

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

Emorragie Digestive Superiori

Sommario

1.	Introduzione al PDTA delle Emorragie digestive Superiori	3
2.	La RETE REGA.....	3
3.	Epidemiologia	3
4.	Mappatura delle macro-fasi del Percorso clinico	5
5.	Stratificazione dei rischi, classificazione e timing endoscopico	6
6.	Razionalizzazione dei codici ICD-9 CM.....	6
7.	Paziente sospetto EDS – startup PDTA e Rete REGA-EDS.....	7
	➤ Valutazione dello stato emodinamico del Paziente	7
8.	Inquadramento diagnostico e rivalutazione clinica del Pz.....	8
	Schema Operativo.....	8
9.	Arruolamento del Pz nel PDTA e nella Rete-PGA, il tempo zero e la definizione dei percorsi	10
	Schema Operativo.....	10
10.	Percorsi pre-endoscopici	12
	a) La gestione pre-endoscopica del Paziente che accede INSTABILE	12
	Schema Operativo.....	13
	b) La gestione pre-endoscopica del Paziente STABILIZZATO (responder) o IN VIA DI STABILIZZAZIONE (parzialmente responder)	14
	Schema Operativo.....	14
	Schema Operativo.....	15
	c) La gestione pre-endoscopica del Paziente sempre STABILE	16
	Schema Operativo.....	16
	d) La gestione pre-endoscopica del Paziente STABILE sospetto EDS VARICEALE	17
	Schema Operativo.....	17
	Schema Operativo.....	19
	e) La gestione pre-endoscopica del Paziente STABILE sospetto EDS NON VARICEALE	20
	Schema Operativo.....	20
	Schema Operativo.....	23
11.	Percorsi endoscopici	24
	a) La terapia endoscopica per Emorragia Digestiva Superiore Non Variceale da Ulcera Gastrica o	

Duodenale.....	24
Schema Operativo.....	26
b) La terapia endoscopica per Emorragia Digestiva Superiore Non Variceale da altra causa (non da Ulcera Gastrica o Duodenale)	28
Schema Operativo.....	28
Schema Operativo.....	30
c) La terapia endoscopica per Emorragia Digestiva Superiore Variceale	32
Schema Operativo.....	32
Schema Operativo.....	34
12. Indicatori del PDTA.....	35
➤ Redattori – Gruppo di lavoro.....	38
➤ Analisi del contesto	38
➤ Afferenze nell’ambito della Rete REGA-EDS	38
➤ Analisi dei bisogni	38
➤ Campo di applicazione	38
➤ Follow up – gestione post-endoscopica.....	38
➤ Eccezioni ai percorsi per eventuali Strutture in zone disagiate.....	38
➤ Management del PDTA	38

1. Introduzione al PDTA delle Emorragie digestive Superiori

Le emergenze/sanitarie in gastroenterologia presentano un percorso complesso che combina aspetti gestionali, clinici e strumentali, in particolare endoscopici, che richiedono lo sviluppo di una rete improntata sul modello di integrazione dei servizi di tipo “orizzontale” al fine di garantire il miglioramento della gestione di prestazioni ad elevata complessità, soprattutto se erogate in un contesto di emergenza e urgenza, in centri qualificati sia dal punto di vista strutturale e tecnologico sia da quello delle professionalità presenti.

Il percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (in seguito solo PDTA), integrato nel sistema di risposta sanitaria alle emergenze-urgenze gastroenterologiche della Regione Campania denominato **Rete REGA**, regola la gestione del Paziente con emorragia digestiva superiore nell’ambito del I e II livello di setting assistenziale del network. Ogni percorso è da ritenersi, ex L.24/2017, valido salvo diversa e motivata indicazione del Medico che ha in carico il Paziente per specificità del caso concreto e sulla base di evidenze scientifiche e/o contingenze. E’ obiettivo dello “strumento” di clinical governance quello di garantire che gli Operatori sanitari siano messi nelle condizioni di rispettare integralmente le indicazioni scientifiche (fatta eccezione la migliore cura per il caso specifico) utilizzando percorsi più rigorosi e precisi nell’ambito del più largo perimetro operativo declinato dalle guide lines.

Questo modello regionale di PDTA deve essere opportunamente contestualizzato, con le modalità previste nel Piano di Rete ed in conformità a quanto previsto dal **Decreto Regione Campania n.32 del 25.03.2019**, ed adottato da ogni singola Azienda Sanitaria previa validazione dell’Ente regionale.

Il modello prevede:

- l’indicazione degli argomenti/articoli **minimi** da inserire
- uno schema operativo per ogni singolo percorso clinico e organizzativo
- indicazioni sui contenuti da includere
- delle Note Esplicative e Operative a supporto della predisposizione
- “raccomandazioni” e “approfondimenti” (vedere terminologia) ritenute necessarie o utili

2. La RETE REGA

L’obiettivo del Piano di Rete è quello di ottimizzare tutte le risorse delle singole Strutture sanitarie nell’ambito di una razionale integrazione regionale che consenta:

- una maggiore sicurezza per il Paziente
- un upgrade della qualità sanitaria generale
- una maggiore uniformità territoriale della risposta sanitaria all’emergenza

La rete per le emorragie digestive è costituita dalle unità di Gastroenterologia con Endoscopia Digestiva organizzate secondo il modello Hub e Spoke.

3. Epidemiologia

Le patologie gastroenterologiche rappresentano una delle principali cause di ospedalizzazione e necessitano di un opportuno, quanto funzionale, approfondimento fenomenologico in ragione dell’assenza di dati recenti condivisi nonché di dettagliate metanalisi. Si è ritenuto pertanto opportuno ri elaborare, mediante l’analisi di studi metodologicamente differenti - *osservazionali, per coorte e locali*- realizzati in Italia e non dal 2000 al 2020, una schematica *rappresentazione epidemiologica settorializzata* che consenta almeno per le emorragie digestive (ED) una panoramica specifica.

➤ **Epidemiologia descrittiva ED**

Le uniche misure di frequenza che sono state ritenute sufficientemente attendibili sono le seguenti:

Tasso di incidenza *delle emorragie digestive (ED)*

in Italia – (il valore è sovrapponibile per ordine di grandezza al dato regionale):

- ✓ 50 - 100 Pazienti (range) ogni 100.000 abitanti
- ✓ sensibile prevalenza per le ED superiori (circa il 50% in più)
- ✓ prevalenza per i soggetti maschili (circa il 60%)
- ✓ età media del Paziente di circa 65 anni

Tasso di mortalità/letalità *delle emorragie digestive acute*

valori in Italia (il valore è sovrapponibile per ordine di grandezza al dato regionale):

- ✓ 5%-10% sui nuovi ricoveri (per i Pazienti ri-ospedalizzati è più elevato)
- ✓ circa il 15% per i Pazienti anziani, con comorbidità ed emorragia non da varici
- ✓ circa il 20% per Pazienti anziani, con comorbidità ed emorragia da varici
- ✓ circa il 25% per Pazienti già ricoverati in ospedale per altre esigenze cliniche-assistenziali

Ulteriori dati pregnanti da considerare per definire il contesto epidemiologico sono:

- ✓ il tasso di mortalità/letalità pressoché costante negli ultimi 15 anni
- ✓ il tasso di EDSNV (emorragia digestiva non da varici) che è di circa l'85%
- ✓ il tasso di risanguinamento medio è in media del 15%

➤ **Epidemiologia analitica ED**

Seppur rappresentata solo mediante un'elencazione, l'osservazione analitica del fenomeno ci indica una crescita continua degli attuali principali fattori di rischio per le ED acute e il conseguente incremento dei Pazienti critici: l'invarianza del tasso di mortalità/letalità negli anni, nonostante una sensibile evoluzione tecnologica dei dispositivi endoscopici che dovrebbe migliorare gli outcomes clinici, indica chiaramente che sono in continuo aumento i fattori di rischio principali quali

- ✓ l'aumento dell'età media e la conseguenziale comorbidità
- ✓ l'infezione da *Helicobacter Pylori*
- ✓ l'alcol
- ✓ l'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), antitrombotici, nuovi anticoagulanti orali (DOAc) e gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI - *che possono potenziare la gastrolesività dei FANS*).

➤ **Epidemiologia dei Servizi Sanitari ED**

Ulteriori utili informazioni fenomenologiche sono ricavabili dalle tabelle SDO 2022 sulle **emorragie gastrointestinali acute**, da cui si rilevano i seguenti dati fortemente impattanti sui costi dell'assistenza sanitaria:

- **complicanze:** rilevate nel 75% dei casi
- **degenza media:** 9,3 gg se con complicanze e 6,2 gg senza complicanze
- **degenza massima:** 133 gg con complicanze e 88 gg senza complicanze
- **degenza oltre i 4gg:** nell'86% dei casi con complicanze e nel 70% dei casi senza complicanze

➤ **Epidemiologia valutativa**

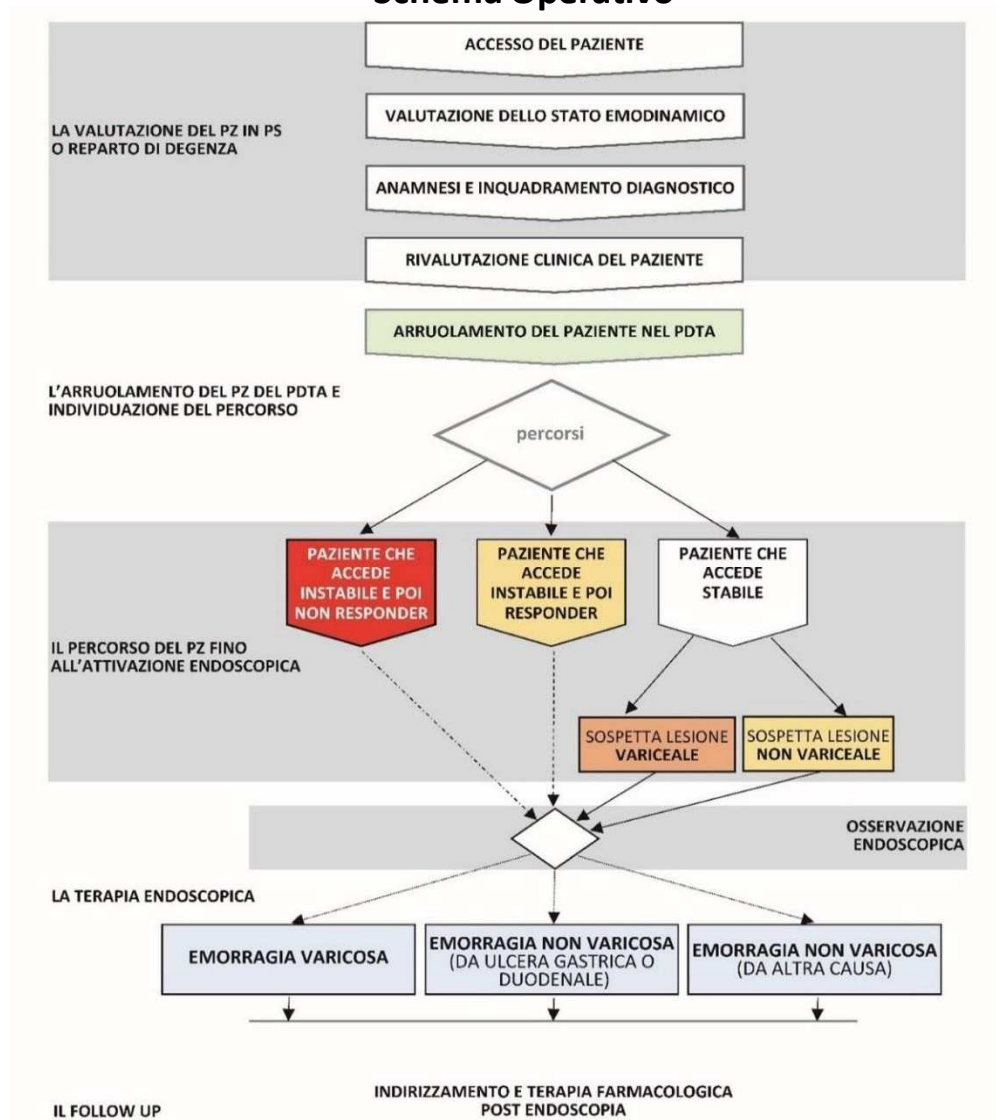
I dati forniti mostrano che le ED acute sono caratterizzate da un elevato *case-fatality rate*, da un forte

impatto sui costi dell'assistenza (endoscopici, chirurgici, radiologici, trasfusionali e per degenze) e da un elevato consumo dei farmaci. Inoltre, il 50% circa di Pazienti è assistito da un servizio di gastroenterologia di un ospedale principale e poco più del 10% di Pazienti è assistito da un servizio di gastroenterologia in un ospedale locale con un impatto di oltre il 30% sui giorni di degenza.

È pertanto necessaria una risposta assistenziale contrassegnata da una rigorosa conformità a quanto previsto dalle linee guida internazionali unita ad una gestione maggiormente specialistica (assistenza di medici gastroenterologi) del Paziente, per migliorare l'impatto sugli outcomes principali e ridurre il tasso di mortalità/letalità nonché la durata media dei giorni di degenza.

