

Documenti di Registrazione	Diagramma di Flusso	Responsabilità
	<p><i>Gestione del Pz. post-endoscopia</i></p>	
Cartella Clinica		M. UO I. Setting Assist.
Cartella Clinica MD Attiv. DOP		I. Setting Assist.
Cartella Clinica		M. Tutor I. Referente
Cartella Clinica STU		
Cartella Clinica Integrata Report		Dir. UO Coord. AF/Setting
Cartella Clinica		Gastroenterologo-Chirurgo
Rel. Infirm.ca Lettera a MMG Ricettario Reg.		M. Tutor I. Referente.

NOTE

- (1) Intervento del 118 nel territorio: attribuzione codice colore ed intervento di 1° soccorso e scelta Ospedale (Centro Hub o Spoke) di destinazione inserito nella rete. Il personale della Centrale operativa (118) è addestrato a identificare al *triage* telefonico una sospetta emorragia del tratto digestivo superiore e a gestirla come un'emergenza medica trattata come codice rosso.
 - (2) Il personale dei mezzi di soccorso, quando possibile, preavvisa il Pronto Soccorso dell'imminente arrivo di un paziente con sospetta emorragia digestiva superiore. Una volta giunto al Pronto Soccorso il Pz. viene preso in carico dall'equipe per una prima valutazione e per l'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico.
 - (3) Il medico responsabile del Paziente valuta il problema, assicura la stabilizzazione emodinamica, e quindi contatta direttamente il/i consulente/i in questione (Gastroenterologo o Chirurgo in caso di possibile intervento chirurgico, Anestesista -Rianimatore).
 - (4) I Pz in codice rosso, stabilito al triage o accompagnati dal medico del 118 accedono immediatamente alla sala visita.
 - (5) Valutazione clinica del paziente ed inquadramento diagnostico: valutazione dati anamnestici, presenza di instabilità emodinamica, presenza di fattori che aumentano il rischio. Richiesta esami di laboratorio in urgenza (esami preanestesia sempre nel bambino).
- Nota bene:** È FONDAMENTALE definire i pazienti al momento della loro ammissione al pronto soccorso se A BASSO o AD ALTO RISCHIO di complicazioni.
- (6) All'ingresso deve essere effettuato un primo monitoraggio delle funzioni vitali: (A,B,C,D), e dei parametri vitali: PA, FC; PAO; FR; saturimetria.
 - (7) Successivamente proseguire il monitoraggio di: Parametri vitali e Temperatura corporea e procedere al posizionamento di C.V., S.N.G e/o C.V.C.
 - (8) ► Posizionamento SNG e lavaggio gastrico
 - Stabilizzazione Emodinamica del Pz. emorragico con valutazione e correzione dei parametri vitali
 - monitoraggio PA, FC, EGA, emocromo,
 - predisposizione di valido accesso venoso
 - infusione liquidi/ trasfusioni
 - Inizia Terapia Causale(PPI o farmaci vasoattivi + antibiotici se paziente cirrotico)
 - (9) Ad avvenuta stabilizzazione o migliore livello possibile di stabilizzazione del paziente, il medico di P.S. o il medico di *Setting*, sulla base della valutazione clinica e dell'analisi dei parametri vitali ed emato-morfologici, decide se attivare endoscopista reperibile e se avvalersi contemporaneamente e/o sequenzialmente dell'Anestesista. Allertare il Chirurgo; se disponibile il Radiologo interventista (equipe multidisciplinare "Bleeding Team"). Il *Bleeding Team* rappresenta l'equipe multidisciplinare (Gastroenterologo o Chirurgo Endoscopista, Anestesista, Chirurgo) che può venire attivata dopo valutazione del P. da parte del Medico del PS o di Reparto di degenza: il tutto in base alle risorse disponibili e contestualizzazione del PDTA nelle singole realtà.
 - (10) L'Equipe Multidisciplinare procede ad una valutazione della gravità del quadro clinico (grado di stabilità emodinamica del Pz.: P.A., FC, EGA,) della rilevanza clinica del sanguinamento (N° Unità sangue trasfuse), e all'analisi delle possibili cause e sede dell'emorragia, delle Co-morbilità (Cirrosi Epatica, cardiopatia ischemica cronica, broncopatia cronica, terapia anticoagulante/antiaggregante).

