



Republika e Kosovës

Republika Kosova – Republic of Kosovo

Qeveria – Vlada – Government

Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

MENAXHIMI I GJAKDERDHJEVE AKUTE TË TRAKTIT TË SIPËRM GASTROINTESTINAL TE TË RRITURIT

UDHËRRËFYES KLINIK

Udhërrëfyese Nr 10

PRISHTINË, 2020

Verzioni 1

MENAXHIMI I GJAKDERDHJEVE AKUTE TË TRAKTIT TË SIPËRM GASTROINTESTINAL TE TË RRITURIT

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

1. Prof. Ass. Dr. Valdet Hashani – Kryesues
2. Prof. Dr. Salih Ahmeti – Anëtar
3. Prof. Ass. Dr. Shemsedin Sadiku – Anëtar
4. Prof. Dr. Lul Raka – Anëtar
5. Dr. Albana Morina – Anëtar
6. Dr. Teuta Qilerxhiu – Anëtar
7. Z. Mentor Sadiku – Anëtar
8. Mr. Ph. Furtuna Thaqi – Anëtar
9. Dr. Nora Krasniqi – Anëtar
10. Dr. Faik Shatri – Anëtar
11. Z. Ylli Hoti – Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së hartimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:

1. Prof. Asoc. Dr. Merita Berisha – Kryesuese
2. Prof. Ass. Dr. Shaip Krasniqi – Anëtar
3. Dr. Merita Vuthaj – Anëtar
4. Prof. Ass. Dr. Valbona Zhjeqi – Anëtar
5. Prof. Ass. Dr. Labinot Shahini – Anëtar

Grupi punues:

1. Dr. Sc. Zaim Gashi – Kryesues
2. Prof. Ass. Dr. Argjira Juniku Shkololli – Anëtar
3. Prof. Ass. Dr. Aurora Bakalli – Anëtar
4. Dr. Agreta Gecaj Gashi – Anëtar
5. Dr. Drita Lumi Demiri – Anëtar

Përmbajtja

MENAXHIMI I GJAKDERDHJEVE AKUTE TË TRAKTIT TË SIPËRM GASTROINTESTINAL TE TË RRITURIT.....	4
1. Hyrje	4
2. Qëllimi dhe fokusi.....	5
2.1 Definicioni	5
2.2 Epidemiologjia	5
2.3 Popullata e caktuar	6
2.4 Dedikimi i udhërrëfyesit.....	6
2.5 Pyetjet.....	6
3. Metodologjia dhe procesi i adaptimit	9
4. Rekomandimet.....	13
4.1 ESC Guideline	13
4.1.1 Klasët e rekomandimeve	13
4.1.2 Niveli i evidencave	13
4.2 NICE Guideline	13
4.2.1 Klasët e rekomandimeve	13
4.3 Pyetjet shëndetësore me rekomandime, argumentim dhe nivel të evidencës.....	15
5. Prioritetet kyçe për zbatim.....	31
6. Standardet e auditueshme	32
7. Referencat	33
8. Shtojcat.....	38
8.1 Grupi punues	38
8.2 Grupi i rishqyrtimit të jashtëm.....	38
8.3 Shoqata për të drejtat e pacientëve në Kosovë – PRAK	39
8.4 Shkurtesat	39

MENAXHIMI I GJAKDERDHJEVE AKUTE TË TRAKTIT TË SIPËRM GASTROINTESTINAL TE TË RRRITURIT

1. Hyrje

Udhërrëfyesi “Menaxhimi i gjakderdhjeve akute të traktit të sipërm gastrointestinal te të rriturit” është hartuar që të standardizohet diagnostikimi dhe trajtimi në kujdesin shëndetësor spitalor, në të dy nivelet e kujdesit shëndetësor, atij sekondar dhe terciar.

Përmes këtij standardizimi të bazuar në praktikat më të reja dhe më bashkëkohore, të cilat i gjejmë në udhërrëfyesit kryesorë botërorë, synohet që të përmirësohet kualiteti i kujdesit shëndetësor, ku përfitues do të jenë pacientët me këtë gjendje klinike.

Gjakderdhjet akute të traktit të sipërm gastrointestinal (GI) janë dukuri e shpeshtë në mbarë botën, me incidencë vjetore 40-150 raste për 100 000 banorë, të cilat shpesh shpiejnë në hospitalizime dhe shoqërohen me morbiditet dhe mortalitet sinjifikant, sidomos te të moshuarit. Shkaktarët më të shpeshtë të gjakderdhjeve akute të traktit të sipërm gastrointestinal janë jovarikseale. Këtu përfshihen ulçerat peptike (28-59%), ulçera duodenale (17-37%) dhe ulçera gastrike (11-24%); sëmundjet erozive të mukozës së ezofagut, lukthit dhe duodenit (1-47%); Sindroma Mallory-Weiss, (4-7%); malinjitetet e traktit të sipërm gastrointestinal (2-4%); diagnoza të tjera (2-7%); ose pa identifikim të saktë të shkaktarit (7-25%). Për më tepër, në 16-20% të rasteve të gjakderdhjeve akute të traktit të sipërm gastrointestinal, mund të identifikohen më shumë se një diagnozë endoskopike si shkaktar i gjakderdhjes.

2. Qëllimi dhe fokusi

Qëllimi i adaptimit të këtij udhërrëfyesi është prezentimi i rekomandimeve botërore, bashkëkohore të diagnostikimit dhe trajtimit të gjakderdhjeve akute të sipërme gastrointestinale për profesionistët e kujdesit shëndetësor spitalor- dytësor dhe tretësor, ku edhe trajtohet kjo gjendje klinike.

Fokus i udhërrëfyesit janë pacientët me gjakderdhje akute të traktit të sipërm GI të të cilët synohet diagnostikimi sa më i shpejtë, ulja e komplikimeve dhe e mortalitetit të këta të sëmurë.

Udhërrëfyeni parashihet të përdoret nga profesionistët shëndetësorë në nivelin lokal dhe nacional.

2.1 Definicioni

Gjakderdhja e sipërme gastrointestinale definohet si gjakderdhje intraluminale, proksimalisht nga ligamenti Treitz. Manifestimet mund të radhiten nga ato të lehta dhe asimptomatike, deri të gjakderdhja masive, kërcënuese për jetën.

2.2 Epidemiologjia

Sa i përket të dhënave epidemiologjike në nivel vendi, për shkak të mungesës të Sistemit Informativ Shëndetësor si dhe për shkakun që gjakderdhja e sipërme gastrointestinale pothuaj në 20 % të rasteve, nuk e ka vetëm një shkaktar por ka më shumë se një diagnozë endoskopike si shkaktar i gjakderdhjes, nuk mund të japim të dhëna të sakta rreth incidencës dhe prevalencës për këtë gjendje klinike. Gjatë komunikimit me profesionistë të Shëndetit Publik nga IKSHP rreth të dhënave epidemiologjike në nivel vendi, jemi pajtuar që në mungesë SISH t'i përdorim të dhënat e Klinikës së Gastroenterologjisë si të dhëna shumë të sakta.

Vetëm në periudhën tetë mujore, gjatë vitit 2019, në Klinikën e Gastroenterologjisë me Hepatologji- QKUK, kanë qenë të hospitalizuar 636 pacientë, prej të cilëve 165 (25.94%) ishin të sëmurë me gjakderdhje të sipërme gastrointestinale. Moshë mesatare e të sëmurëve me gjakderdhje të sipërme gastrointestinale ishte 50 vjeçare, ndërsa kanë dominuar lehtë gjinia mashkullore (52.1%). Nga këta të sëmurë 40% paraprakishtë kanë qenë me terapi antiagreguese/antikoagulantë, ndërsa 12.7% kanë qenë me terapi anti-inflamatore josteroide.

2.3 Popullata e cakt

Popullatë e cakt në këtë udhërrëfyes janë pacientët e rritur me gjakderdhje akute të traktit të sipërm gastrointestinal.

2.4 Dedikimi i udhërrëfyesit

Audiençë e cakt për këtë udhërrëfyes janë profesionistët dhe institucionet e kujdesit shëndetësor të të gjitha niveleve e në veçanti, udhërrëfyesi u dedikohet profesionistëve shëndetësor të kujdesit spitalor - dytësor dhe tretësor, ku trajtohen pacientët me gjakderdhje akute të sipërme GI.

Gjithashtu ky udhërrëfyes, si audiençë ka edhe politikëbërësit, menaxherët e institucioneve shëndetësore, drejtuesit e Departamentit Farmaceutik në MSH, të cilët janë drejtëpërdrejtë përgjegjës për sigurimin e aparaturës dhe medikamenteve për menaxhimin e kësaj gjendje klinike.

Udhërrëfyesi do të jetë i qasshëm për të gjithë profesionistët shëndetësorë të niveleve të tjera të kujdesit shëndetësor, për pacientët, kujdestarët e pacientëve me qëllim që të informohen sa më mirë për këtë gjendje klinike dhe t'u mundësohet të marrin vendime, duke qenë mirë të informuar për gjendjen e tyre shëndetësore.

2.5 Pyetjet

1. Ky udhërrëfyes përmbanë 18 pyetje shëndetësore që kanë të bëjnë me terapinë medikamentoze, kohën e endoskopisë, vlerësimin e gjendjes urgjente, metodat tjera të intervenimit, parandalimin dhe informimin e pacientëve.
2. Më poshtë janë të renditura pyetjet shëndetësore të cilat gjatë procesit të adaptimit të udhërrëfyesit janë diskutuar si nga vet grupi i adaptimit, ashtu edhe nga grupi i rishqyrtimit të jashtëm.
3. A janë IPP më të efektshëm se sa H2-blokatorët ose placebo, për të përmirësuar rezultatet klinike sa i përket mortalitetit, rrezikut për rishfaqje të gjakderdhjes, ditëve të hospitalizimit dhe cilësisë së jetesës tek pacientët që prezentojnë me gjakderdhje të sipërme GI, me gjasë jovarikseale, para dhe pas ekzaminimit endoskopik?
4. Te pacientët me gjakderdhje gastrointestinale, a ekziston një sistem pikëzimi për t'i identifikuar pacientët me rrezik të lartë, të cilët kanë nevojë për ndërhyrje të

menjëhershme, si dhe pacientët me rrezik të ulët, të cilët mund të lirohen në mënyrë të sigurt?

