



DELIBERAZIONE N. **0916** DEL **26 GIU. 2019**

Struttura proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management Centro di Costo: G0DG43JD1S

Codice settore proponente: **RMDG 12/2019**

del 15/05/2019

Oggetto: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico delle Emorragie digestive inferiori  
"Il Provvedimento non comporta oneri di spesa"

L'estensore  
(Dott. Antonio Silvestri)

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. **Fabrizio d'Alba**

**Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito**

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

21/6/2019

**Parere del Direttore Sanitario: Dott.ssa Daniela Orazi**

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

24/6/2019

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico aziendale.

Voce del conto Economico/Patrimoniale su cui si imputa l'importo:

Visto del Dirigente addetto al controllo del budget economico aziendale:

Direttore UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione - Dr.ssa Miriam Piccini

Firma

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Responsabile del Procedimento: (Dott. Antonio Silvestri)

Firma

Data

17/6/19

Il Dirigente: (Dott. Antonio Silvestri)

Firma

Data

17/6/19

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITA', CERTIFICAZIONE  
E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT**

**VISTI**

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni - istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
- l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale "UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure - Risk Management" nell'ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;

**PREMESSO**

che all'art. 5 della succitata L. 8 marzo 2017, n. 24 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida" viene prescritto che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale";

**DATO ATTO**

che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 prescrive che "In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico - assistenziali";

**DATO ATTO**

la definizione ed implementazione dei PDTA rappresenta un obiettivo LEA demandato alla responsabilità delle Regioni e quindi delle Aziende del SSR;

**CONSIDERATO**

che tra gli obiettivi della UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure - Risk Management rientra la definizione e la condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e l'attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura orientati alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;

**DATO ATTO**

che l'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso un continuum dell'assistenza che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento del concetto di singole prestazioni, migliorando gli outcome clinici "risk-adjusted", aumentando la soddisfazione dell'utenza e garantendo anche una corretta allocazione delle risorse;

**VISTO**

Il DCA 73/2010 della Regione Lazio individua l'azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini "centro di riferimento regionale per molte patologie tra cui

le Emorragie digestive”.

**RITENUTO**

necessario delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale mirato alla gestione delle Emorragie digestive inferiori;

**CONSIDERATO**

che all'interno dell'Azienda è stato attivato un Gruppo di Lavoro per la definizione di un PDTA di riferimento per i pazienti affetti da Emorragie digestive inferiori, che ha elaborato una proposta di PDTA con approccio multidisciplinare, condivisa da tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti in questo percorso di cura e salute dei cittadini;

**CONSIDERATO**

che il suddetto PDTA è stato sottoposto a verifica, con esito positivo, da parte del Responsabile Aziendale per la Qualità;

**RITENUTO**

opportuno approvare l'allegato “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle Emorragie digestive inferiori”;

**RITENUTO**

opportuno dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;

**VERIFICATO**

che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;

**ATTESTATO**

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

**PROPONE**

- di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) di riferimento per il trattamento delle Emorragie digestive inferiori di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il PDTA ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UOC delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che il PDTA sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

**IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE -  
RISK MANAGEMENT  
(Dott. Antonio Silvestri)**

## IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00202 del 7 ottobre 2016 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini";
- VISTA** la propria ordinanza n. 1242 del 10 ottobre 2016;
- LETTA** la proposta di delibera, "Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico delle Emorragie digestive inferiori presentata dal Direttore UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) di riferimento il trattamento delle Emorragie digestive inferiori di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il PDTA ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UOC delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;

- di disporre che il PDTA sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

La struttura complessa proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 61 pagine di cui n. 55 pagine di allegati nei termini indicati.

*Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.*

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(Dott. ~~Fabrizio~~ d'Alba)





PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
 DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Rev. 00 del  
 20/05/2019

Cod. Doc.:  
 901/PDPTA/19/03

Pag. 1 di 55

	<b>Gruppo di lavoro Aziendale</b>	<b>Disciplina</b>	<b>Ruolo</b>	<b>Data</b>	<b>Firma</b>
<b>REDAZIONE</b>	<b>Staff di coordinamento</b>				
	Francesco Medici	Risk Management	Medico	01/04/19	[Firma]
	Alessandra Minardi		CPS Fisioterapista	02/04/19	[Firma]
	<b>Coordinatore:</b>				
	Maura Salvatelli	Chirurgia Generale	Medico	01/04/19	[Firma]
	<b>Componenti:</b>				
	Pascale Riu	Radiologia Interventistica	Medico	21/04/19	[Firma]
	Marzia Marrollo	Gastroenterologo	Medico	2/4/19	[Firma]
	Giuliana Miraglia	Anestesista	Medico	1/04/2019	[Firma]
	Ada Minonne	Endoscopia	CPSI infermiera	2-4-19	[Firma]
	Emanuele Guglielmelli	Medicina d'urgenza	Medico	7/4/19	[Firma]
	Caterina Camastra	Gastroenterologo	Medico	4-4-19	[Firma]
Carlo Onorati	Sala operatorie DEA	CPSI infermiera	18-4-19	[Firma]	
Moira Iannelli	Pronto Soccorso	CPSI infermiera		[Firma]	
Riccardo Ferrari	Radiologo	Medico	01/04/19	[Firma]	
Luciano Alessandrini	Chirurgia Generale	Medico	01/04/2019	[Firma]	

<b>VERIFICA</b>	<b>Dott. Antonio Silvestri</b> Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)	17/6/19	[Firma]
<b>APPROVAZIONE</b>	<b>Dott.ssa Lucia Mitello</b> Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie	23-05-19	[Firma]
	<b>Dott.ssa Daniela Orazi</b> Direttore Sanitario Aziendale	24/6/19	[Firma]
<b>VALIDAZIONE</b>	<b>Dott. Fabrizio d'Alba</b> Direttore Generale		



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE  
LAZIO

PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 2 di 55

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
00	20/05/2019	Prima stesura	a cura del RAQ

TRASMESSO IL:

CODIFICATO IL:

DISTRIBUITO IL:

**LISTA DI DISTRIBUZIONE (I livello)**

✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 3 di 55

**INDICE**

<b>1.</b>	<b>PREMESSA .....</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>SCOPO .....</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>CRITERI D'ACCESSO .....</b>	<b>10</b>
	<b>4.1 CODICI ICD 9 .....</b>	<b>10</b>
<b>5.</b>	<b>DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI</b>	<b>11</b>
<b>6.</b>	<b>DIAGRAMMI DI FLUSSO .....</b>	<b>13</b>
	<b>6.1</b> Flowchart A: emorragie digestive inferiori in fase acuta	<b>13</b>
	<b>6.2</b> Flowchart B: Terapia e ricovero	<b>14</b>
<b>7.</b>	<b>MATRICI DELLE RESPONSABILITA'.....</b>	<b>15</b>
	<b>7.1:</b> emorragie digestive in fase acuta	<b>15</b>
	<b>7.2:</b> Terapie e ricovero	<b>16</b>
<b>8.</b>	<b>DESCRIZIONE .....</b>	<b>17</b>
	<b>8.1 FASE DIAGNOSTICA E PRIMO INTERVENTO .....</b>	<b>17</b>
	<b>8.1.1</b> Triage + EGA	<b>18</b>
	<b>8.1.1.1</b> Triage	<b>18</b>
	<b>8.1.1.2</b> Saturimetria e Emogas analisi arterioso	<b>21</b>
	<b>8.1.1.3</b> Lettura sequenziale EGA	<b>21</b>
	<b>8.1.2</b> Visita Medico di Pronto Soccorso	<b>22</b>
	<b>8.1.3</b> Intervento rianimatorio	<b>22</b>



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE  
LAZIO

PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 4 di 55

	<b>8.1.4</b> Elettrocardiogramma (ECG)	<b>23</b>
	<b>8.1.5</b> Rivalutazione clinica , Esami di laboratorio, Terapia	<b>24</b>
	<b>8.1.6</b> Gestione del paziente emorragico in terapia con anticoagulanti orali e antiaggreganti	<b>24</b>
	<b>8.1.6.1</b> Ripresa della terapia anticoagulante e antiaggregante dopo emorragia maggiore	<b>28</b>
	<b>8.1.6.2</b> Pazienti in terapia con AVK	<b>28</b>
	<b>8.1.6.3</b> Pazienti in terapia con DOACs	<b>29</b>
	<b>8.1.7</b> Classificazione in alto e basso rischio sanguinamento	<b>30</b>
	<b>8.2 FASE TERAPEUTICA -</b>	<b>30</b>
	<b>8.2.1</b> Valutazione rianimatoria e gastroenterologica, allerta del chirurgo di guardia	<b>33</b>
	<b>8.2.2</b> Reintegro fluidi e/o Trasferimento	<b>33</b>
	<b>8.2.3</b> Colonscopia entro 24 h dalla stabilizzazione con assistenza anestesiológica	<b>33</b>
	<b>8.2.4</b> Monitoraggio clinico e emodinamico	<b>34</b>
	<b>8.2.5</b> Angio TAC	<b>34</b>
	<b>8.2.6</b> Colonscopia in elezione	<b>36</b>
	<b>8.2.6.1</b> Terapia endoscopica e contributo infermieristico	<b>36</b>
	<b>8.2.7</b> Angiografia ed embolizzazione	<b>37</b>
	<b>8.2.8</b> Monitoraggio clinico ed emodinamico	<b>38</b>
	<b>8.2.9</b> Ricovero in Week Hospital, rinvio ospedale richiedente, Ricovero altro reparto	<b>38</b>
	<b>8.2.10</b> Intervento chirurgico	<b>38</b>
	<b>8.2.10.1</b> Procedura per l'assistenza infermieristica in sala operatoria	<b>39</b>



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 5 di 55

	<b>8.2.11</b> Terapia di supporto post-operatorio	<b>40</b>
	<b>8.2.12</b> Terapia di supporto in paziente "end stage"	<b>40</b>
	<b>8.2.13</b> Controllo post operatorio	<b>41</b>
	<b>8.2.14</b> Controllo in regime di ricovero e Follow-up.	<b>41</b>
	<b>8.3 Rettorragie</b>	<b>41</b>
	<b>8.3.1</b> Chirurgo ( emostasi-legatura)	<b>41</b>
	<b>8.3.2</b> Embolizzazione	<b>42</b>
<b>9.</b>	<b>MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO</b>	<b>42</b>
<b>10.</b>	<b>EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE .....</b>	<b>43</b>
<b>11.</b>	<b>APPLICABILITA', SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI .....</b>	<b>43</b>
<b>12.</b>	<b>REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE .....</b>	<b>44</b>
<b>13.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA .....</b>	<b>44</b>
<b>14.</b>	<b>ALLEGATI .....</b>	<b>47</b>
	<b>14.1</b> Early Coagulation Support (ECS) Protocol	<b>48</b>
	<b>14.2</b> Consenso Informato intervento chirurgico	<b>49</b>
	<b>14.3</b> Consenso Informato Radiologia Interventistica	<b>51</b>
	<b>14.4</b> Consenso Informato Colonscopia	<b>52</b>
	<b>14.5</b> Consenso Informato Anestesiologico	<b>54</b>



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 6 di 55

**1. PREMESSA**

Le emorragie digestive inferiori originano in un tratto di intestino situato distalmente al legamento di Treiz. L'emorragia acuta del tratto gastrointestinale inferiore (colon retto) rappresenta circa il 20% di tutti i sanguinamenti gastrointestinali. L'eziologia più frequente è la diverticolosi (32-67%); meno frequenti sono i sanguinamenti da angiodisplasia (6-17%), ischemia intestinale (6-12%), emorroidi (2-11%), neoplasie e polipi (3-13%), sanguinamento post resezione endoscopica post interventi per emorroidi, ragadi o prolasso rettale (1-8%) ulcera solitaria del retto (1-7%), più rare la malattia infiammatoria intestinale e le proctiti attiniche.

Nell'11% dei casi di sospetta emorragia del tratto inferiore l'origine del sanguinamento è nelle prime vie digestive.

Un gruppo separato comprende: l'emorragia da fonti esterne l'apparato digerente, come ad esempio il tratto biliare, il dotto pancreatico, la fistola arterioenterica, o gli aneurismi e gli pseudoaneurismi delle arterie viscerali non verranno trattate nel presente PDTA.

Circa 80-85% delle EGI (emorragie gastrointestinali inferiori) tendono ad arrestarsi spontaneamente e presentano outcomes favorevoli con tassi di mortalità intraospedaliera <5%; i tassi di ospedalizzazione, la morbilità e la mortalità tendono ad aumentare nei pazienti anziani ed in quelli con comorbidità ed in trattamento con FANS, antiaggreganti ed anticoagulanti.

Dopo un primo episodio di EGI, la possibilità di recidiva è stata definita in studi randomizzati controllati in percentuali del 22% per quello nel corso della degenza ospedaliera e del 16% per quello successivo alla dimissione.

La colonscopia effettuata dopo stabilizzazione emodinamica del paziente è la procedura diagnostica e terapeutica di scelta in tutti i casi di EGI; le attuali linee guida ribadiscono l'importanza di un'adeguata preparazione intestinale in grado di determinare un'accuratezza diagnostica del 48-90% alla procedura ed in grado di ridurre il rischio di complicanze maggiori.

Anche se il trattamento endoscopico ottimale non è stato ancora definito (emostasi iniettiva associata auspicabilmente ad emostasi termica o meccanica, legatura elastica, utilizzo di spray emostatici ad uso topico, clip di maggiori dimensioni), l'emostasi risulta efficace nel 50-100% dei casi con complicanze del 0.3-1.3%. Il trattamento dovrebbe essere eseguito in caso di stigmati endoscopiche ad alto rischio quali il sanguinamento attivo, spurting o oozing, vaso visibile, coagulo adeso; le percentuali di risanguinamento in caso di mancato trattamento si verificano nell' 83%, 60%, 43% delle stigmati sopracitate. In tali casi un ripetizione della colonscopia è indicata.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 7 di 55

In caso di mancata diagnosi endoscopica o in presenza di un sanguinamento massivo ed effettuazione di una adeguata preparazione intestinale, inadeguata risposta o difficoltà al ripristino emodinamico con EGDS negativa, dovrebbero essere considerati gli approcci radiologici.

In caso di sanguinamento massivo in atto, rischio di exitus e fallimento delle precedenti metodiche terapeutiche dovrebbe essere valutata l'opzione chirurgica guidata da una combinazione di tecniche angiografiche e/o con enteroscopia intraoperatoria.