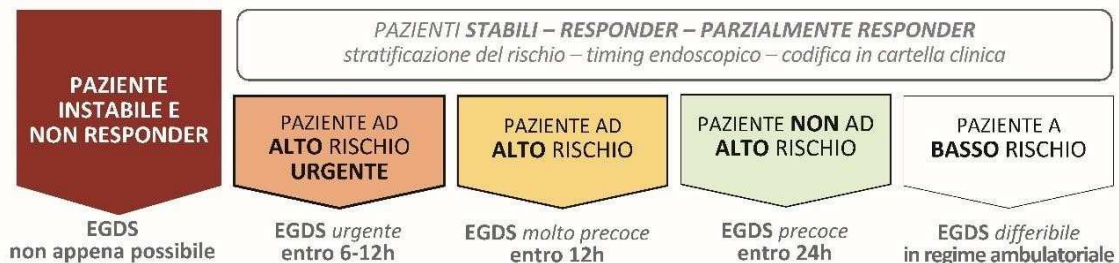
4. Mappatura delle macro-fasi del Percorso clinico

Schema Operativo



5. Stratificazione dei rischi, classificazione e timing endoscopico

NOTA ESPLICATIVA: preventiva stratificazione del rischio pre-endoscopico per il Paziente mediante il quale si collega opportunamente la classificazione al timing endoscopico, consentendo una maggiore uniformità dei trattamenti nonché una codifica terminologica univoca in cartella clinica, nell'ambito dell'ampia forbice temporale prevista dalle linee guida



6. Razionalizzazione dei codici ICD-9 CM

NOTA ESPLICATIVA: l'omogeneità dei criteri di codifica dei trattamenti è un aspetto organizzativo importante nell'ambito dei flussi SDO, motivo per cui si auspica una preventiva prioritizzazione che riduca il possibile eccesso di variabilità dei codici utilizzati

CODICI ICD-9 CM PIU' UTILIZZATI			
CODICE	DIAGNOSI	CODICE	PROCEDURE
456.0	Emorragie da varici esofagee	39.1	TIPS
531.0	Ulcera gastrica acuta con emorragia	42.33	Legatura varici esofagee
531.2	Ulcera gastrica acuta con emorragia e perforazione	44.41	Sutura di ulcera gastrica
531.21	Ulcera gastrica acuta con emorragia e perforazione, con ostruzione	44.42	Sutura di ulcera duodenale
532.0	Ulcera duodenale acuta con emorragia	44.43	Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale
532.2	Ulcera duodenale acuta con emorragia e perforazione	44.91	Legatura varici gastriche
535.01	Gastrite acuta con emorragia	45.16	Esofagogastrosopia con biopsia
535.41	Altra gastrite specificata con emorragia	96.06	Inserzione sonda di Sengstaken-Blakemore
578.0	Ematemesi		
578.1	Melena e rettorragia		
578.9	Emorragia del tratto gastrointestinale non specificata		
CODICI ICD-9 CM MENO UTILIZZATI			
CODICE	DIAGNOSI	CODICE	PROCEDURE
533.0	Ulcera peptica acuta con emorragia	43.0	Gastrectomia
533.2	Ulcera peptica acuta con emorragia e perforazione	43.41	Legatura varici gastriche
534.0	Ulcera gastroduodenale acuta con emorragia	43.6	Gastrectomia parziale sec. B1
534.2	Ulcera gastroduodenale acuta con emorragia e perforazione	43.7	Gastrectomia parziale sec. B2
535.51	Gastrite e gastroduodenite non specificate con emorragia	43.8	Altra gastrectomia parziale
535.61	Duodenite con emorragia	43.9	Gastrectomia totale
571.5	Cirrosi epatica senza menzione di alcol	43.91	Gastrectomia totale con interposizione intestinale
571.2	Cirrosi epatica alcolica	43.99	Altra gastrectomia totale
571.6	Cirrosi biliare	44.0	Vagotomia
		44.01	Vagotomia tronculare
		44.02	Vagotomia superselettiva
		44.03	Altra vagotomia selettiva
		44.2	Piloroplastica
		44.29	Altra piloroplastica
		44.4	Controllo emorragia e sutura di ulcera gastrica e duodenale
		44.40	Sutura di ulcera peptica
		44.44	Embolizzazione mediante catetere per sanguinamento gastrico o duodenale
		44.49	Altro controllo emorragia dello stomaco e del duodeno
		44.62	Chiusura di gastrectomia
		44.9	Altri interventi sullo stomaco

7. Paziente sospetto EDS – startup PDTA e Rete REGA-EDS

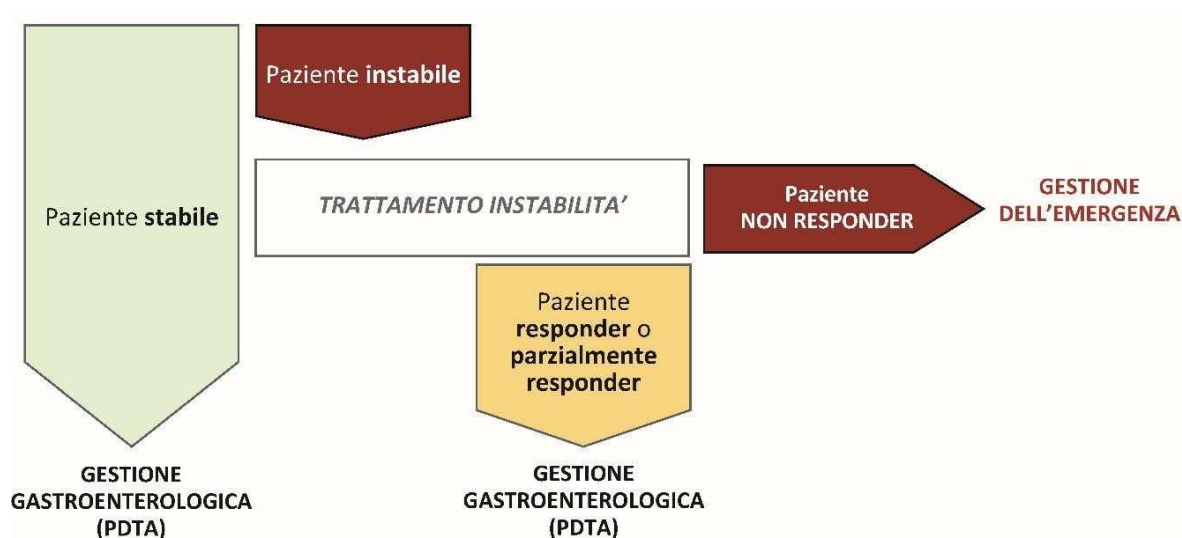
NOTA ESPLICATIVA: fase prodromica all’arruolamento del Paziente nei percorsi clinici locale (PDTA) e regionale (Rete-PGA EDS), i cui obiettivi principali sono:

- diagnostica precoce in PS (se ingresso autonomo o mediante 118) o nel reparto di degenza
- minimizzazione del ritardo, errore o omissione diagnostica
- indirizzamento uniforme su tutto il territorio regionale

➤ Valutazione dello stato emodinamico del Paziente

NOTA ESPLICATIVA: attività di pronto soccorso / medicina d’urgenza, dove i percorsi seguono la priorità gestionale dello stato emodinamico del Paziente al momento dell’accesso

Schema Operativo



NOTE OPERATIVE:

- lo schema evidenzia che i percorsi gastroenterologici del PDTA sono riferiti ai Pazienti stabili, stabilizzati e in via di stabilizzazione, diversamente dalla gestione degli instabili che permangono tali di competenza dell’Urgentista, in quanto la fase endoscopica è secondaria alla gestione dell’emergenza
- l’instabilità è quella che il Clinico “sospetta” secondaria ad una EDS
- nel momento in cui il Clinico sospetta un’instabilità secondaria ad una EDS deve tempestivamente allertare il Gastroenterologo o consultarlo
- la gestione di questa fase è esclusivamente intraospedaliera

APPROFONDIMENTI

1. Valutazione e trattamento dell’instabilità secondaria ad una EDS

Si suggerisce di includere una specifica indicazione in quanto, l’uniformità di questo approccio, di competenza dell’Urgentista e, comunque, dipendente dal caso specifico, è importante non solo nell’ambito dei principi di standard care che devono caratterizzare un sistema di risposta organizzato, ma anche in ragione dell’utilizzo delle definizioni di Paziente responder e parzialmente responder

8. Inquadramento diagnostico e rivalutazione clinica del Pz

NOTA ESPLICATIVA: l'uniformità del percorso diagnostico, tra inquadramento e rivalutazione, è uno degli aspetti fondamentali del percorso in quanto sensibilmente incidente sul timing endoscopico e sull'appropriatezza nonché sicurezza dei possibili trasferimenti del Paziente

Schema Operativo

CLINICA	
segni clinici significativi caratteristici EMATEMESI e/o MELENA <u>OBIETTIVATI</u>	anamnesi specifica minima– verifica fattori di rischio USO DI FARMACI ANTIFIAMMATORI (fans o coxib) USO DI FARMACI ANTITROMBOTICI ABUSO DI ALCOOL O SOSTANZE STUPEFACENTI STORIA DI ULCERA PEPTICA STORIA DI CIRROSI EPATICA
segni clinici significativi meno caratteristici RETTORRAGIA <u>OBIETTIVATA</u>	
ESAMI MINIMI	
DI LABORATORIO EMOCROMO COMPLETO (ripetuto a 2h e, se opportuno, a 6h) AZOTEMIA GLICEMIA GOT/GPT INR – PT – PTT CREATINEMIA ELETTROLITI	OBIETTIVI ESPLORAZIONE CAVITÀ OROFARINGEA ESPLORAZIONE RETTALE DIAGNOSTICI EGA VENOSO (ripetuto a 2h) ECG

NOTE OPERATIVE:

- le eventuali modifiche ed integrazioni al rappresentato percorso devono tener conto del necessario equilibrio tra l'attendibilità diagnostica e lo spreco di risorse
- l'esito positivo del percorso diagnostico è l'identificazione del Paziente con sospetta EDS acuta e conseguente arruolamento nel PDTA e nella REGA

RACCOMANDAZIONI

1. Identificazione del Paziente sospetto EDS acuto con segni clinici e/o sintomi riferiti
Indicazioni fondamentali nell'ambito della ricerca della massima precocità diagnostica, si riporta un approfondimento, che la AS potrà, se ritiene, opportunamente integrare o modificare, dedicato al Paziente che si presenta in PS con sintomi, potenzialmente compatibili con una diagnosi di EDS, solo riferiti, con il fine di orientare i clinici verso un approccio omogeneo al percorso diagnostico

Sintomi riferiti: ematemesi, feci scure o nere o sanguinamento rettale

VALUTAZIONE INIZIALE incluso emocromo dopo 2 ore e 6 ore (per possibile espressione di anemia acuta)	ESITO
ASSENZA DI ELEMENTI SIGNIFICATIVI DI EMORRAGIA IN ATTO (emocromo stabile, GBS=0-1, non episodi di emorragia digestiva obiettivabili)	DIMISSIONE "controllata" (controllo dal medico curante e/o visita gastroenterologica prima possibile, anche a giudizio dello stesso curante)
ALTERAZIONI BORDER-LINE SOSPETTE DI EMORRAGIA IN ATTO (lievi modifiche emocromo, ER dubbia)	CONSULENZA GASTROENTEROLOGICA (se non disponibile "osservazione prolungata")
PRESENZA DI ELEMENTI SIGNIFICATIVI DI EDS	ARRUOLAMENTO nel PDTA EDS

APPROFONDIMENTI

2. Possibili rischi di mancata o ritardata diagnosi di EDS acuta

La condivisione di esperienze professionali utili all'identificazione di possibili presentazioni atipiche che possono caratterizzare, in particolare, il Paziente anziano con comorbidità o con deficit cognitivo, possono essere importanti nell'ambito delle iniziative indirizzate alla ricerca della massima sicurezza per il Paziente ed aumento dello standard care. Di seguito l'elenco di possibili risk-case

SINCOPE o PRE-SINCOPE non chiaramente spiegabili (specie se associate al riscontro di ipotensione ortostatica e/o tachicardia);

ANEMIA non nota;

ARITMIE IPERCINETICHE DI NUOVA INSORGENZA ED ALTA RISPOSTA VENTRICOLARE MEDIA (attenzione: l'alta risposta ventricolare può mancare nei pazienti in terapia con farmaci cronotropi negativi come β -bloccanti, Ca^{++} -antagonisti, glicosidi digitalici);

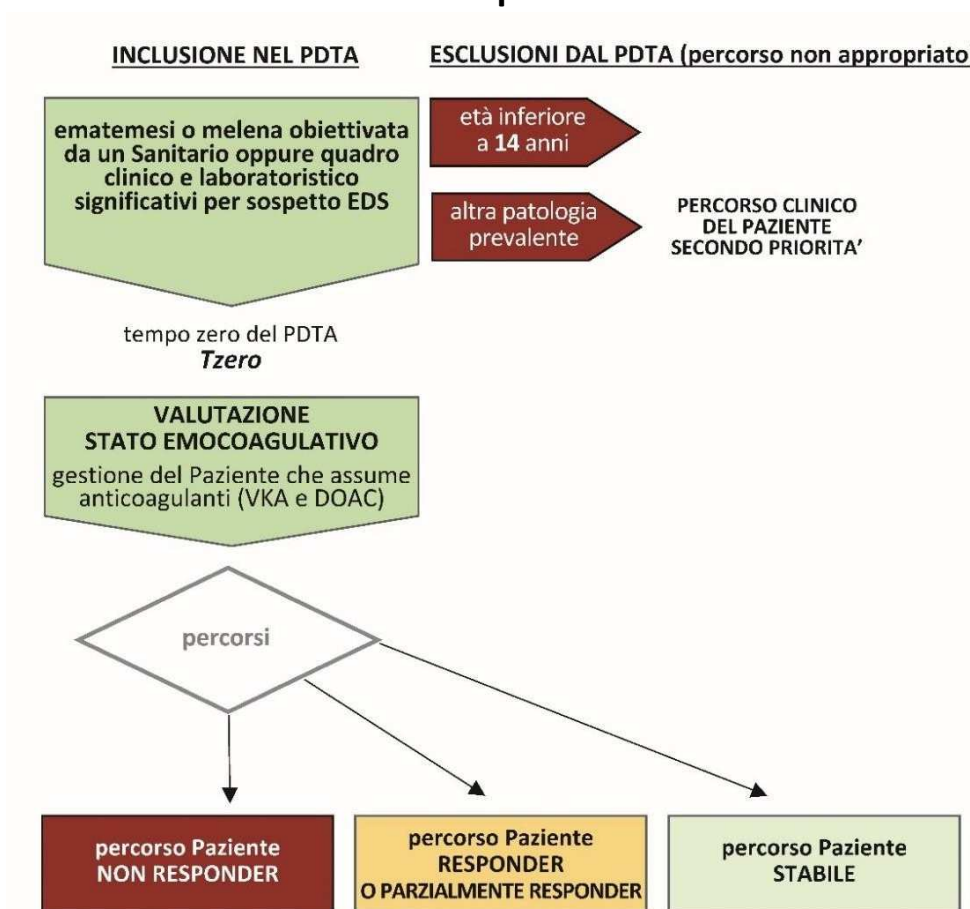
DISPEPSIA, in particolare se associata a storia di assunzione/abuso di farmaci antinfiammatori non steroidei.

9. Arruolamento del Pz nel PDTA e nella Rete-PGA, il tempo zero e la definizione dei percorsi

NOTA ESPLICATIVA: questa fase del percorso:

- conferma che la gestione è limitata al Paziente adulto
- stabilisce la prevalenza patologica e, quindi, le priorità del trattamento sanitario
- definisce il tempo zero (il momento in cui il Paziente è inquadrato come sospetto EDS acuto)
- si indirizza il Paziente verso il successivo percorso in base allo stato emodinamico

Schema Operativo



NOTE OPERATIVE:

- il Paziente può accedere al percorso mediante il 118, l'accesso autonomo in PS e se già degente presso una U.O.
- nell'identificazione del Paziente con sospetta EDS acuta il Sanitario che "osserva" direttamente l'ematemesi o la melena può essere anche del 118
- il tempo zero è un artificio tecnico che consente, mediante delta temporali con attendibilità operativa (inclusivi della possibile incertezza e/o approssimazione nella sua determinazione), di garantire la tempestività endoscopica, conforme a quanto previsto dalle linee guida, sia nel percorso intraospedaliero che post trasferimento.