5. Te pacientët me gjakderdhje gastrointestinale, a i përmirëson rezultatet endoskopia e realizuar brenda 12 orëve nga pranimi, në krahasim me endoskopinë e realizuar në intervalin kohor 12-24 orë apo më gjatë, sa i përket kohëzgjatjes së hospitalizimit, rrezikut të rigjakderdhjes dhe/apo vdekshmërisë?
6. Te pacientët me gjakderdhje GI të sipërme varikseale të konfirmuar, pas trajtimit endoskopik, për sa kohë duhet dhënë terapia farmakologjike (oktreotidi), për të përmirësuar rezultatet, në kuptim të efikasitetit klinik?
7. A duhet të bëhet vlerësimi i menjëhershëm i gjendjes së përgjithshme (sipas ABCDE) dhe statusit hemodinamik dhe kur duhet të fillohet mbushja me lëngje të këta pacientë?
8. Kur duhet aplikuar gjakun dhe produktet e tij dhe cila duhet të jetë hemoglobina e synuar?
9. A duhet të bëhet në mënyrë rutinore aspirimi/lavazha nazo apo orogastrike?
10. A duhet të bëhet intubimi endotraheal te të gjithë pacientët para endoskopisë?
11. Për pacientët kritik në Njësinë e Kujdesit Intenziv, a janë IPP apo H2 bllokatorët klinikisht më efektiv në krahasim me placebo, ose me njëri-tjetrin, në parandalimin e gjakderdhjes së traktit të sipërm gastrointestinal?
12. Te të sëmurët me gjakderdhje të sipërme gastrointestinale, pas trajtimit të parë endoskopik, a duhet bërë në mënyrë rutinore endoskopia e përsëritur apo përcjellja klinike?
13. Te të sëmurët me rigjakderdhje pas trajtimit të parë endoskopik, a është klinikisht më efektive në ndaljen e gjakderdhjes, përsëritja e endoskopisë, metodat kirurgjike ose embolizimi/angjiografia? Ndërsa, nëse dështon trajtimi definitiv endoskopik, a është klinikisht më efektive në ndaljen e gjakderdhjes, embolizimi/angjiografia apo metodat kirurgjike?
14. Te të sëmurët me varikse ezofageale të konfirmuara, a është superiore band ligatura ndaj skleroterapisë injektuese në kuptim të rigjakderdhjeve dhe vdekjeve?
15. Te të sëmurët me gjakderdhje variceale gastrike të konfirmuara, cili trajtim fillestar (injektimi endoskopik i ngjitësit ose trombinës dhe/ose shunti intrahepatik portosistemik- *TIPS*) është klinikisht më efektiv për të përmirësuar rezultatet?

16. Te të sëmurët me gjakderdhje të traktit të sipërm gastrointestinal të cilët janë duke marrë terapi antiagreguese (njëfishtë apo dyfishtë), barna anti-inflamatore josteroide, në bazë të fakteve në dispozicion, a do të jetë prognoza më e mirë nëse ndërpriten apo vazhdoen këto barna?
17. Duke pasë parasysh se për shkak të terapisë te të sëmurët me sëmundje iskemike dhe me intervenime perkutane koronare (PCI) janë të shpeshta gjakderdhjet gastrointestinale, a duhet të jipet në mënyrë rutinore terapia për profilaksë nga gjakderdhjet gastrointestinale?
18. Te të sëmurët me gjakderdhje të sipërme gastrointestinale a janë kombinimet e trajtimit endoskopik klinikisht më efektive se sa vetëm injektimi i adrenalinsë?
19. Te pacientët me gjakderdhje të mundshme varikseale gjatë trajtimit fillestar, a janë antibiotikët më të mirë se placebo për përmirësimin e rezultateve (në kuptim të mortalitetit, rigjakderdhjes, kohëzgjatjes së hospitalizimit, shkallës së infeksionit)?
20. Cilat informata janë të nevojshme për pacientët dhe kujdestarët e pacientëve me gjakderdhje akute të traktit të sipërm gastrointestinal , sa i përket gjendjes klinike ekzistuese, komplikimeve dhe parandalimit?

3. Metodologjia dhe procesi i adaptimit

Grupi për adaptimin e Udhërrëfyesit (GAU), si grup multidisiplinar, është përbërë nga 5 anëtarë të emëruar nga Ministria e Shëndetësisë – Republika e Kosovës (shih shtojca 1).

Anëtarët paraprakisht janë trajnuar për metodologji të hartimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve të organizuar nga MSH.

Me rekomandim të Ministrisë së Shëndetësisë, të gjithë anëtarët e përzgjedhur për adaptimin e udhërrëfyesit kanë qenë të obliguar të deklarohen rreth konfliktit të interesit si dhe ta nënshkruajnë deklaratën e konfliktit të interesit.

Procesi i hartimit dhe zbatimi i Udhërrëfyesit mbështetet nga Ministria e Shëndetësisë.

Sa i përket materialeve të shqyrtuara nga anëtarët e GAU, gjatë punës për adaptimin e Udhërrëfyesit për gjakderdhjet akute të traktit të sipërm gastrointestinal, janë shqyrtuar: udhëzues, doracak, punime shkencore dhe udhërrëfyes global me rekomandime dhe nivel të lartë të evidencës.

Kërkimet e grupit, sa i përket hulumtimit të literaturës në veçanti, janë fokusuar në udhërrëfyesit: NICE, ESC dhe ESGE, si dhe udhërrëfyes tjerë të publikuar dhe përditësuar në 5 vitet e fundit. Të gjitha kërkimet për t'u përcaktuar për udhërrëfyesin më të përshtatshëm për t'u adaptuar dhe praktikuar në praktikën tonë punuese të përditshme janë kryer në gjuhën angleze. Fjalët kyçe gjatë kërkimit kanë qenë: Gastrointestinal bleeding (gjakderdhje gastrointestinale), clinical practical guideline (udhërrëfyesi praktik klinik), guidance of GI bleeding (udhëzuesit e gjakderdhjes gastrointestinale) etj.

Kriter kryesorë për t'u përcaktuar për adaptimin e njërit nga këta udhërrëfyes ishin pyetjet shëndetësore më të aplikueshme në praktikën tonë klinike. Aplikueshmërinë e pyetjeve klinike e kemi testuar përmes formatit PIKO me ç'rast kanë rezultuar edhe pyetjet të cilat janë më të aplikueshme në praktikën tonë të përditshme.

Pas përcaktimit për pyetjet më të rëndësishme dhe rekomandimet më të aplikueshme, jemi përcaktuar për adaptimin e 3 udhërrëfyesve:

1. Udhërrëfyesi i NICE -National Institute for Health and Clinical Excellence, UK (NICE): Acute upper gastrointestinal bleeding, NICE 2012 (i përditësuar në Gusht 2016).

2. Udhërrëfytes i ESGE-European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE): Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage, ESGE 2015.
3. Udhërrëfytes i ESC –European Society of Cardiology: Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation, ESC 2017.

Në fazën e shqyrtimit të literatures, secili anëtarë i grupit punues është fokusuar në udhërrëfytesit të cilët i kanë trajtuar pyetjet klinike të cilat janë të aplikueshme në praktikën tonë klinike ku është marrë parasysh përgaditja profesionale e profesionistëve tanë, infrastruktura, mjetet e punës dhe mundësitë për furnizim të qëndrueshëm.

Numri mjaftë i madh i pyetjeve klinike - 18 pyetje , tregon për një kërkim shkencor këmbëngulës në tre udhërrëfytes të Instituteve dhe Shoqatave shumë kredibile botërore, për t'i identifikuar pyetjet klinike, nga të cilat pastaj derivojnë përgjigjet dhe rekomandimet të cilat profesionistët tanë mund t'i aplikojnë në praktikën e përditshme klinike. Këto 18 pyetje klinike me përgjigjet dhe rekomandimet e dalura, do ta lehtësojnë punën e profesionistëve shëndetësore si dhe do të ndikojnë në uljen e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së pacientëve me këtë gjendje klinike. Gjithashtu gjatë kërkimit nëpër udhërrëfytesit e lartpërmendur, kemi vlerësuar cilësinë e udhërrëfytesit të cilin e kemi marrë për adaptim, e sidomos aktualitetin (viti i botimit).

Në fazën përgatitore të procesit, i kemi ndarë detyrat sipas prioriteteve dhe përgaditjes profesionale të secilit anëtar të grupit.

Gjatë gjithë procesit të adaptimit të Udhërrëfytesit jemi udhëhequr nga pakoja e instrumenteve:

- “Adaptimi i udhërrëfytesit - Pakoja e instrumenteve”, përgatitur nga ADAPTE Collaboration 2009 (www.adapte.org/Version 2.0), dhe
- Instrumentin AGREE - Appraisal of Guidelines for Research & evaluation Collaboration (www.agreecollaboration.org , November 2009).

Sa i përket mënyrës së konsensusit mes anëtarëve të GAU, pasi i kemi shtruar dhe shqyrtuar rekomandimet të cilat kanë qenë diskutabile, përmes argumentimit të çështjeve të bazuara në evidenca jemi pajtuar për të vazhduar me procesin e adaptimit. Pas pajtimit të anëtarëve të GAU, vendimi përfundimtar është marrë nga kryesuesi i grupit.

Drafti i parafundit i Udhërrëfytesit i është nënshtruar edhe rishqyrtimit të jashtëm me qëllim që të merren rekomandimet e profesionistëve tjerë, jashtë GAU. Grupi i rishqyrtimit të

jashtëm kolegial është përbërë nga një radiolog, gastroenterolog, kardiolog, anesteziolog, kirurg abdominal (shih shtojca 2).

Në këtë takim u shqyrtuan të gjitha pyetjet klinike të cilat janë përzgjedhur për adaptim. Specialistët e fushës, të cilët ishin në këtë rishqyrtim të jashtëm, u pajtuan për përzgjedhjen e pyetjeve klinike dhe i shtuan sugjerimet e tyre, të cilat Grupi për Adaptim i mirëpriti dhe i inkorporoi në draftin final të udhërrëfyesit.

Ndër sugjerimet e rishqyrtimit të jashtëm ishte edhe, sugjerimi që të pyetja e pestë në këtë draft të shtohet edhe Shock Indeksi, që ka të bëjë me stabilizimin hemodinamik tek pacientët me gjakderdhje akute të traktit të sipërm GI.

Një pyetje tjetër, e cila zgjoi interes dhe Grupi për Adaptim, dhe që kishte nevojë për mendimin e specialistëve të fushës, ishte pyetja e 13-të, rreth ofrimit të Shuntit Intrahepatik Portosistemik si trajtim i vijës së parë dhe të dytë - metoda TIPS. Specialistët e fushës rekomanduan që metoda TIPS, mund të realizohet në nivelin tretësor, por paraprakisht nevojitet trajnim për radiologji intervente, si dhe nevojiten mjete për realizimin e metodës. Nga ky takim rezultoi edhe propozimi që materiali për TIPS të futet në Listën e Barnave Esenciale, në afat sa më të shkurtë kohor. Sa i përket nivelit shëndetësor se ku mund të realizohet kjo metodë, grupi u pajtua që shërbimet e nivelit dytësor për këtë metodë mund t'i referojnë rastet në nivelin tretësor për shkak të specifikave të metodës. Grupi për adaptim dhe grupi i rishqyrtimit të jashtëm, u pajtuan që rekomandimi për metodën TIPS, i cili del nga kjo pyetje shëndetësore, të lihet si mundësi e intervenimit sepse, studimet të cilat edhe janë paraqitur te argumentimi i rekomandimit për këtë pyetje, sugjerojnë për mundësi të uljes së mortalitetit në rast të aplikimit të hershëm të TIPS.

Pas rishqyrtimit të jashtëm, grupi për adaptim e bëri përmbledhjen e rekomandimeve të dalura nga ky takim. Një sugjerim me rëndësi ishte edhe sugjerimi i grupit të jashtëm dhe grupit për adaptim që të standardizohen termet profesionale, siç janë termet: stabilizim hemodinamik, rigjakderdhje etj.