Dati GIPSE	Anno Dimissione					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>COLONSCOPIE IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

**Prestazioni Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini 2013-2017**

Procedure ed interventi in ricovero ordinario Diverticolosi, melena, rettorragia	Totale	2013	2014	2015	2016	2017
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	343	72	70	53	69	79
EMICOLECTOMIA DESTRA	6	3				3
RESEZIONE DEL COLON TRASVERSO	1				1	
EMICOLECTOMIA SINISTRA	96	28	20	11	22	15
SIGMOIDECTOMIA	16	4	3	2	1	6
ALTRA ASPORTAZIONE PARZIALE DELL'INTESTINO CRASSO	2	1		1		
COLECTOMIA TOTALE INTRAADDOMINALE	5	1	2		1	1
ANASTOMOSI INTESTINALE TENUE-TENUE	5	1	2		1	1
ALTRA ANASTOMOSI INTESTINALE TENUE-CRASSO	1					1
COLOSTOMIA TEMPORANEA	15	3		3	5	4
ILEOSTOMIA TEMPORANEA	16	5	2	2	5	2
ALTRA ILEOSTOMIA PERMANENTE	1					1
RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO CON CONTEMPORANEA COIOSTOMIA	4		1	1	1	1
ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI	1				1	
CONTROLLO (POSTOPERATORIO) DI EMORRAGIA DELL'ANO	4	2	2			
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (DH)	31	3	3	13	9	3

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 8 di 55

<b>Colonscopie in Day Hospital</b>	<b>Totale</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Diverticolosi diverticolite colon con emorragia - Principale	7	1	1	4	1	
Diverticolosi diverticolite colon con emorragia - Secondaria	2				2	
Melena e rettorragia - Principale	14	2	1	5	4	2
Melena e rettorragia - Secondaria	8		1	4	2	1

**2. SCOPO**

Il presente documento descrive le diverse fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) offerto ai pazienti con sanguinamento del tratto gastrointestinale inferiore all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (di seguito AOSCF).

Con tale percorso si vuole migliorare la presa in carico dei pazienti con diagnosi di sospetta o accertata emorragia digestiva bassa nelle diverse fasi di diagnosi e terapia, al fine di uniformare le attività cliniche e i percorsi organizzativi alle linee guida più accreditate, per ottenere il miglior risultato funzionale possibile con l'ottimale impiego delle risorse.

Il PDTA si prefigge come obiettivi specifici di:

offrire un percorso integrato e di qualità per garantire la presa in carico assistenziale del paziente con emorragia digestiva bassa

- migliorare i tempi dell'iter diagnostico terapeutico, fissando gli standard aziendali
- migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con il paziente
- ottimizzare i livelli di qualità delle cure prestate e monitorarli attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati.

Il PDTA è stato redatto secondo le seguenti Linee Guida :

- ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding - Am J Gastroenterol advance online publication, 1 March 2016; doi: 10.1038/ajg.2016.41
- Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Tract Bleeding - JAMA July 3, 2018 Volume 320, Number 1
- Hassan C et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Endoscopy 2013; 45: 142-150

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE  
LAZIO**

PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Rev. 00 del  
20/05/2019

Cod. Doc.:  
901/PDТА/19/03

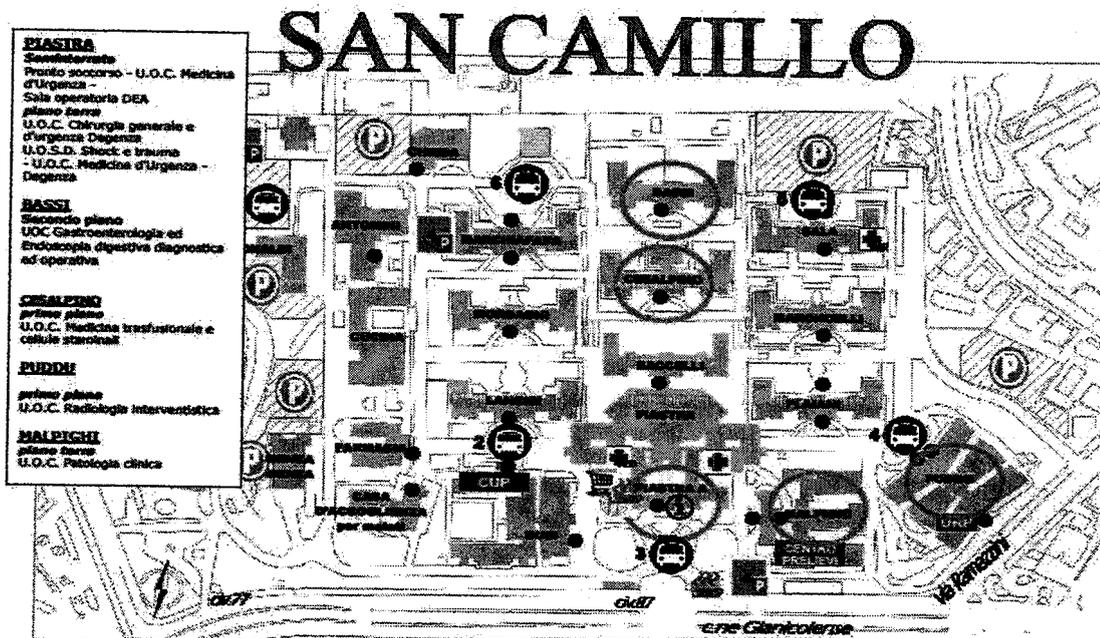
Pag. 9 di 55

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

#### Strutture coinvolte e luoghi d'applicazione

Il presente PDТА è di tipo interdipartimentale coinvolgendo 3 Dipartimenti (Dipartimento Emergenza, Accettazione e Area Critica, Dipartimento delle Diagnostiche e Dipartimento Oncologia e Medicine Specialistiche e le seguenti UUOO e strutture:

- U.O.C. Chirurgia generale e d'urgenza e delle nuove tecnologie
- U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa
- U.O.C. Medicina d'Urgenza - Pronto Soccorso - Osservazione Breve
- U.O.C. Medicina trasfusionale e cellule staminali
- U.O.C. Patologia clinica
- U.O.C. Radiologia interventistica
- U.O.S.D. Shock e trauma
- UOSD Diagnostica per immagini -Urgenza emergenza





PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 10 di 55

**4. CRITERI D'ACCESSO**

I pazienti potranno accedere in ospedale direttamente mediante il pronto soccorso o dal territorio (DCA 73/2010). L'AOSCF, infatti, è centro di riferimento regionale per molte patologie tra cui le Emorragie digestive di pazienti trasferiti per "competenza" o viceversa trattati per complicanze insorte durante il ricovero anche per altre patologie.

**4.1 Codici ICD.9 CM**

**ICD 9 CM Elenco diagnosi Percorso Clinico Assistenziale: Emorragie digestive inferiori**  
("International classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification" 2007 versione italiana)

Diagnosi		
Codice ICD-9-CM	Descrizione	Raggruppamento
562.12	Diverticolosi del colon con emorragia	Diverticolosi diverticolite del colon con emorragia
562.13	Diverticolite del colon con emorragia	
562.02	Diverticolosi dell'intestino tenue con emorragia	Diverticolosi diverticolite dell'intestino tenue con emorragia
562.03	Diverticolite dell'intestino tenue con emorragia	
578.1	Melena e rettorragia	Melena e rettorragia
4552	Emorroidi interne con altre complicazioni	
4555	Emorroidi esterne con altre complicazioni	
5650	Ragade anale	

Codice Procedure	Descrizione
4511	Endoscopia transaddominale dell'intestino tenue
4521	Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso
4522	Endoscopia dell'intestino crasso attraverso stoma artificiale
4523	Colonscopia con endoscopio flessibile
4573	Emicolectomia destra
4574	Resezione del colon trasverso
4575	Emicolectomia sinistra
4576	Sigmoidectomia
4579	Altra asportazione parziale dell'intestino crasso ( colectomia subtotale)
458	Colectomia totale intraaddominale
4591	Anastomosi intestinale tenue-tenue



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 11 di 55

4593	Altra anastomosi intestinale tenue-crasso-ileocolostomia
445.93	Ileosigmoidostomia
4611	Colostomia temporanea
4621	Ileostomia temporanea
4623	Altra ileostomia permanente
4862	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia (hartmann)
4871	Sutura di lacerazione del retto
4946	Asportazione delle emorroidi
4995	Controllo (postoperatorio) di emorragia dell'ano
4949	Altri interventi delle emorroidi (es longo e simili)
4946	Asportazione delle emorroidi
4943	Cauterizzazione delle emorroidi
4944	Demolizione delle emorroidi per crioterapia
4942	Iniezioni delle emorroidi
4945	Legatura delle emorroidi
4995	Controllo (postoperatorio di emorragia dall'ano
4871	Sutura di lacerazione del retto

**5. DEFINIZIONI ,TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI****Sanguinamento attivo** (segni radiologici di sanguinamento vedi capitolo 8.2.5)**Basso rischio** 8.1.7**Alto rischio** vedi capitolo 8.1.7**Embolizzazione transcateretere:** si definisce embolizzazione transcateretere il rilascio intravascolare di particelle, materiale riassorbibile(spongostan), liquido (colla biologica), o agenti meccanici (spiral) allo scopo di produrre un'occlusione del vaso sanguinante.**Emorragia digestiva bassa :** Sanguinamento che origina distalmente rispetto al legamento del Treitz**Insuccesso della terapia endoscopica:** impossibilità di portare a termine il trattamento endoscopico della fonte emorragica identificata.**Risanguinamento dopo procedure:**

- recidiva
- ipotensione e tachicardia (PA < 90 e FC > 110) dopo periodo di stabilità di almeno 1 ora in assenza di altre cause di instabilità emodinamica tipo sepsi shock cardiogeno, effetti farmacologici
- tachicardia ed ipotensione che non si risolvono a distanza di 8 ore dall'esame endoscopico nonostante appropriata manovra rianimatoria

**ACRONIMI**

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE  
LAZIO

PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDТА/19/03

Pag. 12 di 55

aPCC	Concentrato di complessi protombinici attivati [ad es. Feiba®].
AOSCF	Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini
AP	Attività protrombinica
ASA	Acido acetilsalicilico
AVK	Antagonisti della vit. K
DAPT	Duplica terapia antiaggregante
DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
DI.PRO	Dipartimento delle Professioni
DOACs	Anticoagulante orale con farmaci inibitori diretti
EBPM	Eparina a basso peso molecolare
EGA	Emogasanalisi
EGDS	Esofagogastroduodenoscopia
EMC	Emazie concentrate
F.C.	Frequenza cardiaca
FANS	Farmaci anti - infiammatori non steroidei
FFP	Frozen fresh plasma
Hb	Emoglobina
Ht	Ematocrito
INR	International Normalize Ratio
IV	Intravenoso
MDC	Mezzo di contrasto
MMG	Medico di medicina generale
NSAID	Non-steroidal anti-inflammatory drug
P.A.	Pressione arteriosa
PCC	Concentrato di complessi protrombinici (3 o 4 fattori)
PCCa	Concentrato di complessi protrombinici attivati
PLT	Piastrine
PPT	Tempo di tromboplastina parziale
PS	Pronto Soccorso
ROTEM	Tromboelastogramma
RR	Rischio relativo
SNG	Sondino naso-gastrico
SIO	Servizio informativo Ospedaliero
TAO	Terapia anticoagulante orale
TAP	Terapia anticoagulante parenterale
TTR	Time in therapeutic range
UOC	Unita Operativa Complessa
UOSD	Unità operativa semplice dipartimentale

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Rev. 00 del  
20/05/2019

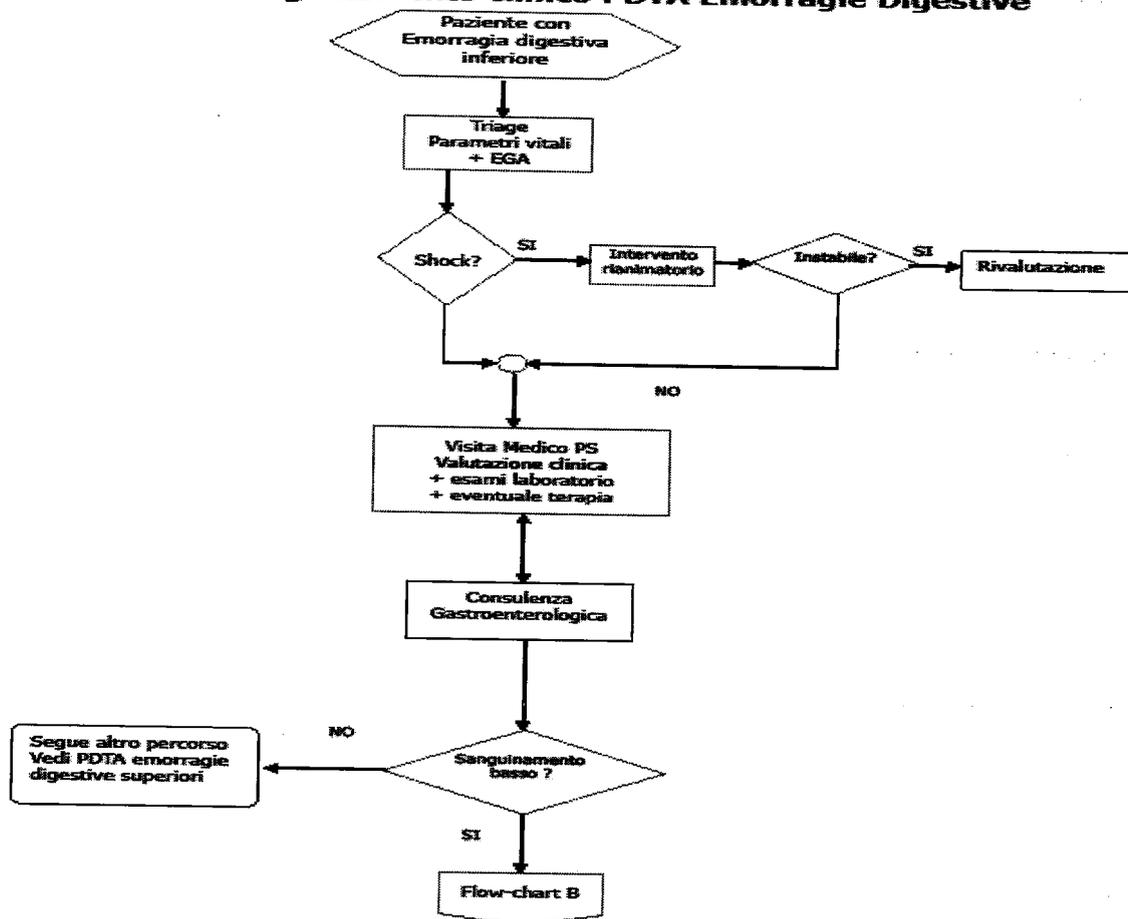
Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 13 di 55

