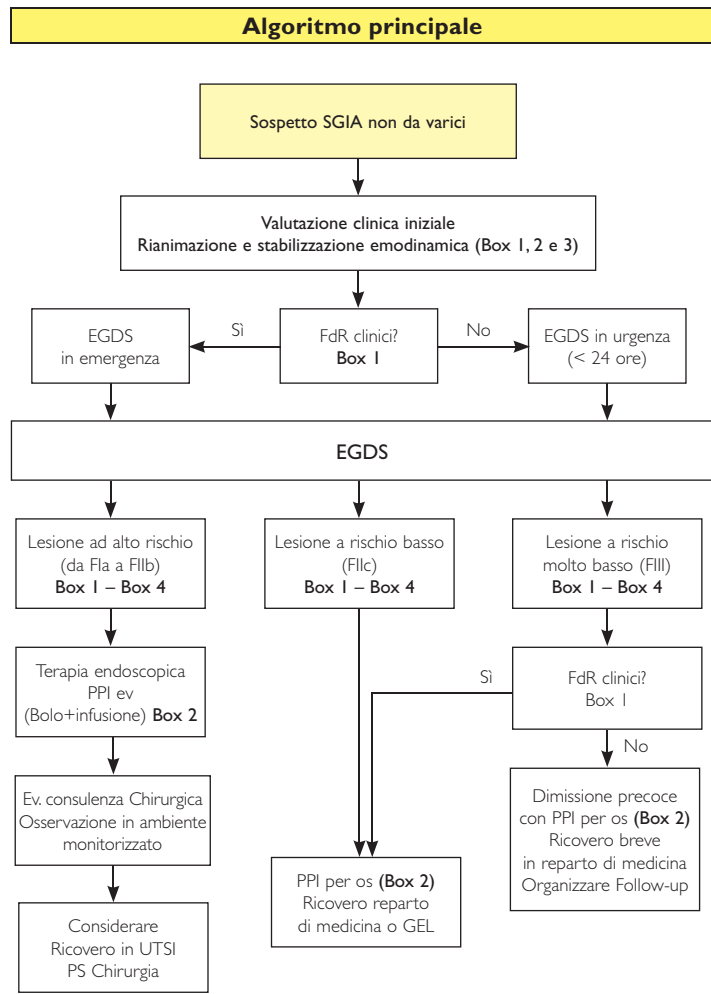


Box 2 - Farmaci	
Farmaco	Dose
Soluzione fisiologica	1000-2000 ml ev
Sangue, Plasma e Fattori coagulativi	
Sangue 0 negativo	Sanguinamento massivo con shock
Emazie concentrate	Hb <7 g%, Hb 8-9 g% se comorbidità o anziani
Plasma fresco	10-20 ml/kg
Fattore VIIa ricombinante	15-90 mcg/Kg
Complesso Protrombinico	25-50 U/kg
Pool di PLTs	1-2 pool (se 70 kg, 1 pool aumenta la conta di PLTs di 20-25.000/mcl)
PPI dosi standard	
Pantoprazolo (fl o co) Omeprazolo (fl o co)	1 fl in SF 100 cc ev/die o 1 o 2 co al giorno
PPI alte dosi	
Pantoprazolo fl 40 mg Omeprazolo fl 40 mg	<b>Bolo</b> (80 mg): 2 fl in SF 100 cc seguiti da: <b>Infusione</b> (8 mg/ora): Poiché una volta ricostituita in SF deve essere utilizzata entro le 12 ore l'infusione dovrà essere suddivisa: 2 fl in SF 250 ml a 25 ml/ora per 72 ore
Somatostatina, Octreotide	
Somatostatina fl 3 mg	<b>Bolo</b> 250 mcg ev in 3 min: portare 1 fl a 10 ml con SF e infondere 1 ml <b>Infusione</b> (250 mcg/ora): 1 fl in SF 500 ml a 42 ml/ora
Octreotide fl 0,1 mg	<b>Bolo</b> : 50 mcg ev lentamente: portare 1 fl a 10 ml con SF e infondere 5 ml <b>Infusione</b> (25-50 mcg/ora): 5 fl in SF 500 ml a 25-50 ml/ora

Box 4 - Classificazione di Forrest		
	Caratteristiche dell'ulcera	Rischio di risanguinamento
Sanguinamento attivo		
Ia	Sanguinamento a getto	55%
Ib	Sanguinamento a nappo	55%
Segni di recente sanguinamento		
IIa	Vaso visibile (non sang.)	43%
IIb	Coagulo adeso	22%
IIc	Area pigmentata piana	10%
Nessun segno di sanguinamento		
III	Base pulita	5%



**Gestione dei pazienti con emorragia digestiva alta non da varici (SGIA)**

**Linee Guida Aziendali**  
**Gruppo Evidence Based Medicine**

*Marzo 2007*

**Componenti del gruppo di lavoro**  
Benedetto G, Bruno M, Dughera L, Garbarini A, Lerda A, Olivetti L, Rapellino M, Rigoni D, Santarelli M, Scaglione L, Scavino L, Torchio M, Vianco L.