Në procesin e rishqyrtimit të jashtëm është përfshirë edhe Shoqata për të Drejta të Pacientit (PRAK), me ç'rast janë dhënë rekomandime rreth përfshirjes së pacientëve dhe kujdestarëve të tyre në vendimarrje për gjendjen e tyre shëndetësore (shih shtojca 3). Shoqata për të Drejta të pacientit ka shprehur konsideratë të lartë për faktin që ky udhërrëfyes i është dedikuar jo vetëm profesionistëve por mund të kenë qasje edhe pacientët dhe familjarët apo kujdestarët e tyre në mënyrë që të marrin vendime së bashku me profesionistët shëndetësor pasi të jenë mirë të informuar.

Udhërrëfyeni gjithashtu ishte në dispozicion në web faqen e MSH për një muaj, ku ishte e hapur mundësia për të pranuar pyetje apo sugjerime edhe nga profesionistët e tjerë që nuk kanë qenë të përfshirë në proces.

Sa i përket përditësimit të udhërrëfyesit , grupi do t'i përcjellë gjatë gjithë kohës revidimet e tre udhërrëfyesve, të cilët janë marrë për adaptim dhe në intervalin prej 3 vitesh, do t'i shtoj rekomandimet e reja në mënyrë që profesionistët shëndetësor të informohen me risitë e fundit sa i përket kësaj gjendje klinike. Nëse paraqiten evidenca të reja në periudhën para 3 vitesh, grupi do të kujdeset që ta bëjë përditësimin e udhërrëfyesit me këto evidenca.

4. Rekomandimet

4.1 ESC Guideline

4.1.1 Klasët e rekomandimeve

Klasët e rekomandimeve	Definicioni	Fjalori që preferohet
Klasa I	Evidenca (fakte) dhe/ose pajtimi i gjithëmbarshtëm se trajtimi apo procedura e caktuar është përfituese, e dobishme dhe efektive.	Rekomandohet/indikohet
Klasa II	Evidenca mos pajtuese dhe/ose divergjencë të pikëpamjeve lidhur me dobinë/efikasitetin e trajtimit ose procedurës së caktuar.	
KlasaIIa	Pesha e evidencave është në favor të dobisë/efikasitetit.	Duhet të konsiderohet
KlasaIIb	Dobia/efikasiteti është më dobët bazuar në evidencë/pikëpamje.	Mund të konsiderohet
Klasa III	Evidenca ose pajtimi i gjithëmbarshtëm se trajtimi apo procedura e caktuar nuk është e dobishme/efikase dhe në disa raste mund të jetë e dëmshme.	Nuk rekomandohet

4.1.2 Niveli i evidencave

Niveli i evidences A	Të dhënat e derivuara nga shumë hulumtime klinike të randomizuara ose nga meta-analizat.
Niveli i evidencës B	Të dhënat e derivuara nga një hulumtim klinik i randomizuar ose studime të gjëra të pa randomizuara.
Niveli i evidencës C	Konsensus i pikëpamjeve të ekspertëve dhe/ose studime të vogla, studime retrospektive.

4.2 NICE Guideline

4.2.1 Klasët e rekomandimeve

Gradimi i Vlerësimit të Rekomandimeve, Zhvillimi dhe Evaluimi: GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

Tabela 1: Përshkrimi i elementeve kualitative në GRADE për studimet intervente

Elementi kualitativ	Përshkrimi
Kufizimet	Kufizimet në dizajnimin dhe implementimin e studimit mund të japin bias në vlerësimin e efekteve të trajtimit. Kufizimet e mëdha në një studim zvogëlojnë besueshmërinë në vlerësimin e efektit.
Inkonsistenca	Inkonsistenca i referohet heterogjenitetit të pashpjeguar të rezultateve.
Indirektësia	Indirektësia i referohet dallimeve në mostrën (popullatën) e studimit, intervenim, krahasues, rezultate në mes të evidencave në dispozicion dhe pyetjes së parashtruar, ose rekomandimit të dhënë.
Jopreciziteti	Rezultatet janë jo precize kur studimet përfshijnë numër relativisht të vogël të të sëmurëve apo sëmundjeve, prandaj kanë interval të konfidencës relativisht të gjërë lidhur me efektin e vlerësuar karshi pragut klinikisht të rëndësishëm të paracaktuar.
Bias i publikimit	Biasi i publikimit është në vlerësim ose mbivlerësim sistematik i efektit të dobishëm apo të dëmshëm si rezultat i publikimit selektiv të studimit.

Tabela 2: Nivelet e elementeve kualitative në nivelin e përshkrimit GRADE

Niveli	Përshkrimi
Asnjë	Nuk ka çështje serioze me evidencat
Serioz	Çështjet janë mjaft serioze për të zvogëluar rezultatin e evidencës për një nivel
Shumë serioz	Çështjet janë mjaft serioze për të zvogëluar rezultatin e evidencës për dy nivele

Tabela 3: Kualiteti i gjithmbarshëm i rezultatit të evidencave në GRADE

Niveli	Përshkrimi
I lartë	Hulumtimet e mëtejme kanë shumë pak gjasa për të ndryshuar besueshmërinë për efektin e vlerësuar
Mesatar	Hulumtimet e mëtejme kanë gjasa të kenë ndikim të rëndësishëm në besueshmërinë përefektin e vlerësuar dhe mund të ndryshojnë vlerësimin
I ulët	Hulumtimet e mëtejme ka shumë gjasa të kenë ndikim të rëndësishëm në besueshmërinë për efektin e vlerësuar dhe ka gjasa të ndryshojnë vlerësimin
Shumë i ulët	Çfarëdo vlerësimi i efektit është shumë i pasigurt

Gradimi i kualitetit të evidencave klinike, pasi të nxjerren rezultatet, bëhet vlerësimi i kualitetit të gjithmbarshëm të evidencave.

Procedurat në vijim përshtaten gjatë vlerësimit me GRADE:

- Rangimi kualitativ përcaktohet në bazë të dizajnit të studimit. Hulumtimet e randomizuara të kontrolluara rangohen fillimisht LARTË, studimet observuese si ULËT, prezantimi serik i rasteve i pakontrolluar si ULËT apo SHUMË ULËT.
- Rangimi pastaj ulet për kriteret specifike: kufizimet e studimit, inkonsistenca, indirektësia, jopreciziteti dhe biasi i raportuar. Kriteret janë detajuar më poshtë. Studimet observuese ngriten nëse ka: efekt të gjërë, gradient dozë-reagim, etj. Secili element që konsiderohet me rrezikshmëri për bias “serioz” ose “shumë serioz” rangohet më poshtë për 1, respektivisht 2 pikë.
- Pikët për ngritje/ulje të rangimit mblidhen dhe kështu fitohet rangimi i përgjithshëm. P.sh. të gjitha hulumtimet e kontrolluara të randomizuara fillojnë si kualitet i LARTË, por kualiteti i përgjithshëm bëhet MESATAR, I ULËT apo SHUMË I ULËT nëse zvogëlohen për 1, 2 ose 3 pikë.

4.3 Pyetjet shëndetësore me rekomandime, argumentim dhe nivel të evidencës

Pyetja 1: A janë IPP më të efektshëm se sa H2-blokatorët ose placebo për të përmirësuar rezultatet klinike, sa i përket mortalitetit, rrezikut për rishfaqje të gjakderdhjes, ditëve të hospitalizimit dhe cilësisë së jetesës, në pacientët që paraqiten me gjakderdhje të sipërme GI, sipas gjasës - jovarikseale, para dhe pas ekzaminimit endoskopik?

Rekomandimet: Të mos jipen medikamente supresore të aciditetit (IPP ose H2-blokatorë) para endoskopisë, te gjakderdhja e dyshuar jovarikseale e traktit të sipërm gastrointestinal, kur kemi të bëjmë me pacientë të cilët është e realizueshme gastroskopia urgjente.

Argumentimi: Kur është fjala për dhënien e PPI, në mënyrë specifike në kuadër të përdorimit rutinor para endoskopisë, te pacientët me gjakderdhje të dyshuar jovarikseale, nuk ka të dhëna me sinjifikancë statistikore apo të dhëna nga hulumtimet klinike se terapia suprimuese e aciditetit sjellë përfitime në raport me cilindo parametër (rezultat). Pas sqarimit të diagnozës endoskopike, faktet tregojnë se ka përfitim nga dhënia e IPP, në krahasim me placebo. Përfitimet janë parë në të gjithë parametrat (rezultatet), përveç mortalitetit, ku kishte trend në favor të IPP-ve, por pa sinjifikancë statistikore. IPP

gjithashtu janë dëshmuar superiorë ndaj H2-blokatorëve, në kuptim të rishfaqjes së gjakderdhjes, nevojës për intervenimeve kirurgjike dhe kohëzgjatjes së hospitalizimit, por jo sa i përket mortalitetit dhe nevojës për transfuzione të gjakut.

Niveli i evidencës: Mesatare sipas GRADE

Pyetja 2: Te pacientët me gjakderdhje gastrointestinale, a ekziston një sistem pikëzimi për t'i identifikuar pacientët me rrezik të lartë - të cilët kanë nevojë për ndërhyrje të menjëhershme, si dhe pacientët me rrezik të ulët – të cilët mund të lirohen në mënyrë të sigurt?

Rekomandimet: Përdorni sistemet e poshtëshënuara pikëzuese të vlerësimit të rrezikut për të gjithë pacientët me gjakderdhje gastrointestinale akute:

- Sistemin Blatchford gjatë vlerësimit fillestar
- Sistemin Rockall komplet, pas endoskopisë
- Sistemin AIMS65

Merrni parasysh lëshimin e hershëm të pacientëve me 0 pikë, sipas pikëzimit Blatchford para endoskopisë.

Tabela 1. Sistemi i pikëzimit Rockall klinik (para endoskopisë) dhe komplet (pas endoskopisë)

Variablat	Pikët			
	0	1	2	3
Mosha	< 60	60-79	≥ 80	
Gjendja shok	“Pa gjendje shoku”, TA sistolik ≥ 100, Pulsi < 100	“Takikardi”, TA sistolik ≥ 100, Pulsi ≥ 100	“Hipotension”, TA sistolik < 100	
Sëmundjet bashkëshoqëruese	Pa sëmundje bashkëshoqëruese madhore		Insuficiencë e zemrës, sëmundje iskemike e zemrës, çfarëdo sëmundje madhore bashkëshoqëruese	Insuficiencë e veshkave, insuficiencë e mëlçisë, malinjitet i përhapur
Diagnoza	Sy. Mallory-Weiss			
Shenja të gjakderdhjes së tanishme	Pa gjakderdhje ose vetëm pika të errëta		Prani e gjakut në traktin e sipërm GI, koagul i ngjitur, enë gjaku e dukshme apo sprucuese	

Sistemi i pikëzimit Rockall rangohet nga 0 deri 11 pikë: ≤2 pikë – rrezik i ulët për rigjakderdhje dhe vdekje, 3-7 pikë – rrezik mesatar, ≥8 – rrezik i lartë.