**DIAGRAMMI DI FLUSSO**

**6.1 FLOW-CHART A: Emorragie digestive inferiori in fase acuta**

**Flow-chart Ragionamento clinico PDTA Emorragie Digestive**





PDTA

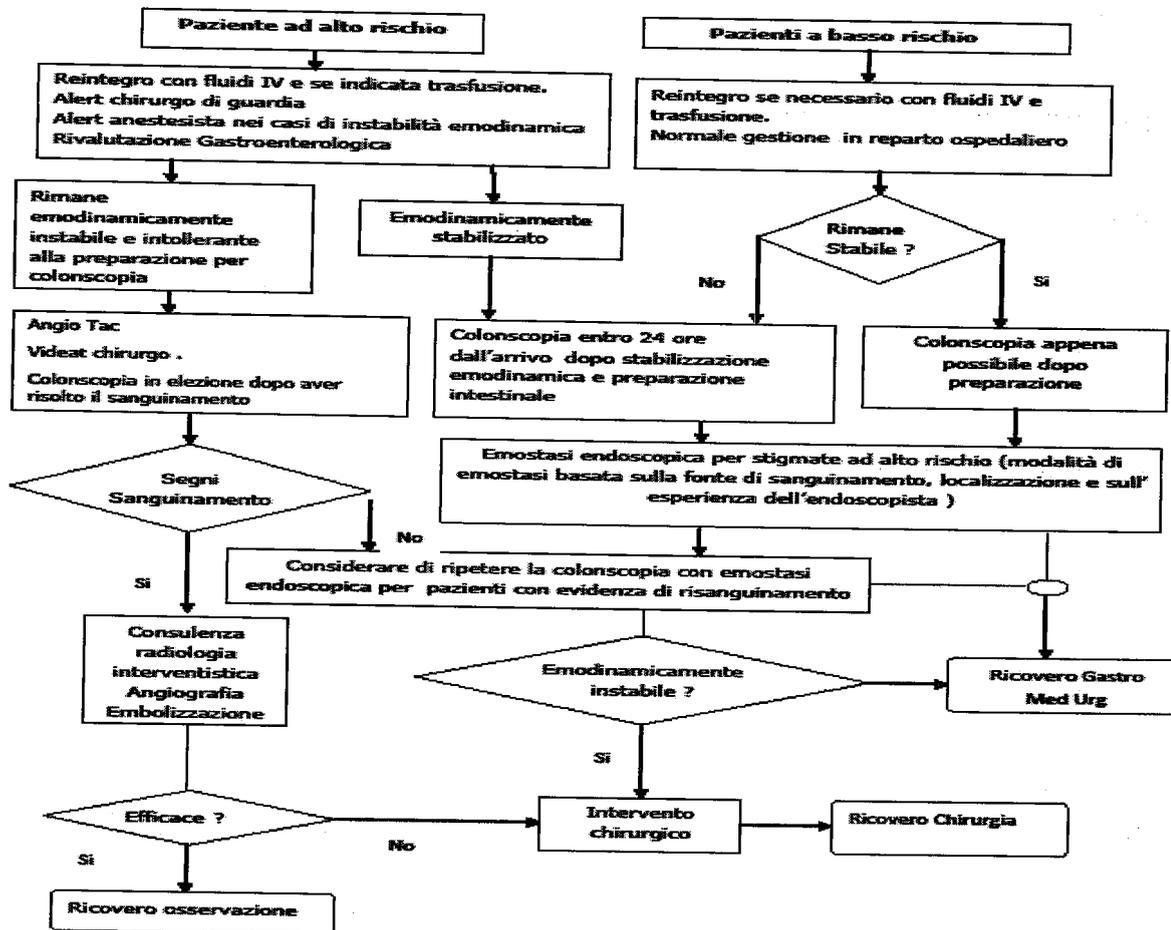
**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Rev. 00 del  
20/05/2019

Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 14 di 55

**6.2 FLOW-CHART B: TERAPIA E RICOVERO**





PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Rev. 00 del  
20/05/2019

Cod. Doc.:  
901/PDPTA/19/03

Pag. 15 di 55

## 7. RESPONSABILITA'

### 7.1 MATRICE DI RESPONSABILITA' DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE IN FASE ACUTA

	<b>Infermiere PS</b>	<b>Medico PS</b>	<b>Anestesista DEA</b>	<b>Gastroenterologo</b>
Triage + Parametri Vitali + EGA	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	
Intervento Medico	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	
Intervento rianimatorio	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	
Rivalutazione	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	
Valutazione clinica+ esami laboratorio + terapia	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	
Consulenza Gastroenterologica	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
Valutazione Rischio Sanguinamento attivo		<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

**R= RESPONSABILE    C= COINVOLTO    I= INFORMATO**



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 16 di 55

**7.2 MATRICE DI RESPONSABILITA' TERAPIA E RICOVERO**

	Medico PS o Medico reparto **	Gastroenterologo	Radiologo DEA	Anestesista	Radiologia interventista	Chirurgo DEA	Nurcing *
Alert chirurgo di guardia	R					C	I
Alert anestesista (nei casi di instabilità emodinamica)	C			R			I
Reintegro fluidi e/o trasfusione	R						C
Rivalutazione Gastroenterologica	C	R					I
Angio TAC	C		R				I
Videat Chirurgico	C					R	I
Videat radiologo Vascolare	C				R		I
Colonscopia in elezione o dopo trattamento rapido	C	R					C
Angiografia / Embolizzazione	I				R		C
Emostasi endoscopica	I	R					C
Ricovero / rinvio a struttura	R						I

\* Infermiere di PS, Sala Operatoria; Gastroenterologia; Radiologia vascolare

\*\* Si intende il possibile Reparto di ricovero (Intensiva /Sub Intensiva , Gastroenterologia , Chirurgia, Week Hospital)



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 17 di 55

**8. DESCRIZIONE****8.1 Fase diagnostica e primo intervento****Tabella 1. Descrizione sintetica dell'iter diagnostico e relative tempistiche nelle emorragie digestive basse**

CONDIZIONE	PROCEDURE	MODALITA' DI ACCESSO	TEMPI DI ACCESSO
Emorragia digestiva bassa	Triage Parametri vitali EGA Assegnazione codice	Infermiere di Triage AREA TRIAGE UOC Medicina di urgenza e Pronto Soccorso Tel. 06/58703668 e 06/58703102	1-5 minuti
Emorragia digestiva Codice Rosso	Visita Medico di PS  Eventuale consulenza anestesista per Intervento rianimatorio	Medico di PS SALA EMERGENZA UOC Medicina d 'urgenza e Pronto Soccorso Tel 06/58704910 Anestesista di sala emergenza SALA EMERGENZA UOSD Shock e trauma Tel 06/58703114	Immediato
Emorragia digestiva Codice giallo	Visita medico PS Valutazione clinica Esami di laboratorio Terapia	Medico Medicina urgenza SALA EMERGENZA UOC Medicina di urgenza e Pronto soccorso Tel 06/58704910	Codice giallo 15 min COD VERDE -1-2 ORE
Emorragia digestiva in Fase acuta	Consulenza Gastroenterologic Valutazione rischio Sanguinamento attivo	Gastroenterologo SALA EMERGENZA U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa Tel. Cellulare Aziendale tramite centralinO	Entro 30 minuti dalla chiamata



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 18 di 55

**8.1.1 Triage + EGA****8.1.1.1 Triage**

Il compito dell'infermiere di triage è definire la **priorità** con cui il paziente sarà visitato dal medico di Pronto Soccorso. I codici di priorità sono assegnati dal personale infermieristico adeguatamente formato e secondo protocolli stabiliti sulla base della letteratura scientifica ed in accordo con il direttore della struttura. L'attribuzione del codice colore di priorità è un processo clinico complesso che deriva sia dalle azioni più strettamente cliniche della valutazione soggettiva ed oggettiva, e dalla rivelazione dei parametri vitali, sia da tutta una serie di variabili che possono influenzare la decisione finale (organizzazione interno dell'Unità Operativa, i protocolli dell'U.O., i percorsi interni, etc.)

L'infermiere di triage è la prima persona che si incontra presentandosi in Pronto Soccorso. Elemento essenziale è la sua capacità di accogliere e relazionarsi con il paziente, da questa scaturisce la possibilità di raccogliere tutte le informazioni necessarie ad una buona valutazione del paziente stesso.

In questo PDTA, l'infermiere deve valutare il pz che giunge in Pronto Soccorso riferendo un' **emorragia digestiva inferiore**. Per emorragia digestiva inferiore si intende genericamente un sanguinamento prossimale o distale al legamento di Treitz; in base alle caratteristiche temporali si può distinguere in:

~ acuta => recente insorgenza (<3 giorni)

~ cronica => si sviluppa nell'arco di più giorni, a carattere intermittente o continuo, ma di lieve entità

e può essere:

~ manifesta (ematochezia e/o melena)

~ occulta (ossia identificata con anemia sideropenica e/o positività al test del sangue occulto fecale)

Le emorragie digestive inferiori rappresentano il 20-30% di tutte le emorragie gastrointestinale.

L'infermiere deve essere in grado di riconoscere segni premonitori o manifesti, valutare l'instabilità clinica e riconoscere precocemente segni e sintomi di sanguinamento attivo.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 19 di 55

Per ogni paziente che si presenta in triage, si compila una **scheda di triage**, che prevede:

**1. una raccolta dei dati anagrafici**

2. la **modalità** con cui il paziente è giunto in Pronto Soccorso (per proprio conto o trasportato dall'ambulanza sia essa del 118 sia essa privata)

3. **eventuale struttura inviante** (struttura privata o ambulatorio di endoscopia)

4. il **motivo** per cui è giunto al pronto soccorso, nel nostro caso un'emorragia digestiva inferiore che noi individueremo come **emorragia non traumatica**. Il paziente ci riferirà uno dei seguenti sintomi:

- rettorragia / ematochezia / melena
- tachicardia
- ipotensione
- sincope
- addome non trattabile

questi possono essere associati o meno a

- dolori addominali
- astenia
- obnubilamento del sensorio
- manifestazioni cutanee (petecchie, ecchimosi o ematomi non traumatici)

**5. osservazione del pz**

- pallore o ittero
- presenza di indumenti sporchi di sangue

**6. raccolta dell'anamnesi clinica e farmacologia** da cui si può capire l'eventuale causa del sanguinamento:

- diverticolosi e/o polipi intestinali
- angiodisplasie
- neoplasie
- post polipectomia
- emorroidi e/o ragadi anali o recenti interventi effettuati per queste patologie
- malattie infiammatorie croniche intestinali
- trattamento con fans o anticoagulanti
- lesioni di Dieulafoy



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 20 di 55

- etilismo

**7. rilevazione dei parametri vitali ed esecuzione dell'EGA**

	<b>Valori normali</b>	<b>Valori pericolosi</b>
<b>P.A.S.</b>	100 - 140	> 160 < 90
<b>P.A.D.</b>	60 - 90	> 120 < 30
<b>F.C.</b>	60 - 80	> 120 < 50
<b>F.R.</b>	12 - 20	> 30 < 10
<b>T.C.</b>	36,5°	> 39,0° < 36,0°
<b>SatO2</b>	97% - 100%	< 90%

**Tabella 1**

**Indice di SHOCK** > fornisce informazioni sulla stabilità emodinamica in caso di emorragie interne ed esterne. E' utile per l'individuazione di shock ipovolemico e consiste nella valutazione di un coefficiente desunto dal rapporto tra Frequenza Cardiaca / Pressione arteriosa sistolica, quindi l'applicazione della formula rispecchia le caratteristiche di rapidità e semplicità utili al triage.

**INDICE DI SHOCK = F.C. / P.A.S**

stabilità emodinamica

valore &lt; 1 (sanguinamento &lt; 25% della massa ematica)

instabilità emodinamica

valore &gt; 1 (sanguinamento &gt; 33% della massa ematica)

**8. attribuzione del codice colore**

Il Triage modello Lazio utilizzato presso il nostro Dipartimento, prevede le seguenti indicazioni:

- **Parametri vitali alterati**
- **Segni di shock (pallore intenso, volto cereo, agitazione)**

**ROSSO**



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 21 di 55

- **Ematemesi in atto massiva**
- Ematemesi recente
- Melena in atto
- Rettorragia in atto senza alterazione dei parametri vitali
- Stillicidio ematico rettale
- Rettorragia o melena anamnestica recente (<72 ore)



GIALLO



VERDE

**8.1.1.2 Saturimetria ed Emogas Arterioso**

Il monitoraggio percutaneo della saturazione di ossigeno (Sat O<sub>2</sub>) è sempre raccomandato (**Classe IC**).

L'esecuzione di routine dell'Emogasanalisi (EGA) non è necessaria e dovrebbe essere riservata ai pazienti in cui non sia possibile una valutazione dell'ossigenazione con la pulsossimetria o quando una misurazione precisa dei O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>, pH e lattati sia necessaria, in particolare in pazienti con Edema Polmonare Acuto, storia di BPCO, shock cardiogeno (**Classe IIaC**).

L'EGA è un prelievo di sangue attraverso il quale si analizzano dei parametri utili alla valutazione dell'ossigenazione, dell'equilibrio acido-base e della ventilazione alveolare. Legge e misura solo il pH la PaO<sub>2</sub> e la PaCO<sub>2</sub>, tutti gli altri parametri sono dei derivati. Si considera l'ossigenazione ed il rapporto P/F (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) che definisce la relazione tra la pressione parziale di ossigeno e la frazione inspirata di ossigeno (FiO<sub>2</sub>). La FiO<sub>2</sub> può essere espressa come un numero (da 0,21 a 1) o come percentuale (da 21% a 100%).

L'aria ambiente a livello del mare ha una FiO<sub>2</sub> di 0,21 (21%) e tende a ridursi progressivamente man mano che aumenta l'altitudine. Ogni valore superiore al 21% viene raggiunto con l'utilizzo di flussi sempre più elevati di ossigeno.

Un P/F superiore a 350 si considera normale, al di sotto di 200 è un quadro di grave insufficienza respiratoria.

**8.1.1.3 Lettura sequenziale dell'EGA**

1. **Il pH:** valori inferiori a 7,38 indicano un'acidemia, valori superiori a 7,42 un'alcalemia. Particolare attenzione a valori normali di pH in presenza di alterazioni significative della PCO<sub>2</sub>, indica l'esistenza di un disturbo misto con bicarbonati più alti del compenso atteso, si tratta di due disordini opposti che provocano, come risultante, un pH normale.