Le raccomandazioni contenute in questo documento sono formulate per gruppi di pazienti; le decisioni nel singolo paziente devono essere prese dal medico, combinando le raccomandazioni di questa Linea Guida con il giudizio clinico e con le preferenze del paziente. In quest'ottica il medico può doversi discostare in modo significativo dalle raccomandazioni fornite dalla Linea Guida e tale decisione dovrebbe essere documentata e giustificata nella cartella clinica.

Box 1 - Fattori di rischio per Risanguinamento e Mortalità	
Clinici	
Anamnesi	Età >70 anni Comorbidità: Insuff. renale, Insuff. epatica, neoplasia metastatica, CHF, CAD o qualsiasi comorbidità maggiore
Parametri vitali	Instabilità emodinamica*: PAsist < 100 mm Hg, polso >100 bpm; Confusione*.
Sanguinamento	Sangue rosso vivo nell'aspirato* Sangue rosso all'esplorazione rettale* Sanguinamento in pz ricoverato per altri motivi* Sanguinamento persistente o risanguinamento*
Strumentali	
Laboratorio	Aumento urea Aumento creatinina Emoglobina <10 g% Coagulopatia (PLTs<50.000, INR >1,5) *
Endoscopia	Neoplasia del tratto digerente alto Sanguinamento a getto*, Sanguinamento a nappo*, Vaso visibile (non sanguinante)*, coagulo adeso (Forrest Ia, Ib, IIa, IIb)

\* Se presenti, considerare l'esecuzione della EGDS in emergenza e/o ricovero in UTSI

Box 3 - Manovre da eseguire di routine	
Parametri vitali (PAO e Fc in clino-ortostat. o seduto, Freq. Resp., Sat O <sub>2</sub> , stato di coscienza)	
Accesso venoso	
Ematochimici (Na <sup>+</sup> , K <sup>+</sup> , Urea, Creatinina, Emocromo, AST, ALT, Bilirubina tot, Amilasi, INR, aPTT, Fibrinogeno)	
Prove crociate	
ECG	
SNG e ER	
Rx torace e eventuale Rx addome	
Contattare Endoscopista	
Nei Pazienti Instabili*	
Monitorizzazione (Sat O <sub>2</sub> , Monitor ECG, PAO, diuresi)	
Catetere vescicale	
Accesso venoso bilaterale con ago di grosse dimensioni - eventuale CVC	
Infusione rapida di soluzione fisiologica, Trasfusione di Sangue O negativo	
Allertare Banca del Sangue, Chirurgo, eventualmente il Rianimatore	

\* le procedure che si eseguono nei pazienti stabili devono essere eseguite anche nei pazienti instabili

<b>Forza delle Raccomandazioni</b>	
<b>A</b>	L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di qualità alta.
<b>B</b>	Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
<b>C</b>	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
<b>D</b>	L'esecuzione della procedura non è raccomandata.
<b>E</b>	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.

<b>Raccomandazione I</b>
<b>Nei pazienti con SGIA, la valutazione clinica immediata ed una rianimazione adeguata sono critiche per una gestione appropriata. (A)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>La correzione dell'ipovolemia è l'obiettivo prioritario della rianimazione iniziale; per la rianimazione iniziale si consiglia l'utilizzo dei cristalloidi.</li> <li>La trasfusione di emazie concentrate deve essere considerata nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ sanguinamento massivo con shock (considerare l'uso di emazie 0 negativo)</li> <li>✓ persistenza di segni/sintomi di cattiva tolleranza dopo la correzione dell'ipovolemia</li> <li>✓ valori di Hb&lt;7 g/dl o, nei pazienti anziani o con patologie cardio-respiratorie, valori di Hb&lt;8-9 g/dl. Non si deve trasfondere con valori di Hb &gt;10 g/dl.</li> </ul> </li> <li>I segni/sintomi di cattiva tolleranza all'anemia devono essere ricercati periodicamente e dovrebbero essere riportati sulla cartella.</li> <li>Nei pazienti con conta piastrinica &lt;50.000 e sanguinamento in atto si consiglia la trasfusione di PLTs con controllo della conta al termine.</li> <li>Nei pazienti in TAO con INR superiore al normale e sanguinamento in atto si consiglia l'uso di vitamina K associato a Fattore VIIa ricombinante o concentrato di Complesso Protrombinico o plasma fresco.</li> <li>Nei pazienti con deficit multipli della coagulazione (es insufficienza epatica) con INR &gt;1,8 o fibrinogeno &lt;100 mg/dl e sanguinamento in atto si consiglia l'uso di plasma fresco.</li> <li>Si deve considerare l'allertamento dell'anestesista e l'eventuale intubazione oro-tracheale nei pazienti che sono a rischio di aspirazione.</li> </ul>