(11) L'Equipe Multidisciplinare stabilisce il momento ottimale per eseguire una endoscopia digestiva superiore in base alla stabilizzazione/ottimizzazione del quadro clinico. In base alla gravità del quadro clinico e degli score di severità (stato ASA, score di GBS, Rockallpre-endoscopico, PNED; vedi paragrafo 18 e appendice 1-2-3-4) si distinguono:

➔ **Urgenze: il prima possibile e comunque entro le 12 ore**

-sanguinamento da varici, ematemesi ripetuta, melena in Pz emodinamicamente instabile

➔ **Urgenze differibili: 12-24 h**

-casi senza ematemesi in atto, melena in pz. emodinamicamente stabile, storia di sanguinamento nelle 24 ore precedenti in Pz. emodinamicamente stabile.

N.B: In entrambe le condizioni la presenza dell'anestesista viene decisa dall'endoscopista in relazione al quadro clinico (Età, Comorbidità, Disponibilità locale)

Per la valutazione del rischio di recidiva di ri-sanguinamento, necessità di un trattamento endoscopico e di mortalità sono stati costruiti degli score prognostici che utilizzano un algoritmo che attribuisce ai dati anamnestici, clinici, emato-chimici ed emato-morfologici e strumentali disponibili, un punteggio che consente di attribuire al quadro clinico un valore numerico che, confrontato con un'apposita scala di valori, dà una stima del rischio di ri-sanguinamento e mortalità (score di gravità) e una indicazione sulle conseguenti misure da adottare inerenti la assistenza medica e la terapia appropriate al rischio; tra questi score:

- GBS (Glasgow-Blatchford, score) costruito per valutare la necessità di un trattamento medico/endoscopico; in caso di basso punteggio (0-1) identifica meglio i pazienti a basso rischio di ri-sanguinamento e mortalità che potrebbero essere dimessi e seguiti ambulatorialmente (circa il 25% dei Pazienti); per un punteggio ≥ 7 predice meglio la necessità di un trattamento endoscopico (sensibilità 80%, specificità 57%). (Appendice 2)
- Rockall: uno score pre-endosc. ≥ 4 o post-endosc. ≥ 5 (vedi paragrafo 18) predice meglio il rischio di mortalità post-ricovero. (Appendice 3)
- PNED: uno score ≥ 4 in una analisi comparativa tra i vari score risultò il migliore nel predire la mortalità, con maggior efficacia del Rockallpre-endoscopico (0.72) e del GBS (0.64; $P < 0.001$). (Appendice 4)
- Nessuno score risulta maggiormente utile nel predire il ri-sanguinamento e la durata del ricovero (costi).

Per le varici esofagee il rischio di rottura delle varici con emorragia digestiva superiore è proporzionale alle dimensioni, e alla eventuale presenza di altri segni aggiuntivi il rischio di rottura delle varici con emorragia digestiva superiore è proporzionale alle dimensioni, e alla eventuale presenza di segni del rosso aggiuntive; ed è ben stratificato dalla classificazione Giapponese del 1980 rivista (Appendice 6) che si basa su:

- **Dimensione** delle varici rispetto al raggio del lume dell'esofago:
 - ▶ F1: diametro $< 1/3$;
 - ▶ F2: diametro tra $1/3$ e $2/3$;
 - ▶ F3: diametro $> 2/3$.
- **Colore**: bianco o blu, segni rossi: colpo di frusta o punti color rosso ciliegia, o arrossamento diffuso,
- **Cisti ematiche**: presenti o assenti
- **Esofagite**: presente o assente;
- **Localizzazione esofagea**: alta, media o bassa

Per le varici gastriche la classificazione si basa su sede e dimensioni (Appendice 7)

GOV: Varici esofago-gastriche:

- ▶ **GOV1**: prolungamento della varici esofagee oltre la giunzione esofago-gastrica nello stomaco per 2-5 cm :
- ▶ **GOV2**: prolungamento delle varici al fondo gastrico.

IGV; Varici gastriche isolate

- ▶ **IGV1**: al fondo gastrico isolate che non raggiungono il cardias
- ▶ **IGV2**: in ogni altra parte dello stomaco o del duodeno

Tenere presente che una Endoscopia Digestiva Superiore può essere inutile o dannosa in corso di shock o in presenza di gastrolusi insufficiente. L'assenza di sangue nel SNG **non** è indice di stabilità del Paziente

La valutazione della perdita ematica viene effettuata in base a: PA; FC; diuresi; stato mentale Informare i Familiari del quadro clinico e dei rischi L'Equipe Multidisciplinare definisce sulla base della gravità del quadro clinico, la sede più appropriata per l'esecuzione dell'esame: polo endoscopico o sala operatoria. L'esame può essere eseguito in una sala endoscopica che fornisca tutte le apparecchiature necessarie all'anestesia ed alle manovre rianimatorie (Pulsi-ossimetro, respiratore, monitor, defibrillatore, ecc.) o in mancanza di ciò in sala operatoria dove siano presenti tutti i *devices* e strumenti endoscopici disponibili per ogni tipo di emostasi come in sala endoscopica.

(12) Dopo la stabilizzazione e l'inquadramento diagnostico, il Medico di PS, insieme all'Equipe multi-disciplinare, in base alla gravità delle condizioni cliniche del paziente, può tenerlo in osservazione in previsione di una dimissione o lo assegna alla UO di riferimento presso il *Setting* di ricovero più appropriato:

➔ **OBI**

➔ **medio-bassa intensità**

➔ **alta intensità di cura**

➔ **Area intensiva.**

(13) Il Medico di PS decide, in accordo con lo specialista di riferimento (preferibilmente Gastroenterologo) (nei P. più gravi Anestesista-Rianimatore), il Livello e l'U.O. di assegnazione (secondo protocolli condivisi con DEA nei singoli ospedali in base alle risorse locali) per la presa in carico del paziente in base ai criteri di stabilità clinica, rischio di ri-sanguinamento, patologia prevalente. La Patologia Prevalente è quella che ha portato il paziente all'osservazione o che rischia di destabilizzarlo nuovamente. La presenza di co-morbidità resta fondamentale per il giudizio clinico complessivo.

(14) Il paziente giunge in reparto dove viene accolto dal Medico e dall'Infermiere di reparto che provvederanno a:

▶ **L'infermiere** identifica il paziente, ritira la documentazione, annota i dati del paziente sul registro nosologico, raccoglie l'anamnesi infermieristica, i bisogni assistenziali, richiede eventuali consulenze infermieristiche, individua la tipologia di assistenza e definisce gli interventi di assistenza di base e/o avanzata; consegna l'opuscolo informativo sull'organizzazione della struttura e invita pz e i familiari ad attenersi alle indicazioni in esse contenute.

▶ **Il medico tutor** provvede: alla prima visita, alla richiesta degli esami di laboratorio e/o di interiori indagini diagnostiche, alla richiesta di eventuali consulenze, ad instaurare la terapia (PPI in caso di ulcera, antibiotici e vasoattivi in caso di sanguinamento nel cirrotico).

Nel paziente con EDS, all'ingresso in reparto è necessario:

1. Valutare le condizioni generali
2. Monitorare i parametri vitali
3. Rilevare la temperatura cutanea
4. Posizionare catetere vescicale
5. Posizionare CVC

N.B. Per i punti 4-5-6 la decisione viene presa sulle evidenze cliniche (condizioni emodinamiche, co-morbidità e età), sul tipo di lesione evidenziata all'esame endoscopico e sull'efficacia dell'emostasi

Durante il ricovero dovranno essere effettuate le seguenti attività:

- Mantenimento di valido accesso venoso
- Monitoraggio di P.A., FC, Hb,
- Lavaggio gastrico attraverso il SNG
- Monitoraggio N° evacuazioni

I parametri emodinamici, la presenza di episodi di sanguinamento manifesto con ematemesi e/o melena (solida, liquida, rossa) e le variazioni dell'emocromo sono indici sensibili della ripresa del sanguinamento.

(15) Il Team endoscopico (Medico ed Infermieri di Endoscopia Digestiva) provvede ad informare il Pz. su importanza, significato diagnostico e terapeutico e possibili complicanze dell'Endoscopia Digestiva Superiore e a raccogliere il consenso informato. La corretta informazione e conoscenza dei Medici ed Infermieri che eseguiranno l'Endoscopia riduce lo stato di ansia e preoccupazione del Paziente.

- (16) Adeguata Gastrolusi: se insufficiente rende difficoltosa l'individuazione della sede del sanguinamento ed il successivo trattamento emostatico)
- ▶ Digiuno da almeno 6-8 ore (*l'assenza di periodo di digiuno adeguato aumenta il rischio anestesiológico ed intra-procedurale*)
 - ▶ In caso di sanguinamento attivo e recente assunzione di cibo: gastrolusi dopo intubazione oro-tracheale
 - ▶ Assicurarsi uno/due validi accessi venosi.
 - ▶ Far togliere (e conservare!) occhiali e protesi dentarie mobili

Obiettivi della EGDS:

1. Localizzare e valutare la fonte del sanguinamento (anche al fine di trattamenti alternativi)
2. Procedere all'emostasi endoscopica
3. Prevenire ri-sanguinamento
4. Ottenere elementi utili alla definizione della prognosi

(16b) Radiologia Interventistica: In caso di fallimento della emostasi endoscopica, In base alla causa della emorragia si effettuerà

- ▶ Non variceale:
 - Embolizzazione endoarteriosa con *micro-coil* e colle
- ▶ Variceale
 - TIPS e/o BRTO in urgenza entro 6-12 ore (eventuale uso di Sonda di SB ,o di *stent* esofageo ricoperto (ad esempio il Danisstent)“a ponte” se previsti tempi più sino a 24 ore); successiva valutazione di:
 - Early TIPS nei pazienti con cirrosi epatica avanzata (in tutti i pazienti in classe funzionale di Child-Pugh > C10, o in quelli in classe funzionale > B9 se riscontro di emorragia attiva nel corso dell'esame endoscopico. (Appendice 8)

(16c) Chirurgia: in caso di fallimento endoscopico e radiologico del controllo della emorragia , in tale *setting* la identificazione della sede del sanguinamento riduce la morbilità e mortalità della chirurgia

(17) Durante l'esame endoscopico in urgenza è indispensabile un monitoraggio delle funzioni vitali e della stabilità emodinamica: controllo parametri vitali, Monitoraggio parametri emodinamici ed ossimetrici, perdite volume ematico

- ▶ In caso di gravi emorragie, la EGDS viene effettuata in Sala Operatoria, in sedazione profonda o intubazione oro-tracheale;
- ▶ In caso di minore perdita ematica la EGDS viene effettuata in Endoscopia Digestiva, in sedazione e monitoraggio del Pz. con Assistenza Anestesiologica

(18) Per la VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI RECIDIVA EMORRAGICA e di mortalità post-endoscopica si utilizza

- ▶ **La classificazione endoscopica di Forrest**: identifica il rischio di ri-sanguinamento delle lesioni ulcerose e la necessità di un trattamento endoscopico per le lesioni 1a, 1b, 2a, ed ev. 2b (dopo rimozione del coagulo), che risultano ad alto rischio di ri-sanguinamento (Appendice 5).
- ▶ **Lo score di Rockall post-endoscopico**:
 - **Rischio basso (Score di Rockall ≥ 2)**: dimissione precoce. In caso di ulcera peptica terapia con PPI per 6sett., astensione da FANS e fumo, eradicazione H.P se presente
 - **Rischio medio (Score di Rockall 3-5)**: In caso di ulcera “a rischio” PPI in infusione per 72 ore quindi trattamento con PPI per 6 sett., astensione da FANS e fumo, ev. eradicazione *helicobacter pylori*.
 - **Rischio alto (Score di Rockall ≥ 5)**: NB: Il sanguinamento nel P. Cirrotico è da considerare sempre ad alto rischio e si avvale di terapia con antibiotici e farmaci vasoattivi; i PPI non sono raccomandati di routine

(19) Dopo l'esecuzione della Endoscopia Digestiva il Pz. viene rivalutato e, in base alle condizioni cliniche ed al rischio di recidiva della emorragia digestiva, inviato al *Setting* di provenienza o, se questo non risultasse adeguato, indirizzato al *Setting* assistenziale più idoneo (Area Intensiva, Intensità 2A-2B, *Day Service*).

(20) L'osservazione clinica ed il monitoraggio dei parametri vitali sono indispensabili nei Pz. che hanno presentato una importante perdita ematica o presentano co-morbidità, alterazioni emo-coagulative, o alto score di Rockall all'esame endoscopico.

(21) Monitoraggio clinico-assistenziale: Controllo PA, FC, Emocromo ed assetto coagulativo, prevenzione complicanze, controllo evacuazioni (numero equalità). Nei Pz. più gravi, monitoraggio dei singoli parametri, con rilevazioni a intervalli definiti. Il controllo clinico-assistenziale consente di migliorare l'*outcome* del Pz. e valutare precocemente le complicanze ed il rischio di recidiva emorragica

(22) Il medico provvede: alla visita, alla richiesta degli esami di laboratorio e/o indagini diagnostiche, alla richiesta di eventuali consulenze, ad instaurare e rivalutare la terapia in coerenza al decorso clinico.

(23) Assistenza infermieristica (rilevazione parametri vitali, assistenza infermieristica): l'infermiere svolge l'attività di assistenza in rapporto alle necessità ed ai bisogni del pz e nel rispetto del progetto assistenziale. Registra nella CCI gli eventi clinici e assistenziali contestualmente al loro verificarsi o al termine del turno di lavoro e li descrive al collega del turno successivo al momento del passaggio delle consegne e rischio di ripresa dell'emorragia

- (24) A stabilizzazione clinica ottenuta si può procedere:
- al trasferimento a *setting* assistenziale di minore intensità di cura;
 - alla dimissione del Pz. che può avvenire dopo osservazione in Day-Service.
- La dimissione da un *setting* assistenziale attesta il miglioramento o la stabilizzazione del quadro clinico con conseguenti minori necessità assistenziali
- (25) L'Infermiere compila l'ASGO, fotocopie gli obiettivi prefissati e i parametri del paziente per passarli alla continuità assistenziale nel follow-up precedentemente concordato. L'Infermiere Referente valuta la attivazione della scheda DOP, nei casi che rispondono ai criteri previsti dopo presa in carico nel *setting* di ricovero
- Il medico redige la lettera di dimissione, compila le richieste regionali dei farmaci e programmazione l'eventuale follow-up ambulatoriale. Prenotazione visita ed esami di controllo Eventuale distribuzione diretta dei farmaci dal reparto o dalla farmacia ospedaliera. Il medico e l'infermiere rinforzano gli obiettivi prefissati con il paziente, il care-giver ed i familiari.
- (26) Il Medico e l'infermiere durante un colloquio personalizzato con il paziente e/o familiari consegnano la lettera di dimissione e richieste farmaci. Il medico Tutor compila la SDO. Il Direttore di U.O. firma la cartella. Il coordinatore verifica la completezza della documentazione sanitaria ed archivia la CCI.

CLASSIFICAZIONE ASA: Versione in inglese 1A

ASA II	A patient with mild systemic disease	Mild diseases only without substantive functional limitations.
		Examples include (but not limited to): current smoker, social
		alcohol drinker, pregnancy, obesity (30 < BMI < 40), well-controlled
		DM/HTN, mild lung disease
ASA III	A patient with severe systemic disease	Substantive functional limitations; One or more moderate to
		severe diseases. Examples include (but not limited to): poorly
		controlled DM or HTN, COPD, morbid obesity (BMI ≥40), active
		hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker,
		moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing
		regularly scheduled dialysis, premature infant PCA < 60 weeks,
		history (>3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents.
ASA IV	A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life	Examples include (but not limited to): recent (< 3 months) MI,
		CVA, TIA, or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe
		valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, sepsis,
		DIC, ARD or ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis
ASA V	A moribund patient who is not expected to survive without the operation	Examples include (but not limited to): ruptured abdominal/thoracic
		aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect,
		ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or
		multiple organ/system dysfunction
ASA VI	A declared brain-dead patient whose organs are being removed	
	For donor purposes	

CLASSIFICAZIONE ASA: Versione in italiano 1B

Classe	Condizioni del paziente
ASAI	Paziente sano
ASA II	Presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale; bronchite cronica; obesità moderata; diabete ben controllato; ipertensione moderata.
ASA III	Presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato; angina pectoris ben controllata dalla terapia; diabete insulinodipendente; obesità patologica; insufficienza respiratoria moderata.
ASA IV	Presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza; insufficienza cardiaca severa; angina pectoris "instabile" poco sensibile al trattamento; insufficienza respiratoria; renale, epatica od endocrina di grado avanzato.
E	Ogni intervento chirurgico non dilazionabile: La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA

APPENDICE 2: SCORE DI GLASGOW-BLATCHFORD (GBS)

Tabella 1. Score di Blatchford³.

Fattore di rischio al momento del ricovero	Score*
Azotemia (mg/dl)	
≥ 18 e < 22	2
≥ 22 e < 28	3
≥ 28 e < 70	4
≥ 70	6
Emoglobina (g/dl) - Uomini	
≥ 12 e < 13	1
≥ 10 e < 12	3
< 10	6
Emoglobina (g/dl) - Donne	
≥ 10 e < 12	1
< 10	6
Pressione sistolica (mmHg)	
100-109	1
90-99	2
< 90	3
Altri fattori di rischio	
Frequenza cardiaca ≥ 100 bpm	1
Melena	1
Sincope	2
Epatopatia	2
Scompenso cardiaco	2

* In un paziente con EDS acuta sommare i punteggi per ciascun fattore di rischio, assegnando 0 se non applicabile. Lo score totale è compreso tra 0 e 23. Poichè 0 è il cut-off al di sopra del quale i pazienti necessitano di intervento diagnostico-terapeutico, nei pazienti con score pari a zero prima dell'endoscopia, prendere in considerazione una dimissione precoce.

LEGENDA:

GBS:0-1: Paziente dimissibile

GBS: >7: Necessità terapia endoscopica

GBS: >10: Alto rischio di mortalità

APPENDICE 3: SCORE DI ROCKALL PRE E POST ENDOSCOPICO

Tabella 2. Score di Rockall completo (post-endoscopia)⁴

	Score*			
	0	1	2	3
Età^a	< 60 anni	60-79 anni	≥ 80 anni	-
Segni di shock^a	Nessun segno (PAO ≥ 100, bpm < 100)	Tachicardia (PAO ≥ 100, bpm ≥ 100)	Ipotensione (PAO < 100)	
Comorbidità^a	Nessuna rilevante	-	Insufficienza cardiaca, cardiopatía ischemica o altra comorbidità rilevante	Insufficienza renale, insufficienza epatica, neoplasia metastatica
Diagnosi^b	Sindrome di Mallory-Weiss, nessuna lesione identificata, nessun segno di emorragia recente	Tutte le altre diagnosi	Neoplasie del tratto gastrointestinale superiore	-
Segni maggiori di emorragia recente^b	Nessuna o solo <i>dark spot</i>		Presenza di sangue, coagulo aderente, vaso visibile o sanguinante	

* In un paziente con EDS acuta sommare i punteggi della riga di intestazione delle colonne per ciascuna delle variabili e ottenere lo score totale (compreso tra 0 e 11): uno score ≥ 2 identifica i pazienti con aumento del rischio di ri-sanguinamento o di morte.

^a Score assegnati al momento del ricovero

^b Score aggiunti dopo l'endoscopia

Legenda:

Rockall pre-endoscopico > 4 o post-endoscopico > 5: alto rischio di mortalità

APPENDICE 4: SCORE PNED PER MORTALITÀ IN EDS

The PNED score for the risk of mortality in upper GI bleeding

Score			
1	2	3	4
<i>Risk factors</i>			
ASA 3	Hb level ≤7 g/dl	Rebleeding	Failure of endoscopic treatment
Time to admission <8h	Age ≥80 Renal failure	ASA 4 Neoplasia Liver cirrhosis	

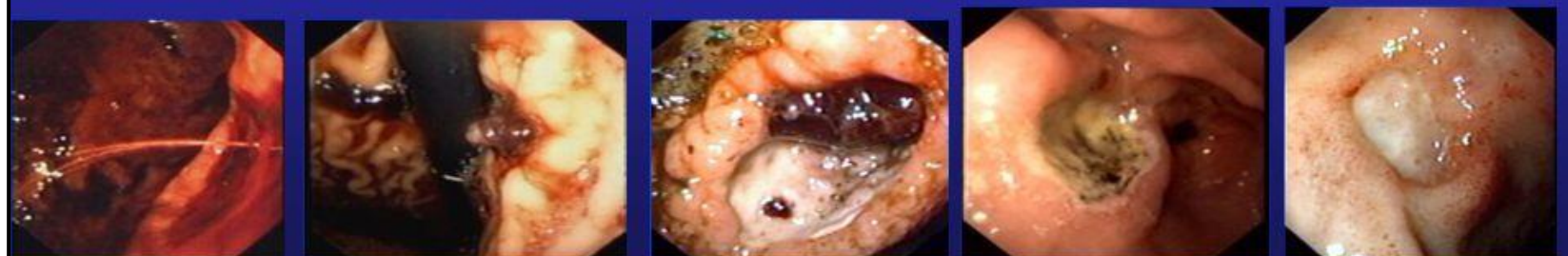
ASA, American Society of Anesthesiology; GI, gastrointestinal; PNED, Progetto Nazionale Emorragia Digestiva.

Legenda: PNED ≥ 4 alto rischio di mortalità

APPENDICE 5: CLASSIFICAZIONE DI FORREST DELLE LESIONI ULCEROSE E RISCHIO DI RISANGUINAMENTO E NECESSITÀ DI TRATTAMENTO ENDOSCOPICO

Classificazione di Forrest

CLASSE	ASPETTO DELLA LESIONE	% RISANGUINAMENTO	% MORTALITA'
Ia	Sanguinamento a getto	55%	13%
Ib	Sanguinamento a nappo	55%	11%
IIa	Vaso visibile sul fondo dell'ulcera	43%	11%
IIb	Coagulo adesivo sul fondo dell'ulcera	22%	7%
IIc	Ematina sul fondo dell'ulcera	10%	3%
III	Ulcera con fondo fibrinoso	5%	2%



APPENDICE 6: CLASSIFICAZIONE DELLA VARICI ESOGAGEE

Classificazione delle varici esofagee

FORMA

F1: occupano meno di 1/3 del raggio del lume, andamento rettilineo

F2: non superano i 2/3 del raggio del lume, andamento tortuoso e dilatate

F3: raggiungono il centro del lume, appaiono tortuose aspetto pseudotumorale

SEGNI ROSSI

Red Wale Markings (RWM): segni rossi lineari

CherryRed Spot (CRS): ectasie venose puntiformi di circa 2 mm di diametro

Hematocystic Spots (HCS): dilatazioni cistiche di colore rosso vivo con diametro maggiore di circa 4 mm

SEDE

Generalmente circoscritte al terzo inferiore del viscere, possono estendersi fino al terzo medio dell'esofago.



APPENDICE 7: CLASSIFICAZIONE DELLA VARICI GASTRICHE

Classificazione delle varici esofagee

Classificazione delle varici gastriche



GOV: VARICI ESOFAGO GASTRICHE

GOV1: in continuazione con le varici esofagee e si estendono per 2-5 cm al di sotto della giunzione

GOV2: si estendono in direzione di fondo gastrico

IGV: VARICI GASTRICHE ISOLATE

IGV1: localizzate nel fondo ma non raggiungono la regione cardiaca

IGV2: varici ectopiche che possono svilupparsi in qualsiasi parte dello stomaco (corpo, antro, piloro). Sono comprese anche quelle duodenali

APPENDICE 8: CLASSIFICAZIONE FUNZIONALE DELLA CIRROSI SECONDO CHILD-PUGH

Tabella. Classificazione di Child-Pugh della cirrosi

Jalan R, Hayes PC. Gut 2000; 46 (suppl. III): 1-5

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