



26. RECOMANDĂRI DE BUNĂ PRACTICĂ PENTRU MANAGEMENTUL ÎN URGENȚĂ AL PACIENTULUI CU HEMORAGIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ



Sumarul recomandărilor ghidului național:

1. Se recomandă ca pacienții cu suspiciune de HDS de cauză peptică să fie tratați cu inhibitori IPP în așteptarea endoscopiei. (A)
2. Pacienților prezentați cu HDS, cu antecedente de ciroză hepatică se indică administrarea tratamentului antibiotic, de preferat anterior EDS. (A)
3. După tratamentul endoscopic al pacienților cu HDS variceală, se recomandă tratament vasoactiv (octreotid sau somatostatină în doză mare 3-5 zile). (A)
4. Pacienții cu HDS cu sângerare activă și coagulopatie (INR >1,5 dar <3) ar trebui transfuzati cu PPC. Dacă pacientul este stabil hemodinamic, nu este obligatorie corectarea coagulopatiei înaintea efectuării EDS. La INR >3 se recomandă corectarea (INR<3) anterior EDS. (C)
5. EDS este prima linie de tratament în cazul pacienților cu HDS. În cazul eșecului tratamentului endoscopic, următoarea alegere terapeutică este indicată a fi radiologia intervențională (comparativ cu rezolvarea chirurgicală), acolo unde aceasta este disponibilă. (C)
6. TERLIPRESINA ar trebui administrată anterior confirmării EDS pacienților cu suspiciune de HDS de cauză variceală semnificativă clinic.(A)
7. Autorii sugerează că pentru pacienții cu suspiciune de HDS, evaluarea riscului, la prezentare, să fie făcută utilizând scorul Glasgow-Blatchford, iar ulterior evaluării endoscopice scorul Rockall.
8. Pacienții cu HDS și trombocitopenie severă (sub 50.000) ar trebui să primească masa trombocitară. (C)
9. Pentru majoritatea pacienților cu HDS masivă, fără comorbidități semnificative, se recomandă administrarea materialelor sangvine transfuzabile cu scopul de a menține Hb > 7g/dL. (B)



Tratamentul cu IPP pre-endoscopic:

- Ex: **Omeprazol / Pantoprazol:** 80mg bolus IV urmat de 8mg/h.

Antibioterapia în UPU a pacienților cu ciroză hepatică prezentați pentru HDS:

- Ex: **Norfloxacina:** 400 mg x 2/zi 7 zile
- Ex: **Ciprofloxacina/Ceftriaxona:** 1g/zi în ciroză avansată.

Tratamentul vasoactiv după tratamentul endoscopic al HDS de cauză variceală:

- **Somatostatina:** 250 ug în bolus i.v. urmată de o perfuzie de 250 ug/oră, nu mai puțin de 24 de ore.
- **Octreotide:** 50 ug în bolus i.v. apoi în perfuzie 25-50ug/oră, 1-5 zile
- **Terlipresina:** 2 mg IV la 4 ore 2-5 zile

Terlipresina administrată pacienților cu suspiciune de HDS de cauză variceală anterior confirmării endoscopice.

- **Terlipresina:** 1-2 mg i.v. repetată la 4 și 8 ore după tratamentul inițial. Se întrerupe tratamentul după obținerea hemostazei definitive sau după 5 zile, dacă nu există o altă indicație pentru utilizarea sa.

Glasgow-Blatchford Score			
Marker	Valoare	Puncte	
Uree (mmoli/L)	6,5-7,9	2	
	8-9,9	3	
	10-25	4	
	>25	6	
Hemoglobină (bărbați) (mg/L)	12-12,9	1	
	10-11,9	3	
	<10	6	
Hemoglobină (femei) (mg/L)	10-11,9	1	
	<10	6	
TA sistolică (mmHg)	100-109	1	
	90-99	2	
	<90	3	
Alți markeri:	Puls (b/min)	>100	1
	Melenă	+	1
	Sincopă	+	2
	Boală hepatică	+	2
	Insuficiență cardiacă	+	2

Avertisment: Acest algoritm reprezintă o recomandare de abord al pacientului în urgență, dar nu înlocuiește judecata clinică impusă de specificul fiecărui caz