**2. La PCO<sub>2</sub>:**

se il pH è basso e la PCO<sub>2</sub> è alta il disturbo è un'acidosi respiratoria

se il pH è basso e la PCO<sub>2</sub> è bassa il disturbo è metabolico (con compenso respiratorio)

se il pH è alto e la PCO<sub>2</sub> è bassa il disturbo è un'alcalosi respiratoria

se il pH è alto e la PCO<sub>2</sub> è alta il disturbo è metabolico (con compenso respiratorio)



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 22 di 55

**3. I bicarbonati**

se il pH è basso e i bicarbonati sono bassi il disturbo è acidosi metabolica  
se il pH è basso e i bicarbonati sono alti il disturbo è respiratorio (con compenso metabolico)  
se il pH è alto e i bicarbonati sono alti il disturbo è alcalosi metabolica  
se il pH è alto e i bicarbonati sono bassi il disturbo è respiratorio (con compenso metabolico)

4. Individuato il disturbo primario si valuterà il **compenso atteso**: se è rispettato il disturbo sarà semplice, viceversa sarà misto
5. Se il disturbo primitivo è un'acidosi metabolica andrà calcolato il **Gap Anionico (AG)**. Nel caso di un'acidosi metabolica ad AG normale risulterà utile la determinazione dell'AG urinario.
6. Se il disturbo primitivo è un'alcalosi metabolica, andranno controllati lo **stato di riempimento e il cloro urinario**.

**8.1.2 Visita Medico di Pronto Soccorso**

Il primo compito del personale medico è quello di valutare attentamente lo stato emodinamico del paziente emorragico provvedendo alla sua stabilizzazione qualora fossero evidenti segni di shock. L'emorragia e l'ipovolemia determinano shock solo quando la perdita è di entità tale da superare le normali risposte compensatorie fisiologiche e da compromettere la perfusione e l'ossigenazione tissutale. Esecuzione EGA venoso.

**8.1.3 Intervento rianimatorio**

Il rilevamento dei seguenti parametri permette all'operatore di porre la diagnosi di shock:

1. Aspetto sofferente o stato mentale alterato
2. Frequenza cardiaca  $> 100$  / min
3. Frequenza respiratoria  $> 22$  / min. o  $\text{PaCO}_2 < 32$  mm Hg
4.  $\text{BE} < -5$  mEq / l o Lattati  $> 4$  mMol / l
5. Diuresi  $< 0,5$  ml / Kg / h
6. Ipotensione arteriosa di durata  $> 20$  min.

Verificare la pervietà e/o garantire la protezione delle vie aeree.

- qualora fosse indicata l'intubazione tracheale, predisporre le misure necessarie per intubazione difficile ad alto rischio di rigurgito e/o inalazione
- valutare preventivo svuotamento gastrico.

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



PDTA	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI</b>	Rev. 00 del 20/05/2019
Cod. Doc.: 901/PDPA/19/03		Pag. 23 di 55

Somministrare O<sub>2</sub> ad alto flusso per ottimizzare il trasporto di ossigeno.

- mantenere la spO<sub>2</sub> ≥ 95%
- valutare monitoraggio continuo dell'Hb transcutanea se indicato
- eseguire controllo EGA arterioso.

Garantire due accessi venosi periferici.

- in assenza di segni di shock, limitare le infusioni di cristalloidi, mantenere una PA adeguata ad assicurare la perfusione, senza incrementarla
- valutare la necessità di supporto volemico in base ai dati EGA e alla curva dei lattati, monitorare i lattati ed assicurare il monitoraggio della pressione con la tecnica più adeguata al livello di gravità
- non somministrare colloidi (alterano la coagulazione).
- Assicurare il supporto precoce alla coagulazione seguendo le indicazioni del protocollo Early Coagulation Support di seguito sintetizzate (ALLEGATO 1) : Schema controllo emorragia): acido Tranexamico 1 gr
- richiedere trasfusione nel caso di emorragia incontrollabile, richiedere plasma e trasfondere emazie e plasma in rapporto al risultato dell'esame ROTEM mantenendo le piastrine > 50.000 basare il proseguimento della terapia coagulativa sui dati di monitoraggio tromboelastografico
- se il paziente è in terapia con anticoagulanti reverse dell'anticoagulazione secondo schema riportato nel capitolo 6.1.4
- in presenza di emorragia massiva accompagnata da segni di grave ipoperfusione (lattati > 5mmol, BE < -6):
- prelievo per ROTEM
- somministrare fibrinogeno 2 gr

#### 8.1.4 Elettrocardiogramma (ECG)

La valutazione immediata dell'ECG è raccomandata in tutti i pazienti perché offre la possibilità di un primo orientamento diagnostico, con alto valore predittivo negativo (98%), anche se ha una bassa specificità (**Classe IC**). Nei pazienti emorragici è utile per escludere possibili ischemie secondarie all'ipoperfusione/ipossigenazione.

La presenza di Blocco di branca sinistro (BBSn) è suggestiva per la diagnosi di Cardiomiopatia. Alcuni quadri ECG possono essere utili alla terapia (Fibrillazione atriale per la terapia anticoagulante, Bradicardia per il pacing, QRS larghi per CRT).



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 24 di 55

**8.1.5 Rivalutazione clinica, Esami di laboratorio, Terapia**

- Esami di Laboratorio e/o strumentali all'atto del ricovero: emocromo completo (ripetuto successivamente ogni 6-12 ore fino a stabilità), PLT AP PPT, gruppo sanguigno e ricerca di anticorpi irregolari, Creatinemia, Azotemia, Elettroliti, Proteine totali, Test di funzionalità epatica e renale (se pazienti epatopatici)
- Terapia trasfusionale: da considerarsi se Hb < 10 g/dl in un contesto di sanguinamento in atto. In assenza di segni di ipoperfusione tessutale, cardiopatia ischemica e persistenza di emorragia la trasfusione è indicata solo se i livelli di Hb sono < 7 g/dl ed il "range" da mantenere è quello compreso tra i 7 ed i 9 g/dl
- Se occorre, somministrare O<sub>2</sub> al fine di garantire una Sat O<sub>2</sub> ≥ 94 ≤ 98%.

**8.1.6 Gestione del paziente emorragico in terapia con anticoagulanti orali e antiaggreganti.**

Sempre più Linee Guida evidenziano l'efficacia della terapia anticoagulante orale (TAO), comprendendo sia inibitori della vit K sia i cosiddetti inibitori diretti dei fattori II e X (DOACs), per la prevenzione e cura delle malattie tromboemboliche derivanti da un'ampia varietà di patologie e disordini coagulativi. Solo negli USA è stato calcolato che circa 6 milioni di pazienti assumono terapia anticoagulante quindi con un rischio aumentato di sanguinamenti e, conseguentemente, di mortalità e morbilità (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 Barnes GD et al).

Di converso, tutti i lavori in Fase III degli inibitori diretti hanno dimostrato una non inferiorità rispetto al warfarin di emorragie intracerebrali e un aumento dei sanguinamenti gastro-intestinali, ad eccezione dell'apixaban ed edoxaban (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 Ruff CT et al; Desai J et al).

E' quindi presumibile che sempre più pazienti con complicità di emorragie digestive, anche iatrogene, giungano al nostro pronto soccorso che, è bene ricordare, trattasi di un DEA di II livello anche per la rete dei sanguinamenti gastrointestinali e centro di riferimento regionale per le patologie intestinali croniche e del fegato.

Non sono però da trascurare anche tutti quei pazienti che assumono terapia anticoagulante per via parenterale (TAP) con Eparina non frazionata (ENF), Eparina a basso peso molecolare (EBPM) e Pentasaccaridi (Fondaparinux etc) a scopo terapeutico o profilattico.

La letteratura internazionale è d'accordo nel riconoscere le emorragie maggiori come descritto da Schulman (Vedi capitolo 13.4).



PDTA	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI</b>	Rev. 00 del 20/05/2019
Cod. Doc.: 901/PDPA/19/03		Pag. 25 di 55

**Emorragie maggiori**

1. Tutti i sanguinamenti associati ad alterazione dei parametri vitali;
2. Emorragie di siti critici, quali ad esempio quelle del SNC, retroperitoneali;
3. Associati ad una riduzione di  $\geq 2\text{g/dl}$  di emoglobina (conoscendo il valore iniziale);
4. Necessità di trasfondere  $\geq 2$  Unità di emazie concentrate.

**Siti critici di sanguinamento**

1. Emorragia intracranica;
2. Emorragie di altri siti del Sistema nervoso centrale (intra-oculare; intra o extra spinale);
3. Tamponamento cardiaco;
4. Vie aeree, compreso epistassi posteriore;
5. Emotorace;
6. Sanguinamento intra e retroperitoneale;
7. Sanguinamento delle estremità, per il rischio di sindromi compartimentali.

Scopo di questo capitolo è di dare indicazioni a tutti gli operatori dell'azienda su quando e come attivare la "**Reversal Therapy**" per un paziente che presenta un sanguinamento gastro-intestinale in trattamento con TAO o TAP.

E' intanto utile ricordare che esistono, per diverse molecole sopra citate, antidoti specifici o antagonisti che permettono di minimizzare fino a interrompere l'effetto anticoagulante e quindi il sanguinamento.

Di seguito è riportata la tabella per gli agenti/antidoti da utilizzare per la *Reversal therapy*.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 26 di 55

**SCHEMA CONTROLLO EMORRAGIA DEL PAZIENTE ANTICOAGULATO**

	Tempo necessario per il ripristino dell'emostasi dopo interruzione terapia	Antidoto/Agente di "inversione"	Dosaggio
<b>Antagonista Vit. K</b>	Warfarin 60-80 h Acenocumarolo 18-24 h	<b>I scelta:</b> PCC-4F	INR 2-3,9 = 25U/Kg ev INR 4-6 = 35U/Kg ev INR >6 = 50U/Kg ev
		<b>II Scelta:</b> PFC	10-15 ml/Kg ev
		Vit.K ev: agisce in 12-16 h Vit.K p.o: agisce in 24 h	10 mg/ev in 30'
<b>ENF</b>	3-4 h	Protamina 25-30 mg effetto immediato	1 mg di protamina/100 UI ultime 2-3 h
<b>EBPM</b>	12-24 h	Protamina 25-30 mg effetto immediato ma parziale	1 mg di protamina/100 UI ultime 8 h
<b>PENTASACCARIDI</b>	Fondaparinux 24-30 h	Fattore VIIa ricomb. 90 mcg/kg <sup>-1</sup> effetto immediato ma parziale	Basato su es. di laboratorio
<b>Inibitori Fattore X</b>	Variabile in funzione della molecola utilizzata	<b>I scelta:</b> PCC 4F	50 U/Kg ev
		<b>II scelta:</b> aPCC	50 U/Kg ev
		Considera il carbone attivato se assunzione <2-4 ore	
<b>Inibitori Trombina</b>	Dipende dalla Cr.cl.	<b>I scelta:</b> Idarucizumab	5 g ev
		<b>II scelta:</b> - aPCC - Emodialisi	50 U/Kg ev
		Considera il carbone attivato se assunzione <4 ore	

**Tabella 2 Da Levi M et al modificata e aggiornata.** Legenda: PCC Concentrato di complessi protrombinici (3 o 4 fattori) [ad es. Cofact @; Confidex@; Octaplex@; Beriplex@]. aPCC = Concentrato di complessi protrombinici attivati [ad es. Feiba@].

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini  
È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 27 di 55

Esistono al momento due importanti lavori scientifici redatti dall'European Society of Cardiology (EHRA Practical Guide) e da un Consenso di Esperti dell'American College of Cardiology (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 - 2017 ACC Expert Consensus) che indicano come comportarsi con i pazienti in trattamento con anticoagulanti diretti (la prima) e genericamente, tutti i farmaci anticoagulanti (la seconda).

In entrambi i lavori, la scelta di interrompere la terapia anticoagulante è basata sulla gravità del sanguinamento, enfatizzando però il fatto che **la sospensione della terapia anticoagulante espone il paziente a rischio tromboembolico.**

Si può quindi dire che se il sanguinamento è grave e pericoloso per la vita del paziente è necessario sospendere il trattamento ed utilizzare anche l'eventuale antidoto o farmaco che ne antagonizzi l'effetto (*reversal therapy*). E' importante informare il paziente e i suoi familiari che l'utilizzo di antidoti o antagonisti, hanno effetto trombogenico e pertanto possono esporre il paziente ad eventi trombotici.

Per questi motivi, qualora il sanguinamento non sia pericoloso per la vita, **il trattamento di routine con antidoti/antagonisti non è raccomandato.** In questi casi, oltre il trattamento standard di qualsiasi sanguinamento (es. compressione meccanica, controllo chirurgico o endoscopico, riempimento volemico, emotrasfusioni etc), può essere sufficiente sospendere il trattamento. Questo perché si deve considerare l'emivita del farmaco e la clearance creatinina del paziente che possono permettere in poche ore di ripristinare un normale processo di coagulazione.

Per quanto attiene il trattamento standard delle anemie post-emorragiche, il gruppo di lavoro è concorde nel dire che:

- 1) Il ripristino volemico con colloidali non è indicato
- 2) Il ripristino con cristalloidi può determinare un'acidosi ipercloremica e peggiorare la coagulopatia, se sono infuse grandi quantità: è pertanto necessario essere rapidi nell'intervento appropriato per il controllo del sito di sanguinamento
- 3) Non esiste al momento un'evidenza che supporti l'utilizzo di un cristalloide rispetto ad un altro
- 4) L'utilizzo restrittivo delle emotrasfusioni migliora la sopravvivenza e riduce il rischio di sanguinamento quando comparato con una strategia liberale; questo dato è ancor più evidente nei pazienti con sanguinamento gastrointestinale. Il GdL concorda quindi nel dire che, i pazienti sintomatici o con sanguinamento attivo, dovrebbero ricevere trasfusione di emazie concentrate per mantenere l'emoglobina a valori  $\geq 7$  gr/dl. Solo nei pazienti con comorbidità, quali ad es. cardiopatia ischemica, ischemia cerebrale, la strategia liberale è consentita e condivisa, al fine di garantire valori di emoglobina  $\geq 8$ g/dl
- 5) Se un paziente necessita di  $\geq 3$  sacche di emazie concentrate entro 1 ora è necessario considerare il protocollo di trasfusioni massive (vedi protocollo PBM Aziendale - Delibera n. 629/2018 Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di Blood Management (PBM) per i trattamenti chirurgici programmati.)