Tabela 2. Sistemi i pikëzimit Blatchford

Markuesi i rrezikut në pranim	Vlera e komponentes së pikëzimit
Urea në gjak	
▪ $\geq 6.5 < 8.0$	2
▪ $\geq 8.0 < 10.0$	3
▪ $\geq 10.0 < 25$	4
▪ ≥ 25	6
Hemoglobina (g/L) te meshkujt	
▪ $\geq 120 < 130$	1
▪ $\geq 100 < 120$	3
▪ < 100	6
Hemoglobina (g/L) te femrat	
▪ $\geq 100 < 120$	1
▪ < 100	6
Tensioni arterial sistolik (mm Hg)	
▪ 100-109	1
▪ 90-99	2
▪ < 90	3
Markuesit e tjerë	
▪ Pulsi ≥ 100 (në minute)	1
▪ Paraqitja me melenë	1
▪ Paraqitja me sinkopë	2
▪ Sëmundja e mëlçisë	2
▪ Insuficienca e zemrës	2

Sistemi i pikëzimit Blatchford rangohet nga 0-23 pikë: 0 pikë identifikojnë pacientët me rrezik të ulët, me vlerë parashikuese 100% negative për rigjakderdhje, pikët ≥ 1 identifikojnë pacientët me rrezik të lartë, ndërkaq pikët ≥ 6 indikojnë rekomandimin për ndërhyrje si transfuzioni i gjakut apo endoskopia.

Tabela 3. Sistemi i pikëzimit AIMS 65

Albuminat < 3 g/dL (30 g/L)	Jo: 0	Po: +1
INR > 1.5	Jo: 0	Po: +1
Ndryshimet e statusit mental	Jo: 0	Po: +1
TAs ≤ 90 mmHg	Jo: 0	Po: +1
Mosha ≥ 65 vjet	Jo: 0	Po: +1

Pikëzimi AIMS65 ≥ 2 parashikon vdekshmëri të lartë spitalore, dhënien e transfuzioneve të gjakut, pranimin në Njësinë e Kujdesit Intenziv, si dhe zgjatjen e ditëve të hospitalizimit dhe qëndrimit në Njësinë e Kujdesit Intenziv.

Argumentimi: Rezultatet janë analizuar në aspekt të vdekshmërisë, rigjakderdhjes dhe nevojës për ndërhyrje kirurgjikale. Mundësia që sistemi i pikëzimit të parashikojë vdekshmërinë dhe rigjakderdhjen është konsideruar prioritare. Është e rëndësishme të ceket se sistemet pikëzuese që janë në dispozicion nuk janë krijuar me qëllim që t'i parashikojnë të dyja këto rezultate (parametra).

Rezultatet tregojnë se ekziston zgjedhja e parë në mes sistemeve të pikëzimit Blatchford dhe Rockall: këto të dyja janë përzgjedhur më gjerësisht se sa sistemet e tjera dhe janë aplikuar me sukses. Në studimet që kemi në dispozicion, pikëzimi Blatchford është treguar parashikues më i mirë i rigjakderdhjes dhe i ngjashëm me pikëzimin Rockall në parashikimin e vdekshmërisë, ndërkaq AIMS65 përdoret kryesisht për parashikimin e vdekshmërisë.

Niveli i evidencës: I ulët

Pyetja 3: *Te pacientët me gjakderdhje gastrointestinale, a i përmirëson rezultatet endoskopia e realizuar brenda 12 orëve nga pranimi, në krahasim me atë 12-24 orë apo më gjatë, në kuptim të kohëzgjatjes së hospitalizimit, rrezikut të rigjakderdhjes dhe apo vdekshmërisë?*

Rekomandimet:

- Të mundësohet endoskopia për pacientët jostabilë, me gjakderdhje të rëndë akute të sipërme gastrointestinal, menjëherë pas stabilizimit hemodinamik.
- Të mundësohet endoskopia brenda 24 orëve nga pranimi për të gjithë pacientët e tjerë, me gjakderdhje të sipërme gastrointestinale.

Argumentimi: Ekzaminimi endoskopik brenda 24 orëve te pacientët stabilë mundëson ndërhyrjen e hershme, si dhe në rastet kur është e mundur, lëshimin e hershëm të pacientit nga spitali dhe uljen e kohëzgjatjes së hospitalizimit. Hulumtimet klinike që janë në dispozicion nuk kanë dëshmuar ndonjë dallim sinjifikant të qëndrueshëm në mes strategjive të ndryshme lidhur me kohën e kryerjes së endoskopisë (në 12 apo 24 orët e para).

Niveli i evidences: Shumë i ulët.

Pyetja 4: Te pacientët me gjakderdhje GI të sipërme varikseale të konfirmuar, pas trajtimit endoskopik, për sa kohë duhet të administrohet terapia farmakologjike (oktreotidi), për të përmirësuar rezultatet, ne kuptim të efikasitetit klinik?

Rekomandimi: Të ndërpritet trajtimi farmakologjik pasi që është arritur hemostaza definitive, ose pas 5 ditësh, përveç nëse ka indikacion tjetër për përdorimin e saj.

Argumentimi: Përmbledhja e karakteristikave të produktit për oktreotidin informon se, terapia me këtë medikament duhet të jepet për 2-5 ditë. Të dhënat klinike që krahasojnë terlipresinën me okterotidin, përgjithësisht kanë shfaqur trende josingjifikante në dobi të oktreotidit, si dhe rezultat sinjifikant në favor të oktreotidit për efikasitet të hemostazës fillestare. Megjithatë, është vërejtur se shkalla e dështimit të hemostazës me terlipresinën që është hasur gjatë këtij krahasimi kundrejt oktreotidit, ishte dukshëm më e lartë se sa ajo e konstatuar me barna në hulumtime kundrejt placebos apo kundrejt somatostatinit.

Niveli i evidencës: I ulët

Pyetja 5: A duhet të bëhet vlerësimi i menjëhershëm i gjendjes së përgjithshme (sipas ABCDE) dhe statusit hemodinamik dhe kur duhet të fillohet mbushja me lëngje te këta pacientë?

Rekomandimi:

- Të bëhet vlerësimi i menjëhershëm i gjendjes së përgjithshme (sipas ABCDE) dhe statusit hemodinamik te pacientët me gjakderdhje akute të traktit të sipërm gastrointestinal.
- Nëse ekziston paqëndrueshmëria hemodinamike, të fillohet menjëherë me mbushje të shtratit vazal me lëngje, fillimisht me kristaloide e pastaj sipas vlerësimit edhe me koloide.

Rekomandim i fortë, nivel i evidencë me cilësi të moderuar sipas GRADE.

Argumentimi: Ekzaminimi fizik është përbërësi kryesor i vlerësimit të qëndrueshmërisë hemodinamike. Shenjat e hipovolemisë janë:

- Hipovolemia e lehtë deri në mesatare (më pak se 15 % e vëllimit të gjakut të humbur): Tahikardia në gjendje të qetësisë.
- Humbja e vëllimit të gjakut prej të paktën 15 %: Hipotensioni ortostatik (rënie e presionit sistolik më shumë se 20 mmHg dhe / ose rritje e rrahjeve të zemrës për 20 rrahje/ minutë kur kalon nga qëndrimi i shtrirë në këmbë).

- Humbja e vëllimit të gjakut të paktën 40 %: Hipotension edhe kur pacienti është i shtrirë.

Identifikimi sa më i hershëm i pacientit në gjendje shock-u është elementi kyç në fillimin e trajtimit adekuat të pacientit me gjakderdhje akute të traktit të sipërm gastrointestinal.

Shock-u mund të paralajmërohet edhe nga ndryshimet e shenjave tjera jetësore ose nga rritja e nivelit të laktateve në gjak. Efektet e shock-ut janë fillimisht të kthyeshme, por nëse nuk korigjohen, shumë shpejtë mund të bëhen të pakthyeshme, duke rezultuar në dështim të shumë - organeve (Multi-Organ Failure-MOF) dhe vdekje. Kështu, kur një pacient paraqitet me hipotension të padiferencuar, është e rëndësishme që klinicisti të identifikojë me shpejtësi etiologjinë, në mënyrë që të mund të administrohet terapi e përshtatshme për të parandaluar MOF dhe vdekjen.

Shock indexi është indikator shumë sensitiv edhe te gjakderdhjet akute, i cili llogaritet si herësi i frekuencës kardiake me presionin sistolik (Pulsi/TA sistolik) të gjakut, dhe ofron një vlerësim të integruar të statusit kardiovaskular. Mund të llogaritet lehtë gjatë vlerësimit fillestar të pacientëve dhe gjatë trajtimit të tyre. Vlerat normale të shock indexit janë 0.5-0.7, vlerat më të larta janë treguar që janë më sensitive se sa vetëm shenjat vitale në diagnostikimin e fazës së hershme të shock-ut dhe nevojën për transfuzion.

Pacientët në gjendje shock-u duhet të marrin oksigjen suplementar përmes kateterit nazal apo maskës faciale, së paku 6 L/min dhe nuk duhet të marrin asgjë PER OS. Duhet të vendosen dy kanula intravenoze me kalibër të madh (18 Gauge ose më të mëdha). Për pacientët të cilët janë hemodinamikisht jostabil, duhet të vendosen dy kanula intravenoze prej 16 Gauge dhe / ose një katetër venoz qendror. Stabilizimi hemodinamik përmes mbushjes me lëngje duhet të fillojë menjëherë në repart dhe nuk duhet të vonohet në pritje të transferimit të pacientit në njësi të kujdesit intensiv.

Stabilizimi i hershëm intensiv hemodinamik te pacientët më gjakderdhje akute të traktit të sipërm gastrointestinal, është treguar që i ulë komplikimet dhe vdekshmërinë në mënyrë të konsiderueshme edhe pse nuk ka prova të mjaftueshme. Për më tepër ka ende paqartësi sa i përket strategjisë ideale të administrimit të lëngjeve te këta pacientë. Zgjedhja e llojit të lëngjeve zëvendësuese (kristaloide apo koloide) te pacientët në gjendje kritike kërkon konsideratë të veçantë bazuar në sigurinë, efektet në rezultatin e përgjithshëm të pacientit, si dhe duke vlerësuar çdo herë parimin rrezik-përfitim.

Pyetja 6: Kur duhet aplikuar gjaku dhe produktet e tij dhe cila duhet të jetë hemoglobina e synuar?

Rekomandimi: Rekomandohet një strategji kufizuese e transfuzionit të eritrociteve të koncentruara për të arritur një hemoglobinë të synuar mes 7g/dL dhe 9 g/dL. Një hemoglobinë më e lartë se 10g/dL duhet të konsiderohet te pacientët me komorbiditet sinjifikant (psh. sëmundje kardiovaskulare iskemike, respiratore etj). Transfuzioni i një njësie të plazmës së freskët të ngrirë (FFP) duhet të bëhet pas çdo katër njësie të eritrociteve të koncentruara si dhe te koagulopatite nëse INR është >2, fibrinogjeni është < 1g/L dhe koha parciale e tromboplastinës së aktivizuar 1.5 herë mbi normalen. Sa i përket transfuzionit të trombociteve, pragu më i ulët rekomandohet të jetë prej 50×10^9 /L për shumicën e pacientëve. Rekomandohet të vazhdohet me endoskopi pasi INR të jetë <2,5.

Rekomandim i fortë, dëshmi me cilësi të moderuar sipas GRADE.

Te gjakderdhjet masive të ordinohet gjak, trombocite dhe faktorë të koagulimit në përputhje me udhërrëfyesit për menaxhimin e gjakderdhjeve masive. Vendimet bazë për transfuzionin e gjakut dhe produkteve të tij duhet të merren duke u bazuar në pasqyrën e plotë klinike, dhe duke patur parasysh që transfuzioni i tepërt mund të jetë më i dëmshëm se sa dhënia e mangët e transfuzionit.