RACCOMANDAZIONI

2. La gestione del Paziente emorragico in terapia con anticoagulante orale
La finalità deve essere quella di uniformare il trattamento pre-endoscopico e, quindi, le condizioni del Paziente nelle fasi terapeutiche successive. Il riferimento è quello delle più recenti linee guida ESGE, come nelle seguenti indicazioni:
- I. sospendere l'anticoagulante al momento dell'accesso del Paziente
 - II. nei pazienti che assumono VKA (antagonisti vit. K) e con instabilità emodinamica deve essere somministrata vitamina K a basso dosaggio integrata con PCC (complessi protrombinici concentrati) per via endovenosa o FFP (plasma fresco congelato) se PCC non è disponibile
 - III. nei pazienti che assumono DOAC (anticoagulanti orali diretti) e con grave sanguinamento in corso va presa in considerazione l'uso di un antidoto DOAC o di PCC endovenosa.

APPROFONDIMENTI

3. La gestione del consenso informato all'arruolamento del Paziente nel PDTA / REGA
Si suggerisce di predisporre delle specifiche indicazioni, nell'ambito del PDTA o delle eventuali procedure sul consenso informato già attive in Azienda, ex L. 2019/2017 sia dal punto di vista dei contenuti ma soprattutto per le tempistiche di erogazione, in particolare se può essere previsto il trasferimento in un'altra Struttura sanitaria.

10. Percorsi pre-endoscopici

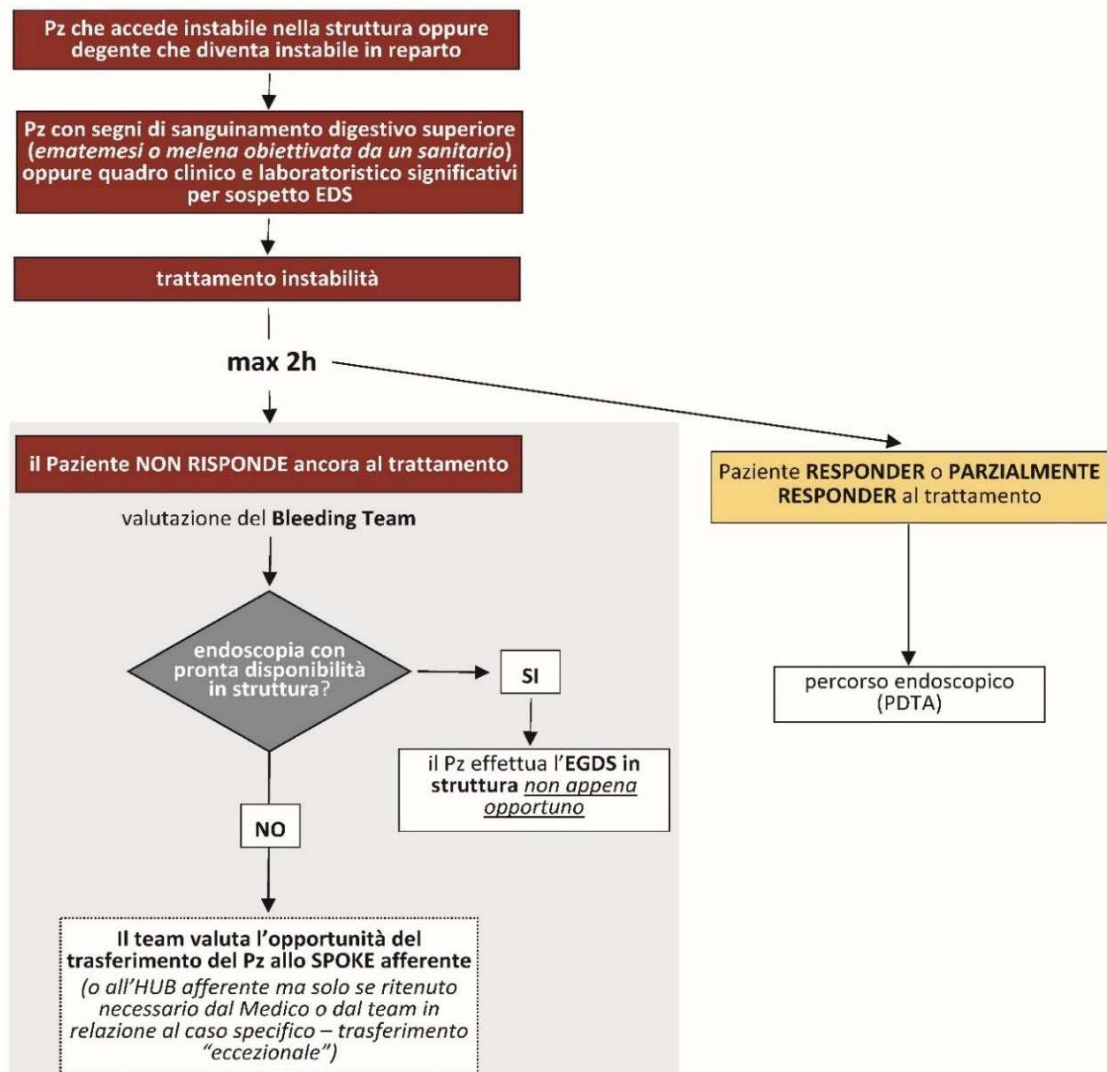
NOTA ESPLICATIVA: fasi della risposta sanitaria che può prevedere anche il trasferimento del Paziente, motivo per cui i percorsi sono caratterizzati nelle due sezioni AS e HUB/SPOKE

a) La gestione pre-endoscopica del Paziente che accede INSTABILE

NOTA ESPLICATIVA: gli schemi operativi rappresentati sono solo “di indirizzo” in quanto, trattandosi di prioritaria gestione emodinamica, spetta solo ad un bleeding team (o al Medico che ha in carico il Paziente) stabilire il percorso più appropriato ed opportuno in base al caso concreto

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE AS



NOTE OPERATIVE:

- le 2 ore di trattamento dell'instabilità non devono ritenersi un timing terapeutico minimo o massimo ma solo un orientamento temporale, rilevato mediante un trade-off rischi benefici, in cui è opportuno rivalutare il Paziente coinvolgendo, se non già fatto, il gastroenterologo per definire il prosieguo del percorso (endoscopia, continuare la resuscitation, trasferimento ad altra Struttura sanitaria)
- l'eventuale trasferimento del Paziente deve avvenire in conformità a quanto stabilito nel POINT specifico tra le Aziende afferenti, in mancanza riferirsi al *paragrafo n.4.1.2.2* del Piano di Rete

- relativamente all'ipotesi di un trasferimento "eccezionale" *cross-SPOKE*, quindi direttamente all'HUB afferente, si precisa che questo deve essere clinicamente giustificato e riportato nel Registro dei Trasferimenti OUT-H
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

APPROFONDIMENTI

4. Rischi per il Paziente inerenti il trasferimento secondario e del ritardo endoscopico

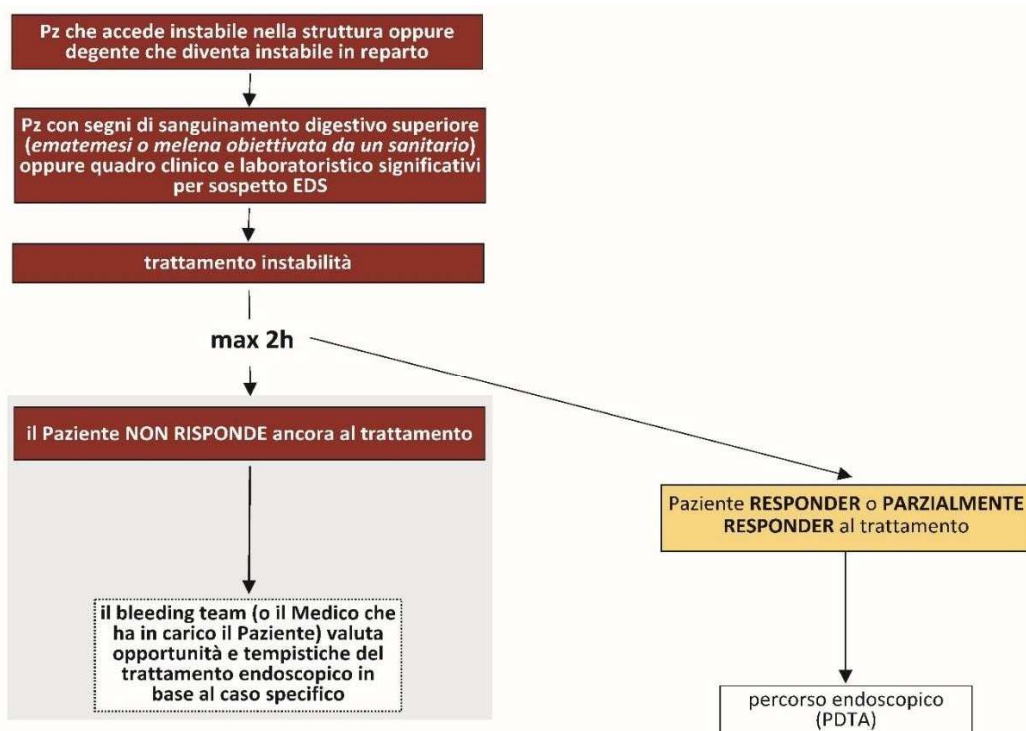
Facendo riferimento all'orientamento temporale delle 2h e al possibile trasferimento del Paziente allo SPOKE afferente, viene chiesto, agli Operatori sanitari che hanno in carico il Paziente, di realizzare una valutazione rischi / benefici per definire il percorso clinico più opportuno e "sicuro". In tal senso è importante fornire dei riferimenti, che possano consentire certamente delle valutazioni "personali" ma con una metodologia che possa essere sufficientemente omogenea, come di seguito:

I RISCHI DI TRASFERIMENTO: relativamente al trasporto secondario, al fine di identificare meglio il Paziente critico e predire quali possono essere maggiormente suscettibili di complicanze durante il trasporto, si suggerisce di riferirsi al RISK SCORE FOR TRANSPORT PATIENTS – modificata da Markakis

RISCHI DEL RITARDO ENDOSCOPICO: le linee guida e la letteratura scientifica non riconoscono, in un atteggiamento troppo "precoce" per la procedura di EGDS, un vantaggio né in termini di mortalità né in termini di riduzione degli episodi di risanguinamento o dei tempi di degenza, dove per atteggiamento precoce si intende una EGDS eseguita entro le 6 ore dall'inizio del percorso di Pronto Soccorso

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE HUB/SPOKE



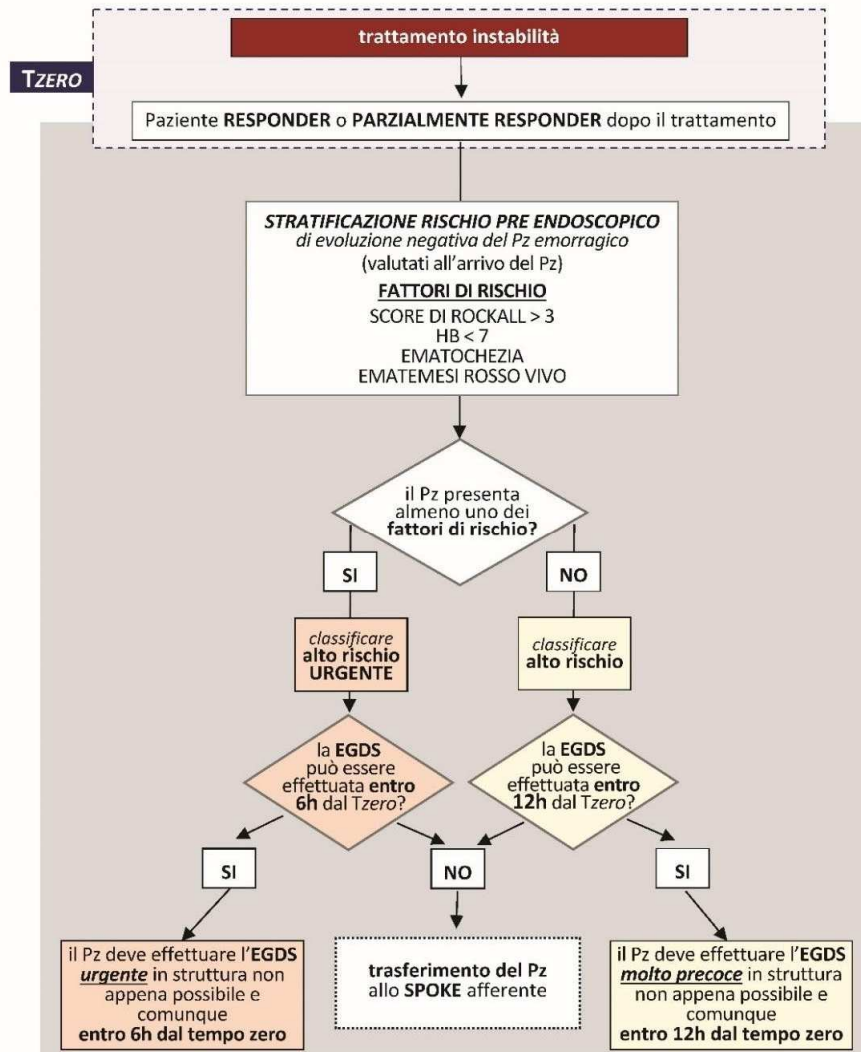
NOTE OPERATIVE:

- le 2 ore di trattamento dell'instabilità non devono ritenersi un timing terapeutico minimo o massimo ma solo un riferimento temporale, rilevato mediante un trade-off rischi benefici, in cui è opportuno rivalutare il Paziente coinvolgendo, se non già fatto, il gastroenterologo per definire il prosieguo del percorso (endoscopia o continuare la resuscitation)
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

b) La gestione pre-endoscopica del Paziente STABILIZZATO (responder) o IN VIA DI STABILIZZAZIONE (parzialmente responder)