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 28 di 55

- 6) L'uso delle piastrine è consigliato solo nei pazienti piastrinopenici, al fine di mantenere i valori delle piastrine  $\geq 50.000/\text{mmc}$
- 7) L'uso dell'acido Tranexamico può essere considerato.

Per quanto attiene **la terapia antiaggregante (NSAID)** la letteratura è concorde nel dire che nei pazienti con sanguinamento non pericoloso per la vita, se la monoterapia con NSAID è fondamentale per evitare complicanze trombotiche (ad esempio paziente cardiopatico, prevenzione secondaria dell'ictus ischemico), **non è necessario interrompere la terapia NSAID** in quanto la contemporanea somministrazione di inibitori di pompa protonica (PPI) protegge e cura contemporaneamente la mucosa intestinale (ASGE 2016); inoltre è stato dimostrato che tra i diversi PPI, il pantoprazolo e il rabeprazolo hanno minore interferenza con il Clopidogrel (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 -Deepak L et al) e sono quindi più sicuri. Qualora invece il paziente sia in trattamento con duplice terapia antiaggregante (DAPT) si rimanda alla valutazione dello specialista cardiologo l'opportunità di sospendere il Clopidogrel, mentre è suggerito continuare la terapia con ASA, a meno che il paziente non sia in pericolo di vita (ASGE 2016).

#### **8.1.6.1 Ripresa della terapia anticoagulante e antiaggregante dopo emorragia maggiore**

I pazienti convalescenti da un'emorragia maggiore sono spesso anemici e sono a rischio di eventi emorragici futuri (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 Fang MC et al). In questi pazienti la scelta di quando e se riprendere la terapia anticoagulante è complessa, perché essi hanno anche un elevato rischio di eventi tromboembolici (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 Oldgren J et al). In uno studio su 442 pazienti con emorragia gastrointestinale associata al warfarin, 260 (58,8%) hanno ripreso il warfarin, in alcuni casi anche precocemente, fino a 4 giorni più tardi. I pazienti che non avevano ripreso il warfarin presentavano un più elevato rischio di morte ed eventi tromboembolici. Gli autori concludevano che il rischio tromboembolico era superiore al rischio emorragico in particolare in quei pazienti in cui il trattamento dell'emorragia digestiva era stata efficace fin dai primi giorni. (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 Witt DM et al).

#### **8.1.6.2 Pazienti in terapia con AVK**

Se l'emorragia si verifica in un paziente, ad alto rischio di ictus, in terapia con AVK con un INR elevato, un modo ragionevole di procedere dopo la risoluzione dell'emorragia potrebbe essere ricominciare il warfarin con un attento follow-up dei valori di INR. Se si riesce a identificare una precedente interazione farmacologica del warfarin e si è certi di poterla evitare, l'AVK può essere ricominciato con un maggior grado di confidenza.

Se l'emorragia si verifica in un paziente in terapia con un AVK e un INR compreso fra 2 e 3, il medico non deve cedere alla tentazione di ridurre il target dell'INR, per l'incremento del rischio di eventi tromboembolici con un INR  $< 2$ . Nei pazienti che mostrano un'emorragia in presenza di



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 29 di 55

normali valori di INR, può essere utile conoscere il TTR (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 -Rosendaal FR et al; Van Den Ham et al). Tuttavia, se un paziente ad alto rischio d'ictus presenta un episodio di emorragia maggiore associato con un AVK e ha un INR normale, va presa in considerazione la possibilità d'intraprendere terapia con enoxaparina 100U/Kg/bid dopo 4-6 giorni di valori stabili di emoglobina. Se i valori restano stabili anche dopo l'introduzione della terapia anticoagulante per via parenterale si può iniziare l'AVK a dosaggio pieno dosando l'INR al 3 e 5 giorno sospendendo l'EBPM non appena l'INR ha raggiunto il valore  $\geq 2$ .

**8.1.6.3 Pazienti in terapia con DOACs**

Le emorragie minori nei pazienti in terapia con un DOACs costituiscono una sfida unica. Anche la riduzione della dose di un DOACs può ridurre i benefici in termini di prevenzione dell'ictus. Il passaggio a un altro DOACs nei casi di emorragie minori può costituire una possibilità. Se un'emorragia gastrointestinale minore si verifica in un paziente che assume dabigatran o rivaroxaban, si può passare ad apixaban o edoxaban 30 mg, dal momento che i sanguinamenti gastrointestinali sono più frequenti con il dabigatran (Vedi capitolo 13 e 13.2.4-Connolly SJ et al) e probabilmente con il rivaroxaban (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 -Patel MR et al) rispetto agli altri 2 agenti.

Nessun trial clinico al momento fornisce risposte certe circa la questione della ripresa della somministrazione di warfarin o di un DOACs dopo un'emorragia maggiore. In questi casi è utile valutare il rischio tromboembolico e di sanguinamento. Qualora il primo sia alto è auspicabile iniziare terapia con EBPM a dosaggio sub-massimale (70U/Kg/bid) se i valori di emoglobina sono stabili da 4-6 giorni (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 -Brotman DJ et al) e passare ad apixaban a dosaggio calcolato secondo i valori di clearance creatinina ed età (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 -Granger et al) o edoxaban 30 mg/die (Vedi capitolo 13 e 13.2.4 -Giugliano et al), in quanto queste molecole nei trials clinici hanno dimostrato maggiore profilo di sicurezza ed analogo profilo di efficacia rispetto al warfarin. Se il paziente ha avuto un'emorragia digestiva maggiore nel corso di trattamento con apixaban o edoxaban, è ragionevole considerare il passaggio a AVK piuttosto che alla riduzione del dosaggio.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 30 di 55

**8.1.7 Classificazione in Alto rischio e Basso rischio sanguinamento****Paziente ad alto rischio**

Fattori predittivi di emorragia grave e di esito negativo sono ritenuti:

- un ematocrito iniziale uguale o inferiore al 35%
- la persistenza di alterazioni emodinamiche (pressione sistolica < 115 mmHg e frequenza cardiaca > 100/min) un'ora dopo l'inizio della valutazione
- riscontro di abbondante materiale ematico durante l'esplorazione digitale
- creatinina >1,3 mg/ml
- Età >60 anni
- Sanguinamento continuo
- Alterazione dello stato di vigilanza
- Comorbidità

**Pazienti a basso rischio**

Nessuno o pochi aspetti clinici di alto rischio, stabilità emodinamica, e non sanguinamento in corso o gravi comorbidità

**8.2 Fase Terapeutica Emorragie digestive inferiori**

Tabella 2. Descrizione sintetica dell'iter diagnostico Terapeutico e relative tempistiche

CONDIZIONE	PROCEDURE	MODALITA' DI ACCESSO	TEMPI PREVISTI DI ACCESSO
<b>PAZIENTE AD ALTO RISCHIO</b>	Alert chirurgo di guardia	Medico PS/ Medicina urgenza SALA EMERGENZA o Reparto UOC medicina di urgenza e pronto soccorso Tel 06/58704910	Immediato
	Reintegro fluidi e/o trasfusioni	Medico PS/ Medicina urgenza SALA EMERGENZA o Reparto UOC medicina di urgenza e pronto soccorso Tel 06/58704910	Dopo visita
	Alert Anestesista	Medico PS/ Medicina urgenza SALA EMERGENZA o Reparto UOC medicina di urgenza e pronto soccorso Tel 06/58704910	Immediato
	Rivalutazione gastroenterologica	Gastroenterologo SALA EMERGENZA U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa Tel. Cellulare Aziendale tramite	Entro 24 ore

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 31 di 55

<b>Paz. stabilizzato</b>	Colonscopia in elezione	centralino Gastroenterologo Bassi secondo piano U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa Telefono 06.5870.3670 fax 5210	Secondo appuntamento
<b>Sanguinamento attivo Paziente instabile o intollerante colonscopia</b>	Rivalutazione rianimatoria	Anestesista di Guardia o di PS SALA EMERGENZA o Reparto UOSD shock e trauma Tel.06/58703114	immediato
	Angio TAC	Medico Radiologo  UOSD Radiologia dea Piastra seminterrato Telefono 0658703022	Entro 10 minuti nei codici rossi Entro 1 ora nei codici gialli Entro 3 ore nei codici verdi
	Videat Radiologo vascolare	Radiologo interventista PUDD primo Piano  UOC Radiologia interventistica Tel. Cellulare Aziendale tramite centralino	Entro 1 ora nei codici gialli Entro 3 ore nei codici verdi
	Colonscopia in elezione	Gastroenterologo Bassi secondo piano U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa Telefono 06 5870.3670 fax 5210	Secondo appuntamento
	Angiografia	Radiologo interventista PUDDU Primo Piano  UOC Radiologia interventistica Tel. Cellulare Aziendale tramite centralino	Entro 1 ora nei codici gialli Entro 3 ore nei codici verdi
<b>Segni di stravasato attivo</b>	Embolizzazione	Radiologo interventista PUDDU Piano terra  UOC Radiologia interventistica Tel. Cellulare Aziendale tramite centralino	Entro 1 ora nei codici gialli Entro 3 ore nei codici verdi
<b>Embolizzazione efficace</b>	Ricovero in Week Hospital	Radiologo interventista PUDDU Piano terra  UOC Radiologia interventistica Tel. Cellulare Aziendale tramite centralino	Dopo procedure
<b>Embolizzazione non efficace</b>	Intervento Chirurgico	Chirurgo d'urgenza SALA OPERATORIA DEA  UOC Chirurgia generale e d'urgenza Tel. Cellulare Aziendale tramite centralino	immediato
<b>Ricovero in Chirurgia</b>		Chirurgo d'urgenza PIASTRA PIANO TERRA	Dopo intervento



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**
Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 32 di 55

		UOC Chirurgia generale e d'urgenza Tel. 065870 3025-3005	
	Ambulatorio Chirurgico	Ambulatorio di Chirurgia Piastra 1° piano stanza7 UOC Chirurgia Generale e D'Urgenza Tel. 06.5870.3503 o 3414	Secondo appuntamento
	Follow Up Ambulatorio Chirurgico	Medico Chirurgo Ambulatorio di Chirurgia Piastra 1° piano stanza7 UOC Chirurgia Generale e D'Urgenza Tel. 06.5870.3503 o 3414	Su appuntamento secondo indicazione lettera dimissione
<b>PAZIENTE A BASSO RISCHIO</b>	Reintegro fluidi e/o trasfusioni	Medico PS/ Medicina urgenza SALA EMERGENZA o Reparto UOC medicina di urgenza e pronto soccorso Tel 06/58704910	immediato
<b>Non più stabile</b>	Colonscopia entro 24 ore	Gastroenterologo Bassi secondo piano U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa Cellulare aziendale	
<b>Paziente stabile</b>	Colonscopia	Gastroenterologo Bassi secondo piano U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa Telefono 06.5870.3670 Fax 5210	Appena possibile dopo preparazione
	Emostasi endoscopica per stigmante ad altro rischio	Gastroenterologo SALA ENDOSCOPICA BASSI U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa Tel. Cellulare Aziendale tramite centralino	Appena possibile dopo preparazione
	Monitoraggio clinico ed emodinamico	Medico di Reparto	Ogni 6 ore
	Ripetizione colonscopia se necessario	Gastroenterologo SALA EMERGENZA-REPARTO U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa Tel. Cellulare Aziendale tramite centralino	Immediata
	Ricovero in Gastro / Medicina Urgenza	Medico PS/ Medicina urgenza SALA EMERGENZA o Reparto UOC medicina di urgenza e pronto soccorso Tel 06/58704910	Dopo diagnosi
<b>Emorroidi con sanguinamento importante</b>	Angiografia ed embolizzazione	Radiologo interventista PUDDU Piano terra  UOC Radiologia interventistica Tel. Cellulare Aziendale tramite centralino	Dopo consulenza

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 33 di 55

	Emostasi legatura	Medico Chirurgo Sala operatoria BOE UOC Chirurgia Generale e D'Urgenza Tel. 06.5870.3503 o 3414	Dopo consulenza
<b>Emorroidi con scarse perdite ematiche</b>	Emostasi legatura	Medico Chirurgo Ambulatorio della UOS di Proctologia UOC Chirurgia Generale e D'Urgenza Tel. 06.5870.3503 o 3414	Previo appuntamento

**8.2.1 Valutazione rianimatoria e gastroenterologica, alert del chirurgo di guardia**

In caso di presentazione clinica iniziale ad alto rischio di sanguinamento attivo, o sanguinamento attivo durante il monitoraggio documentato da comparsa di rettorragia e/o Hb < 10 g/dl con variazione del valore dell'Emoglobina > 2 g/dl a 2 ore dall'ingresso in PS o dall'evento emorragico, va richiesta la valutazione del Rianimatore [vedi Allegato 1] e del Gastroenterologo per timing endoscopico e allerta del Chirurgo di Guardia. Monitoraggio costante della PA e della frequenza cardiaca; catetere urinario per il controllo della diuresi.

**8.2.2 Reintegro fluidi e/o trasfusioni**

Si esegue un trattamento intensivo pre-endoscopico. E' fondamentale la correzione preliminare dello stato di shock così come le alterazioni della coagulazione, le eventuali aritmie e l'ipossiemia.

Fattori che aumentano le probabilità di insuccesso della procedura endoscopica e le complicanze ad essa annessi:

- Persistenza di segni di compromissione emodinamica dopo il tentativo di riequilibrio (tachicardia e ipotensione non corrette dalla somministrazione di 1,5 l di Sol. elettrolitica);
- Due o più episodi di melena;
- Impossibilità ad eseguire adeguata preparazione intestinale;
- Colonscopia in urgenza.

**8.2.3 Colonscopia entro 24 h dalla stabilizzazione con assistenza anestesiológica**

Indicata nei pazienti:

- Ad alto rischio clinico con segni e sintomi di sanguinamento attivo, esclusa la fonte "alta" di sanguinamento
- A basso rischio in caso di comparsa di instabilità emodinamica
- Nei pazienti in trattamento con TAO colonscopia al raggiungimento di valori di INR <2.5



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 34 di 55

- La colonscopia secondo le attuali linee guida (ACG ed ESGE) va effettuata a distanza di 1-2 ore dal termine di una preparazione intestinale con 4-6 litri di polyethylene glicol (PEG) o soluzioni analoghe da assumersi in 3-4 ore; nei pazienti che non tollerano tale modalità di preparazione posizionare un SNG per la preparazione. L'esame viene effettuato in sala operatoria.