<b>Raccomandazione 2</b>
<b>Nei pazienti con sospetta SGIA si consiglia il posizionamento di un SNG poiché i risultati possono avere un significato prognostico e il lavaggio gastrico può migliorare la qualità dell'endoscopia. (B)</b>
La presenza di sangue rosso vivo nell'aspirato aumenta la probabilità di una lesione ad alto rischio, ma l'assenza di sangue non esclude un sanguinamento gastrointestinale alto né la possibilità di avere lesioni ad alto rischio.

<b>Raccomandazione 3</b>
<b>Nei pazienti con SGIA si raccomanda di eseguire l'EGDS entro le 24 ore dalla presentazione. (A)</b>

<b>Raccomandazione 4</b>
<b>La stratificazione clinica (non endoscopica) dei pazienti con SGIA in categorie a basso ed alto rischio di risanguinamento e mortalità può essere di aiuto nella gestione clinica. (B)</b>
I pazienti che alla presentazione sono emodinamicamente instabili o hanno sangue rosso vivo dal SNG o altri segni o sintomi di elevato rischio di risanguinamento (Box 1) devono eseguire l'endoscopia in emergenza.

<b>Raccomandazione 5</b>
<b>La stratificazione precoce dei pazienti con SGIA in categorie a basso ed alto rischio di risanguinamento e mortalità, basata su criteri clinici ed endoscopici, può essere di aiuto nella gestione clinica. (A)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutti i pazienti instabili dal punto di vista emodinamico o con comorbidità rese instabili dal sanguinamento (angina da discrepanza, peggioramento insufficienza respiratoria, ecc), devono essere ricoverati in UTSI indipendentemente dal rischio di risanguinamento.</li> <li>I pazienti con lesioni a rischio più elevato di risanguinamento (Forrest la – IIb): ricovero in UTSI (medica o gastroenterologica) o PS chirurgia.</li> <li>Pazienti con lesioni a rischio basso (Forrest IIc) -&gt; ricovero in corsia di medicina o GEL.</li> <li>Pazienti con lesioni a rischio molto basso di risanguinamento (Forrest III) con FdR (comorbidità, problemi sociali, ecc) (Box 1): ricovero in corsia di medicina.</li> <li>Pazienti con lesioni a rischio molto basso di risanguinamento (Forrest III) senza altri FdR (Box 1): dimissione precoce dal PS o ricovero breve in corsia di medicina. La decisione deve comunque tener conto di altri fattori quali l'autosufficienza, la corretta comprensione, la presenza di un supporto familiare adeguato, ecc.</li> </ul>

<b>Raccomandazione 11</b>
<b>Non è raccomandata l'endoscopia second look di routine. (D)</b>
La programmazione della ripetizione dell'endoscopia può essere considerata in pazienti selezionati, sulla base del giudizio dell'operatore che esegue la prima endoscopia e nei casi in cui la terapia endoscopica iniziale risulti subottimale per motivi tecnici (ad esempio per una visione limitata).

<b>Raccomandazione 12</b>
<b>In caso di risanguinamento, un secondo tentativo di terapia endoscopica è generalmente raccomandato. (A)</b>

<b>Raccomandazione 13</b>
<b>Nei pazienti in cui la terapia endoscopica è fallita o nei casi in cui la probabilità di risanguinamento è molto alta si raccomanda la valutazione chirurgica. (B)</b>

<b>Raccomandazione 14</b>
<b>Nei pazienti in cui fallisce la terapia endoscopica si può considerare l'emبولizzazione transcateretere. (B)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>La gestione di questi pazienti richiede una stretta collaborazione tra il chirurgo, l'angioradiologo e l'endoscopista; la scelta delle modalità terapeutiche e dei tempi d'intervento non può essere codificata ma deve essere valutata caso per caso e dipenderà dalla stabilità emodinamica del paziente, dalla sua età, dalla presenza di comorbidità e dai reperti endoscopici.</li> <li>I pazienti ad elevato rischio di risanguinamento devono essere monitorati strettamente per evidenziare la persistenza del sanguinamento o la sua ripresa.</li> </ul>