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE AS

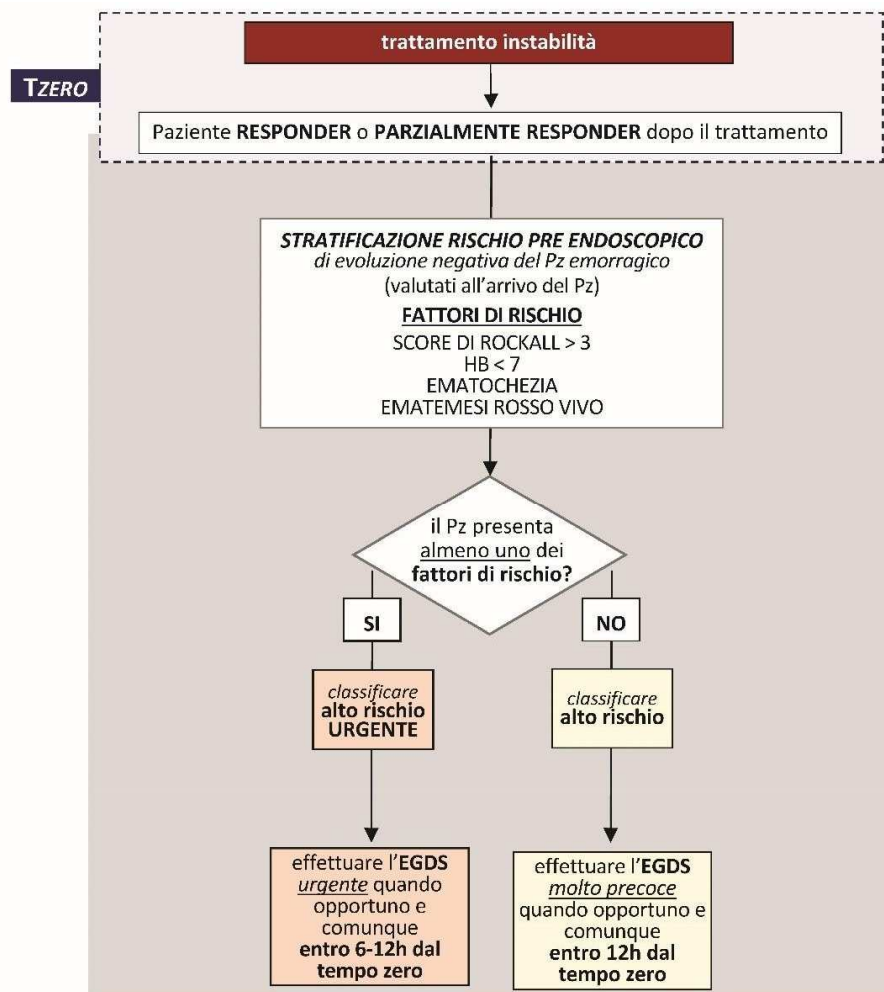


NOTE OPERATIVE:

- l'eventuale trasferimento interaziendale del Paziente deve avvenire in conformità a quanto stabilito nel POINT (paragrafo n.4.1.2.2 del Piano di Rete) specifico tra le Aziende afferenti
- vanno definite nel PDTA anche tutte le modalità del trasferimento intraaziendale del Paziente (incluso se da reparto a reparto, se mediante il PS, se con ritorno alla Struttura d'origine o ricovero in quella ricevente, etc.)
- nel caso di Struttura sanitaria in zona disagiata, è possibile prevedere, se opportuno per il caso specifico, anche il trasferimento cross-SPOKE del Paziente all'HUB afferente
- l'attivazione della fase gastroenterologica del percorso è stabilita dal bleeding team (se disponibile e attivato) o, quantomeno, dopo un consulto tra il medico Urgentista (o di PS) che ha in carico il Paziente e il Gastroenterologo
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE HUB/SPOKE



NOTE OPERATIVE:

- l'attivazione della fase gastroenterologica del percorso è stabilita dal bleeding team (se disponibile e attivato) o, quantomeno, dopo un consulto tra il medico Urgentista (o di PS che ha in carico il Paziente) e il Gastroenterologo
- nel premettere che l'indicazione **6-12h**, prevista per il *risk case* classificato "alto rischio urgente", è da intendersi *"preferibilmente entro le 6h, ma se non fosse possibile per motivi oggettivi (ad esempio per un Paziente trasferito da un'altra Struttura sanitaria), l'EGDS effettuata anche entro 12h dal tempo zero è comunque conforme a quanto previsto dalle linee guida"*, l'indicazione relativa alla possibilità di effettuare l'EGDS entro 6h dal tempo zero per un Paziente che ha certamente avuto una emorragia importante, deve essere, comunque, sempre soggetta alla valutazione del Medico che ha in carico il Paziente che, in base alle condizioni cliniche del Paziente, può ritenere di effettuare l'endoscopia quando più opportuno, in quanto la gestione deve sempre essere condizionata da un trade-off rischi (di attesa) / benefici
- nel caso di **Paziente trasferito da altra Struttura sanitaria**, il **tempo zero** di riferimento è quello indicato nelle informazioni che accompagnano il trasferimento (come previsto nei POINT - paragrafo 4.1.2.2 del Piano di Rete), **nel caso tale dato non fosse stato riportato (inappropriatezza)** l'EGDS deve essere effettuata il prima possibile e, comunque, entro 6h dall'orario di arrivo nel PS della struttura ricevente
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

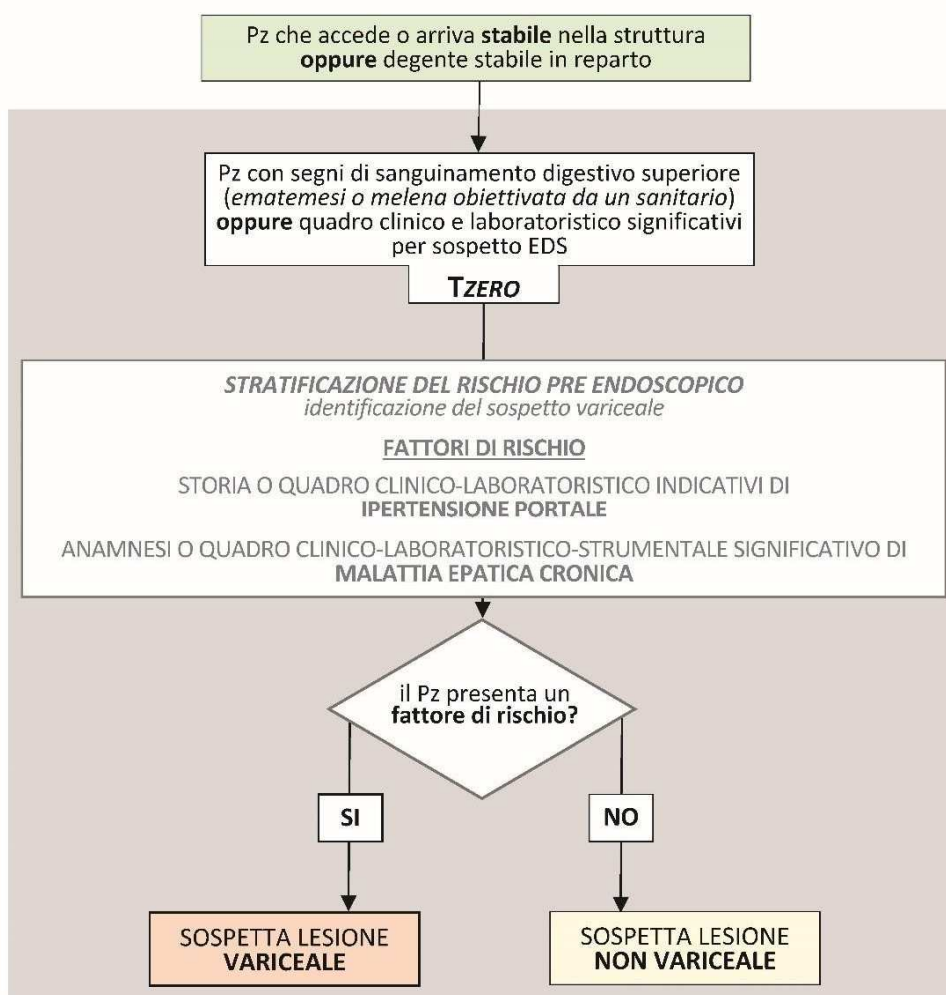
c) La gestione pre-endoscopica del Paziente sempre STABILE

NOTA ESPLICATIVA: successivamente all'inquadramento diagnostico e all'arruolamento del Paziente si attiva la gestione gastroenterologica dove è opportuno, in particolare per le Strutture che non sono centri HUB o SPOKE (e che non ne hanno i requisiti minimi), che il percorso sia diversificato in base alla possibile origine del sanguinamento, allo scopo di ridurre il timing endoscopico per i casi potenzialmente più a rischio di esito negativo (tasso CFR più elevato), con conseguente maggior sicurezza per il Paziente anche in ragione di un possibile trasferimento

Stratificazione del rischio sull'origine del sanguinamento

Schema Operativo

VALIDO PER ENTRAMBE LE SEZIONI



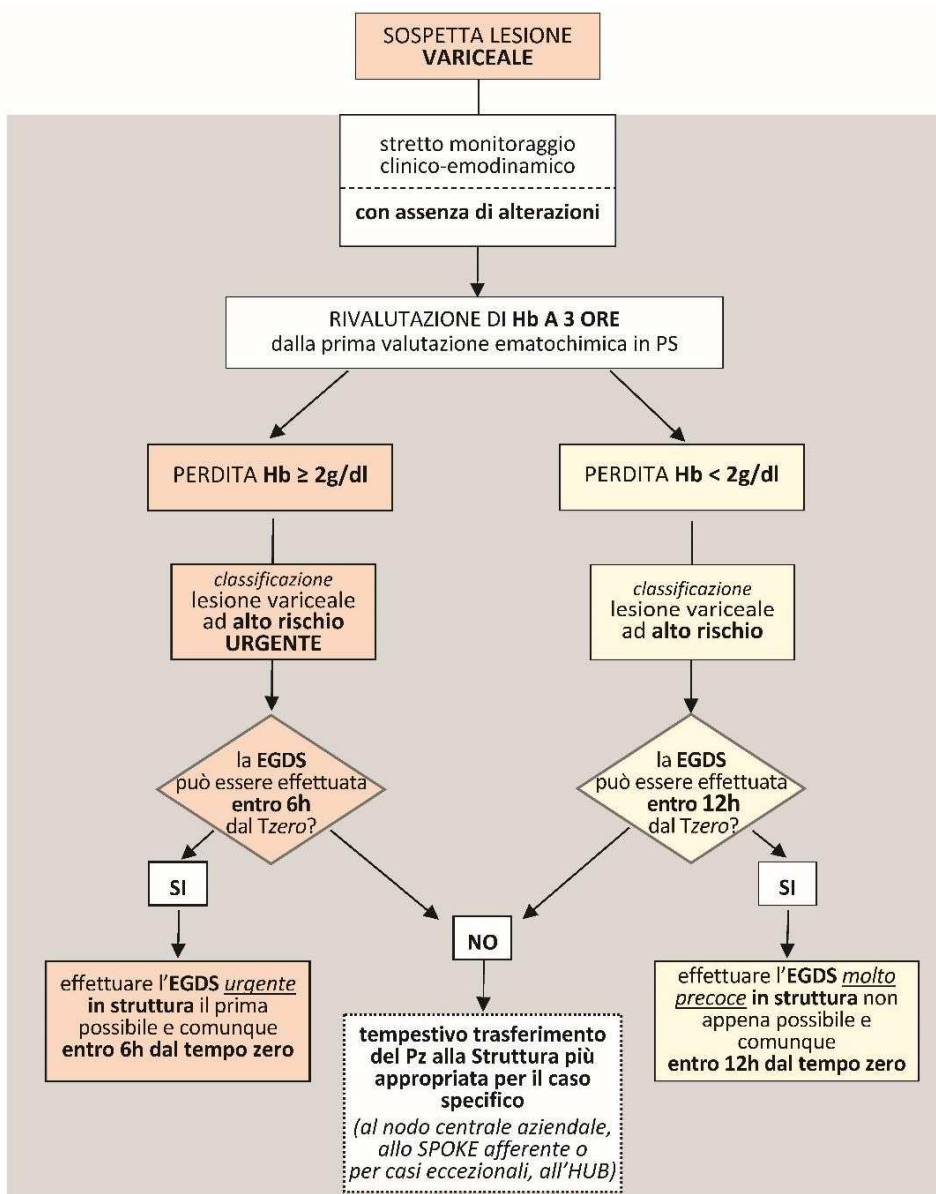
NOTE OPERATIVE:

- è opportuno che le "valutazioni" diagnostiche riportate nello Schema Operativo siano trascritte in cartelle clinica in quanto incidenti sulle successive determinazioni clinico-organizzative (timing endoscopico, trasferimento del Paziente)

d) La gestione pre-endoscopica del Paziente STABILE sospetto EDS VARICEALE

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE AS



NOTE OPERATIVE:

- l'indicazione relativa alla possibilità di effettuare l'EGDS entro 6h dal tempo zero per **le lesioni variceali ad alto rischio urgente** deve essere, comunque, sempre soggetta alla valutazione del Medico che ha in carico il Paziente che, in base alle condizioni cliniche del Paziente e alla gravità dell'emorragia (più o meno "importante"), può ritenere di effettuare l'endoscopia o trasferire il Paziente allo SPOKE il prima possibile, in quanto la gestione deve sempre essere condizionata da un trade-off rischi (di trasferimento o di attesa) / benefici
- la stratificazione dei rischi è predisposta sulla variazione di Hb in quanto la riduzione del timing endoscopico tiene conto dei maggiori rischi di improvvisa instabilità emodinamica del Paziente
- nel caso sia stata definita la necessità di trasferimento del Paziente allo SPOKE per indisponibilità endoscopica, questo deve avvenire **il prima possibile** anche per mettere in condizione l'Azienda ricevente di rispettare agevolmente il timing endoscopico auspicato

modello regionale PDTA Rete REGA-EDS

Rete Emergenza-Urgenza Gastroenterologica – Regione Campania

pag. 17 / 38

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

- il **trasferimento del paziente cross-SPOKE** (indicato nello Schema Operativo come eccezionale ex paragrafo n. 4.1.2. del Piano di Rete) può avvenire **esclusivamente** se, in base alle valutazioni del medico o del team che ha in carico il Paziente, il caso clinico specifico richiede oggettivamente l'expertise e le dotazioni presenti nell'HUB e non nello SPOKE
- nel caso di Struttura sanitaria in zona disagiata, è possibile prevedere, se del caso specifico, anche il trasferimento del Paziente *cross-SPOKE* all'HUB afferente
- l'eventuale trasferimento interaziendale del Paziente deve avvenire in conformità a quanto stabilito nel POINT (paragrafo n.4.1.2.2 del Piano di Rete) specifico tra le Aziende afferenti
- vanno definite nel PDTA anche tutte le modalità del trasferimento intraaziendale del Paziente (incluso se da reparto a reparto, se mediante il PS, se con ritorno alla Struttura d'origine o ricovero in quella ricevente, etc.)
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