**8.2.4 Monitoraggio clinico e emodinamico**

In caso di presentazione clinica a basso rischio di sanguinamento attivo il paziente è monitorizzato dal punto di vista:

- Clinico: controllo SNG, emocromo a 2 ore dall'ingresso in PS
- Emodinamico: controllo PA, frequenza cardiaca, diuresi ogni ora.

**8.2.5 ANGIO TAC**

L'evoluzione tecnologica delle metodiche diagnostiche, in particolare le apparecchiature TC multistrato, hanno permesso di effettuare esami con brevissimi tempi di acquisizione, permettendo l'esecuzione di multiple scansioni dopo somministrazione di mezzo di contrasto iodato endovenoso in fase dinamica; la risoluzione spaziale inoltre è notevolmente aumentata con scansioni submillimetriche; le moderne tecniche di riduzione della dose come gli algoritmi iterativi di ricostruzione hanno permesso di ridurre notevolmente l'esposizione del paziente alle radiazioni ionizzanti. Tali miglioramenti tecnologici hanno portato la TC spirale ad essere una delle metodiche di prima istanza nello studio di pazienti con sospetta emorragia intestinale in particolare quella cosiddetta bassa (dal Treiz al retto).

**- TECNICA:**

E' suggerito l'utilizzo di macchinari multistrato di ultima generazione che permettono l'acquisizione volumetrica (preferibilmente 64 strati) con scansioni a collimazione sottile submillimetrica (parametri raccomandati 1 mm con ricostruzione submillimetrica). I valori di pitch devono essere il più alti possibili ed i tempi di rotazione del gantry i più bassi possibili al fine di ridurre al minimo i tempi di acquisizione ed evitare gli artefatti da movimento in pazienti non collaboranti.

L'utilizzo del mezzo di contrasto per os è controindicato poiché potrebbe inficiare la visualizzazione del sanguinamento intestinale dopo somministrazione di mdc iodato endovenoso.

Le scansioni pre-contrasto sono necessarie per individuare l'eventuale contenuto iperdenso all'interno del piccolo intestino e del colon non riferibile a sanguinamento attivo; il confronto con le immagini post-contrasto appare obbligatorio.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 35 di 55

L'acquisizione multifasica dinamica post-contrastografica è la più indicata per l'individuazione dei diversi tipi di sanguinamenti del tubo digerente.

L'utilizzo di tecniche di monitoraggio del bolo di contrasto all'interno dell'aorta appaiono necessarie per la riduzione della variabilità della gittata cardiaca dei pazienti.

Il protocollo consigliato appare caratterizzato da:

Monitoraggio del bolo di contrasto a livello dell'aorta addominale con soglia a 150 HU.

La fase arteriosa, deve essere eseguita con ritardo minimo possibile dal raggiungimento della soglia.

La fase portale deve essere eseguita a circa 40 secondi dal raggiungimento del picco in aorta.

La fase tardiva venosa si ottiene a circa 70 secondi dal raggiungimento del picco in aorta.

Il mezzo di contrasto deve avere una concentrazione di iodio superiore a 300 mg/ml e il flusso di iniezione è variabile con necessità di alti flussi e raggiungimento della soglia di 1,5-1,8 gI/sec (esempi: almeno 6 ml/sec con 300 mgI/ml, 5,2 ml/sec con 350mgI/ml, 4,8 ml/sec con 370 mgI/ml).

Tutto ciò premesso che i presidi in reparto siano coerenti con le necessità tecnologiche.

- **REPERTI:**

Il sito di sanguinamento più frequente è il colon (90%).

La visualizzazione di sanguinamento attivo all'interno del tubo digerente è valutabile quando raggiunge i 0,3-0,5 ml/min, soglia relativamente più bassa dell'angiografia (0,5 mL/min) ma più alta rispetto alla scintigrafia con globuli rossi marcati (0,1 ml/min).

E' stata proposta la soglia di 60 HU del contenuto del tubo digerente per definirlo contenuto ematico (contenuto enterico normale presenta densità tra 0 e 15 HU). Tuttavia tale parametro non appare del tutto univoco in letteratura. L'esame delle multiple fasi rileva l'aumento della densità all'interno del viscere e l'utilizzo di metodiche di ricostruzione tridimensionale tipo MIP è suggerito per una migliore visualizzazione del punto di sanguinamento attivo.

La fase portale può rilevare meglio i sanguinanti arteriosi più piccoli rispetto alla fase arteriosa precoce, poiché l'aumento del contenuto ematico e quindi della densità del contenuto ne permette una migliore visualizzazione.

L'aspetto TC dei sanguinamento ad alta portata (superiore a 0,5 ml/min) presenta aspetto lineare (jet sign) mentre il sanguinamento a portata inferiore ha un aspetto più sfumato tipo nuvola (cloud sign). Il sanguinamento venoso si osserva meglio nella fase venosa tardiva.

Le patologie che possono essere fonte di sanguinamento in ordine di frequenza sono la malattia diverticolare, la angiodisplasia colica, neoplasie e coliti.

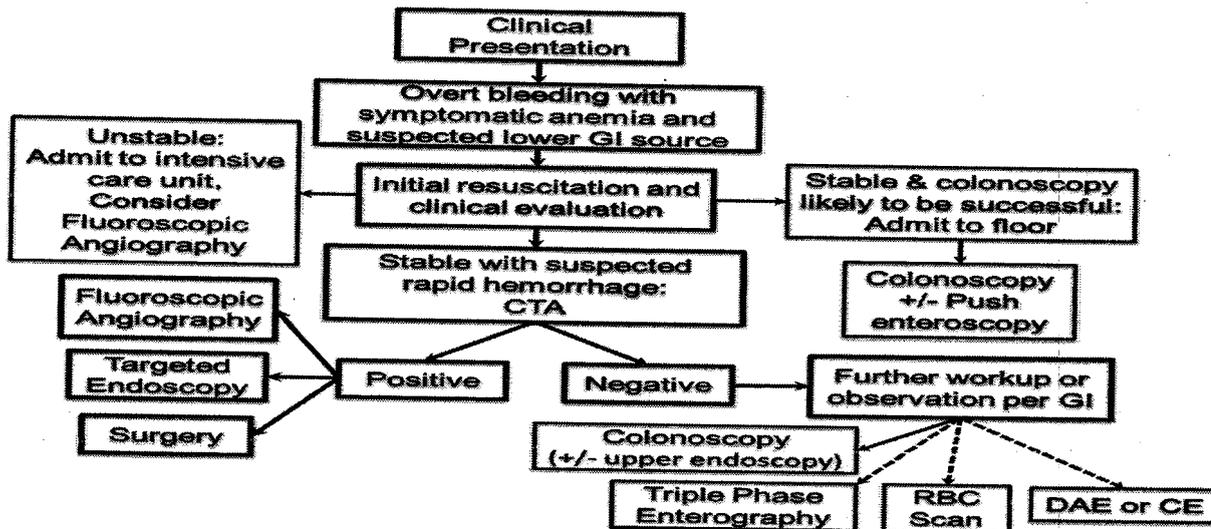
Non ci sono evidenze diagnostiche che l'esecuzione ripetuta del paziente con angio TC negativa possa positivizzarsi nel tempo, quindi non è consigliabile, anche per questioni di radioprotezione, la ripetizione di esami angio-TC in pazienti con prime angioTC negative.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 36 di 55



RADIOGRAPHICS 2018-Wells et all - CT for evaluation of acute gastro intestinal bleeding

### 8.2.6 COLONSCOPIA IN ELEZIONE

Indicata nei pazienti non ad alto rischio clinico o importanti comorbidità o ad alto rischio clinico senza segni e sintomi di sanguinamento attivo, dopo preparazione standard.

L'esame viene effettuato in sala colonscopia presso il padiglione Bassi secondo piano

#### 8.2.6.1 Terapia endoscopica e contributo infermieristico

- Accertarsi che il paziente abbia eseguito idonea pulizia intestinale
- Verificare il funzionamento della strumentazione endoscopica
- Preparare lo strumento endoscopico, l'aspiratore, il carrello servitore (reniforme con acqua, siringa con ago decentrato da 50 cc), devices per emostasi (aghi da sclerosi, clips metalliche), fisiologica, fiale di adrenalina, APC (argon plasma coagulator), sonde di varia misura
- Controllare la firma del consenso informato e preparazione del paziente
- Posizionare il paziente
- Si coordina con il medico gastroenterologo per l'esecuzione dell'esame e per eventuali procedure di emostasi
- Riordina il materiale e la colonna endoscopica
- Si occupa del rientro di tutta la strumentazione nell'UOC per reprocessing dello strumento



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 37 di 55

**8.2.7 ANGIOGRAFIA ED EMBOLIZZAZIONE**

Di seguito le raccomandazioni della Linea guida Jama 2018, Angiografia ed embolizzazione (dopo precedente angioTC) devono essere prese in considerazione in **pazienti ad alto rischio con emorragia in atto che non rispondono in modo adeguato alla rianimazione e non sono in grado di tollerare preparazione intestinale e colonscopia** (*strong recommendation-very weak evidence*)

Poiché le tecniche angiografiche sono sostenute da sanguinamento attivo, deve essere riservato a pazienti con **chiara emorragia in atto**. L'angioCT è il primo screening test prima dell'angiografia o chirurgia urgente.

Precauzioni standard devono essere attuate per evitare nefropatia da mezzo di contrasto, in particolare quando il paziente sono inviati ad angiografia successiva. (*ACG Clinical Guideline: AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY 2016*)

**L'embolizzazione deve essere superselettiva**

Il catetere deve essere posizionato il più vicino possibile alla sede di sanguinamento.

Per fonte di sanguinamento dall'arteria mesenterica superiore il catetere deve essere avanzato al vasa rectum, per l'arteria mesenterica inferiore arteria marginale o terminale se possibile, e portato quando possibile al bordo mesenterico del colon.

Per le emorragie del tratto digestivo inferiore non è raccomandato l'utilizzo del materiale riassorbibile tipo Spongostan, ed è consigliato l'utilizzo di spirali e particelle di grosso calibro per limitare i rischi di necrosi intestinale legate all'embolizzazione dei vasi a livello arteriolare con conseguente occlusione della circolazione intra murale e plesso submucosale.

Risanguinamento precoce occorre nel 10 al 30 % dei casi (per ricanalizzazione o nuova fonte di sanguinamento). L'utilizzo recente della colla sembra promettente con tassi di risanguinamento inferiore (4-15%).

Il tasso di successo dell'embolizzazione varia tra 88 e 93%.

Il tasso di complicanze non è chiaro, 30% nei studi più vecchi, il tasso di ischemia molto più basso (1-4%) in serie più recenti



PDTA	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI</b>	Rev. 00 del 20/05/2019
Cod. Doc.: 901/PDPA/19/03		Pag. 38 di 55

### 8.2.8 Monitoraggio clinico ed emodinamico

Ottenuta l'emostasi, il paziente è monitorizzato dal punto di vista:

1. Clinico: emocromo/EGA venoso a 2 e 6 ore dalla procedura
2. Emodinamico: controllo pressione arteriosa, frequenza cardiaca, diuresi oraria
3. Eventuali complicanze: segni ischemia intestinale (monitoraggio CPK, LDH e lattati)

### 8.2.9 Ricovero in Week Hospital, rinvio ospedale richiedente, Ricovero altro reparto

Dopo embolizzazione tecnicamente eseguita, in relazione al tipo di paziente (instabile, sanguinamento importante) ed ai rischi della procedura (ischemia intestinale) il paziente deve essere monitorato (eventuali segni di persistenza di sanguinamento o di ischemia).

Dopo 72 ore, se stabilità o assenza di complicanze, potrà tornare nell'ospedale di provenienza o in week surgery nei giorni feriali.

### 8.2.10 Intervento chirurgico

Il trattamento chirurgico in urgenza viene riservato ai pazienti con instabilità emodinamica, richiesta di emotrasfusioni massive, emorragia persistente nonostante i trattamenti a scopo conservativo-emostatico. (13.5)

Gli interventi resettivi del tratto interessato dal sanguinamento sono da preferire.

Può essere eseguita una colectomia totale o subtotale con o senza anastomosi diretta.

Nei sanguinamenti colici in cui si procede a colectomia subtotale con ileostomia o ileoproctostomia, l'incidenza di risanguinamento è del 4% (13.5).

La mortalità del 2-6% (13.5)

Ugualmente la mortalità è intorno al 7% quando l'intervento di colectomia subtotale è stato condotto in pazienti che hanno richiesto meno di 10U di sangue; mentre sale al 27% nei politrasfusi.

Le emicolectomie sinistre o le sigmoidectomie condotte senza evidenza di sanguinamenti certi in quel tratto, sono gravate da incidenza di risanguinamento che va dal 33 al 75% e mortalità che oscilla tra il 30 e il 57% (13.5).

La resezione segmentaria mirata comporta invece una incidenza di risanguinamento del 4-14% (13.5). La mortalità si sovrappone a quella della patologia specifica.

Durante l'intervento dovrà essere esplorato tutto l'intestino alla ricerca di eventuali lesioni palpabili (8); nei casi dubbi debbono essere eseguite una enteroscopia e/o una colonscopia intraoperatorie (13.5) per individuare la sede del sanguinamento.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 39 di 55

E' indicato l'intervento chirurgico urgente nei pazienti sanguinanti con :

- instabilità emodinamica persistente con sanguinamento attivo resistente a terapia medica o rianimatoria
- sanguinamento persistente recidivo
- dopo infusione di > di 4 U di emazie in 24/h
- dopo trasfusione di 6-10 U di sangue durante l'intero periodo di ospedalizzazione (13.5)

Gli interventi si possono così riassumere in :

- Interventi elettivi:  
Emicolectomia sinistra o resezione colica segmentaria dopo diagnosi certa di sede, preferibilmente per via laparoscopica con anastomosi manuale o meccanica .  
Resezione anastomosi ileale nei sanguinamenti ileali identificati con certezza
- Interventi in urgenza:  
Colectomia totale con o senza anastomosi ileorettale in caso di sanguinamento colico non identificato, per via laparotomica.  
Emostasi chirurgica in caso di emorroidi sanguinanti e ulcere solitarie del retto ( Vedi capitolo 8.3)

**8.2.10.1 Procedura per l'assistenza infermieristica in sala operatoria**

La procedura per l'assistenza di sala operatoria nel caso di emorragie del tratto inferiore è sovrapponibile a quella del tratto superiore dell'apparato digerente.

Vanno comunicate le condizioni del paziente (stato di shock , condizioni stazionarie).