<b>Raccomandazione 15</b>
<b>Gli anti-H2 non sono raccomandati nei pazienti con SGIA. (E)</b>

<b>Raccomandazione 16</b>
<b>La somatostatina e l'octreotide non sono raccomandati di routine nei pazienti con SGIA (Box 2). (D)</b>
L'utilizzo della somatostatina e dell'octreotide, in aggiunta a terapie di comprovata efficacia, può essere considerato nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> <li>nei pazienti con sanguinamento incontrollato in attesa dell'endoscopia o dell'intervento chirurgico</li> <li>nei pazienti con sanguinamento incontrollato che non possono essere sottoposti ad intervento chirurgico</li> <li>in attesa dell'endoscopia, quando non sia possibile escludere un sanguinamento da varici.</li> </ul>

<b>Raccomandazione 17</b>
<b>Nei pazienti con SGIA si raccomanda l'uso dei farmaci inibitori di pompa protonica. (A)</b>

<b>Raccomandazione 18</b>
<b>Nei pazienti sottoposti con successo a terapia endoscopica si raccomanda di somministrare gli inibitori di pompa protonica a bolo endovenoso seguito dall'infusione continua per 72 ore (Box 2). (A)</b>

<b>Raccomandazione 19</b>
<b>Si dovrebbe considerare l'uso di inibitori di pompa protonica nei pazienti in attesa dell'endoscopia. (A)</b>
Nei pazienti con SGIA in attesa dell'endoscopia si dovrebbe considerare l'utilizzo di PPI (EV o PO) a dosi doppie di quelle normali (40 mg/24 ore). (Box2) Nei pazienti con SGIA e caratteristiche cliniche di elevato rischio (sangue rosso vivo dal SNG, altri fattori di rischio) in attesa dell'endoscopia si dovrebbe considerare l'utilizzo di PPI (EV o PO) ad alte dosi (bolo di 80 mg ev seguito da infusione di 8 mg/ora). (Box 2) I pazienti con lesioni a basso rischio (area pigmentata, base pulita) possono essere trattati con PPI per os alle dosi standard. (Box 2)

<b>Raccomandazione 20</b>
<b>I pazienti che dopo l'endoscopia sono da considerarsi a basso rischio di risanguinamento possono essere alimentati per os entro 24 ore. (B)</b>
La decisione deve comunque essere presa sulla base del singolo caso considerando le condizioni cliniche e la probabilità di dover essere sottoposto ad una nuova endoscopia o a intervento chirurgico.

<b>Raccomandazione 21</b>
<b>Nei pazienti con ulcera gastrica o duodenale si raccomanda di eseguire il test per l'infezione da Helicobacter pilori e, se l'infezione è presente, di trattare il paziente. (A)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nei pazienti ricoverati per SGIA l'esecuzione della sierologia, pur con i limiti di questo test, sembra essere l'opzione migliore.</li> <li>In considerazione dell'elevata prevalenza dell'infezione nei pazienti con SGIA, se il test risulta positivo si consiglia la terapia eradicante.</li> <li>Qualora non si riesca ad eseguire il test durante il ricovero o il risultato sia negativo il paziente dovrà ripetere un test diagnostico a distanza (antigene fecale o urea breath test). Tale test dovrà essere eseguito almeno dopo 15 gg la sospensione della terapia con PPI.</li> <li>La durata della terapia con PPI dipende dalla gravità dell'ulcera e dal rischio di risanguinamento (ulcera &gt;1 cm, storia di complicanze o recidive).</li> <li>Se il paziente è ad alto rischio di risanguinamento si consiglia di posticipare l'esecuzione del test a quando si considererà sicuro sospendere il PPI.</li> <li>Alla dimissione si deve segnalare al medico curante se e quando il paziente deve ripetere o eseguire il test diagnostico per HP, la durata della terapia con PPI e la eventuale terapia eradicante per HP prescritta.</li> <li>Ad eccezione dei casi in cui la EGDscopia è programmata per altri motivi, per la diagnosi di infezione da helicobacter si dovrà programmare un test non invasivo (urea breath test, antigene fecale).</li> </ul>

<b>Raccomandazione 22</b>
<b>Nei pazienti con sanguinamento da ulcera gastrica si raccomanda di ripetere l'esecuzione dell'endoscopia entro le 4 settimane per verificare la guarigione e la presenza di neoplasia. Il paziente deve assumere i PPI fino a quel momento. (A)</b>

<b>Raccomandazione 23</b>
<b>Nei pazienti con sanguinamento da ulcera duodenale non è raccomandata la ripetizione dell'endoscopia per verificare la guarigione dopo l'eradicazione dell'infezione da helicobacter pilori, a meno che il paziente non continui ad assumere FANS. (D)</b>