RACCOMANDAZIONI

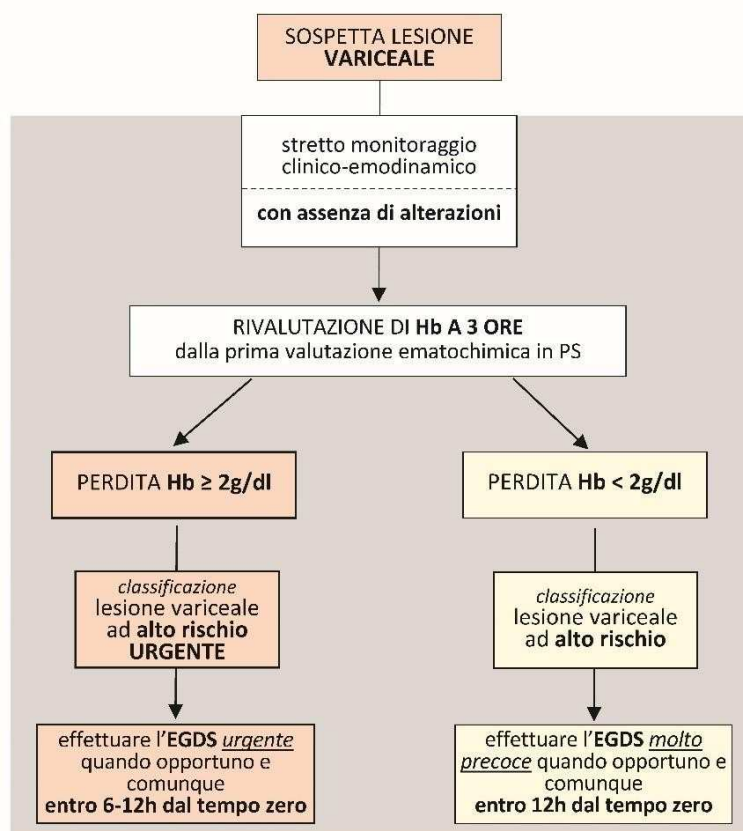
Terapia farmacologica pre-endoscopica del Paziente sospetto variceale

Da indirizzare in base a quanto previsto dalle più recenti linee guida ESGE:

- farmaci vasoattivi
GLIPRESSINA: 2 mg endovena diluiti in 100 ml di Soluzione NaCl 0,9% da infondere in 20 minuti - tale terapia va somministrata ogni 4-6 ore fino al 5° giorno successivo alla conferma diagnostica endoscopica. In alcuni casi la terapia può essere eseguita per 72 ore oppure
SOMATOSTATINA: bolo iniziale di 250 µg ev, seguito da una infusione continua alla dose di 250 – 500 µg/h per 5 gg
- antibiotico-profilassi
CEFTRIAXONE: 2g endovena/die per 5-7 giorni o AMOXICILLINA/AC. CLAVULANICO 2,2 g per 3 volte al giorno per 5-7 giorni - tale somministrazione si è dimostrata efficace non solo nel ridurre il rischio di infezioni (alto nel paziente cirrotico) ma anche nel ridurre i ri-sanguinamenti e la mortalità
- inibitori di Pompa Protonica (PPI)
PANTOPRAZOLO: 80 mg endovena diluiti in 100 ml di soluzione NaCl 0,9% - da infondere in 20 minuti. Pur non strettamente indicata, in considerazione del fatto che ci troviamo ancora nella fase pre-endoscopica e quindi in una fase di "incertezza diagnostica", se ne suggerisce la somministrazione
- antibiotico
ERITROMICINA: 250 mg endovena entro 30-120 minuti prima dell'EGDS - se disponibile e solo in caso di ematemesi massiva, è preferibile la sua somministrazione in quanto efficace nel migliorare la visualizzazione dello stomaco durante l'EGDS, con riduzione degli esami "non diagnostici", riduzione della necessità di un "second look" endoscopico, riduzione del numero di unità di emazie trasfuse e riduzione della durata della degenza
- procedura di stabilizzazione emodinamica in attesa dell'intervento endoscopico - limitatamente ai casi di ematemesi massiva incontrollabile e/o di instabilità emodinamica, è indicato l'inserimento di una SONDA DI SENGSTAKEN-BLACKMORE

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE HUB/SPOKE



NOTE OPERATIVE:

- la stratificazione dei rischi è predisposta sulla variazione di Hb in quanto la riduzione del timing endoscopico tiene conto dei maggiori rischi di improvvisa instabilità emodinamica del Paziente
- l'indicazione relativa alla possibilità di effettuare l'EGDS entro 6h dal tempo zero per **le lesioni variceali ad alto rischio urgente** deve essere, comunque, sempre soggetta alla valutazione del Medico che ha in carico il Paziente che, in base alle condizioni cliniche del Paziente e alla gravità dell'emorragia (più o meno "importante"), può ritenere di effettuare l'endoscopia quando più opportuno, in quanto la gestione deve sempre essere condizionata da un trade-off rischi (di attesa) / benefici
- l'indicazione **6-12h**, prevista per il *risk case* classificato "alto rischio urgente", è da intendersi "preferibilmente entro le 6h", ma se non fosse possibile per motivi oggettivi (ad esempio per un Paziente trasferito da un'altra Struttura sanitaria), l'EGDS effettuata anche entro 12h dal tempo zero è comunque conforme a quanto previsto dalle linee guida
- nel caso di **Paziente trasferito da altra Struttura sanitaria**, il **tempo zero** di riferimento è quello indicato nelle informazioni che accompagnano il trasferimento (come previsto nei POINT - *paragrafo 4.1.2.2* del Piano di Rete), **nel caso tale dato non fosse stato riportato** (inappropriatezza) l'EGDS deve essere effettuata il prima possibile e, comunque, entro 6h dall'orario di arrivo nel PS della struttura ricevente
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

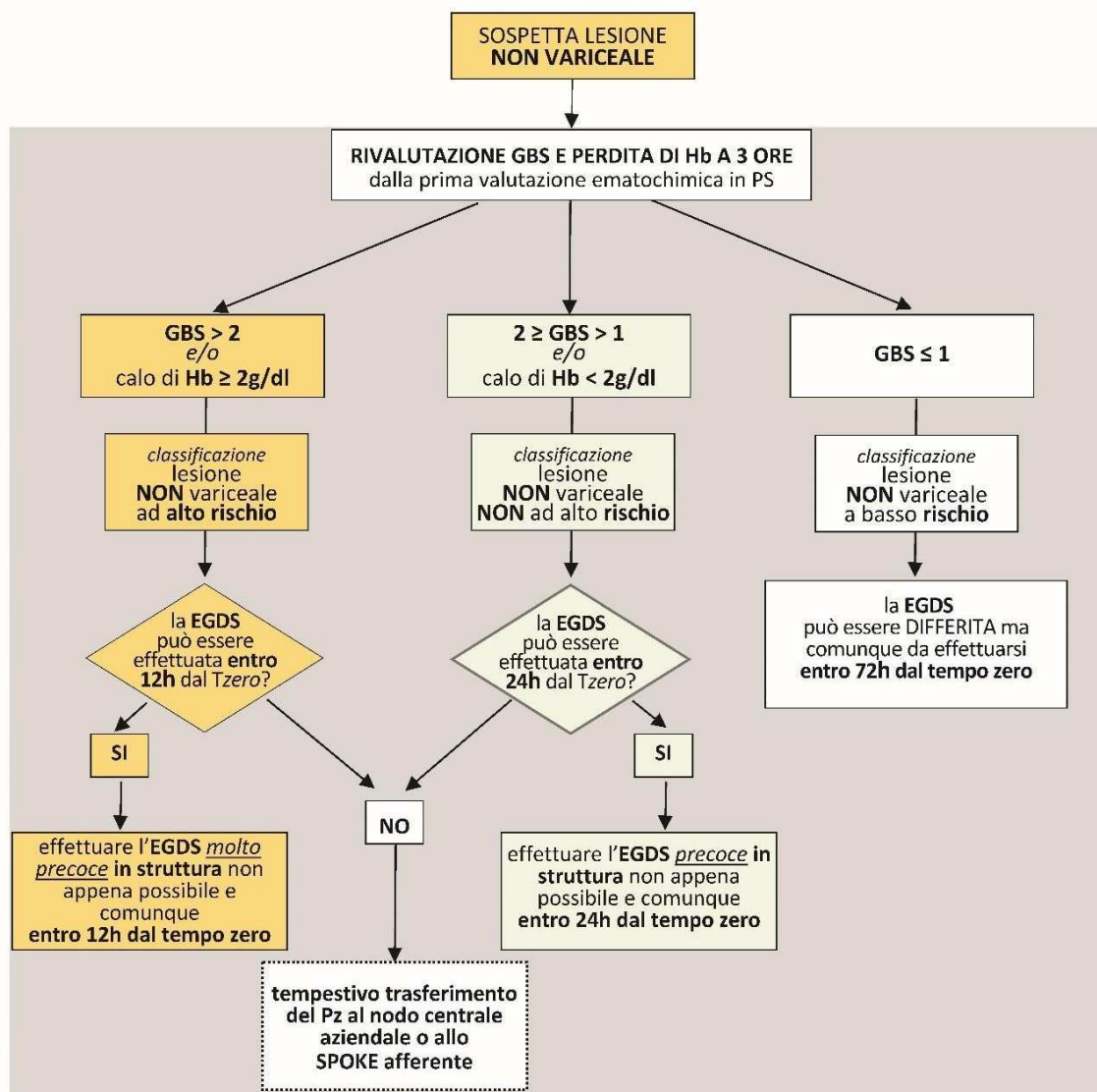
RACCOMANDAZIONI

4. Terapia farmacologica pre-endoscopica del Paziente sospetto variceale
vedere pagina precedente

e) La gestione pre-endoscopica del Paziente STABILE sospetto EDS NON VARICEALE

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE AS



NOTE OPERATIVE:

- anche in questo caso è stato differenziato il timing endoscopico, previsto dalle linee guida entro 12-24h, in base al risk-case per aumentare la sicurezza del Paziente sia dal punto di vista clinico che inerente all'eventuale trasferimento
- nel caso sia stata definita la necessità di trasferimento del Paziente allo SPOKE (o nodo centrale aziendale) per indisponibilità endoscopica, questo deve avvenire **il prima possibile** in modo che l'Azienda ricevente possa rispettare il timing endoscopico indicato (anche tenendo conto che trattasi di "sospetto" non variceale e che la diagnosi definitiva è solo post-endoscopica, motivo per cui il sanguinamento potrebbe anche rivelarsi "da varici" e, pertanto, con un livello di rischio superiore)
- il **trasferimento del paziente cross-SPOKE** può avvenire **esclusivamente** se, in base alle valutazioni del medico o del team che ha in carico il Paziente, il caso clinico specifico richiede oggettivamente

dei servizi, l'expertise e/o le dotazioni presenti nell'HUB e non nello SPOKE

- l'eventuale trasferimento interaziendale del Paziente deve avvenire in conformità a quanto stabilito nel POINT (*paragrafo n.4.1.2.2 del Piano di Rete*) specifico tra le Aziende afferenti

- vanno definite nel PDTA anche tutte le modalità del trasferimento intraaziendale del Paziente (incluso se da reparto a reparto, se mediante il PS, se con ritorno alla Struttura d'origine o ricovero in quella ricevente, etc.)
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

RACCOMANDAZIONI

5. Terapia farmacologica pre-endoscopica del Paziente sospetto non variceale"

Da indirizzare in base a quanto previsto dalle più recenti linee guida ESGE:

- PANTOPRAZOLO 80 mg in bolo endovenoso;
- a seguire: PANTOPRAZOLO 8 mg/h per 72 ore (Pantoprazolo 40 mg 5 fiale in 500 ml di soluzione NaCl 0,9% a 21 ml/h);
- la somministrazione successiva di Pantoprazolo dipende dalla tipizzazione della lesione secondo la classificazione di Forrest:
per Forrest Ia, Ib, IIa e IIb - Pantoprazolo 40 mg (anche per via orale) per 2 volte/die dal 4° al 14° giorno, poi Pantoprazolo 40 mg per via orale 1 volta/die per altre 2 settimane
per Forrest IIc e III - Pantoprazolo 40 mg per via orale 1 volta/die per 4 settimane
- inoltre, se disponibile e sono in caso di ematemesi massiva, si suggerisce la somministrazione di ERITROMICINA 250 mg endovena entro 30-120 minuti prima dell'EGDS, (efficace nel migliorare la visualizzazione dello stomaco durante l'EGDS, con riduzione degli esami "non diagnostici", della necessità di un "second look" endoscopico, del numero di unità di emazie trasfuse e della durata della degenza).

APPROFONDIMENTI

5. Interpretazione del Glasgow Blanchford Score

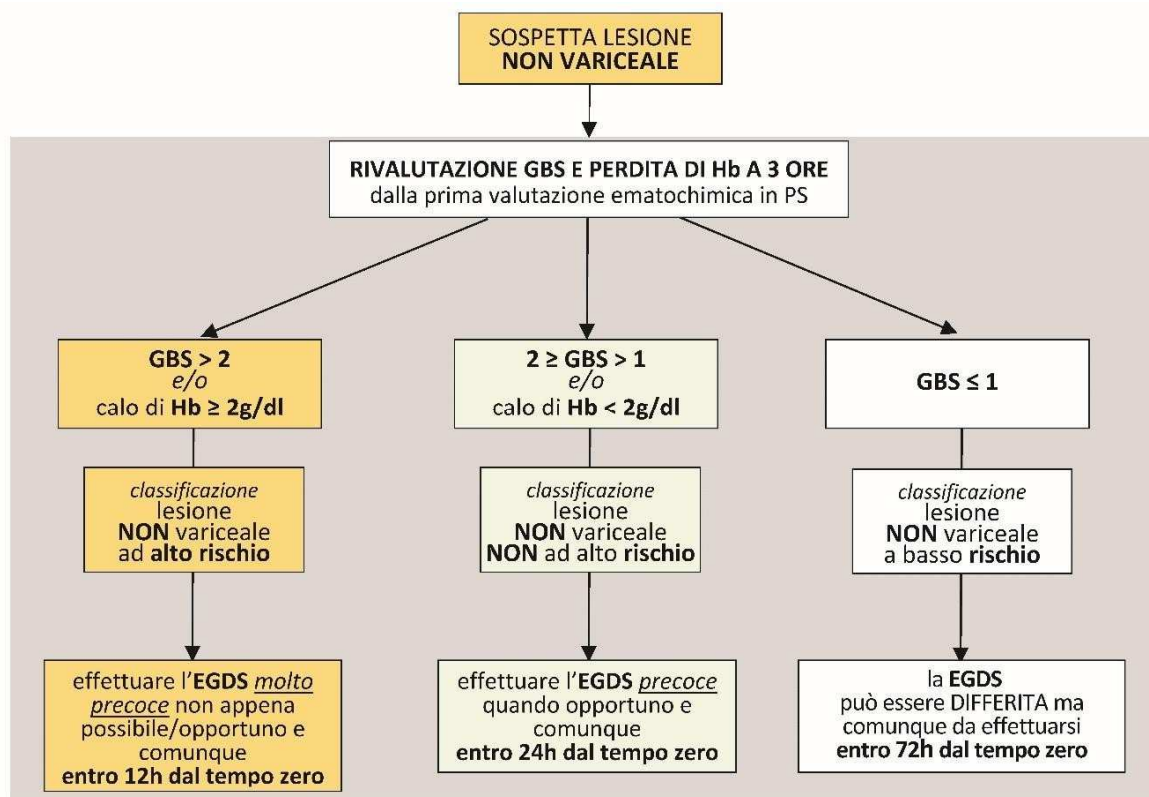
Il GBS (*Glasgow-Blanchford Score*), anche se poco utile nel predire i pazienti ad alto rischio, ha dimostrato una sensibilità del 99% nel predire i pazienti con sospetta lesione non variceale che sono **a basso rischio di evoluzione clinica negativa** (alto valore predittivo negativo).

Lo score comprende tre variabili cliniche e una variabile di laboratorio.

MARKER DI RISCHIO	PUNTEGGIO
Azotemia mg/dl	
≥ 18 e < 22	2
≥ 22 e < 28	3
≥ 28 e < 70	4
≥ 70	6
Hb uomo (g/L)	
≥ 12.0 e < 13.0	1
≥ 10.0 e < 12.0	3
< 10.0	6
Hb donna (g/L)	
≥ 10.0 e < 12.0	1
< 10.0	6
Pressione arteriosa sistolica (mm Hg)	
100 - 109	1
90 - 99	2
< 90	3
Altri markers	
FC ≥ 100 (per minuto)	1
presentazione con melena	1
presentazione con sincope	2
epatopatia	2
scompenso cardiaco	2

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE HUB/SPOKE



NOTE OPERATIVE:

- anche in questo caso è stato differenziato il timing endoscopico, previsto dalle linee guida entro 12-24h, in base al risk-case per aumentare la sicurezza del Paziente (in quanto trattasi di "sospetto" non variceale e, tenuto conto che la diagnosi definitiva è solo post-endoscopica, il sanguinamento potrebbe anche rivelarsi "da varici" e, pertanto, con un livello di rischio superiore)
- nel caso di **Paziente trasferito da altra Struttura sanitaria**, il **tempo zero** di riferimento è quello indicato nelle informazioni che accompagnano il trasferimento (come previsto nei POINT - *paragrafo 4.1.2.2* del Piano di Rete), **nel caso tale dato non fosse stato riportato** (inappropriatezza) l'EGDS deve essere effettuata il prima possibile e, comunque, entro 6h dall'orario di arrivo nel PS della Struttura ricevente (a meno che non si tratti di un trasferimento inappropriato per il quale il Gastroenterologo può procedere con una rivalutazione del caso)
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

RACCOMANDAZIONI

6. Terapia farmacologica pre-endoscopica del Paziente sospetto non variceale"
Vedere pagina precedente

APPROFONDIMENTI

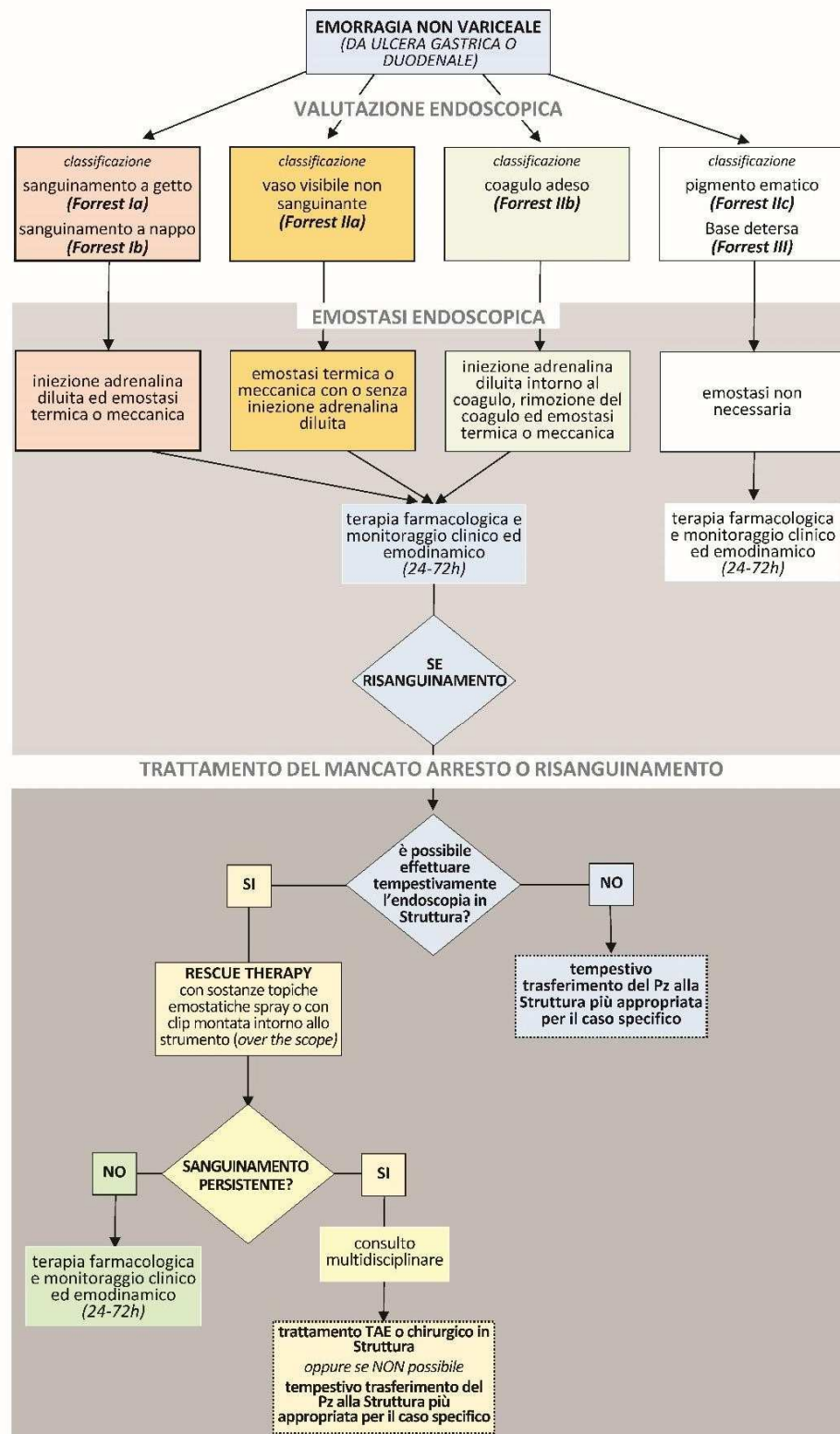
6. Interpretazione del Glasgow Blanchford Score
Vedere pagina precedente

11. Percorsi endoscopici

a) La terapia endoscopica per Emorragia Digestiva Superiore Non Variceale da Ulcera Gastrica o Duodenale

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE AS



NOTE OPERATIVE:

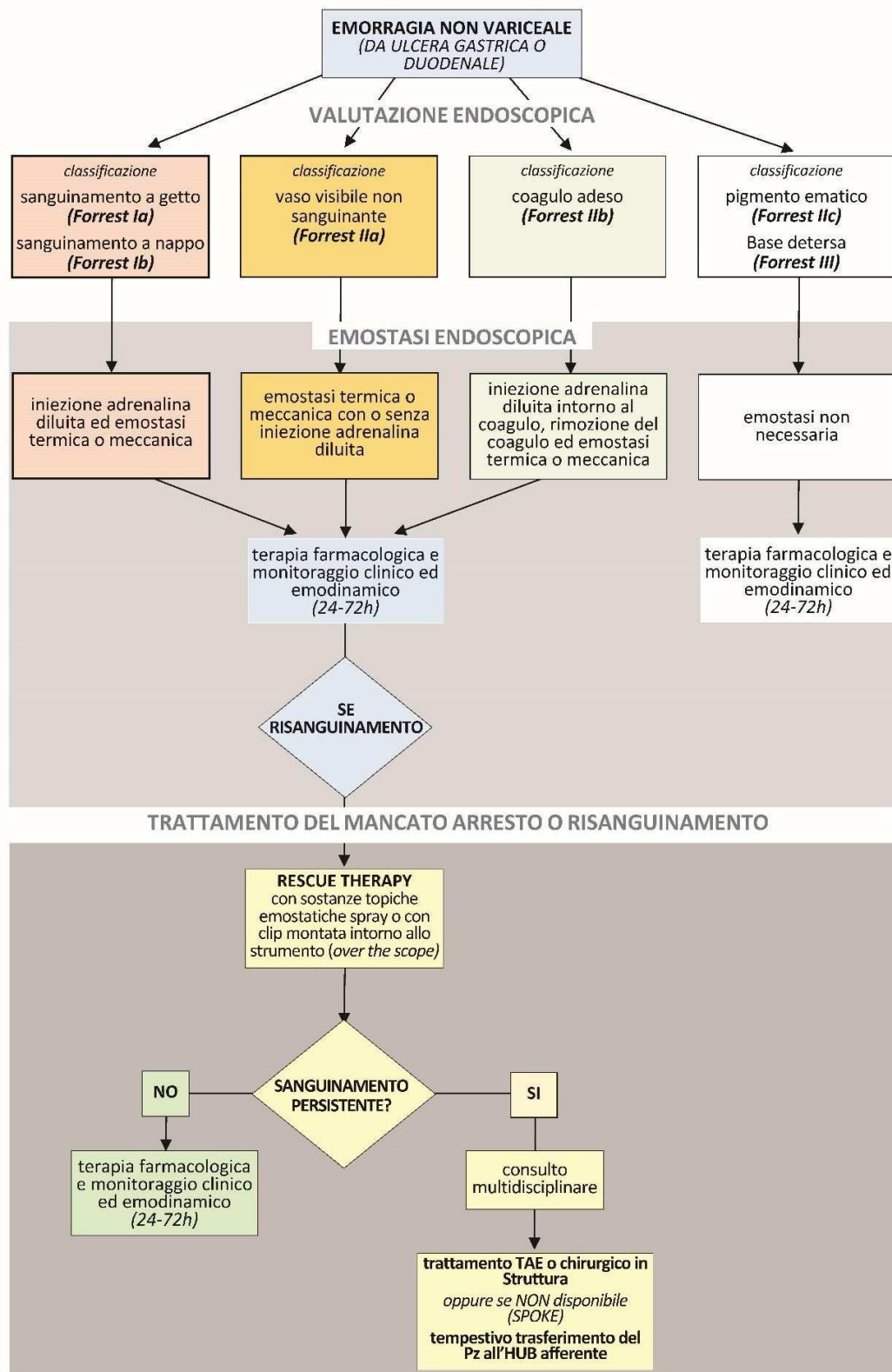
- la classificazione utilizzata per differenziare le stimate endoscopiche in base al rischio di sanguinamento è quella di **Forrest**
- indicare la “terapia farmacologica e monitoraggio clinico ed emodinamico” per ogni situazione clinica del percorso riportando anche il setting e l’intensità delle cure
- l’eventuale trasferimento del Paziente deve avvenire verso la Struttura più adeguata ed appropriata al setting necessario per il caso specifico, con priorità intraziendale (nodo centrale o SPOKE), nonché in conformità a quanto stabilito nel POINT specifico tra le Aziende afferenti nel caso interaziendale, mentre vanno definite nel PDTA tutte le modalità del trasferimento intraziendale del Paziente (*incluso se da reparto a reparto, se mediante il PS, se con ritorno alla Struttura d’origine o ricovero in quella ricevente, etc.*)
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

RACCOMANDAZIONI

- Second look endoscopico
Da indirizzare in base a quanto previsto dalle più recenti linee guida ESGE:
Il second look endoscopico di routine è definito come una ripetizione pianificata della valutazione della lesione precedentemente diagnosticata, di solito, eseguita entro 24 ore dopo l’endoscopia indice a prescindere dal tipo di lesione, dal rischio di risanguinamento e dalla presenza di segni clinici di risanguinamento.
Il second look endoscopico di routine non è raccomandato.
Tuttavia, in accordo alle linee guida, potrebbe essere riservato a seguenti casi selezionati:
 1. visualizzazione incompleta alla prima endoscopia per presenza di sangue e/o alimenti
 2. impossibilità ad identificare la fonte di sanguinamento
 3. se l’endoscopista ritiene che l’emostasi eseguita sia subottimale
- Compilazione del referto endoscopico
Nell’ambito dell’indirizzo alla maggiore uniformità, anche documentale, si indicano i parametri minimi necessari alla predisposizione di una efficace e completa refertazione endoscopica per EDS, importanti soprattutto per i casi non variceali:
 - sede dell’ulcera (gastrica o duodenale)
 - localizzazione esatta (ad es. parete posteriore o anteriore del I duodeno – piccola curvatura gastrica, ecc.)
 - presenza o meno di sangue in cavità
 - descrizione stimate endoscopica
 - terapia endoscopica utilizzatanelle conclusioni è utile sintetizzare i parametri riferiti nel referto (ad es. ulcera gastrica in fase di sanguinamento a getto (Forrest Ia) – emostasi combinata iniettiva + meccanica)

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE HUB/SPOKE



NOTE OPERATIVE:

- la classificazione utilizzata per differenziare le stimate endoscopiche in base al rischio di sanguinamento è quella di **Forrest**
- indicare la “terapia farmacologica e monitoraggio clinico ed emodinamico” per ogni situazione clinica del percorso riportando anche il setting e l’intensità delle cure
- l’eventuale trasferimento interaziendale del Paziente (SPOKE verso HUB) deve avvenire in conformità a quanto stabilito nel POINT (*paragrafo n.4.1.2.2 del Piano di Rete*) specifico tra le Aziende afferenti
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

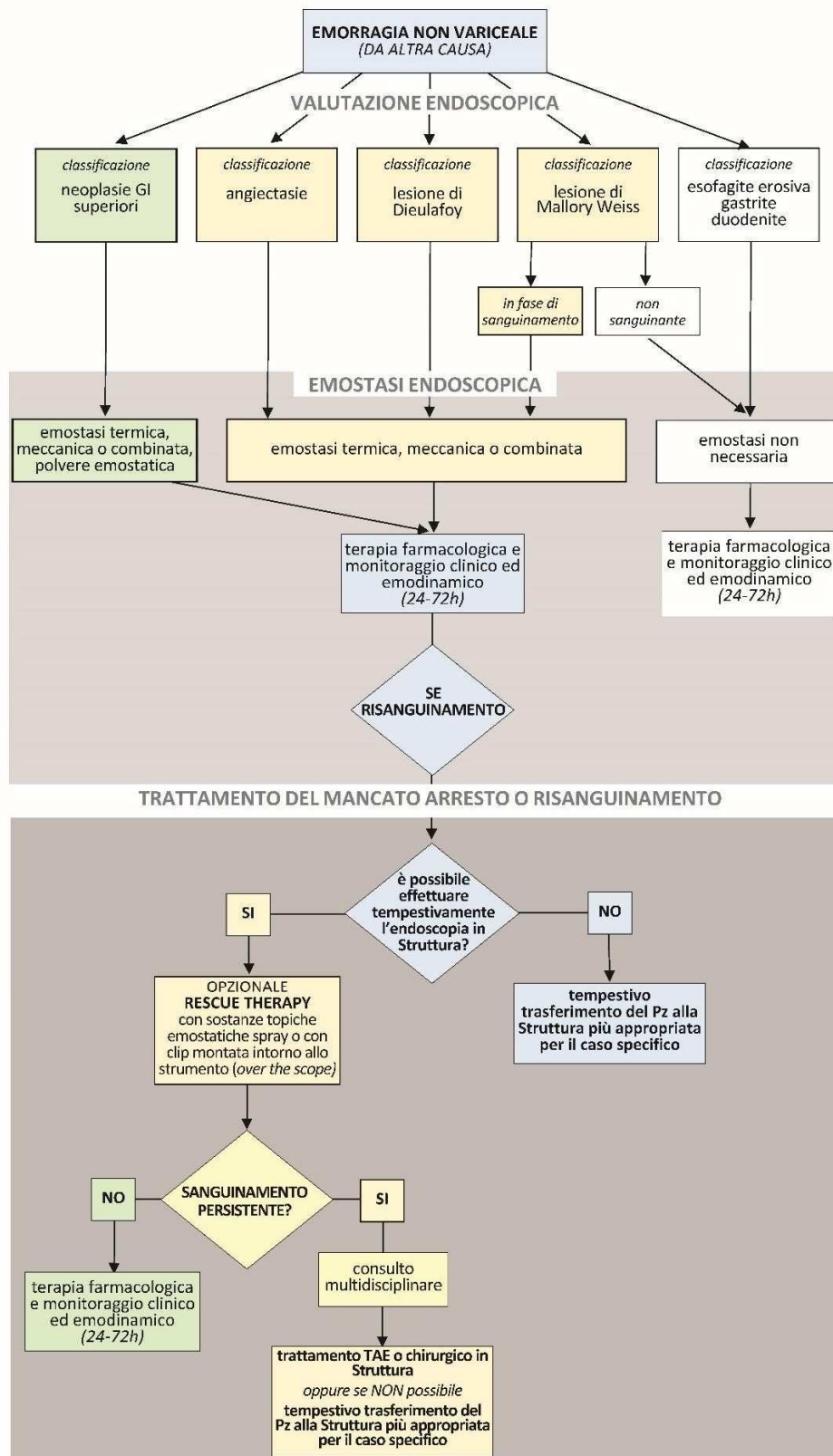
RACCOMANDAZIONI

- Second look endoscopico
Vedere paragrafo precedente
- Compilazione del referto endoscopico
Vedere paragrafo precedente

b) La terapia endoscopica per Emorragia Digestiva Superiore Non Variceale da altra causa (non da Ulcera Gastrica o Duodenale)

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE AS



NOTE OPERATIVE:

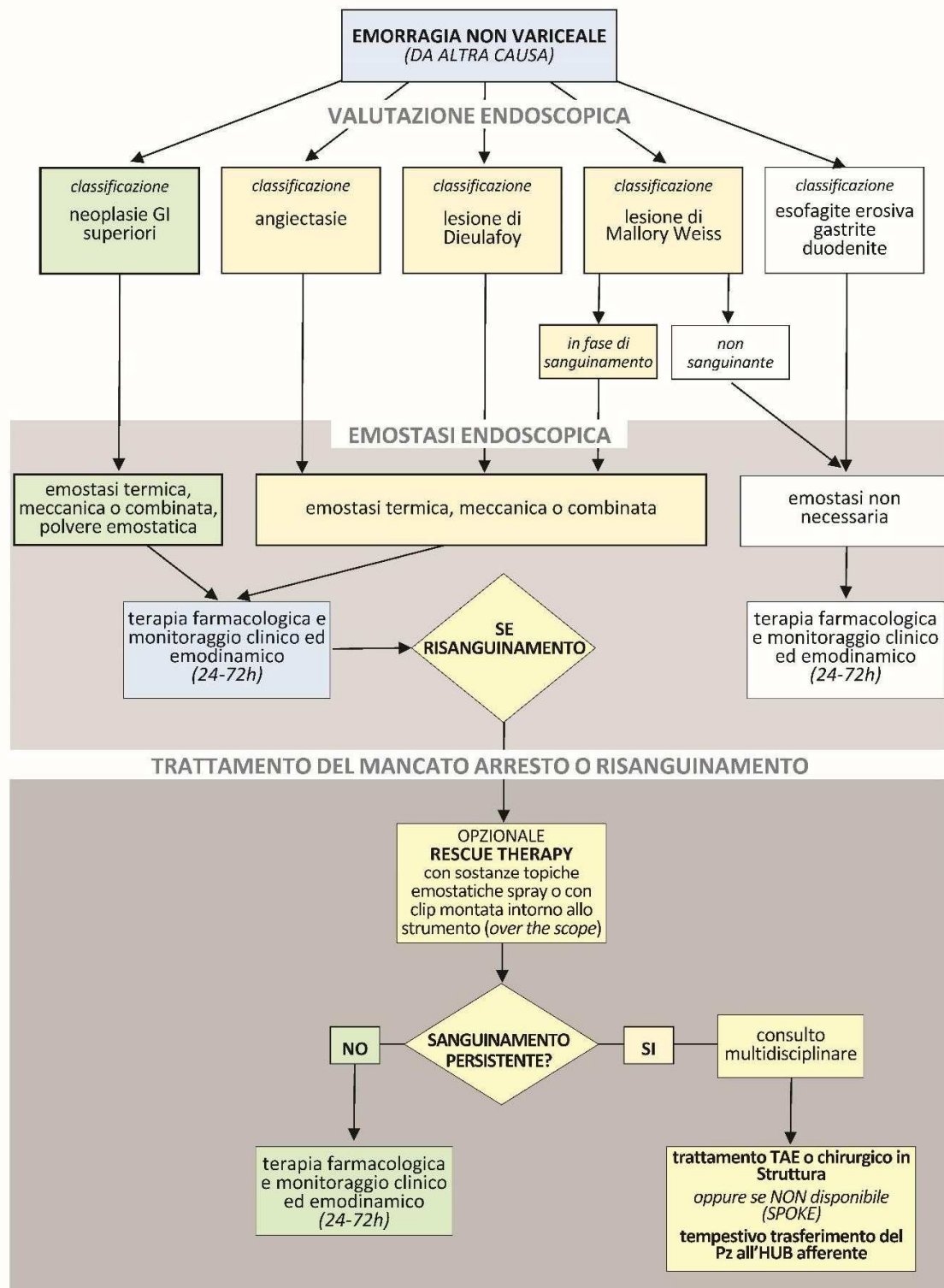
- indicare la “terapia farmacologica e monitoraggio clinico ed emodinamico” per ogni situazione clinica del percorso riportando anche il setting e l’intensità delle cure
- l’eventuale trasferimento del Paziente deve avvenire verso la Struttura più adeguata ed appropriata al setting necessario per il caso specifico, con priorità intraziendale (nodo centrale o SPOKE), nonché in conformità a quanto stabilito nel POINT specifico tra le Aziende afferenti nel caso interaziendale, mentre vanno definite nel PDTA tutte le modalità del trasferimento intraziendale del Paziente (*incluso se da reparto a reparto, se mediante il PS, se con ritorno alla Struttura d’origine o ricovero in quella ricevente, etc.*)
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

RACCOMANDAZIONI

- Second look endoscopico
Vedere paragrafo 12.1

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE HUB/SPOKE



NOTE OPERATIVE:

- indicare la “terapia farmacologica e monitoraggio clinico ed emodinamico” per ogni situazione clinica del percorso riportando anche il setting e l’intensità delle cure
- il **trasferimento del paziente dallo SPOKE all’HUB afferente** può avvenire **esclusivamente** se, in base alle valutazioni del medico o del team che ha in carico il Paziente, il caso clinico specifico richiede oggettivamente dei servizi, l’expertise e/o le dotazioni presenti nell’HUB e non nello SPOKE ed, in ogni caso, in conformità a quanto stabilito nel POINT (paragrafo n.4.1.2.2 del Piano di Rete) specifico tra le Aziende afferenti
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

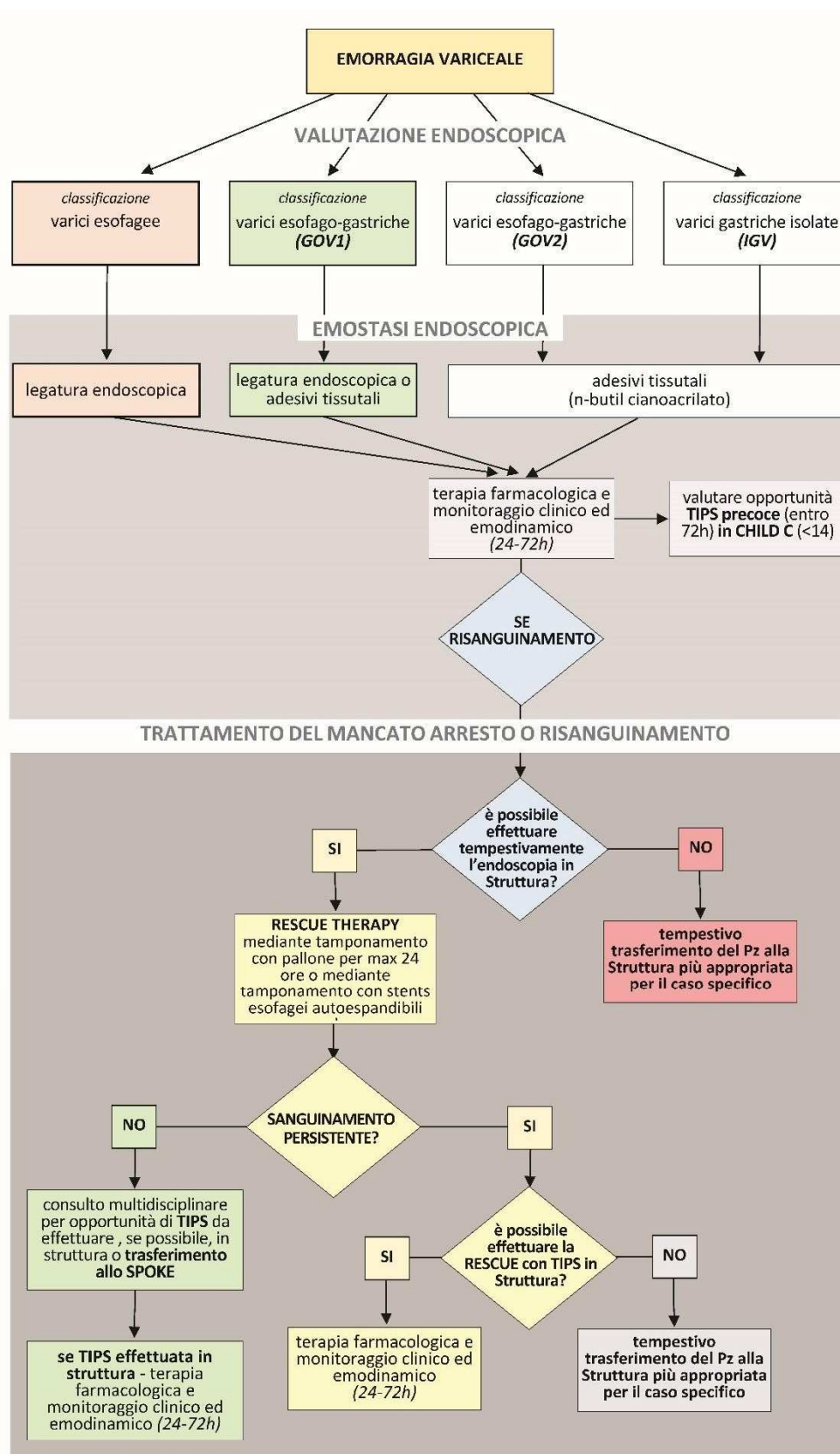
RACCOMANDAZIONI

- Second look endoscopico
Vedere paragrafo 12.1

c) La terapia endoscopica per Emorragia Digestiva Superiore Variceale

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE AS



NOTE OPERATIVE:

- indicare la “terapia farmacologica e monitoraggio clinico ed emodinamico” per ogni situazione clinica del percorso riportando anche il setting e l’intensità delle cure
- la classificazione del rischio post-endoscopico utilizzata è quella di Sarin
- l’indicazione al secondo tentativo endoscopico è, comunque, sempre soggetta alla valutazione del Medico (o del team) che ha in carico il Paziente che, in base alle condizioni cliniche dello stesso, può ritenere di trasferire il Paziente allo SPOKE afferente (o all’HUB se oggettivamente setting più indicato) il prima possibile, in quanto la gestione deve sempre essere condizionata da un trade-off rischi (operativi) / benefici
- l’eventuale trasferimento del Paziente deve avvenire verso la Struttura più adeguata ed appropriata al setting necessario per il caso specifico, con priorità intraaziendale (nodo centrale o SPOKE), nonché in conformità a quanto stabilito nel POINT specifico tra le Aziende afferenti nel caso interaziendale, mentre vanno definite nel PDTA tutte le modalità del trasferimento intraaziendale del Paziente (*incluso se da reparto a reparto, se mediante il PS, se con ritorno alla Struttura d’origine o ricovero in quella ricevente, etc.*)
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

RACCOMANDAZIONI

- Second look endoscopico
Vedere paragrafo 12.1

- Indicazioni alla TIPS

Da raccomandare per uniformità in base a quanto previsto dalle più recenti linee guida:

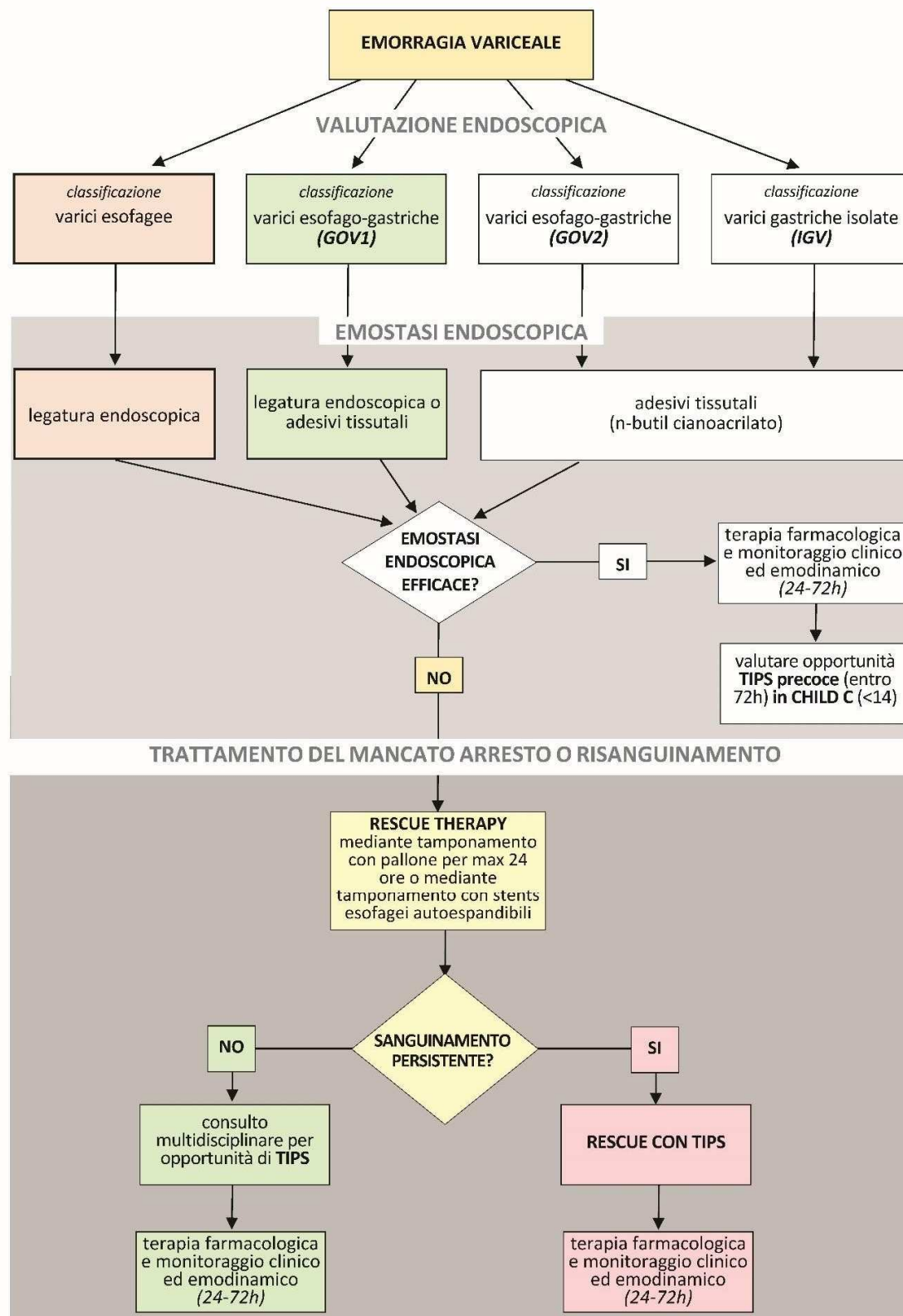
La TIPS è raccomandata nei pazienti con persistente o ricorrente sanguinamento. In tali casi una terapia “ponte” verso la TIPS con sonda di Blakemore o stents autoespansibili può essere eseguita in attesa della TIPS per max 24 ore.

I pazienti con Child C (<14) sono candidabili alla TIPS precoce (entro 72 ore anche in caso di controllo del sanguinamento) perché considerati ad alto rischio di risanguinamento.

Classificazione di Child-Pugh della cirrosi			
variabile	1 punto	2 punti	3 punti
Encefalopatia	assente	moderata	severa, fino al coma
Ascite	assente	moderata	severa
Bilirubina (vn 0.6-1 mg/dl)	< 2 mg/dl	2 – 3 mg/dl	> 3 mg/dl
Albumina (vn 4 g/l)	> 3.5 g/l	3.5 – 2.8 g/l	< 2.8 g/l
INR	< 1.3	1.3 – 1.5	> 1.5

Schema Operativo

VALIDO PER LA SEZIONE HUB/SPOKE



NOTE OPERATIVE:

- indicare la “terapia farmacologica e monitoraggio clinico ed emodinamico” per ogni situazione clinica del percorso riportando anche il setting e l’intensità delle cure
- la classificazione del rischio post-endoscopico utilizzata è quella di Sarin
- l’indicazione al secondo tentativo endoscopico deve essere, comunque, sempre soggetta alla valutazione del Medico (o del team) che ha in carico il Paziente che, in base alle sue condizioni cliniche, può ritenere di ricorrere direttamente al trattamento con TIPS, in quanto la gestione deve sempre essere condizionata da un trade-off rischi (operativi) / benefici
- **il trasferimento del paziente dallo SPOKE all’HUB afferente** può avvenire **esclusivamente** se, in base alle valutazioni del medico o del team che ha in carico il Paziente, il caso clinico specifico richiede oggettivamente dei servizi, l’expertise e/o le dotazioni presenti nell’HUB e non nello SPOKE ed, in ogni caso, in conformità a quanto stabilito nel POINT (*paragrafo n.4.1.2.2 del Piano di Rete*) specifico tra le Aziende afferenti
- inserire una matrice di responsabilità o indicazione equivalente

RACCOMANDAZIONI

- Second look endoscopico
Vedere paragrafo 12.1
- Indicazioni alla TIPS
Vedere paragrafo precedente

12. Indicatori del PDTA

NOTA: gli indicatori interni, che si ritiene utile utilizzare, devono essere classificati in indicatori di esito, di processo e di monitoraggio. In ogni caso si riportano gli indicatori **minimi** da includere nel dashboard:

- n. Pazienti arruolati nel PDTA con diagnosi principale di EDS
- n. Pazienti arruolati che non avevano una EDS
- n. Pazienti con diagnosi non precoce di EDS
- n. trasferimenti intraaziendali per EGDS
- n. trasferimenti interaziendali allo SPOKE regionale
- n. trasferimenti interaziendali all’HUB regionale
- n. eventi avversi segnalati
- n. giorni di degenza media (con EDS prima diagnosi)
- percentuale pazienti con mancato arresto del sanguinamento o risanguinamento
- tasso di ospedalizzazione
- tasso di mortalità/letalità a 30gg
- distribuzione percentuali degli accessi al PDTA (118, diretto, degente, trasferito)
- percentuale di Pazienti trattati overtime
- percentuale Pazienti con complicanze
- n. trasferimenti overtime intra o interaziendali

13. Bibliografia

- 2024 Emergency medicine updates: Upper gastrointestinal bleeding - Brit Long, MD a, *, Michael Gottlieb, MD b - The American Journal of Emergency Medicine Volume 81, July 2024, Pages 116-123
- 2024** Impact of interhospital transfer status on outcomes of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: insights from the National Inpatient Sample analysis, 2017 to 2020 - Ali Jaan, Zouina Sarfraz, Umer Farooq, Ahmed Shehadah, Raghav Bassi, Ammad Javaid Chaudhary, Asad ur Rahman and Patrick Okolo
- **2023** Scoring systems for risk stratification in upper and lower gastrointestinal bleeding - Franco Radaelli, Simone Rocchetto, Alessandra Piagnani, Alberto Savino, Dhanai Di Paolo, Giulia Scardino, Silvia Paggi, Emanuele Rondonotti - Best Practice & Research Clinical Gastroenterology
- **2023** The interaction of patients' physical status and time to endoscopy on mortality risk in patients with upper gastrointestinal bleeding: A national prospective cohort study - Cristina Bucci, Clelia Marmo, Marco Soncini, Maria Elena Riccioni, Stig B. Laursen, Ian M. Gralnek e Riccardo Marmoon behalf of the GISED study group
- **2022** Ian M. Gralnek, Marine Camus Duboc, Juan Carlos Garcia-Pagan, Lorenzo Fuccio, John G  sdal, Karstensen, Tomas Hucl, Ivan Jovanovic, Halim Awadie, Virginia Hernandez-Gea, Marcel Tantau, Alanna Ebigbo, Mostafa Ibrahim, Jiannis Vlachogiannakos, Marc C. Burgmans, Robyn Rosasco, Konstantinos Triantafyllou: Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline
- **2021** Lamanda Roberto, Numis Fabio Giuliano, Russo Fabio, Pacelli Loredana, Somma Iolanda: Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto – ASL Napoli 2 nord (del. n.1828/2021)
- **2021** Ian M. Gralnek et al. - Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021 Endoscopy 2021; 53: 300–332
- **2021** Lamb C. et al. - Frontline Twitter debate: controversies in management of upper gastrointestinal bleeding Gastroenterology 2021; 0:1–3. doi:10.1136/flgastro-2020-101738
- **2020** Karstensen John G  sdal et al. – Endoscopy International Open 2020; 08: E990- E997 Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) – Cascade Guideline
- **2020** Sobia Mujtaba et al. - Diagnosis and Management of Non-Variceal Gastrointestinal Hemorrhage: A Review of Current - Guidelines and Future Perspectives J. Clin. Med. 2020, 9, 402; doi:10.3390/jcm9020402
- **2020** Lau JYW et al. - Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. N Engl J Med 2020; 382:1299–1308
- **2020** M. Zaeem Cader et al. - Acute Upper GI Bleeding: Good Night, Sleep Tight, Endoscopy Can Wait until Morning Light Gastroenterology Vol. 159, No. 5
- **2020** Medical care setting is associated with survival in acute upper gastro-intestinal bleeding: A cohort study - Riccardo Marmo, Marco Soncini, Clelia Marmo, Stig Borbjerg Laursen, Ian Mark Gralnek, Adrian J. Stanley
- **2019** Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. Oakland K.: Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2019 Oct-Dec;42-43
- **2019** Alan N. Barkun et al. - Management of Non variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations from the International Consensus Group Annals of Internal Medicine Downloaded from <https://annals.org> by guest on 10/22/2019

- **2019** Stanley A. et al. - Management of acute upper gastrointestinal bleeding. BMJ 2019; 364: 1536-1549
- **201** Antonio Facciorusso et al. - Efficacy of hemostatic powders in upper gastrointestinal bleeding: A systematic review and meta-analysis. Digestive and Liver Disease 51 (2019) 1633–1640
- **2018** Sung JJ et al. - Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. Gut 2018; 67: 1757-1768
- **2017** Garcia-Tsao G. et al. - Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guideline by the American Association for the study of liver diseases. Hepatology. 2017 Jan;65(1):310-B35. doi: 10.1002/hep.28906. Epub 2016 Dec 1
- **2015** Gralnek IM. et al. - Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy 2015; 47: 1-46
- **2015** De Franchis R. et al. - Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol 2015; 63: 743–752
- **2015** Hayes PC. et al. - UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. Tripathi D., Stanley AJ., Hayes PC., et al. Gut 2015;64:1680-1704
- **2013** Villanueva C. et al. - Trasfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Eng J Med 2013; 368: 11-21
- **2011** P García-Iglesias et al. - Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer Aliment Pharmacol Ther 2011 Oct;34(8):888-900

14. Definizioni, terminologia e acronimi

NOTA: di seguito alcuni termini utilizzati nel modello

- **nodo centrale:** Struttura sanitaria aziendale che soddisfa almeno tutti i requisiti SPOKE ma non è stato indicato nei centri regionali – funge da riferimento gastroenterologico nel sistema nodale aziendale (con un nodo centrale e nodi periferici) regolamentato dal PDTA
- **raccomandazioni:** indicazioni diagnostiche e/o terapeutiche che disciplinano ma non dispongono finalizzate alla maggiore omogeneità della clinica, che possono essere caratterizzate da un significativo livello di evidenza scientifica e/o chiaro beneficio nell’adozione della stessa
- **approfondimenti:** parti esclusivamente informative finalizzate alla condivisione di specifiche esperienze professionali allo scopo di aumentare il profilo di qualità e sicurezza del percorso
- **non responder:** che non risponde al trattamento dell’instabilità - con quadro clinico persistentemente alterato, MEWS non modificato, clearance del lattato < 20%
- **parzialmente responder:** in via di stabilizzazione - quadro clinico in miglioramento, MEWS ridotto di almeno una classe, clearance del lattato > 20%
- **responder:** stabilizzato - quadro clinico normalizzato, MEWS normale o basso, normalizzazione della lattatemia
- **tempo zero:** il momento in cui è obiettivata una ematemesi o melena da un sanitario *oppure* il momento in cui il Paziente presenta un quadro clinico e laboratoristico significativi per sospetto EDS

LA CONTESTUALIZZAZIONE DEL MODELLO DI PDTA A CURA DELLE AZIENDE SANTARIE

ogni Azienda Sanitaria dovrà predisporre il PDTA con le modalità indicate al paragrafo n.7.1.3 del Piano di Rete ed in base alle indicazioni proposte nei singoli articoli, verificando i contenuti, e se ritenuto opportuno, modificandoli e/o integrandoli.

Si potranno, inoltre, aggiungere ulteriori raccomandazioni e approfondimenti

Si ricorda che:

LA SEZIONE HUB/SPOKE: riguarda i percorsi per le Aziende Sanitarie **mono-presidiali** individuate come **HUB** o **SPOKE** regionale o che, **comunque, hanno tuG i requisiti minimi indicati per tali elementi nodali**, con gestione del Paziente totalmente (HUB) o prevalentemente (SPOKE) intraospedaliera con previsione di un possibile trasferimento del Paziente solo dallo SPOKE verso l'HUB

LA SEZIONE AS: riguarda i percorsi per le altre Aziende Sanitarie

SCHEDA ATTUATIVA DA COMPLETARE A CURA DELL'AZIENDA SANITARIA

➤ **Redattori – Gruppo di lavoro**

➤ **Analisi del contesto**

NOTA: L'Azienda Sanitaria dovrà descrivere analiticamente l'attualità operativa specifica precedente all'adozione del PDTA includendo almeno i seguenti dettagli per ogni Struttura ospedaliera:

- eventuali PDTA già attivati per lo stesso percorso o per percorsi contigui
- disponibilità oraria/giornaliera del servizio endoscopico d'urgenza
- risorse professionali dedicate
- dettaglio dotazioni strumentali
- eventuali Strutture in zone disagiate

➤ **Afferenze nell'ambito della Rete REGA-EDS**

➤ **Analisi dei bisogni**

➤ **Campo di applicazione**

➤ **Follow up – gestione post-endoscopica**

➤ **Eccezioni ai percorsi per eventuali Strutture in zone disagiate**

➤ **Management del PDTA**

Elenco degli argomenti *minimi* da trattare: divulgazione, aggiornamento, auditing, review, formazione