- Preparazione sala endoscopica (area preanestesia sala B):
- Torre endoscopica
- Aspiratore
- Colonscopio
- Strumentazione endoscopica (infermiere dell'endoscopia).
- Monitoraggio: PA, FC, SpO2, monitoraggio del ritmo.
- Preparazione per Ossigenoterapia: mascherina O2 e occhialini; linea funzionante, bombola O2 a disposizione
- Spremisacca con sacca sol. Fisiologica 1000 ml
- Scaldapaziente
- Occorrente per assistenza respiratoria e intubazione:
- Maschere ventilazione diverse misure (3,4,5)



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 40 di 55

- Cannule di Guedel diverse misure (2,3,4,5)
- Tubi endotracheali cuffiati diverse misure ( 6,5 ; 7;7,5; 8,8,5)
- Unità respiratoria 2 lt, laringoscopio
- L'assistenza verrà svolta dall'infermiere dell'endoscopia in collaborazione con l'infermiere di sala; questi si occuperà dell'assistenza all'anestesista e terapeutica del caso.

L'infermiere dell'endoscopia assisterà il medico nell'esecuzione dell'esame.

- Fa eccezione l'indisponibilità dell'infermiere di sala occupato nell'attività di sala operatoria.
- In questo caso, alla comunicazione dell'arrivo del paziente, richiedere ulteriore personale infermieristico.

In caso di sosta del paziente in sala operatoria per mancanza posto letto in T.I., questi verrà preso in carico dal personale della sala operatoria del DEA a meno che occupati in attività di sala.

In caso di angiografia, il personale della radiologia vascolare si occuperà della procedura supportato da un infermiere di sala nella gestione dell'assistenza anestesiológica.

In caso di intervento chirurgico, presa in carico del paziente da parte della C.O **DEA**.

**8.2.11 Terapia di supporto post-operatorio**

Il trattamento post-operatorio ha l'obiettivo di ottimizzare ossigenazione e trasporto di ossigeno mantenendo il paziente in normotensione. Deve essere strettamente controllata l'emostasi garantendo i corretti livelli di fibrinogeno e piastrine. Va evitato l'eccessivo rimpiazzo volêmico.

Ossigenoterapia: mirante a garantire una Sat O<sub>2</sub> > 94%

Terapia trasfusionale : solo in caso di un nuovo sanguinamento o se Hb < 7 g/dl dl o <8g/dl nei pazienti con cardiopatia ischemica o pregressa malattia cerebro-vascolare su base ischemica.

Terapia infusioneale: deve assicurare il rimpiazzo delle perdite compresa la perspiratio con una stima di fabbisogno medio pari a 25-30/ml/kg/die da somministrare in rapporto cristalloidi/acqua libera 1:1.

**8.2.12 Terapia di supporto in paziente "end stage"**

In tutti i pazienti che non abbiano risposto alle cure somministrate e sui quali ogni ulteriore tentativo di cura possa diventare " accanimento terapeutico" si procederà esclusivamente alla somministrazione di terapia di supporto ( Liquidi e Ossigeno), nei reparti dove risultata degente il paziente. Si applicherà quindi il PDTA "Fine Vita" (Vedi Delibera Aziendale n. 1568 del 12-12-



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 41 di 55

2018) . Sarà cura del Medico di Reparto e degli Specialisti che hanno prestato le cure informare il Paziente ed i familiari identificati, anche prospettando un rientro al Domicilio od in Hospice .

**8.2.13 Controllo post operatorio**

Le visite di controllo postoperatorie, i prelievi del sangue, le medicazioni e la rimozione dei punti di sutura vengono effettuate sempre presso la stanza numero 7 dei poliambulatori del Padiglione Piastra I piano secondo le modalità e gli orari precisati nella lettera di dimissione. Per 30 giorni dalla data di dimissione l'accesso all'ambulatorio non richiede alcuna impegnativa medica.

**8.2.14 Controlli in regime di ricovero e Follow up**

Controllo:

- emorragia :clinico / biologico (parametri vitali, emocromo, persistenza melena o rettorragia dopo 48 ore) ed eventuale colonscopia se sospetta
- ischemia :clinico /biologico (addome, CPK/LDH?) ed eventuale angioTC se sospetto

I pazienti con sanguinamento minore o senza stigmati di recente sanguinamento potranno essere dimessi dopo un adeguato periodo di osservazione.

- Ripetizione della colonscopia in caso di risanguinamento precoce
- Nei pazienti in trattamento con anticoagulanti approccio personalizzato e multidisciplinare coinvolgente più specialisti (cardiologo, neurologo, gastroenterologo ed ematologo)
- Follow up in base alla patologia di base

**8.3 Rettorragie****8.3.1 Chirurgo (emostasi legatura)**

In caso di perdite ematiche scarse e con parametri stabili il Paziente viene inviato all'Ambulatorio della UOS di Proctologia. L'ambulatorio è situato nel Poliambulatorio Piastra ed è aperto tutti i giorni feriali, con l'eccezione di mercoledì e sabato, dalle Ore 8.00 alle ore 14.00. con possibilità di accettare in sovrannumero pazienti provenienti da Pronto Soccorso, escluso i codici bianchi (inviare con appuntamento con Recup regionale).

In presenza di emorragie da rottura di emorroidi esterne la compressione delle stesse di solito porta a un buon controllo dell'emorragia e, in assenza di instabilità, il Paziente viene indirizzato a visita ambulatoriale. In caso di mancato arresto dell'emorragia il Paziente va invece inviato in Camera Operatoria per l'emostasi chirurgica.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 42 di 55

In presenza di sanguinamento da emorroidi interne il controllo dell'emorragia viene effettuato con posizionamento endorettale di garze emostatiche e/o di catetere di Foley con palloncino gonfiato al massimo della capacità e messo in leggera trazione. Il Paziente deve essere controllato per almeno 24 ore. In caso di emostasi inefficace, instabilità clinica e/o alterazioni degli esami ematochimici, il Paziente deve essere ricoverato e inviato in Camera Operatoria per emostasi chirurgica (emostasi diretta o legatura elastica).

Una valida alternativa all'emostasi chirurgica è il controllo dell'emorragia con embolizzazione (Vedi capitolo 8.3.2).

Gli stessi criteri valgono per le emorragie postoperatorie dopo trattamento di emorroidi, prolapsi rettali o ragadi anali, tenendo conto che sanguinamenti importanti possono comparire fino a 20-30 giorni dall'intervento, con massima incidenza nelle prime 24 ore. Per il trattamento vale quanto già detto per le emorroidi interne sanguinanti.

Se nel dato anamnestico risulta che l'intervento effettuato era una mucoprolassectomia (o intervento di Longo), una STARR o una transSTARR, dopo stabilizzazione e controllo temporaneo dell'emostasi il Paziente deve essere sottoposta a una TC o RM dell'addome inferiore (riferiti casi di ematomi perirettali e/o retroperitoneali).

### 8.3.2 Embolizzazione

Sanguinamento emorroidario acuto/ ottimo risultato dell'embolizzazione in questa indicazione con poche complicanze. Previa consulenza la procedure verrà effettuata dalla UOC di Radiologia interventistica presso il padiglione Puddu , 1 piano.

## 9. MONITORAGGIO ,INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO

N.	Criterio	Responsabile/Fo nte	Valore standard
1	Documentazione correttamente distribuita	Responsabile UO	100%
2	Disponibilità della documentazione nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	CPSE UO	100%
3	% richieste trasfusione di sangue in pazienti con Hb > 7/8 g/dl a meno che non abbia perso più di 4 gr HB	SIMT	10%
4	Efficacia emostasi endoscopica	Gastroenterologia	34%
5	% risanguinamento precoce dopo colonscopia	Gastroenterologia	22%



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 43 di 55

6	Complicanze colonscopia	Gastroenterologia	03% $\geq x \leq 1,3\%$
7	Efficacia embolizzazione	Radiologia interventistica	88%
8	Risanguinamento precoce dopo embolizzazione	Radiologia interventistica	20%
9	Complicanze embolizzazione (ischemia)	Radiologia interventistica	5%
10	% pazienti sottoposti a terapia combinata (terapia termica o meccanica in associazione a infiltrazione)	ROI/ GOSP	90%
11	Risanguinamento dopo colectomia totale	Chirurgo	4%
12	Mortalita' complessiva	Chirurgo	7%

**10. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE, ARCHIVIAZIONE**

Il PDTA delle Emorragie digestive superiori deve essere disponibile in forma cartacea nei reparti di degenza, negli ambulatori e presso la Direzione Sanitaria.

In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Risk Management e nella sezione dei Dipartimenti coinvolti.

**11. APPLICABILITÀ, SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI**

Eventuali scostamenti e/o eccezioni nella corretta applicazione del PDTA potrebbero derivare da problematiche strutturali o di carenza di personale dedicato o da criticità organizzative legate al Servizio Interno Trasporti (tempistiche di trasporto paziente). I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDTA, rispettano le indicazioni della legislazione vigente nazionale e regionale senza scostamenti o eccezioni. Non sono viceversa ipotizzabili limiti organizzativi visto che non vi sono contrasti tra i professionisti che devono concorrere al perfetto funzionamento del PDTA.

Vi sono altresì ulteriori situazioni in cui non è possibile applicare alcune parti del PDTA:

- L'arrivo dell'infermiere della gastroenterologia in reperibilità che potrebbe necessitare di più di 30 minuti garantiti comunque dal medico;
- La attuale mancanza di spazi specifici dedicati per effettuare nel DEA angiografia e sala dedicata per endoscopia operativa
- E' altresì possibile che i tempi previsti per effettuare gli esami diagnostici possano subire dei ritardi nei casi in cui la TAC sia occupata per urgenze indifferibili

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDTA, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionali e regionali senza scostamenti od eccezioni.



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 44 di 55

**12. REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE**

Il presente PDTA sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

**13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA****13.1 Linee guida**

- ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding - Am J Gastroenterol advance online publication, 1 March 2016; doi: 10.1038/ajg.2016.41
- Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Tract Bleeding - JAMA July 3, 2018 Volume 320, Number 1
- Hassan C et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Endoscopy 2013; 45: 142-150

**13.2 Radiologia Interventista**

- Role of interventional radiology in the management of acute gastrointestinal bleeding . Raja S Ramaswamy, Hyung Won Choi, Hans C Mouser, World J Radiol.2014 Apr 28; 6(4): 82-92.

**13.3 Gastroenterologia**

- Walker TG Acute gastrointestinal hemorrhage [review].Tech Vasc Interv Radiol 2009;12(2):80-91
- Leonhardt H, Mellander S, Snygg J, Lonn L Endovascular management of acute bleeding arterioenteric fistulas. Cardiovasc Intervent Radiol 2008;31(3):542-549
- State LL., GralnekIM. ACG Clinical Guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. Am J Gastroenterol 2016;111(4)459-74
- Barnert J., Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2009;6:637-46
- Jansen DM., Ohning Gv, Kovacs TO et al. Natural history of definite diverticular hemorrhage based on stigmata of recent hemorrhage and colonoscopic Doppler blood flow monitoring for risk stratification and definitive hemostasis. Gastrointest Endosc 2015;83:416-23



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE  
LAZIO

PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

Rev. 00 del  
20/05/2019

Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

**DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Pag. 45 di 55

-Hartmann D., Schidt H., BolzG., et al. A prospective two-center study comparing wireless capsule and intraoperative enteroscopy in patients with obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2005;61:826-32

### **13.4 Medicina D'Urgenza e Pronto soccorso**

-Barnes GD et al: National trends in ambulatory oral anticoagulant use.  
*Am J Med* 2015;128:1300-05

-Ruff CT et al: Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants.  
*Lancet* 2014;383:955-62

-Desai J et al: Gastrointestinal bleeding with the new oral anticoagulants.  
*Thromb Haemost* 2013; 110: 205-212

-Update European Heart Rhythm Association: EHRA Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non valvular atrial fibrillation. *Europace* 2015; 2-41.

-2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway on management of bleeding in patients on oral anticoagulants. *JACC* 2017; 70(24): 3042-67.

### **13.5 Chirurgia D'Urgenza**

- Clin Colon Rectal Surg. 2012 Dec;25(4):219-227

- Shuetz A, Jauch K W. Lower gastrointestinal bleeding: therapeutic strategies, surgical techniques and results. *Langenbecks Arch Surg.* 2001;286(1) 17-25

Leitman I M, Paull D E, Shires G T, Evaluation and management of massive lower gastrointestinal hemorrhage, *Ann Surg* 1989;209(2):175-180

-Farner R, Lichliter w, Kuhn J, Fisher T, Total colectomy versus limited colonic resection for acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Surg.* 1999;178(6):587-591

- Britt L G, Warren L, Moore O F. Selective management of lower gastrointestinal bleeding. *Am Surg* 1983;49(3):121-125

- Parkes B M, Obeid F N, Sorensen V J, Horst H M, Fath J J, The management of massive lower gastrointestinal bleeding *Am Surg*, 1993;59(10):676-678

- Baker R, Senagore A Abdominal colectomy offers safe management for massive lower GI Bleed *Am Surg* 1994 60(8),578-581

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03**DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Pag. 46 di 55

- Billingham R P. The conundrum of lower gastrointestinal bleeding. Surg Clin North Am. 1977;77(1):241-252
- Campbell W B, Rhodes M, Kettlewell M G. Colonoscopy following intraoperative lavage in the management of severe colonic bleeding. Ann R Coll Surg Engl, 1985;67(5):290-292
- Flickinger E G, Staunforth A C, Sinar D R, MacDonald KG, Lannin D R, Gibson J H. Intraoperative video panendoscopy for diagnosis of sites of chronic intestinal bleeding. Am J Surg. 1989;157(1):137-144
- Desa L A, Ohri S K, Hutton K A, Lee H, Spencer J. Role of intraoperative enteroscopy in obscure gastrointestinal bleeding of small bowel origin. Br J Surg 1991;78(2):192-195
- Eaton A C. Emergency surgery for acute colonic hemorrhage. Br J Surg. 1981;68(2):109-112
- Burt Cagir MD, FACS; 28/08/2017 Medscape

**13.6 Radiologia :**

- Artigas, J. M., Martí, M., Soto, J. A., Esteban, H., Pinilla, I., & Guillén, E. (2013). Multidetector CT Angiography for Acute Gastrointestinal Bleeding: Technique and Findings. RadioGraphics. <https://doi.org/10.1148/rg.335125072>
- Molly E. Dempsey, M., ; Boaz Karmazyn, M., ; Brian D. Coley, M., ; Jonathan R. Dillman, M., ; Christopher E. Dory, M., ... Peter J. Strouse, MD12; Sjirk J. Westra, MD13; Roger F. Widmann, MD14; Sandra L. Wootton-Gorges, M. (1999). American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria® Radiologic Management of Lower Gastrointestinal Tract Bleeding Lower. American College of Radiology. Retrieved from <https://acsearch.acr.org/docs/69482/Narrative/>
- Feuerstein, J. D., Ketwaroo, G., Tewani, S. K., Cheesman, A., Trivella, J., Raptopoulos, V., & Leffler, D. A. (2016). Localizing acute lower gastrointestinal hemorrhage: Ct angiography versus tagged rbc scintigraphy. American Journal of Roentgenology, 207(3), 578-584. <https://doi.org/10.2214/AJR.15.15714>
- Strate, L. L., & Gralnek, I. M. (2016). ACG clinical guideline: Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. American Journal of Gastroenterology. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.41>



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE  
LAZIO**

PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Rev. 00 del  
20/05/2019

Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 47 di 55

**14. Allegati**

- 14.1 Early Coagulation Support (ECS) Protocol
- 14.2 Consenso Informato intervento chirurgico
- 14.3 Consenso Informato Radiologia Interventistica
- 14.4 Consenso Informato COLONSCOPIA Operativa
- 14.5 Consenso Informato Anestesiologico

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale





PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDPA/19/03

Pag. 49 di 55

**Allegato 14.2 Consenso Informato Chirurgia****SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA****Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico****AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO - FORLANINI di ROMA  
OSPEDALE S.CAMILLO - UOC di CHIRURGIA GENERALE I  
Direttore Prof. P.L.Marini**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro e a me comprensibile dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_ dell'intervento chirurgico urgente che è inevitabilmente necessario e che sarà praticato dall'equipe di questa Unità Operativa.