Nivel i evidencës: i ulët ose shumë i ulët sipas GRADE

Argumentimi: Pacientët me gjakderdhje aktive dhe hipovolemi mund të kenë nevojë për transfuzion të eritrociteve të koncentruara pavarësisht një hemoglobine në dukje normale, veçanërisht nëse pacienti është hemodinamikisht jostabil. Me kohë (zakonisht pas 24 orësh ose më shumë) niveli i hemoglobinës do të bie pasi gjaku hollohet nga fluksi i lëngut ekstravaskular në hapësirën intravaskulare dhe nga lëngjet e administruara gjatë stabilizimit hemodinamik. Duhet patur parasysh që administrimi i tepruar i vëllimit mund të çojë në një vlerë të ulët të hemoglobinës. Niveli fillestar i hemoglobinës duhet të monitorohet çdo 2 deri në 8 orë, varësisht nga ashpërsia e gjakderdhjes.

Përdorimi i eritrociteve të koncentruara është jetëshpëtues te gjakderdhjet masive të traktit të sipërm gastrointestinal. Sidoqoftë, roli i transfuzionit te gjakderdhjet më pak aktive gastrointestinale mbetet i diskutueshëm, me pasiguri ekzistuese në lidhje me nivelin e hemoglobinës në të cilën transfuzioni i gjakut duhet të inicohet. Kjo pasiguri pasqyron shqetësime si nga literatura e kujdesit kritik ashtu edhe nga gastroenterologjia që sugjerojnë rezultate më të dobëta te pacientët e menaxhuar me strategji liberale të transfuzionit. Prandaj strategjia restriktive e transfuzionit te gjakut (hemoglobina e synuar 7 deri 9 g/dL) konsiderohet që e përmirëson ndjeshëm mbijetesën dhe e zvogëlon rigjakderdhjen te pacientët pa komorbiditet sinjifikant.

Koagulopatia te gjakderdhjet akute jovariceale të traktit të sipërm gastrointestinal është një tjetër faktor negativ prognostik i shpeshtë. Korigjimi i koagulopatisë (raporti ndërkombëtar i normalizuar [INR] <1.8), ka çuar në një përmirësim të rezultateve të

vdekshmërisë. Rekomandohet aplikimi i plazmës së freskët të ngrirë nëse INR është > 2. Rekomandohet të vazhdohet me endoskopi pasi INR të jetë <2,5. Numri i trombociteve nuk është treguar të jetë një parashikues i rigjakderdhjes ose i vdekshmërisë, megjithatë një prag i transfuzionit të trombociteve prej $50 \times 10^9 / L$ është propozuar për shumicën e pacientëve.

Kur aplikohen doza të shumta të gjakut, duhet kontrolluar kalciumi i jonizuar në analizat gazore në gjakun arterial, dhe nëse është <1.15 mmol/L duhet aplikuar Calcium gluconate 2 gram IV, qoftë përmes vijës venoze qendrore apo periferike për 5 minuta.

Pyetja 7: A duhet të bëhet në mënyrë rutinore aspirimi/lavazha nazo apo orogastrike?

Rekomandimi: Nuk rekomandohet aplikimi rutinor i aspirimit/lavazhës nazo apo orogastrike te pacientët me gjakderdhje akute të traktit të sipërm gastrointestinal.

Rekomandim i fortë, niveli i evidencës me cilësi të moderuar.

Argumentimi: Për të diferencuar gjakderdhjen e traktit të sipërm nga ajo e traktit të poshtëm gastrointestinal, aspirimi nasogastrik ka ndjeshmëri të ulët 44% por specifikë të lartë 95%. Autorë të tjerë kanë raportuar se aspirimi/ lavazhi nazogastrik nuk ka arritur të ndihmojë klinikistët në parashikimin e saktë të nevojës për hemostazë endoskopike, nuk kanë përmirësuar vizualizimin e stomakut në endoskopi, ose nuk kanë përmirësuar rezultatet klinike të rëndësishme për gjakderdhje, nevojën për një endoskopi observuese të dytë, ose kërkesat për transfuzion të gjakut. Duhet gjithashtu të mos harrohet që aspirimi / lavazhi nasogastrik është një procedurë shumë e pakëndshme që nuk tolerohet mirë nga pacientët.

Pyetja 8: A duhet të bëhet intubimi endotraheal te të gjithë pacientët para endoskopisë?

Rekomandimi: Në përpjekje për të mbrojtur rrugët e frymëmarrjes nga aspirimi i mundshëm i përmbajtjes gastrike, sugjerohet intubimi endotraheal para endoskopisë tek pacientët me hematemezë aktive të vazhdueshme, encefalopati ose agjitim.

Rekomandim i dobët, niveli i evidencës me cilësi të ulët sipas GRADE.

Argumentimi:

Intubimi endotraheal elektiv (si parandalim) te pacientët me hematemezë të vazhdueshme, çrregullim të frymëmarrjes ose të statusit mental, mund të lehtësojë endoskopinë dhe të zvogëlojë rrezikun nga aspirimi i gjakut në rrugët e frymëmarrjes.

Mirëpo intubimi endotraheal elektiv (jo emergjent) duhet të aplikohet te rastet kur anesteziologu vërtet e vlerëson të domosdoshme, pasi që ka shumë studime që kanë treguar një rezultat më të disfavorshëm te pacientët e intubuar krahasuar me ata të pa intubuar, sidomos në kuptim të komplikimeve kardiopulmonare. Niveli i Glasgow Coma Scale (> 8 pikë), gjakderdhjet masive të traktit të sipërm GI dhe komorbiditeti i pacientit, janë bazike në marrjen e vendimit për intubim endotraheal te rastet elektive.

Triazhimi i pacientëve:

Vlerësimi i rrezikut të pacientëve është klinikisht i dobishëm për të përcaktuar se cilët pacientë janë në rrezik më të lartë nga gjakderdhja e vazhdueshme apo janë në gjendje kërcënuese për jetën. Varësisht nga gjendja e pacientit, të vendoset për endoskopi si dhe për nivelin e kujdesit të mëtejshëm, qoftë në repart, kujdes gjysëm-intenziv apo kujdes intensiv.

Pacientët me jostabilitet hemodinamik dhe gjakderdhje aktive, duhet të pranohen në njësi të kujdesit intensiv për stabilizim hemodinamik, vëzhgim të afërt dhe monitorim të parametrave vital (siç janë: TA, EKG, frymëmarrja, SpO₂, temperatura, diureza) në mënyrë të vazhdueshme .

Pacientët e tjerë mund të pranohen në një repart të rregullt mjekësor, megjithëse sugjerohet që të gjithë pacientët me gjakderdhje akute të traktit të sipërm GI, me përjashtim të pacientëve me rrezik të ulët, të kenë monitorim të parametrave vital, respektivisht kujdes gjysëm-intenziv. Menaxhimi ambulator mund të jetë i përshtatshëm vetëm për disa pacientë me rrezik të ulët.

Pyetja 9: Për pacientët kritikë në njësinë e kujdesit intensiv, a janë inhibitorët e pompës Protonike apo H₂ bllokatorët më efektiv klinikisht në krahasim me placebo (ose njëri - tjetrin) në parandalimin e gjakderdhjes së traktit të sipërm gastrointestinal?

Rekomandimi: Të ordinohet terapi për suprimimin e aciditetit gastrik (H₂ bllokatorët ose inhibitorët e pompës protonike) për parandalimin parësor të gjakderdhjes së traktit të sipërm gastrointestinal te pacientët me sëmundje akute të pranuar në kujdes intensiv. Nëse është e mundur, të përdoret forma orale e barit.

Niveli i evidencës: i ulët apo shumë i ulët sipas GRADE

Argumentimi: Terapia për suprimimin e acidit gastrik, nuk është treguar që ndikon në mënyrë të konsiderueshme në vdekshmëri, por është e qartë që e ulë rrezikun e gjakderdhjes akute të sipërme GI dhe redukton kërkesat për transfuzion të gjakut. Shkalla e efekteve anësore, veçanërisht pneumonia ventilatore (VAP-Ventilator Associated

Pneumonia) dhe infeksioni me C. Difficile, gjithashtu janë marrë parasysh dhe nuk janë rritur nga ordinimi i suprimuesve të acidit gastrik.

Pyetja 10: *Te të sëmurët me gjakderdhje të sipërme gastrointestinale pas trajtimit të parë endoskopik, a duhet bërë në mënyrë rutine endoskopia e përsëritur apo përcjellja klinike?*

Rekomandimi: Të konsiderohet përsëritja e endoskopisë, sipas nevojës me trajtim, për të gjithë të sëmurët me rrezikshmëri të lartë për rigjakderdhje, sidomos nëse ka dyshime për arritjen adekuate të hemostazës pas endoskopisë së parë.

Argumentimi: Rezultati më i rëndësishëm është mortaliteti, por, nuk janë gjetur dallime sa i përket mortalitetit nëse bëhet performimi rutinor i endoskopisë së përsëritur. Debatë përqëndrohet rreth rrezikut dhe identifikimit të rigjakderdhjeve brenda 30 ditëve të para pas endoskopisë dhe nëse shënohet me rënie te ata të sëmurë që i nënshtrohen endoskopisë së përsëritur. Mirëpo, nuk janë parë dallime sinjifikante, edhe pse në përgjithësi ekziston trend i cili e favorizon endoskopinë përcjellëse. Duhet theksuar se endoskopia, në përgjithësi, është procedurë e sigurtë, prandaj dëmi potencial që mund të jetë në këtë rast është vonesa në trajtimin e rigjakkderdhjes.

Niveli i evidencës: Sipas kriterëve GRADE niveli i evidencave për këtë pyetje është i ulët deri mesatar.

Pyetja 11: *Te të sëmurët me rigjakderdhje pas trajtimit të parë endoskopik, a është klinikisht më efektive në ndaljen e gjakderdhjes përsëritja e endoskopisë, metodat kirurgjike ose embolizimi/angjiografia? Ndërsa, nëse dështon trajtimi definitiv endoskopik a është klinikisht më efektive në ndaljen e gjakderdhjes embolizimi/angjiografia apo metodat kirurgjike?*

Rekomandimi:

- Të sëmurëve me rigjakderdhje t'u ofrohet endoskopia e përsëritur për t'u sqaruar modaliteti i mëtejshëm i trajtimit, trajtim endoskopik apo intervenim emergjent kirurgjik.
- Të sëmurëve që kanë rigjakderdhje pas trajtimit definitiv endoskopik t'u ofrohet ndërhyrja intervencionale radiologjike. Të referohet urgjentisht për intervenim kirurgjik nëse intervenimi radiologjik intervencional nuk është në dispozicion të menjëhershëm, kur kemi të bëjmë me pacientë me rrezikshmëri të lartë për gjakderdhje.

Argumentimi: Është identifikuar vetëm një studim klinik që konsideron përparësinë në mes të endoskopisë dhe intervenimeve kirurgjike dhe ai nuk ka demonstruar dallim sinjifikant për shumicën e rezultateve kur janë krahasuar endoskopia e përsëritur (me tendencë të ndaljes së gjakderdhjes kur është e mundur) me procedimin e drejtpërdrejt në intervenim kirurgjik. Sidoqoftë, nevoja për intervenim kirurgjik shpëtimtar, ka qenë më e madhe në grupin që i janë nënshtruar endoskopisë së përsëritur, ndërsa komplikimet e gjithmbarshme sinjifikante ishin më të mëdha në grupin e intervenimit kirurgjik. Rezultatet e studimit tregojnë se 13 të sëmurë nga grupi i endoskopisë së përsëritur, më pas kanë vazhduar me trajtim kirurgjik, edhe pse vetëm 4 kishin rigjakderdhje apo dështim për të siguruar hemostazë; nuk është e qartë pse ju është dashur intervenimi kirurgjik në 9 të sëmurë të tjerë. Gjithashtu nuk është e qartë për asnjërin grup se komplikimet e raportuara a kanë qenë pasojë e shkallës së gjakderdhjes apo e vetë procedurës. Endoskopisti me përvojë do të vlerësoj gjasat e suksesit të procedurës së përsëritur dhe komorbiditetet janë të rëndësishme për vlerësimin e rrezikut për anestezion kirurgjik.

Në analizën e studimeve është vërejtur dallim, sa i përket shpeshtësisë së rigjakderdhjeve, në favor të intervenimit kirurgjik krahasuar me embolizimin nën mbikqyrjen radiologjike, por të gjitha rezultatet tjera nuk kanë shfaqur dallim në mes të dy modaliteteve të trajtimit. Edhe pse ekziston një dallim i lehtë në favor të ndërhyrjes kirurgjike, në disa rrethana procedurat kirurgjike nuk janë të preferuara për shkak se i sëmuri ka rrezikshmëri të lartë për anestezion të përgjithshëm dhe intervenim kirurgjik.

Niveli i evidencës: Sipas kriterëve GRADE niveli i evidencave për këtë pyetje është i ulët.

Pyetja 12: *Te të sëmurët me varikse ezofageale të konfirmuara, a është superiore band ligatura ndaj skleroterapisë injektuese, në kuptim të rigjakderdhjeve dhe vdekjeve?*

Rekomandimet: Të bëhet band ligatura te të sëmurët me gjakderdhje të sipërme të traktit gastrointestinal nga varikset ezofageale.

Argumentimi: Është parë përparësi sinjifikante e band ligaturës krahasuar me skleroterapinë, sa i përket mortalitetit. Band ligatura ishte gjithashtu në mënyrë sinjifikante më superiore krahasuar me skleroterapinë sa i përket rigjakderdhjeve, numrit të procedurave shtesë të nevojshme për të kontrolluar gjakderdhjen, njësitë e përgjithshme të transfuzionit dhe numri i seancave të trajtimit të nevojshme për të eradikuar varikset. Skleroterapia mund të shkaktoj striktura ezofageale, gjë që nuk është parë te band ligatura.

Niveli i evidencës: sipas GRADE për këtë pyetje është shumë i ulët deri ulët.

Pyetja 13: Te të sëmurët me gjakderdhje variceale gastrike të konfirmuara, cili trajtim fillestar (injektimi endoskopik i ngjitësit ose trombinës dhe/ose shunti intrahepatik portosistemik- TIPS) është klinikisht më efektiv për të përmbësuar rezultatet, në sistemin shëndetësor terciar?

Rekomandimi: Të ofrohet injektimi endoskopik i N-butyl-2-cyanoacrylatit për të sëmurët me gjakderdhje të sipërme gastrointestinale nga varikset gastrike. Të ofrohet shunti intrahepatik portosistemik (TIPS) nëse gjakderdhja nga varikset gastrike nuk mund të kontrollohet me injektimin endoskopik të N-butyl-2-cyanoacrylate.

Argumentimi: Katër studime kanë qenë në dispozicion dhe në përgjithësi nuk janë parë dallime në mortalitet në mes të TIPS dhe terapisë endoskopike (trajtimi endoskopik kryesisht ka nënkuptuar injektimin endoskopik të N-butyl-2-cyanoacrylatit) për gjakderdhje nga varikset gastrike. Vetëm studimi i Monescillo-s ka aplikuar TIPS si trajtim fillestar, kurse në studimet tjera është përdorë vetëm pas tentimeve tjera për të kontrolluar gjakderdhjen akute. Studimi i Monescillo-s tregoi përparësi në kuptim të mortalitetit të të sëmurët me aplikim të hershëm të TIPS. Gjithashtu janë gjetur përparësi në kuptim të rigjakderdhjeve dhe nevojës për transfuzione të gjakut të të sëmurët ku është aplikuar TIPS. Nuk ka patur dallime sinjifikante sa i përket ditëve të qëndrimit në spital.

Niveli i evidencës: sipas GRADE për këtë pyetje është i ulët deri mesëm.

Pyetja 14: Te të sëmurët me gjakderdhje të traktit të sipërm gastrointestinal të cilët janë duke marrë terapi antiagreguese (njëfishtë apo dyfishtë), barna anti-inflamatore josteroide, në bazë të fakteve në dispozicion, a do të jetë prognoza më e mirë nëse ndërpriten apo vazhdoen këto barna?

Rekomandimet:

- Te pacientët me gjakderdhje gastrointestinale nga trakti i sipërm, pasi që është arritur hemostaza të vazhdohet me aspirinën në dozë të vogël për parandalimin sekondar të ngjarjeve vaskulare.
- Të ndërpriten barnat anti-inflamatore jo-steroidë (duke përfshirë edhe COX-2 inhibitorët) gjatë fazës akute të të sëmurët me gjakderdhje nga trakti i sipërm gastrointestinal.
- Të diskutohen rreziqet dhe përfitimet e vazhdimet të klopidogrelit (apo barnave tjera antiagreguese tienopiridine) me specialistët e fushës (p.sh. kardiologu, neurologu, etj.) dhe me të sëmurin, të të sëmurët me gjakderdhje nga trakti i sipërm gastrointestinal.

Argumentimi: Mortaliteti, qoftë nga gjakderdhjet gastrointestinale ose ngjarjet vaskulare, është treguesi prognostik më i rëndësishëm. Evidenca në dispozicion ka për aspirinën, por jo për klopidogrelin apo barnat anti-inflamatore jo-steroidë, dhe ato fakte tregojnë se mortaliteti është më i lartë kur është ndërprerë aspirina te të sëmurët me gjakderdhje gastrointestinale. Shfaqja e ngjarjeve vaskulare (cerebrale apo kardiovaskulare) dhe shpeshtësia e rigjakderdhjeve gjithashtu janë konsideruar faktorë të rëndësishëm. Në këtë rast faktet ishin ashtu siç pritej, kishte më pak ngjarje akute iskemike kur është vazhduar aspirina, por me shpeshtësi më të madhe të rigjakderdhjeve. Mirëpo, asnjëri nga këta tregues prognostik nuk kanë arritur signifikanca statistikore. Efekti i aspirinës perziston për së paku 7 ditë pas ndërprerjes. Në praktikë, aspirina nuk jipet për periudhë të shkurtë deri sa pacientët me gjakderdhje të traktit të sipërm gastrointestinal përgaditen për endoskopi dhe pasi sigurohet hemostaza rekomandohet të vazhdohet me aspirin.

Për shkak të mungesës së fakteve (evidencave) nuk mund të jipen rekomandime të përgjithshme për klopidogrelin apo barnat e tjera të këtij grupi.

Së paku gjatë fazës akute, çfarëdo rritje në simptomat e dhembjes për shkak të ndërprerjes së barnave josteroidë anti-inflamatore mund të menaxhohet me analgjetikë alternativ. Nevoja për rifillimin e barnave josteroidë anti-inflamatore pas gjakderdhjes akute gastrointestinale do të duhej të bazohej në gjykimin klinik për çdo pacient në mënyrë individuale.

Niveli i evidencave: Sipas kriterëve GRADE, rekomandimi për Aspirinën është i kualitetit mesatar deri të lartë. Ndërsa, nuk janë gjetur hulumtime të cilat studjojnë vazhdimin ose ndërprerjen e klopidogrelit ose barnave josteroidë anti-inflamatore gjatë gjakderdhjeve të traktit të sipërm gastrointestinal.

Pyetja 15: *Duke pasë parasysh se për shkak të terapisë, te të sëmurët me sëmundje iskemike dhe me intervenime perkutane koronare (PCI) janë të shpeshta gjakderdhjet gastrointestinale, a duhet të jipet në mënyrë rutinore terapia për parandalim nga gjakderdhjet gastrointestinale?*

Rekomandimet: Mbrojtja e lukthit me IPP te të sëmurët që marrin terapi antiagreguese të dyfishtë rekomandohet për të sëmurët me anamnezë pozitive për gjakderdhje gastrointestinale dhe është e përshtatshme edhe për të sëmurët me disa faktorë rreziku për gjakderdhje, siç janë: mosha e shtyer, përdorimi i antikoagulantëve, steroidëve apo barnave anti-inflamatore josteroidë dhe infeksioni me *Helicobacter pylori*.

Argumentimi: Për parandalim afatgjatë të sëmundjes koronare indikohet aspirina në dozë të vogël (75-100 mg) për shkak të efekteve të ngjashme anti-iskemike dhe shfaqjes së më pak efekteve anësore krahasuar me dozat më të larta, siç është parë në hulumtimin

CURRENT- OASIS 7 (N Engl J Med 2010). Terapia e dyfishtë antiagreguese, kombinimi i Aspirinës dhe një inhibitori të P2Y12 (p.sh. prasugrel, tikagrelor ose klopidogrel) rekomandohet te pacientët me infarkt të miokardit që i nënshtrohen PCI primare, në kohëzgjatje deri në 12 muaj, përveç nëse ka kundërindikacione, si p.sh. rrezikshmëri e lartë për gjakderdhje. Për të sëmurët me rrezikshmëri të lartë për gjakderdhje, nuk ekziston studim i dedikuar për kohëzgjatjen e terapisë së dyfishtë antiagreguese, mirëpo në disa studime është parë se shkurtimi i terapisë antiagreguese të dyfishtë në 6 muaj (krahasuar me 12 muaj apo më gjatë) zvogëlon rrezikun e komplikimeve nga gjakderdhjet (Eur Heart J 2015; J Am Heart Assoc 2015). Ndërsa dhënia e IPP në kombinim me terapi antiagreguese të dyfishtë te pacientët me anamnezë pozitive për gjakderdhje gastrointestinale, me disa faktorë rreziku për gjakderdhje (mosha e shtyer, përdorimi i antikoagulantëve, steroideve apo barnave anti-inflamatore josteroide dhe infeksioni me Helicobacter pylori) është argumentuar me disa studime (Eur Heart J 2013; N Engl J Med 2010).

Niveli i evidencave: sipas ESC (European Society of Cardiology) është Klasa I, niveli i evidencave B

Pyetja 16: Te të sëmurët me gjakderdhje të sipërme gastrointestinale a janë kombinimet e trajtimit endoskopik klinikisht më efektive se sa vetëm injektimi i adrenalinit?

Rekomandimi:

- Të mos përdoret adrenalina si monoterapi për trajtim endoskopik të gjakderdhjeve të sipërme gastrointestinale.
- Për trajtim endoskopik të gjakderdhjeve të sipërme gastrointestinale, apliko një nga të poshtëshënuarat:
 - Një metodë mekanike (p.sh. kapëset- *clips*) me ose pa adrenalinë
 - Koagulimi termal me adrenalinë
 - Fibrina ose trombina me adrenalinë

Argumentimi: Të dhëna për mortalitetin që ishin në dispozicion për këtë pyetje, nuk treguan dallim sinjifikant në mes të modalitetit të trajtimit me monoterapi apo të kombinuar për ulçerat me gjakderdhje. Studimet kanë demonstruar se shpeshtësia e rigjakderdhjeve ka qenë në mënyrë sinjifikante më e ulët kur janë aplikuar dy forma të trajtimit, krahasuar me një trajtim të vetëm. Sigurimi i hemostazës fillestare nuk është përmirësuar në mënyrë sinjifikante me terpinë e kombinuar, por nevoja për procedura të mëtejme emergjente pas endoskopisë së parë është zvogëluar. Ditët e qëndrimit në spital kanë pasur

tendencë të zvogëlimit në rastet kur është aplikuar trajtimi i kombinuar, por jo në mënyrë sinjifikante.

Niveli i evidencës: Sipas kriterëve GRADE niveli i evidencave për këtë pyetje është shumë i ulët deri i ulët.

Pyetja 17: *Te pacientët me gjakderdhje të mundshme varikseale, gjatë trajtimit fillestar, a janë antibiotikët më të mirë se placebo për përmirësimin e rezultateve (në kuptim të vdekshmërisë, rigjakderdhjes, kohëzgjatjes së hospitalizimit, shkallës së infeksionit)?*

Rekomandimet: Të jipet terapia antibiotike si parandalim te pacientët me gjakderdhje varikseale, të dyshuar apo të konfirmuar.

Argumentimi: Vdekshmëria, veçanërisht kur është e ndërlidhur me infeksionet, është konsideruar parametri (rezultati) më i rëndësishëm. Disa studime, kanë raportuar për shkallën e vdekshmërisë pas kohëzgjatjeve të ndryshme të përcjelljes. Vdekshmëria e hershme është konsideruar më e rëndësishme lidhur me pyetjen se a duhet dhënë antibiotikë në këto raste. Vdekshmëria e vonshme ka kuptim të pasqyrojë ashpërsinë e sëmundjes bazë të mëlçisë, më shumë se sa efektivitetin e terapisë antibiotike. Është vërejtur trend drejt vdekshmërisë më të ulët te pacientët që marrin antibiotikë, edhe pse jo me sinjifikancë statistikore, me ndikim më të madh në vdekshmërinë e hershme (më pak se 30 ditë). Trend i ngjashëm, është konstatuar për vdekshmërinë e ndërlidhur me infeksione, por shkalla e paraqitjes ishte e ulët për këtë parametër.

Është konstatuar ndikim sinjifikant statistikor dhe klinik lidhur me rrezikun për rigjakderdhje dhe nevojat për transfuzione gjaku te pacientët që marrin terapi profilaktike me antibiotikë. Paraqitja e infeksioneve ka qenë më pak e shpeshtë në pacientët që kanë marrë antibiotikë si masë parandaluese. Gjatë analizës sipas tipit të infeksionit, ishte e qartë se ekziston ulje sinjifikante e shpeshtësisë së bakteriemisë dhe peritonitit bakterial spontan.

Është konstatuar reduktim i kohëzgjatjes së qëndrimit në Njësitë e Kujdesit Intenziv, si dhe kohëzgjatjes së hospitalizimit në tërësi, me sinjifikancë statistikore dhe klinike.

Niveli i evidencës: I ulët

Pyetja 18: *Cilat informata janë të nevojshme për pacientët me gjakderdhje akute të traktit të sipërm gastrointestinal si dhe për kujdestarët që kujdesen për ta sa i përket, gjendjes klinike ekzistuese, komplikimeve dhe parandalimit?*

Rekomandim: Ashtu si edhe te të gjitha sëmundjet akute, një praktikë e mirë klinike nënkupton komunikimin ekselent në mes të pacientit, personit që përkujdeset për pacientin dhe ekipit klinik. Ky komunikim është e nevojshme të realizohet në të gjitha stadet e sëmundjes duke filluar nga prezantimi i mundësive për hulumtime klinike, mundësive për trajtim si dhe atëherë kur rezultatet diagnostike janë në dispozicion dhe duhet të merret një vendim për trajtim, gjegjësisht intervenim. Një komunikim i mirë është sidomos i nevojshëm kur pacienti përcjellet nga spitali për në shtëpi me ç'rast jipen informata rreth parandalimit të gjakderdhjes. Informatat mund të jipen me gojë dhe të regjistrohen në kartelën shëndetësore të pacientit, kurse në situata të tjera klinike mund të jipet edhe informatë me shkrim dhe t'merret pëlqimi i pacientit me shkrim rreth endoskopisë apo intervenimit kirurgjik.

Është shumë me rëndësi që informatat e secilit anëtar të ekipit klinik të jenë të njëjta dhe të burojnë nga konsultimet paraprake klinike ekipore.

Argumentim: Gjakderdhja akute e traktit të sipërm gastrointestinal si një gjendje klinike shumë komplekse, mund të jetë gjendje shumë shqetësuese për pacientin dhe për njerëzit që kujdesen për këta pacientë. Pas pranimit në spital, pacientët mund t'i nënshtrohen ekzaminimeve diagnostike, transfuzionit të gjakut apo të përfundojnë në sallën operative .

Shumica e procedurave diagnostike dhe terapeutike janë të pakëndshme dhe shpesh shoqërohen me risk të lartë të komplikimeve. Endoskopia gjatë gjakderdhjes akute mund të jetë mjaftë e pakëndshme.

Shpesh pacientët dhe kujdestarë të tyre frigohen ngapërsëritja e gjakderdhjes, gjithashtu frigohen se shkaktar i gjakderdhjes mund të jetë sëmundje kanceroze.

Ndërtimi i besimit dhe komunikimi i mirë në mes klinikistit, pacientit dhe personave që kujdesen për pacientin ka rëndësi të madhe sepse ndikon në zvoglimin e ankthit dhe e lehtëson marrjen e vendimit të përbashkët rreth trajtimit.

Niveli i evidencës dhe grada e rekomandimit:

- Sa i përket nivelit të evidencës për këtë pyetje, nuk ka literaturë të publikuar në dispozicion. Rekomandimet janë vendosur në bazë të koncensusit të grupit për hartimin e udhërrëfyesit.
- Sa i përket këtij rekomandimi, ky rekomandim nuk është specifik vetëm për këtë gjendje klinike, por prezanton standard të mirë të praktikës klinike për ekipin klinik i cili menaxhon sëmundjet akute.

5. Prioritetet kyçe për zbatim

Profesionistët shëndetësorë të nivelit dytësor dhe tretësor ku diagnostikohet dhe trajtohet gjakderdhja e traktit të sipër gastrointestinal, janë përgjegjës për zbatimin e rekomandimeve të dalura nga ky udhërrëfyes. Zbatimi i udhërrëfyesit do të mundësohet përmes hartimit të protokoleve të cilat do të derivojnë nga ky udhërrëfyes nacional. Institucionet shëndetësore të cilat e trajtojnë këtë gjendje klinike duhet t'a sigurojnë stafin profesional dhe burimet tjera të nevojshme për zbatim. Njëkohësisht, ky udhërrëfyes e obligon edhe MSH që t'i përgjigjet kërkesave të institucioneve shëndetësore sa i përket medikamenteve të nevojshme, mjeteve për intervenim dhe infrastrukturës.

Çdo institucion shëndetësor, përmes auditit klinik si mjet për monitorimin e cilësisë, duhet ta kryej monitorimin e brendshëm rreth zbatimit të rekomandimeve të dalura nga ky udhërrëfyes.

Auditi klinik duhet të realizohet nga koordinatori i cilësisë së shërbimeve shëndetësore gjegjësisht nga ekipi i emëruar nga menaxheri i institucionit shëndetësor.

Ministria e Shëndetësisë ka për obligim që përmes Divizionit të Cilësisë së Shërbimeve ta monitorojë zbatimin e auditeve të brendshme klinike.

Sa i përket barrierave dhe përparësive, Grupi për Adaptim të udhërrëfyesit konsideron se si barriera për zbatim të rekomandimeve mund të jenë këto:

- Mungesa e trajnimeve profesionale,
- Mungesa e mjeteve intervente endoskopike,
- Mungesa e zbatimit të procedurave radiologjike të cilat nuk mund të implementohen për shkak të mungesës së mjeteve të punës për metodën specifike radiologjike,
- Mungesa e medikamenteve,
- Mungesa e monitorimit të vazhdueshëm sa i përket punës profesionale dhe infrastrukturës për zbatim të rekomandimeve të derivuara nga udhërrëfyesi.

Si përparësi për zbatim të rekomandimeve të këtij udhërrëfyesi mund të konsiderohet:

- adaptimi i udhërrëfyesit,
- bashkëpunimi i mirë mes specialistëve të fushave të ndryshme,
- interesimi i klinikistëve për të punuar me protokole dhe udhërrëfyes, si për aspektin profesional ashtu edhe etik,
- Mundësia e integritit të rekomandimeve në punën e përditshme.

6. Standardet e auditueshme

Për ta kontrolluar zbatimin e rekomandimeve të dalura nga ky udhërrëfyes, grupi i ka diskutuar dhe vendosur disa standarde të cilat do të shërbejnë gjatë monitorimit për nivelin sekondar dhe terciar. Në këto standarde përfshihen aspektet e resurseve humane, aspekte të furnizimit me mjete pune, medikamente dhe infrastrukturë.

- Përqindja e pacientëve apo kujdestarëve të cilët e nënshkruajnë fletë pëlqimin për intervenim endoskopik apo intervenime tjera për diagnostikim dhe trajtim të gjakderdhjes GI;
- Përqindja e profesionistëve shëndetësorë të trajnuar për metodat e diagnostikimit dhe trajtimit të gjakderdhjes GI;
- Përqindja e profesionistëve shëndetësorë të trajnuar për intervenim për gjendjet urgjente;
- Auditimi i mjeteve të punës për metoda të caktuara për diagnostikim dhe trajtim të gjakderdhjes GI;
- Auditimi i sterilizimit të mjeteve të punës;
- Auditimi i infrastrukturës së repartit, klinikës (dera, shtrati etj.).

7. Referencat

1. Acute upper gastrointestinal bleeding Management. Clinical Guideline.Methods, evidence and recommendations.Commissioned by the NAational Institute for Health and Clinical Excellence. 2012
2. Agewall S, Cattaneo M, Collet JP, Andreotti F, Lip GY, Verheugt Fw, Huber K, Grove EL, Morais J, Husted S, wassmann S, Rosano G, Atar D, Pathak A, Kjeldsen K, Storey RF, ESC working Group on Cardiovascular Pharmacology and Drug Therapy and ESC working Group on Thrombosis. Expert position paper on the use of proton pump inhibitors in patientswith cardiovascular disease and antithrombotic therapy. *Eur Heart J* 2013;34(23):1708–1713, 1713a–1713b.
3. Aljebreen AM, Fallone CA, Barkun AN. Nasogastric aspirate predicts high-risk endoscopic lesions in patients with acute upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 172 – 178
4. Baradarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 619–622
5. Bhatt DL, Cryer BL, Contant CF, Cohen M, Lanas A, Schnitzer TJ, Shook TL, Lapuerta P, Goldsmith MA, Laine L, Scirica BM, Murphy SA, Cannon CP, COGENT Investigators. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. *N Engl J Med* 2010;363(20):1909–1917.
6. Bjorkman DJ, Zaman A, Fennerty MB, Lieberman D, Disario JA, Guest-Warnick G. Urgent vs. elective endoscopy for acute non-variceal upper-GI bleeding: an effectiveness study. *Gastrointestinal Endoscopy*.2004; 60(1):1-8
7. Bruha R, Marecek Z, Prochazka V, Lata J, Spicak J, Ehrmann J et al. Double-blind randomized multicenter study comparing the efficacy and safety of 10-day to 5-day terlipressin treatment of bleeding esophageal varices. *Hepato-Gastroenterology*.Charles University in Prague, First Faculty of Medicine, 4th Department of Internal Medicine Prague, Czech Republic. bruha@cesnet.cz 2009; 56(90):390-394
8. CURRENT-OASIS 7 Investigators, Mehta SR, Bassand JP, Chrolavicius S, Diaz R, Eikelboom Jw, Fox KA, Granger CB, Jolly S, Joyner CD, Rupprecht HJ, widimsky P, Afzal R, Pogue J, Yusuf S. Dose comparisons of clopidogrel and aspirin in acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2010;363(10):930–942.

9. Gargiulo G, Costa F, Ariotti S, Biscaglia S, Campo G, Esposito G, Leonardi S, Vranckx P, Windecker S, Valgimigli M. Impact of proton pump inhibitors on clinical outcomes in patients treated with a 6- or 24-month dual-antiplatelet therapy duration: Insights from the PROlonging Dual-antiplatelet treatment after Grading stent-induced Intimal hyperplasia study trial. *Am Heart J* 2016;174:95–102.
10. Gralnek IM, Dumonceau JM, Ernst JK. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline
11. Harras F, Sheta eS, Shehata M, El SS, Selim M, Mansour L. Endoscopic band ligation plus argon plasma coagulation versus scleroligation for eradication of esophageal varices. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*.2010; 25(6):1058-1065
12. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. *Gut* 2011; 60: 1327–1335
13. Hou MC, Lin HC, Liu TT, Kuo BI, Lee FY, Chang FY et al. Antibiotic prophylaxis after endoscopic therapy prevents rebleeding in acute variceal hemorrhage: a randomized trial. *Hepatology*.2004; 39(3):746-753
14. Huang ES, Karsan S, Kanwal F et al. Impact of nasogastric lavage on outcomes in acute GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2011; 74: 971 – 980
15. Jairath V, Kahan BC, Stanworth SJ et al. Prevalence, management, and outcomes of patients with coagulopathy after acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United Kingdom. *Transfusion* 2013; 53: 1069–1076
16. Jun CH, Park CH, Lee WS, Joo YE, Kim HS, Choi SK et al. Antibiotic prophylaxis using third generation cephalosporins can reduce the risk of early rebleeding in the first acute gastroesophageal variceal hemorrhage: a prospective randomized study. *Journal of Korean Medical Sciences*.2006; 21(5):883-890
17. Koch DG, Arguedas MR, Fallon MB. Risk of aspiration pneumonia in suspected variceal hemorrhage: the value of prophylactic endotracheal intubation prior to endoscopy. *Dig Dis Sci* 2007; 52: 2225 – 2228
18. Kwan I, Bunn F, Chinnock P et al. Timing and volume of fluid administration for patients with bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 3: CD002245

19. Larssen L, Moger T, Bjornbeth BA, Lygren I, Klow NE. Transcatheter arterial embolization in the management of bleeding duodenal ulcers: a 5.5-year retrospective study of treatment and outcome. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*.2008; 43(2):217-222
20. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, Vigil H, Azari R, Melnikoff N et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial (DARE structured abstract). *Gastrointestinal Endoscopy*.1999; 50(6):755-761
21. Leontiadis GI, Sreedharan A, Dorward S, Barton P, Delaney B, Howden CW et al. Systematic reviews of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding. *Health Technology Assessment*.2007; 11(51):1-164
22. Lin HJ, Wang K, Perng CL, Chua RT, Lee FY, Lee CH et al. Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding.A prospective randomized study.*Journal of Clinical Gastroenterology*.1996; 22(4):267-271
23. Lo C-C, Hsu P-I, Lo G-H, Lin C-K, Chan H-H, Tsai W-L et al. Comparison of hemostatic efficacy for epinephrine injection alone and injection combined with hemoclip therapy in treating high-risk bleeding ulcers{A figure is presented}. *Gastrointestinal Endoscopy*.2006; 63(6):767-773
24. Luz GO, Maluf-Filho F, Matuguma SE, Hondo FY, Ide E, Melo JM et al. Comparison between endoscopic sclerotherapy and band ligation for hemostasis of acute variceal bleeding. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*.2011; 3(5):95-100
25. Marik PE, Corwin HL. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature. *Crit Care Med* 2008; 36: 2667–2674
26. Myburgh JA, Finfer S, Bellomo R et al. Hydroxyethyl starch or saline for fluid resuscitation in intensive care. *N Engl J Med* 2012; 367: 1901– 1911
27. Nelms DW, Pelaez CA. The Acute Upper Gastrointestinal Bleed. (*Surg Clin North Am*. 2018 Oct;98(5):1047-1057.
28. Pateron D, Vicaut E, Debuc E et al. Erythromycin infusion or gastric lavage for upper gastrointestinal bleeding: a multicenter randomized controlled trial. *Ann Emerg Med* 2011; 57: 582 – 589

29. R, Ando G, Oreto G, Zijlstra F, Valgimigli M. Incremental value of the CRUSADE, ACUITY, and HAS-BLED risk scores for the prediction of hemorrhagic events after coronary stent implantation in patients undergoing long-term or short duration of dual antiplatelet therapy. *J Am Heart Assoc* 2015;4(12):e002524.
30. Razzaghi A, Barkun AN. Platelet transfusion threshold in patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review. *J Clin Gastroenterol* 2012; 46: 482–486
31. Rehman A, Iscimen R, Yilmaz M et al. Prophylactic endotracheal intubation in critically ill patients undergoing endoscopy for upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 55 – 59
32. Restellini S, Kherad O, Jairath V et al. Red blood cell transfusion is associated with increased rebleeding in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 37: 316–322
33. Roberts I, Alderson P, Bunn F et al. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 4: CD000567
34. Rotondano G, Cipolletta L, Grossi E, Koch M, Intraligi M, Buscema M et al. Artificial neural networks accurately predict mortality in patients with nonvariceal upper GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*.2011; 73(2):218-226
35. Rudolph SJ, Landsverk BK, Freeman ML. Endotracheal intubation for airway protection during endoscopy for severe upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2003;57:58–61
36. Singer AJ, Richman PB, Kowalska A et al. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. *Ann Emerg Med* 1999; 33: 652 – 658
37. Spahn DR, Bouillon B, Cerny V et al. Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: an updated European guideline. *Crit Care* 2013; 17: R76
38. Srirajaskanthan R, Conn R, Bulwer C, Irving P. The Glasgow Blatchford scoring system enables accurate risk stratification of patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *International Journal of Clinical Practice*.2010; 64(7):868-874
39. Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T et al. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA* 2012; 307: 1072 – 1079

40. Sung JJ, Lau JY, Ching JY, Wu JC, Lee YT, Chiu Pw et al. Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial.[Summary for patients in *Ann Intern Med*. 2010 Jan 5;152(1):1-20; PMID: 19949137]. *Annals of Internal Medicine*. 2010; 152(1):1-9
41. Shingina A, Barkun AN, Razzaghi A et al. Systematic review: the presenting international normalized ratio (INR) as a predictor of outcome in patients with upper nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 33: 1010–1018
42. Taghavi SA, Soleimani SM, Hosseini-Asl SM, Eshraghian A, Eghbali H, Dehghani SM et al. Adrenaline injection plus argon plasma coagulation versus adrenaline injection plus hemoclips for treating high-risk bleeding peptic ulcers: a prospective, randomized trial. *Canadian Journal of Gastroenterology*.2009; 23(10):699-704
43. Thandassery RB, Sharma M, John AK et al.: Clinical Application of AIMS65 Scores to Predict Outcomes in Patients with Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Clin Endosc* 2015;48:380-384.
44. Valgimigli M, Ariotti S, Costa F. Duration of dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation: will we ever reach a consensus? *Eur Heart J* 2015;36(20):1219–1222
45. Venclauskas L, Bratlie SO, Zachrisson K, Maleckas A, Pundzius J, Jonson C. Is transcatheter arterial embolization a safer alternative than surgery when endoscopic therapy fails in bleeding duodenal ulcer? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*.2010; 45(3):299-304
46. Villanueva C, Colomo A, Bosch A et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2013; 368: 11–21
47. Villanueva C, Piqueras M, Aracil C, Gómez C, López-Balaguer JM, Gonzalez B et al. A randomized controlled trial comparing ligation and sclerotherapy as emergency endoscopic treatment added to somatostatin in acute variceal bleeding. *Journal of Hepatology*.2006; 45(4):560-567

8. Shtojcat

8.1 Grupi punues

Përbërja e grupit punues për adaptimin e udhërrëfyesit:

1. Dr.sci. Zaim Gashi, mr.sci. Internist dhe Gastroenterohepatolog, konsultant endoskopist, Klinika e Gastroenterologjisë me Hepatologji, Prishtinë
2. Prof.Ass Dr.. Argjira Juniku-Shkololli, Internist Gastroenterolog, Klinika e Gastroenterologjisë me Hepatologji, Prishtinë
3. Prof.Ass..Dr. Aurora Bakalli, FESC, Internist Kardiolog, Klinika e Kardiologjisë Invazive dhe Kardiokirurgjisë, Prishtinë
4. Dr. Agreta Gecaj-Gashi, PhD Anesteziologe Intensiviste, Klinika e Anesteziologjisë dhe Mjekimit Intenziv-Prishtinë
5. Dr. Drita Lumi-Demiri, Specialiste e Mjekësisë Familjare, Mentor Klinik në Departamentin e Kujdesit Parësor Shëndetësor, Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare, Ferizaj, DKPSH-MSH, Prishtinë

Formatimi/dizajni i këtij udhërrëfyesi është punuar nga MSc.Niman Bardhi, PhDc., Zyrtar për Cilësi dhe Siguri të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, MSh.

8.2 Grupi i rishqyrtimit të jashtëm

Përbërja e grupit të rishqyrtimit të jashtëm:

1. Dr. Bujar Gjokolli, radiolog
2. Dr. Fadil Sherifi, gastroenterolog
3. 3.Dr. Tefik Bekteshi, kardiolog
4. Dr. Gazmend Spahija, anesteziolog
5. Dr. Ferat Sallahu, kirurg
6. Dr. Murat Murati, radiolog

8.3 Shoqata për të drejtat e pacientëve në Kosovë – PRAK

- Z. Besim Kodra, Shoqata për të drejta të pacientëve në Kosovë - PRAK

Email: besimkodra@hotmail.com;

Tel: 049.946.201

8.4 Shkurtesat

DKPSh	Departamenti i Kujdesit Parësor Shëndetësor
GAU	Grupi për Adaptim të Udhërrëfyesit
GI	Gastro intestinal
IKShP	Instituti Kombëtar i Shëndetit Publik
IPP	Inhibitorët e pompës protonike
MSh	Ministria e Shëndetësisë
PCI	Intervenime perkutane koronare
PICO	Patient Intervention Comparison Outcomes
PRAK	Shoqata për të drejta të pacientëve në Kosovë
SISh	Sistemi Informativ Shëndetësor
TIPS	Shanti intrahepatik portosistemik