Mi è stato chiaramente spiegato che la patologia da cui sono affetto/a è un **ADDOME ACUTO** ovvero una situazione acuta che può essere dovuta ad una grande varietà di patologie e che nel mio caso essa potrebbe consistere in: \_\_\_\_\_

La diagnosi, tuttavia, potrebbe cambiare intraoperatoriamente, dopo aver ispezionato la cavità addominale.

Sono stato/a chiaramente informato/a che l'intervento (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una **LAPAROTOMIA**  **LAPAROSCOPIA ESPLORATIVA**  e che in base alla valutazione intra-operatoria si stabilirà l'intervento più idoneo, che potrà consistere in: \_\_\_\_\_

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stato informato/a che sono possibili le seguenti sequele e/o complicanze:

- **emorragie ed ematomi postoperatori** con necessità di emotrasfusioni, re-interventi a scopo emostatico oppure **infezioni chirurgiche**;
  - **formazione di accessi intra-addominali** che dovranno essere drenati per via percutanea oppure per via chirurgica;
  - **lesioni pancreatiche** e conseguente **pancreatite acuta**;
  - **eventuali resezioni intestinali** (stomaco, intestino tenue e crasso) con possibili **deiscenze dell'anastomosi** e successivo re-intervento;
  - **necessità di ileo- e/o colostomia** (ovvero abboccamento di un'ansa dell'intestino tenue o del colon alla parete addominale) defunzionizzanti con possibilità di sviluppo di ernie parastomali;
  - in caso di grave sepsi della cavità peritoneale, la necessità di una **laparotomia totale**;
  - **formazione di laparocele** in sede di ferita chirurgica con necessità di ulteriore intervento di plastica della parete;
  - in caso di interventi alla via biliare, possibili **colangiti** (infezione della via biliare principale);
  - **insorgenza di trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**;
  - **disturbi cerebro-cardiocircolatori** (aritmie cardiache, iper-/ipotensione, infarto miocardico, ictus cerebrale, scompenso cardiaco ed edema polmonare);
  - **insorgenza di insufficienza renale acuta**;
  - **formazione di versamento pleurico**;
  - **eventuale re-intervento** per patologia neoplastica avanzata oppure per malattia diverticolare complicata;
  - **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.
- Altre sequele potrebbero essere rappresentate da: \_\_\_\_\_



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE  
LAZIO

PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**Rev. 00 del  
20/05/2019Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 50 di 55

Il chirurgo mi ha altresì informato/a sulla frequenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come la **chirurgia**, ed in particolare quella eseguita in **urgenza**, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che l'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o-

e che in ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale.

Sono in ogni modo consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propositami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, in ogni modo a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario modificando il programma terapeutico propositami.

Ciò premesso **Dichiaro** di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente. **Dichiaro**, altresì, di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

Quindi, consapevolmente **Accosento** al trattamento chirurgico propositomi, che verrà messo in atto dall'équipe di quest'Unità.

**Autorizzo** inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico propositami e preventivamente concordato.

**Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico. Inoltre, **Accosento** che nel corso di procedure diagnosticate e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy.

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico  
\_\_\_\_\_Firma del/la paziente  
\_\_\_\_\_



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE  
LAZIO**

PDTA  
Cod. Doc.:  
901/PDТА/19/03

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Rev. 00 del  
Pag. 51 di 55

**Allegato 14.3 Consenso informato Radiologia Interventistica**



SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI**



**DIPARTIMENTO PRODOTTI INTERMEDI**

**RADIOLOGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA**  
Direttore Dott. Roberto Cianni

**Medici**

Paolo Agresti  
G. Silvia Giuliani  
Maurizio Morucci  
Stefano Pieri  
Pascale Riu

**CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

da il consenso ad eseguire sulla propria persona la seguente  
procedura.....

Quanto sopra mi e' stato ben illustrato dal dott. ....  
Dichiaro quindi di accettare ogni rischio e le relative conseguenze dell'intervento.

Data.....

Firma leggibile del paziente.....

Firma leggibile dei genitori ( se minore).....

Firma del tutore legale.....

Firma del medico.....

**NB: Il presente documento e' allegato alla cartella clinica**

**Allegato  
14.4**



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE  
LAZIO

PDTA	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI</b>	Rev. 00 del
Cod. Doc.: 901/PDТА/19/03		Pag. 52 di 55

**Allegato 14.4 Consenso Informato Colonscopia**SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE  
LAZIODIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA E MEDICINA SPECIALISTICA  
U.O.C. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
DIAGNOSTICA E OPERATIVA  
DIRETTORE Dr ROBERTO FAGGLIANIScheda Informativa e Consenso Informato alla  
ILEO-COLONSCOPIA

La COLONSCOPIA e' un esame che permette di studiare il tratto digestivo inferiore (retto, colon ed eventualmente ileo distale) per evidenziare/escludere patologie organiche e della possibilita' di eseguire interventi diagnostici e/o curativi nel corso dello stesso esame diagnostico.

**ESECUZIONE DELL'ESAME**

L'esame avviene in posizione sdraiata prevalentemente sul fianco sinistro. Nei casi particolari di ansia o paura di eventuale dolore potrà essere somministrato per via endovenosa un sedativo ed eventualmente un antispastico il cui effetto seppure attenuato può prolungarsi per alcune ore ritardando riflessi ed attenzioni. In questi casi pertanto e' proibito guidare autoveicoli o esercitare attività a rischio per le 12 ore successive. L'esame di per se non è doloroso, ma fastidioso soprattutto per l'aria che viene insufflata. In caso di comparsa di dolori e' sufficiente avvertire il medico o l'infermiere perché modifichino l'esecuzione della procedura. La sua durata e' in genere di 15-20 minuti. Per migliorare la sopportazione della tecnica, vi saranno date dagli operatori delle istruzioni nel corso dell'esame stesso e l'infermiere potrà effettuare massaggi o compressioni sull'addome per facilitare la progressione. Potranno essere effettuate biopsie (assolutamente indoloriti) utili per caratterizzare ulcerazioni o infiammazioni. Pertanto il ricorso alla biopsia non deve essere interpretato come dovuto esclusivamente alla presenza di una malattia grave.

**SEDAZIONE/ANALGESIA**

Acconsento a essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre dolore/fastidio e facilitare l'esecuzione dell'esame e della possibilita' di somministrazione di farmaci antagonisti per ottenere un adeguato risveglio. Sono stato anche informato delle possibili complicanze. Le più frequenti sono le reazioni allergiche ai farmaci utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l'orticaria, problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea, fino a giungere in casi molto rari all'arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0.3/1000) ed in rari casi dolore nel punto di iniezione dei farmaci con infiammazione della vena. Sono stato informato della possibilita' di somministrazione di farmaci antagonisti della sedazione/analgesia per ottenere un adeguato risveglio; sono stato informato inoltre sull'impossibilita' di condurre auto-motoveicoli e sul diritto di osservare condotte che richiedano una particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura.

**EVENTI AVVERSI**

Sono stato informato che la procedura è connessa ad alcuni rari eventi avversi anche gravi:

**COMPLICANZE CARDIOESPIRATORIE:** sono rappresentati da desaturazione, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico, infarto e shock (0.9%)

**EMORRAGIA:** associata in genere a procedure terapeutiche (0.3-6.1%). L'emorragia post-polipectomia rappresenta la complicanza più frequente (1.5%). In circa il 3% dei pazienti si può verificare un sanguinamento tardivo che si può presentare fra i 7 ed i 30 giorni dopo la polipectomia.

Il ricorso alla chirurgia è raro.

**PERFORAZIONE (0,04-1%):** la perforazione in corso di polipectomia pur essendo una complicanza rara, tende ad aumentare quanto più complessa è la manovra terapeutica. Rischio perforazione durante EMR è del 5% durante una ESD è del 5-10%. In presenza di una perforazione il trattamento endoscopico (posizionamento di clip) può essere risolutivo. Qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace o non possibile, è indicato il trattamento chirurgico.

**USTIONE TRANSMURALE (0,003-0,1%):** è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con un quadro di febbre, dolore addominale localizzato e leucocitosi (aumento dei globuli bianchi). Di solito si risolve con terapia conservativa mediante idratazione endovenosa, terapia antibiotica e digiuno fino al termine della sintomatologia.

REPARTO ENDOSCOPIA TEL. 06-5870.3670 FAX 5210

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE  
LAZIO

PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Rev. 00 del

Cod. Doc.:  
901/PDTA/19/03

Pag. 53 di 55

Sono stato informato che la condizione clinica successiva alla procedura potrebbe essere caratterizzata da alcune sequele, in particolare intervento chirurgico d'urgenza e/o emotrasfusione.  
Acconsento che, qualora durante l'esame occorrono condizioni di necessità, il medico, a sua discrezione, possa prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche diverse da quelle previste.

**CONSENSO INFORMATO**

IO SOTTOSCRITTO ..... NATO IL ...../...../.....

RESIDENTE A ..... TEL .....

GENITORE/TUTORE DI .....

MOTIVO DELL'ESAME .....

DICHIARO DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A IN MODO COMPRESIBILE, CHIARO, ESAURIENTE,  
DAL DR ..... DELLA MODALITÀ DI ESECUZIONE DELLA  
ILEO-COLONSCOPIA TRAMITE LETTURA DI QUESTO DOCUMENTO E COLLOQUIO. LA COLONSCOPIA  
PREVEDE L'INTRODUZIONE DI UNO STRUMENTO FLESSIBILE PER EVIDENZIARE/ESCLUDERE PATOLOGIE  
ORGANICHE E DELLA POSSIBILITÀ DI ESEGUIRE INTERVENTI DIAGNOSTICI E/O CURATIVI NEL CORSO  
DELLO STESSO ESAME, QUALI:

- BIOPSIE (Esame Istologico)
- RESEZIONE, POLIPECTOMIA, ABLAZIONE di lesioni
- CONTROLLO EMORRAGIA
- DILATAZIONE STENOSI
- POSIZIONAMENTO PROTESI

**ACCONSENSO**

AL TRATTAMENTO PROPOSTO, COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE, PUR  
POTENDO IN QUALUNQUE MOMENTO, CON DICHIARAZIONE FORMALE E MOTIVATA, MODIFICARE TALE  
DECISIONE;

AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, DOPO ESSERE STATO INFORMATO DELLA VIGENZIA  
NORMATIVA IN MATERIA DI RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI ED IN PARTICOLARE DI QUELLI  
SENSIBILI A CARATTERE SANITARIO E DI AVER PRESO VISIONE DEL D.LGS. 196/2003

DATA, .....

FIRMA DEL PAZIENTE/TUTORE .....

FIRMA DEL MEDICO .....

**NON ACCONSENTO**

A ESEGUIRE L'ESAME ENDOSCOPICO, PUR ESSENDO COSCIENTE E CONSAPEVOLE CHE IL MIO RIFIUTO  
PUÒ ARRECARRE DANNO ALLA MIA SALUTE. PRENDO ATTO CHE SE LE MIE CONDIZIONI DI SALUTE SI  
AGGRAVASSERO, METTENDO IN PERICOLO LA MIA VITA, I SANITARI METTERANNO COMUNQUE IN  
ATTO TUTTI QUEI PROVVEDIMENTI NECESSARI PER FRONTEGGIARE E RISOLVERE TALE SITUAZIONE IN  
OTTEMPERANZA DELLE NORME VIGENTI.

DATA, .....

FIRMA DEL PAZIENTE/TUTORE .....

FIRMA DEL MEDICO .....

REPARTO ENDOSCOPIA TEL. 06.5870.3670 FAX 5210



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE LAZIO

PDTA

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI

Rev. 00 del

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/03

Pag. 54 di 55

Allegato 14.5 Cartella Anestesiologica

Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini - Cartella Anestesiologica

Form for recording anesthesia details, including patient info, procedure, anesthesia type (General, Subarachnoid, Spinal, Local, Sedation), vital signs, and postoperative instructions.

FIRMA

Medico di

data



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE  
LAZIO

PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI**

Rev. 00 del

Cod. Doc.:  
901/PDТА/19/03

Pag. 55 di 55

Orari		%	%	%
NaCl 0,9%				
Ac. Emulsoide				
Ipertonic				
Metoclopramide				
Morfina				
Albi				
Cranioboli				
Catoboli				
Emollienti				
Amorfosio A'				
Legenda				
PS	Pulsatina "Kendallins"			
ST	NaCl 0,9%			
RL	Ringer Lazio			
R	Ringer			
FP	Frambo 5K			
GC	Glyco 2K			
S	Stages			
PI	Plasme			
PP	Plasme			
I	Insolo Anzatico			
U	Uro Acetosa			
M	Mio Intervall			
+	Pac Inerzia			
•	PA X minig			
•	PA D minig			
•	PC - Apam			
	SAO <sub>2</sub> %			
	ETCO <sub>2</sub> mmHg			
	PVC cmH <sub>2</sub> O			
	Temp. °C			
	DIURESI mL			
	PERDITE mL			

MedLife Business Service

ANNOTTAZIONI

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale