

1. ABSTRACT
2. INTRODUZIONE: LE VARICI ESOFAGEE
  - 2.1 EZIOLOGIA
  - 2.2 SEGNI E SINTOMI
  - 2.3 INDAGINI DIAGNOSTICHE
  - 2.4 TERAPIE
    - 2.4.1 PREVENZIONE
    - 2.4.2 TRATTAMENTO SPECIFICO DELL'EMORRAGIA ESOFAGEA DA VARICI
  - 2.5 INTERVENTI INFERMIERISTICI
  - 2.6 IL TERRITORIO
    - 2.6.1 IL DM 71/2022
    - 2.6.2 LE CURE DOMICILIARI
- 3 MATERIALI E METODI
- 4 RISULTATI
- 5 DISCUSSIONE
- 6 CONCLUSIONE
- 7 BIBLIOGRAFIA
- 8 RINGRAZIAMENTI

## 1. ABSTRACT

**Introduzione ed obiettivi del lavoro.** Le varici esofagee rappresentano un problema potenzialmente letale e di difficile gestione nel quotidiano. L'obiettivo dell'elaborato è dimostrare che il professionista infermiere sia rilevante a domicilio in una tipologia di pazienti, quelli cronici, nello specifico quelli affetti da varici esofagee, e dimostrare come l'infermiere sia utile nell'educazione del paziente e nella prevenzione, in maniera tale da migliorare le condizioni di vita del malato o prevenire la malattia stessa.

**Materiali e metodi.** È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura, includendo studi scientifici inerenti alla pratica infermieristica correlata con il paziente con varici esofagee. Tramite il modello PICO (P= patient = paziente con varici esofagee I= intervention = supporto domiciliare del caregiver istruito dall'infermiere C = comparison = pazienti senza supporto domiciliare) sono emerse dalla letteratura le complicanze potenziali e i possibili interventi erogabili a domicilio, oltre alle strategie preventive su cui poter focalizzare l'intervento educativo.

**Risultati più importanti.** Dagli studi è emerso che gli interventi infermieristici più efficaci siano la corretta informazione e educazione del paziente rispetto all'assunzione di alcool, e la corretta informazione sulla profilassi vaccinale. Questi sono stati i risultati più importanti valutando che entrambi sono cause di varici esofagee, e lo sono in percentuale maggiore rispetto agli altri fattori causali.

**Analisi.** Tutti i risultati hanno dimostrato che a domicilio è possibile effettuare interventi utili, e che l'infermiere può cambiare la sorte di un quadro clinico attuando interventi e tramite educazione al paziente e (se presente) anche al caregiver. Soprattutto nel paziente fragile che ha già sviluppato le varici esofagee il caregiver deve saper riconoscere segni e sintomi di shock per allertare i soccorsi ospedalieri.

**Discussione e conclusioni.** L'intervento a domicilio è importante poiché è un ambiente conosciuto al paziente, e ciò gli permette di condurre una vita propria nonostante la malattia. La cronicità non trattata a domicilio alla lunga porterebbe alla depersonalizzazione della persona, ad un cambiamento allo stato di salute e anche agli altri aspetti della vita. Per quanto possibile bisognerebbe conservare le certezze del paziente per permettergli di affrontare il grande cambiamento insito nella diagnosi di

malattia. Il passo successivo potrebbe essere una politica di implementazione delle procedure e dei protocolli inerenti alla gestione domiciliare, in accordo alla normativa 71 del 2022 che rivoluziona l'assistenza territoriale.

**Parole chiave. Prevenzione. Educazione. Varici esofagee. Infermiere. Domicilio.**

## 2. INTRODUZIONE: LE VARICI ESOFAGEE

### 2.1. EZIOLOGIA

Il meccanismo etiopatologico alla base della formazione delle varici esofagee è strettamente correlato allo stato di salute del fegato e alla dinamica circolatoria che ne consegue.

La causa principale delle varici esofagee è la cirrosi epatica (Ashkenazi E. et al., 2013): per cirrosi si intende cicatrizzazione del tessuto epatico con distruzione delle cellule (epatociti), così che a mano a mano il fegato perde la propria struttura e la propria funzione.

Il sangue al fegato viene trasportato tramite l'arteria epatica per il 30% e tramite la vena porta per il 70%, la quale raccoglie tutta la quantità di sangue proveniente da intestino, pancreas, milza e vasi minori.

Qualora fossimo di fronte a cirrosi epatica il flusso sarebbe ostacolato, retrocederebbe e creerebbe un aumento della pressione all'interno della vena porta.

L'ipertensione portale (PH) è un aumento del gradiente pressorio tra la vena porta e la vena cava inferiore. L'aumento della resistenza si verifica a diversi livelli all'interno del sistema venoso portale, seguito da un aumento dell'afflusso venoso portale. Il PH è il principale fattore di scompenso della cirrosi. Varici all'endoscopia o collaterali portosistemici all'imaging sono suggestivi di PH. Sebbene la sua causa sia determinata principalmente tramite test non invasivi, il *gold standard* per misurare la pressione portale nella cirrosi e determinarne la gravità è il cateterismo venoso epatico con determinazione del gradiente di pressione venosa epatica. La misurazione della pressione portale è essenziale negli studi proof-of-concept sui farmaci per abbassare la pressione portale (Turco L. & Garcia-Tsao G., 2019).

Solitamente il flusso sanguigno in vena porta scorre ad una pressione compresa tra 5 e 10 mmHg. L'ipertensione viene detta portale ed è presente già con valori pressori maggiori o uguali a 12 mmHg. Aumentando, la pressione raggiunge i livelli soglia di 20-25 mmHg e genera percorsi alternativi per il sangue, ossia i circoli collaterali porto sistemici. Il

sangue non potendo proseguire il suo percorso nel fegato, torna indietro, anche nelle vene dell'esofago: esse sono vene piccole e non abituate ad un flusso elevato, proprio per questo motivo il rischio è che si rompano e inizino a sanguinare.

Va specificato, per meglio comprendere, che le vene esofagee sono suddivise in tre plessi, due superiori ed uno inferiore. Il plesso inferiore è quello che comunica con il sistema della vena porta. Le pareti di queste vene si sfiancano e si dilatano poiché non sono abituate a grandi carichi di sangue e sono poco elastiche per natura. Quando hanno aumenti repentini e ripetuti sono poi soggette a rotture ed emorragia.



Figura 1: fegato sano e fegato con cirrosi (<https://www.epac.it/patologie/cirrosi>)

Andiamo ad esaminare velocemente le cause di cirrosi. Le più comuni sono:

-Infezioni virali del fegato (epatiti, la più frequente causa è l'epatite C in Italia e in molti altri paesi industrializzati).

-Abuso di alcool che, oltre ad essere un fattore singolo responsabile, è anche concausa di cirrosi da HBV o HCV; si parla di assunzione eccessiva di alcool per almeno dieci anni e ad oggi non sono state rilevate dosi sicure.

Causa	Cirrosi %
HBV	7.1
HCV	50.2
Alcol	16.4
Alcol + Virus (HBV o HCV)	18.6
Altro	7.7

Figura 2: le epatiti virali e le forme alcoliche sono le cause più frequenti che conducono alla cirrosi. (<https://www.epac.it/patologie/cirrosi>)

-Cirrosi biliare primitiva.

Oltre alla cirrosi, altre cause di varici esofagee sono la trombosi, che ostacola il flusso nella porta, e la schistosomiasi, una infezione parassitaria del sistema vascolare diffusa in Paesi tropicali.

## **2.2. SEGNI E SINTOMI**

Le varici esofagee generalmente non causano segni e sintomi fino alla loro rottura, quando provocano sanguinamenti massivi e diventano una emergenza medica che, se non trattata velocemente, comporta rischio di morte per la persona.

Il paziente con varici potrebbe essere disfagico, ossia con difficoltà nella deglutizione (Jindal A., 2017).

I segni della rottura delle varici sono:

- ematemesi (emissione di sangue con il vomito)
- melena (sangue nelle feci, solitamente di colore scuro poiché digerito e di consistenza viscosa);
- stordimento;
- perdita di coscienza se l'emorragia è massiva;
- anemizzazione dovuta a perdita sanguigna e conseguente calo di emoglobina.

Altri sintomi tipici sono quelli che provengono dalla cirrosi, ossia la malattia sottostante, come:

- ittero (colorazione giallastra di cute e sclere per eccessiva presenza di bilirubina);
- vomito;
- dolore in sede epatica;
- encefalopatia epatica (funzione del cervello compromessa poiché il fegato non smaltisce sostanze tossiche);
- ascite (raccolta di liquido in sede addominale).

Per i pazienti che sono già a conoscenza di avere una cirrosi epatica, un segno clinico rilevabile è l'aumento della pressione in vena epatica superiore ai 10 mmHg (Fowler

Christopher, 2013). È necessario tenere sotto controllo questa tipologia di pazienti con esami di screening e indagini diagnostiche mirate poiché la frequenza delle varici esofagee va dal 25% al 70% nei pazienti con cirrosi. Approfondiremo questo aspetto nel capitolo “Indagini Diagnostiche”.

### **2.3. INDAGINI DIAGNOSTICHE**

La diagnostica delle varici è essenziale poiché la prognosi di questo quadro clinico è infausta. Solitamente la diagnosi di varici avviene nel momento del sanguinamento. Circa un terzo dei pazienti con cirrosi e con varici esofagee, nei primi due anni dal riscontro di varici, va incontro a rottura e sanguinamento, con emorragie mortali in più del 50% dei casi. I primi cinque giorni dopo l'esordio del sanguinamento sono ritenuti i più critici per ogni ulteriore episodio emorragico, per il rischio di morte e di risanguinamento. Dei restanti due terzi dei pazienti oltre l'80% ripete l'episodio emorragico in un anno (Soga K. et al., 2014).

L'iter diagnostico comincia sempre dall'anamnesi: ricostruzione clinica sia remota che recente della persona. Si esegue un esame obiettivo per valutare se il quadro clinico è tipico di un paziente con cirrosi epatica, valutando lo stato anemico con cute e mucose pallide; addome teso o gonfio e dolente per presenza di ascite; vene periombelicali ingrossate e ben visibili, che ricordano la figura mitologica di Medusa e per questo vengono definite *caput medusae*; encefalopatia epatica che permette di riscontrare disturbi neurologici; ittero.

Gli esami di laboratorio possono rilevare uno stato di anemizzazione se c'è un sanguinamento in corso, riduzione dell'emoglobina, aumento di enzimi epatici se c'è un danno epatico (cirrosi).

Se un paziente riceve diagnosi di cirrosi, solitamente le varici esofagee sono già presenti nel 50% dei casi, e viene sempre richiesta una EGDS (Esofago-Gastro-Duodeno-Scopia) per valutarne sia lo stato, che il rischio di rottura e classificarle. Esiste una stretta correlazione tra la grandezza delle varici e la possibilità che queste sanguinino, anche se non è direttamente proporzionale (Sherlock S., 1990). L'EGDS è anche richiesta a

pazienti che hanno sanguinamenti inspiegabili del tratto superiore del tubo digerente senza aver ricevuto già diagnosi di cirrosi.

Un paziente cirrotico che alla prima EGDS non ha varici esofagee deve sottoporsi nuovamente all'esame endoscopico dopo 2 o 3 anni per valutarne l'eventuale comparsa. Se le varici sono evidenti invece l'esame viene prescritto e ripetuto in 1 o 2 anni per monitorarne l'ingrandimento. Se invece, come terza opzione, le varici fossero già grandi ed evidenti, vengono trattate farmacologicamente per ridurre il rischio di sanguinamento e l'endoscopia non deve essere ripetuta con cadenza prefissata, ma il timing verrà stabilito in base all'aspetto delle varici, alla causa della malattia epatica, e alla salute generale della persona.

L'EGDS è una procedura endoscopica durante la quale il paziente è sedato mentre l'operatore inserisce un tubo flessibile, della misura adeguata, con una luce e una videocamera all'estremità per visionare le pareti di esofago e stomaco (Bruce A Runyon, 2022).

Altro metodo diagnostico alternativo all'EGDS, meno utilizzato poiché più costoso, è la capsula endoscopica. L'esame implica l'ingoiare una capsula che contiene una piccola telecamera all'interno. Dopo averla ingoiata il paziente continua a deglutire ogni 30 secondi, aiutandosi con dei sorsi d'acqua. La capsula trasmette fotografie delle pareti esofagee e dello stomaco ad un dispositivo che le registra, posto all'esterno del corpo. Un clinico poi visiona le immagini raccolte dalla video capsula per determinare se ci siano alcune anomalie.

Lo scopo degli esami diagnostici è quello di determinare il rischio di sanguinamento che viene dedotto da vari fattori: la grandezza delle varici, la forma, la localizzazione, come anche la severità della malattia epatica e la precedente storia di sanguinamento da varici (Bruce A Runyon, 2022).

Le varici una volta esaminate con endoscopia sono classificate in base alle loro caratteristiche. Per quanto riguarda la dimensione e l'aspetto rispetto al lume dell'esofago si hanno:

- F1: varici di diametro inferiore ad  $1/3$  del lume esofageo
- F2: varici di diametro tra  $1/3$  e  $2/3$  del lume esofageo



- F3: varici con diametro oltre i 2/3 del lume esofageo

Per quanto riguarda il colore possono essere bianche o bluastre.

Possono avere dei segni rossi che sono:

- lividi a “colpo di frusta” detti *red wale markings*
- macchie color ciliegia dette *cherry red spots*
- arrossamento diffuso
- cisti ematiche

La classificazione deve citare anche la presenza o assenza di esofagite.

Infine la localizzazione in base alla porzione di esofago interessata, o alta, o media, o bassa.

Le linee guida solitamente raccomandano di sottoporre tutti i pazienti allo screening con EGDS per la presenza di varici esofagee al momento della diagnosi di cirrosi. Questa teoria non è condivisa a livello universale e altri studi reputano che se la cirrosi è compensata vadano sottoposti a screening con EGDS solo pazienti con una delle seguenti caratteristiche:

- PT inferiore al 70% (tempo di protrombina: proteina del sangue, prodotta dal fegato, che quando si attiva porta alla formazione del coagulo, per limitare o arrestare perdite di sangue). Valori nella norma sono 70-120%.
- Piastrinopenia, valore delle piastrine inferiore a 100.000/mm<sup>3</sup> (valori nella norma sono tra 150.000 e 450.000/mm<sup>3</sup>).
- Vena porta a livello ecografico di diametro superiore a 13 mm.

## **2.4. TERAPIE**

In uno studio effettuato su pazienti con cirrosi epatica è stato dimostrato che le varici esofagee erano presenti nel 52.2% dei pazienti che si sono sottoposti ad endoscopia per effettuare uno screening. In un altro studio le varici erano presenti nel 37.9% dei pazienti con cirrosi epatica: 34.7% nei pazienti che la avevano compensata e 47.9% in quelli che la avevano decompensata (Seo Y. S., 2018).

L'incidenza delle varici nei pazienti cirrotici senza varici iniziali è: 5-9% nel primo anno, 14-17% nei due anni, e 21-28% nei tre anni. In un altro studio, l'incidenza cumulativa in 10 anni era oltre il 44%.

Il rischio principale dello sviluppo di varici in questi pazienti è il gradiente di pressione venosa epatico (HVPG) maggiore di 10 mmHg, che indica la pressione presente in vena porta. Le piccole varici solitamente diventano grandi e l'incidenza di questa progressione da piccole a grandi è al 12% in un anno, al 25% in due anni, al 31% in tre anni.

I fattori di rischio indipendenti che portano a sviluppo di varici sono la cirrosi alcolica, la malattia scompensata, la presenza di segni rossi durante la prima endoscopia, e splenomegalia.

La possibilità di sanguinamento nei pazienti con cirrosi e varici ma senza precedente storia di sanguinamento è approssimativamente del 12% (5% per le piccole e 15% per le grandi). Nonostante il tasso di mortalità sia stato abbassato significativamente durante le ultime decine di anni con l'avanzamento diagnostico e terapeutico, questo rimane comunque alto.

In aggiunta il risanguinamento è veramente frequente al 60% nell'arco di 1 anno senza un trattamento appropriato per la prevenzione. Uno studio ha suggerito che la HVPG sia associata con il rischio di risanguinamento: quei pazienti che la hanno maggiore a 20 mmHg nell'arco delle 24 h rispetto al primo sanguinamento delle varici, hanno il rischio maggiore nella settimana successiva di risanguinare, unito ad un rischio maggiore di fallimento nella gestione dell'emorragia (Seo Y. S., 2018).

### **2.4.1. PREVENZIONE**

Il trattamento prevede l'assunzione di farmaci che siano vasocostrittori e possano ridurre la pressione portale, trattando la vasocostrizione splancnica, come i betabloccanti non selettivi (propranololo e nadololo), la terlipressina, la somatostatina, e gli analoghi (ocreotide e vapreotide).

Vari studi suggeriscono che i betabloccanti non selettivi siano efficaci nel prevenire il sanguinamento e le linee guida suggeriscono di utilizzarli per ridurre la pressione portale,

portando alla profilassi primaria e secondaria contro il sanguinamento nei pazienti con cirrosi e con alto rischio di sanguinamento.

Il carvedilolo è un beta bloccante non selettivo, ma anche un anti- $\alpha$ 1-adrenergico (con azione vasodilatatrice). Perciò esso può ridurre la pressione non solo con vasocostrizione splancnica, come gli altri betabloccanti, ma anche con la vasodilatazione intraepatica e la conseguente riduzione della pressione intraepatica. Da uno studio è emerso che l'attività di questo farmaco è molto più significativa rispetto agli altri beta bloccanti. La dose ottimale è di 12.5 mg somministrati una volta al giorno (Seo Y. S., 2018).

La profilassi primaria è raccomandata per i pazienti con alto rischio di sanguinamento, ossia con varici medie e larghe, o coloro che le hanno piccole ma con segni rossi, o coloro con malattia epatica scompensata e piccole varici.

Dagli studi emerge che i trattamenti siano o l'assunzione di betabloccanti o la legatura endoscopica (Bosch J. et al., 2008). In uno studio che ha permesso di paragonare questi due metodi è stato rilevato che la legatura ha efficacia uguale se non superiore rispetto ai betabloccanti nel prevenire il primo sanguinamento da varici esofagee, senza alcuna differenza sulla mortalità tra i due metodi. Le linee guida consigliano di scegliere la metodica in base alle risorse a disposizione, alle preferenze del paziente, caratteristiche, controindicazioni o eventi avversi (Seo Y. S., 2018).

Il vantaggio dei betabloccanti è il basso costo, e la facile somministrazione, oltre che la non necessità di una figura esperta nell'assunzione come anche nessuna necessità di monitoraggio endoscopico. In aggiunta i betabloccanti non selettivi riducendo la pressione portale abbassano l'incidenza di ulteriori complicanze che questa potrebbe generare: ascite, encefalopatia, SBP (infezione del liquido ascitico). Gli svantaggi dei betabloccanti non selettivi invece consistono nelle controindicazioni che alcuni pazienti hanno (15%) e negli effetti collaterali (15/20%) come fiato corto, letargia, fatigue, episodi pre sincopali: ciò porta la riduzione della dose o la discontinuità della terapia. Inoltre il 25-50% dei pazienti non ha una risposta emodinamica sufficiente a ridurre la pressione portale. La terapia dovrebbe essere assunta per tutta la vita e il rischio di sanguinamento aumenta dopo la cessazione.

I vantaggi della legatura invece sono che può essere effettuata nella stessa sessione di una endoscopia di controllo e che ha poche controindicazioni. Gli effetti collaterali sono anche meno frequenti.

Gli effetti collaterali con i betabloccanti non selettivi si presentano nel 56,1% dei pazienti mentre quelli associati con la legatura endoscopica nel 42,7%. Anche se gli effetti avversi sono minori con la legatura endoscopica, è la gravità che è maggiore per gli effetti dovuti a questa procedura rispetto alla terapia farmacologica. Inoltre siccome è una procedura locale non apporta modifiche all'ipertensione portale e non può prevenire altre complicanze che questa genera.

Teoricamente la combinazione di legatura e della riduzione della pressione portale con i beta bloccanti non selettivi avrebbe un effetto sinergico e sarebbe più efficace rispetto a ciascuno dei due trattamenti isolati.

Uno studio ha valutato l'effetto del carvedilolo nei pazienti con una emodinamica non responsiva al propanololo. Dopo 4 settimane di trattamento con propanololo, la misurazione della pressione portale è stata ripetuta per valutare la risposta emodinamica. I responsivi al propanololo (ossia con un calo di pressione portale  $\geq 20\%$  rispetto all'inizio o  $< 12$  mmHg) hanno mantenuto la terapia con questo, mentre quelli emodinamicamente non responsivi sono stati sottoposti a carvedilolo. Dopo 4 settimane di trattamento con carvedilolo, la misurazione della pressione portale è stata ripetuta, e i responsivi emodinamicamente al carvedilolo hanno mantenuto la terapia, mentre i non responsivi sono passati alla legatura endoscopica delle varici. I responsivi al propanololo erano il 36% di tutti i pazienti e il 56% dei non responsivi al propanololo ha raggiunto la risposta con il carvedilolo. L'incidenza del sanguinamento nei 2 anni era minore nei responsivi al propanololo (11%) o al carvedilolo (8%) rispetto ai pazienti trattati con la legatura endoscopica (24%) (Seo Y. S., 2018).

## **2.4.2. TRATTAMENTO SPECIFICO DELL'EMORRAGIA ESOFAGEA DA VARICI**

La prima azione durante una emorragia acuta per qualsiasi causa è il mantenimento del circolo e dell'attività respiratoria, tramite la rianimazione. Il ripristino del volume

sanguigno dovrebbe essere effettuato per ricreare e mantenere la stabilità emodinamica. La trasfusione potrebbe contrastare la vasocostrizione splancnica generata dall'ipovolemia, e a sua volta compromettere la formazione di coaguli aumentando il flusso di sangue splancnico e la pressione. L'emoglobina dovrebbe essere mantenuta tra 7 e 9 g/dL. Ci sono poche evidenze sull'utilizzo routinario di fattori della coagulazione o trasfusione piastrinica per migliorare l'emostasi, prevenendo il risanguinamento e lo sviluppo di encefalopatia epatica.

L'infezione batterica è frequente nei pazienti cirrotici con sanguinamento delle vie gastrointestinali superiori, ed è associato con aumento di fallimento nel controllo del sanguinamento, del risanguinamento, e della mortalità intraospedaliera. La profilassi antibiotica durante un sanguinamento di varici riduce i rischi di mortalità, di mortalità da infezione batterica, di infezione batterica, e di risanguinamento. Le linee guida raccomandano la profilassi in tutti i pazienti cirrotici che presentano sanguinamento. Uno studio che comparava ceftriaxone (1 g/die) e norfloxacina orale (400 mg due volte al giorno) nella profilassi delle infezioni batteriche nei pazienti cirrotici, ha evidenziato che le incidenze di dimostrate o possibili infezioni, spontanea batteriemia o spontanee peritoniti batteriche, erano significativamente minori nei pazienti che avevano assunto il ceftriaxone. Ad ogni modo questo studio aveva incluso solo pazienti con cirrosi avanzata (almeno due dei seguenti: ascite, severa malnutrizione, encefalopatia o bilirubina >3 mg/dL). Questi risultati non possono essere considerati per pazienti con sanguinamento da varici e cirrosi meno avanzata. In aggiunta, considerando che alcuni bacilli Gram negativi sono resistenti al chinolone (la norfloxacina è un antibatterico appartenente alla classe dei chinoloni), la superiorità del ceftriaxone era spiegata da un maggior tasso di infezioni da organismi chinoloni-resistenti. Le linee guida raccomandano per un breve periodo (massimo 7 giorni) ceftriaxone endovena 1 g/die come miglior profilassi antibiotica nei pazienti con sanguinamento da varici.

Farmaci vasoattivi come vasopressina, terlipressina, somatostatina e octreotide, sono efficaci nell'emostasi nei pazienti con sanguinamento acuto da varici poiché riducono la pressione portale. La vasopressina riduce il flusso del sangue portale, il flusso del sistema collaterale sistemico, la pressione intra-variceale inducendo vasocostrizione sistemica e splancnica. In ogni caso siccome hanno effetti collaterali come l'aumento delle resistenze vascolari periferiche e la riduzione dell'output cardiaco e del flusso di sangue coronario

non è attualmente raccomandata. L'aggiunta di nitroglicerina alla vasopressina riduce il fallimento nell'emostasi e gli effetti collaterali cardiovascolari. La terlipressina è un analogo sintetico della vasopressina, ed è efficace nel ridurre la pressione portale e nell'emostasi del sanguinamento acuto da varici. Tra i tipi di farmaci vasoattivi, la terlipressina è l'unico farmaco che è stato provato riduca la mortalità, mentre l'efficacia nel controllo del sanguinamento e nella sopravvivenza non differiscono tra terlipressina, somatostatina e octreotide. La somatostatina riduce la pressione portale e il flusso di sangue portale inducendo la vasocostrizione splancnica. Quindi non c'è preferenza nel selezionare uno dei vari farmaci vasoattivi. Da uno studio è emerso che i farmaci vasoattivi nei pazienti con sanguinamento acuto delle varici è associato con una riduzione di mortalità in 7 giorni.

Questi farmaci devono essere assunti prima possibile, prima dell'endoscopia, per i pazienti in cui si sospetta sanguinamento delle varici. Si consiglia di proseguire la terapia per 3-5 giorni (Seo Y. S., 2018).

L'endoscopia deve essere effettuata appena possibile per valutare la fonte del sanguinamento.

Per quanto riguarda la legatura delle varici per via endoscopica, una volta che è raggiunta la stabilità emodinamica, l'endoscopia superiore deve essere effettuata per determinare la causa del sanguinamento e poter provvedere al trattamento specifico.

Le tempistiche sono importanti e una endoscopia in ritardo (più di 15 ore dopo) è stata correlata con un rischio aumentato di morte.

Un trattamento combinato con la legatura delle varici e farmaci vasocostrittori è raccomandato come terapia standard.

La scleroterapia può essere considerata in alcuni rari casi in cui la legatura non è tecnicamente fattibile. Viene effettuata una iniezione di colla di ciano acrilato per controllare il sanguinamento.

Nei pazienti con sanguinamento incontrollato le linee guida raccomandano il posizionamento di un palloncino temporaneo a tamponare. Ad ogni modo questo porta ad alto rischio di complicanze e deve essere considerata solo una soluzione temporanea (massimo 24 ore) in attesa del trattamento definitivo.

È stato anche dimostrato che il posizionamento di uno stent metallico esofageo autoespandibile è associato con maggior controllo del sanguinamento e minori eventi avversi comparato al tamponamento con pallone e dunque andrebbe preferito nelle situazioni che lo permettono. Poiché questi stent rimarrebbero in sede per più di 7 giorni, il posizionamento permette più tempo per pianificare una terapia definitiva.

Le linee guida raccomandano che l'endoscopia sia effettuata prima possibile una volta raggiunta la stabilità emodinamica e non oltre le 12 ore dopo il sanguinamento. Tutte le varici andrebbero legate quando il sanguinamento è confermato o da una varice che sanguina, o da un coagulo, o da una *white nipple* al di sopra di una varice, o quando le varici solo la sola anomalia osservata che spieghi il sanguinamento.

Lo shunt portosistemico intraepatico trans giugulare (TIPS) è un trattamento radiologico e connette la vena porta con ipertensione ad una vena con pressione normale nel circolo sistemico (vena cava inferiore): ciò porterà a normalizzare la pressione nella vena porta ed è utilizzato in pazienti in cui fallisce la terapia standard o c'è alta possibilità che questa fallisca, o perché il sanguinamento non può essere controllato o perché c'è ricomparsa di sanguinamento (Zanetto A. & Garcia-Tsao G., 2019).

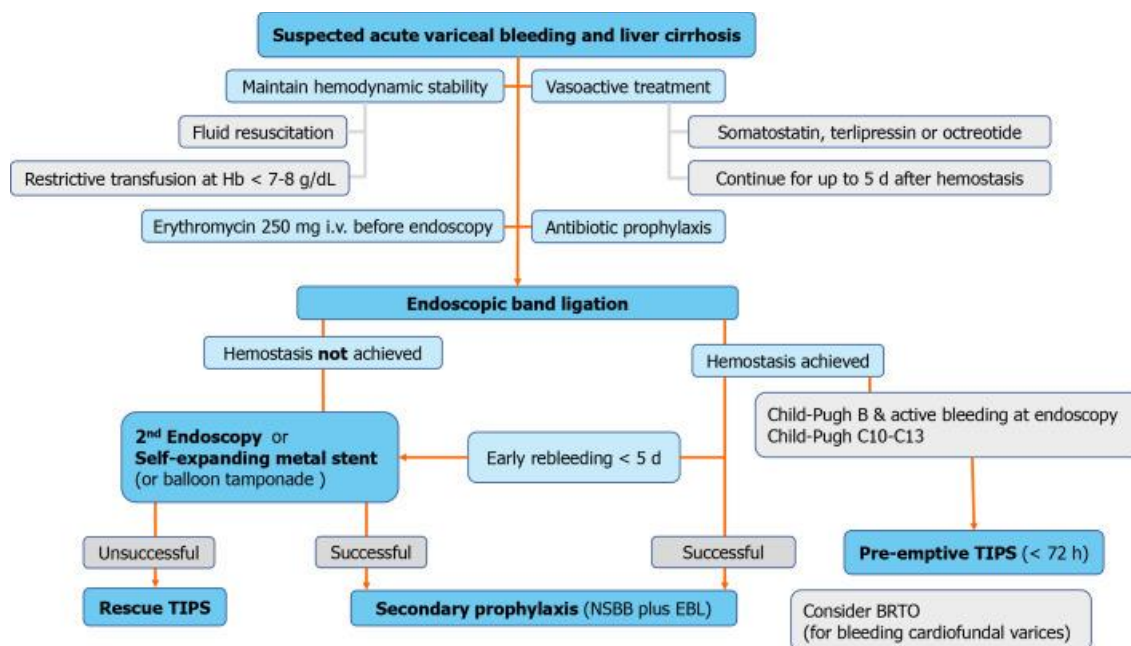


Figura 3: algoritmo trattamento per pazienti con sanguinamento acuto da varici (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8326161/figure/F2/>)

Per quanto riguarda la profilassi secondaria, nei pazienti che sopravvivono ad un sanguinamento acuto può esserci risanguinamento in un anno nel 60% dei casi, e un tasso di mortalità del 33%. Quindi un trattamento per prevenire il risanguinamento è veramente importante.

I betabloccanti non selettivi sono il primo farmaco utilizzato nella prevenzione del risanguinamento. La combinazione tra isosorbide mononitrato (ISMN) e betabloccanti aumenta l'effetto della riduzione della pressione portale. Però, l'aggiunta di ISMN aumenta a frequenza di effetti collaterali come mal di testa e stordimento (De-Run Kong D-R. et al., 2013).

Il trattamento endoscopico utilizzato nella profilassi secondaria è la legatura delle varici esofagee. La legatura riduce il tasso di risanguinamento, di mortalità, e l'incidenza delle stenosi esofagee.

La terapia di prima linea per la profilassi secondaria è la combinazione di beta bloccanti non selettivi e legatura endoscopica. I beta bloccanti aggiunti alla legatura endoscopica hanno azione sinergica perché possono prevenire il risanguinamento prima dell'eradicazione delle varici con la legatura, e anche prevenirne la ricomparsa. Per i pazienti che non possono essere sottoposti alla legatura delle varici endoscopica, si valuta di aggiungere la somministrazione di ISMN ai betabloccanti per massimizzare la riduzione della pressione portale.

In alcuni studi si è evidenziato che l'aggiunta di simvastatina al trattamento standard per la prevenzione del risanguinamento, in aggiunta alla legatura e ai betabloccanti, riduce il tasso di mortalità (Seo Y. S., 2018).



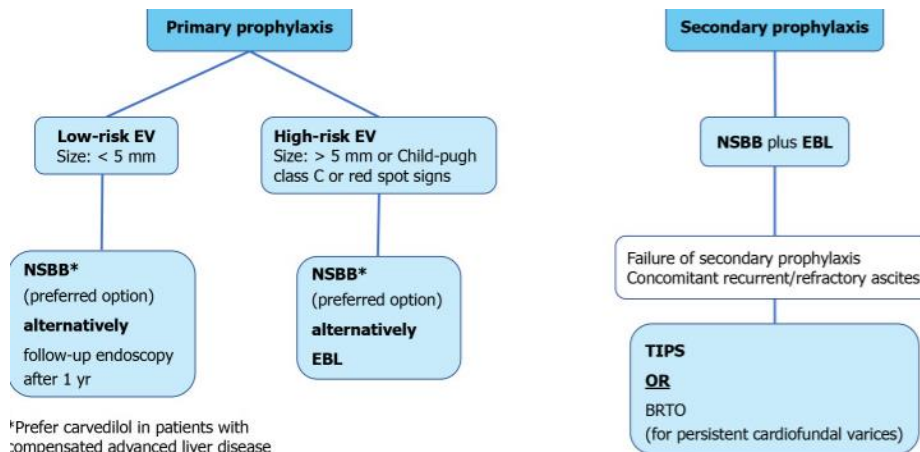


Figura 4: algoritmo clinico per pazienti cirrotici in profilassi primaria e profilassi secondaria (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34367495/>)

## 2.5. INTERVENTI INFERMIERISTICI

In questa sezione si approfondiranno i possibili interventi infermieristici sul paziente con o a rischio di cirrosi epatica, con il fine di prevenire la formazione di varici esofagee. Allo stesso modo si approfondiranno interventi infermieristici effettuabili a domicilio su pazienti con varici esofagee.

- PREVENZIONE

Il Profilo Professionale infermieristico cita che “l’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria” (DM 739/94).

La cirrosi epatica è un problema sociale, sia per quanto riguarda la perdita di vite umane sia per quanto riguarda i costi (diretti ed indiretti). Si parla sia di spese per terapie mediche e chirurgiche, per ospedalizzazioni e trapianti, sia di spese quantificabili in giornate perse di lavoro, in inabilità lavorativa, indennizzi e pensionamento precoce. Poiché colpisce principalmente la popolazione giovane il peso è ancora maggiore essendo la fascia a maggior valore in termini economici. Infatti se si paragona la cirrosi epatica con altre malattie croniche diffuse, come infarto del miocardio, diabete mellito, bronchite

cronica/asmatica, malattie cerebro-vascolari, si nota che questa colpisce principalmente in età giovane ed adulta (25-54 anni).

La ricerca ha portato a degli sviluppi in campo medico per migliorare la prognosi ma finora non sono state individuate terapie risolutive. Le conoscenze sull'eziologia permettono di agire miratamente sull'abuso di alcool e con campagne di vaccinazione contro epatite B, e sulle misure atte a prevenire la trasmissione parenterale dei virus epatici.

Per questi motivi la lotta alla malattia va combattuta principalmente dal fronte della prevenzione.

Una volta instaurata la malattia si vanno a trattare le complicanze annesse.

- VACCINAZIONI

La cirrosi epatica è causata più del 50% delle volte da epatiti (vedi tabella 2). È importante che il paziente sia vaccinato e sia a conoscenza dell'importanza delle vaccinazioni. È altresì importante che il paziente e i suoi conviventi sappiano le modalità di trasmissione dei virus.

Il vaccino per epatite A è raccomandato dall'anno di età, ed è inoltre consigliato a chi ha in programma viaggi nei paesi a rischio essendo un virus che si trasmette con ingestione di acqua o cibi contaminati, e quindi in situazioni di scarsa igiene.

Il vaccino per epatite B è tra le vaccinazioni obbligatorie da fare entro l'anno di vita. Si devono sottoporre al vaccino anche i soggetti a rischio tra cui i conviventi dei soggetti infetti. Il virus si trasmette attraverso il contatto con liquidi biologici, come sangue e derivati, sperma e liquidi vaginali infetti. La trasmissione può avvenire anche da madre infetta al feto al momento del parto.

Per quanto riguarda l'epatite C non esiste un vaccino. La trasmissione è principalmente per via parenterale.

L'epatite D ha bisogno della coesistenza del virus dell'epatite B per infettare gli epatociti. Il metodo di trasmissione è lo stesso dell'epatite B.

Per quanto riguarda l'epatite E solitamente il virus non cronicizza tranne che negli immunocompromessi. Sono in sviluppo i vaccini (Ministero della Salute).

Misure profilattiche efficaci sono rappresentate dalle generali norme igieniche, dalla sterilizzazione degli strumenti chirurgici, l'utilizzo di materiali monouso, e dalla protezione nei rapporti sessuali a rischio.

- **EDUCAZIONE SUL CONSUMO ED USO APPROPRIATO DELL'ALCOOL A DOMICILIO**

Il consumo eccessivo di alcool è un problema sanitario globale. Negli Stati Uniti circa 15 milioni di persone soffrono di alcolismo, il 10-15% delle persone con alcolismo sviluppa cirrosi (1.500.000 persone). Altri 3 milioni hanno una infezione cronica da epatite C, e il 25-28% di questi svilupperà una cirrosi (Boregowda U. et al., 2019). Il tessuto epatico viene maggiormente danneggiato dal bere molto perché è il primo sito di metabolismo dell'etanolo. Non esiste una terapia farmacologica approvata per trattare i pazienti con una malattia epatica alcolica. Cessare di bere alcool è una parte integrale della terapia (Osna N. A. et al., 2017). Il consumo cronico ed eccessivo di alcool porta a varie lesioni epatiche, le principali sono steatosi, epatiti, fibrosi e cirrosi.

La steatosi è la lesione primaria, caratterizzata da accumulo di grasso nel fegato. È una condizione benigna e reversibile, che però rende il fegato più suscettibile alla fibrosi. La fibrosi, e in una fase successiva la cirrosi, è un accumulo di quantità anormali di proteine della matrice extracellulare.

Nel capitolo riguardante l'"Eziologia delle varici esofagee" è stato spiegato che tra le cause di varici rientra la cirrosi epatica. È per questo motivo che andrebbe prevenuta questa condizione attraverso una informazione mirata e specifica sull'utilizzo dell'alcool per evitarne un abuso.

Dal seguente grafico si evince come all'aumento della quantità di alcool aumenta anche il rischio di cirrosi epatica, più rapidamente per le donne che per gli uomini.

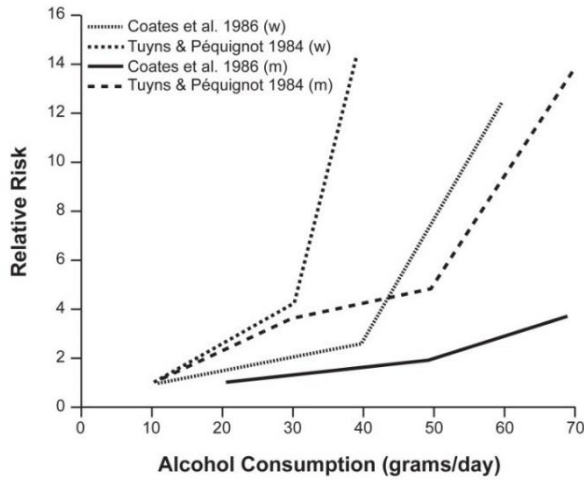


Figura 5: consumo di alcool e incidenza di cirrosi epatica negli uomini (m) e nelle donne (f) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6668879/>)



Figura 6: bevande standard in ordine di contenuto di etanolo ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513682/#\\_sec3title](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513682/#_sec3title))

Secondo il National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism una bevanda che ha 14 g di etanolo puro è una "dose standard". La percentuale di alcool puro varia in ogni bevanda e viene valutata in alcool/ volume. Così vengono valutati "standard drink" i 360 mL (12 ounces) di birra al 6% alc/vol, i 150 mL (5 ounces) di vino al 12% alc/vol, e i 45

mL (1,5 ounces) di distillato al 40% alc/vol. Le dosi standard sono utili per seguire una linea guida salutare nell'assunzione di alcolici (Osna N. A. et al., 2017).

Le indicazioni italiane, secondo il Ministero della Salute, sostengono che non siano accettabili indicazioni come “uso moderato” o “consumo consapevole”. Partendo dal presupposto che non sia possibile identificare una dose che non comporti alcun rischio per la salute, e ricordando che il concetto ormai condiviso da tutta la comunità scientifica è che meno alcool si assume meglio è (*less is better*), è comunque necessario definire alcuni parametri che permettano di valutare il rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche.

Viene definito a basso rischio il consumo di: 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini, 1 unità alcolica al giorno per le donne, 1 unità alcolica al giorno per le persone over 65, 0 unità alcoliche per gli under 18. Per unità alcolica si intende un quantitativo di alcol puro che corrisponde a 12 grammi, 2 grammi in meno rispetto a quelli dichiarati dal National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Americano.

Oltre al quantitativo alcolico è bene tenere in considerazione anche le modalità di assunzione delle bevande, poiché alcuni comportamenti contribuiscono ad aumentare i rischi per la salute: il bere lontano dai pasti, quindi a stomaco vuoto; bere eccessive quantità di alcool in una sola volta; va considerata anche la capacità di smaltire alcool che l'individuo possiede (Ministero della Salute).

Secondo quanto detto l'infermiere può effettuare un intervento educativo sul paziente, istruendolo sugli adeguati quantitativi alcolici, spiegando il concetto *less is better*, e spiegando anche la stretta correlazione per cui un consumo smodato di alcool è causa diretta di malattia epatica, che allo stadio più grave è la cirrosi: malattia cronica incurabile e a sua volta fattore causale delle varici esofagee.

- **ESEGUIRE ESAMI EMATICI A DOMICILIO**

Il paziente con varici esofagee ha bisogno di mantenere sotto controllo i propri valori ematici, soprattutto quelli correlati allo stato di salute epatico e all'emocromo, per valutare eventuali sanguinamenti e anomalie. Dopo la prescrizione medica l'infermiere può effettuare il prelievo ematico a domicilio del paziente.

- EMOTRASFUSIONE A DOMICILIO

Qualora fossero riscontrate anomalie dagli esami ematici del paziente è possibile effettuare una emotrasfusione a domicilio, poiché il paziente cirrotico è un paziente cronico e fragile.

Per quanto riguarda la procedura di emotrasfusione al domicilio del paziente spetta al medico compilare l'impegnativa per richiedere le prove crociate. Il prelievo ematico su cui verranno effettuati i controlli sarà effettuato dall'infermiere, sempre al domicilio, avendo cura di prelevare due provette di sangue con un quantitativo sufficiente, etichettandole correttamente con corrispondenza di dati, e firmandole; sarà l'infermiere che poi le trasporterà al laboratorio analisi. È sempre compito medico compilare la richiesta di emocomponenti. Una volta effettuata la tipizzazione e le prove crociate, l'infermiere può ritirare le sacche direttamente dal trasfusionale, sapendo che deve passare il minor tempo possibile tra il ritiro e la somministrazione.

Parte essenziale di tutto il processo dell'emotrasfusione è il consenso informato da parte del paziente, che quindi deve essere informato adeguatamente e deve dare esplicitamente il proprio consenso. La richiesta del consenso è responsabilità medica, ma l'infermiere può e deve fungere da supporto per il paziente qualora avesse bisogno di ulteriori delucidazioni oltre a quelle fornite dal medico. Proprio secondo il codice deontologico l'infermiere ha funzione di anello di giunzione tra medico ed assistito, permettendo così una corretta comunicazione e una sicurezza maggiore nel paziente.

Prima della procedura occorre verificare la prescrizione, la concordanza tra dati del paziente e della sacca, verificare che il paziente abbia firmato il consenso. L'infermiere dovrà istruire il paziente su eventuali segni e sintomi delle reazioni avverse alla trasfusione. L'infermiere dovrà rilevare i parametri vitali dell'assistito: temperatura corporea, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, per poter conoscere le condizioni di base del paziente per poter poi confrontare i parametri vitali durante la trasfusione.

Al domicilio del paziente bisogna controllare l'etichetta che è sulla sacca e che riporta dei dati che devono essere corrispondenti a quelli del paziente. Questa è una operazione che deve essere effettuata a due operatori, solitamente infermiere e medico che si trovano a casa del paziente per la trasfusione.

La sacca non deve presentare bolle, non deve avere un colore anomalo, non devono esserci coaguli, non deve essere torbida.

Per i primi 15 minuti di emotrasfusione la somministrazione deve essere a goccia lenta. Si osserva il paziente e si valuta se ci siano o meno eventuali reazioni avverse. Superati i 15 minuti iniziali si può aumentare la velocità di somministrazione.

Il paziente va sorvegliato per tutta la durata della trasfusione. Devono essere rivalutati i parametri vitali. La trasfusione non deve durare più di 4 ore, poiché in questo caso aumenterebbe la proliferazione batterica e si andrebbe incontro a reazione avversa. Terminata la somministrazione l'infermiere deve obbligatoriamente rivalutare i parametri vitali. Deve registrare l'ora di fine trasfusione. Va eliminato il materiale in modo consono, essendo rifiuti sanitari, e non rifiuti domestici (Redazione Nurse Times, 2016).

- VALUTAZIONE DISFAGIA A DOMICILIO

Le varici esofagee sono asintomatiche, però progressivamente potrebbero dare i primi segni, tra cui difficoltà alla deglutizione.

Allo stesso modo un paziente che è a conoscenza della presenza di varici esofagee dai primi esami diagnostici può essere valutato in tal senso.

Gli infermieri hanno un ruolo importante nell'identificazione e gestione e prevenzione delle complicanze correlate alla disfagia. Sono i professionisti più presenti al letto del paziente, e i primi a notare i segni e sintomi della disfagia (Park Y. H. et al., 2015).

L'infermiere si avvale di scale di valutazione tra cui la Bedside Swallowing Assessment Scale. Innanzitutto l'infermiere deve assicurarsi che il paziente riesca a deglutire bene mediante la prova di deglutizione con l'acqua. Dopodiché si può procedere con l'assegnazione dei punteggi seguendo le voci elencate nella scala di valutazione allo stadio 0. Se la valutazione iniziale lo permette si procede con il test.

La valutazione continua con la somministrazione di 5 mL di acqua in un cucchiaino per 3 volte. Se la deglutizione è normale e lo permette si procede con il test, somministrando 60 mL di acqua in un bicchiere (Alaimo Marco, 2018).

Figura 7: scala Bedside Swallowing Test  
<https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/bedside-swallow-assessment-valutare-la-disfagia.html>

- SPIEGARE LE MODALITA' E LE TEMPISTICHE EGDS

L'EGDS è l'esofago-gastro-duodeno-scopia, ossia l'esame diagnostico specifico per valutare la presenza o meno di varici esofagee nel paziente che riceve diagnosi di cirrosi epatica. Questo esame infatti permette di visualizzare l'esofago, come anche stomaco e duodeno, attraverso il gastroscopio. Abbiamo già parlato dell'esame spiegando la metodica e i differenti timing in cui va eseguito nella sezione "Indagini Diagnostiche".

Valutazione	Descrizione	Punteggio
Livello di coscienza	1. Vigile 2. Soporoso risvegliabile 3. Non apre gli occhi, ma risponde agli stimoli verbali 4. Risponde agli stimoli dolorosi	
Controllo del tronco e della testa	1. Tronco normale 2. Posizione tronco non mantenuta 3. Controllo solo testa 4. Non controllo testa	
Respirazione	1. Normale 2. Patologica	
Chiusura delle labbra	1. Normale 2. Patologica	
Movimento del palato	1. Simmetrici 2. Asimmetrici 3. Minimi/assenti	
Funzione laringea (aah/hee)	1. Normale 2. Ridotta 3. Assente	
Riflesso della deglutizione	1. Presente 2. Assente	
Riflesso della tosse	1. Normale 2. Ridotto 3. Assente	
Stadio 1: assunzione di 5 ml di acqua in un cucchiaino per 3 volte		
Rifuta l'acqua	1. Mai o una volta 2. Più volte	
Movimenti laringei con tentativi di deglutizione	1. Sì 2. No	
Movimenti ripetitivi	1. Mai o una volta 2. Più volte	
Tosse durante la deglutizione	1. Mai o una volta 2. Più volte	
Gorgoglio dopo la deglutizione	1. Sì 2. No	
Funzione laringea dopo la deglutizione	1. Normale 2. Disfonia 3. Aфонia	
Stadio 2: La deglutizione è normale nel primo stadio. Si somministrano 60 ml di acqua in un bicchiere		
È in grado di terminare?	1. Sì 2. No	
Tempo necessario per terminare in secondi		
Numero dei sorsi necessari		
Tosse durante o dopo la deglutizione	1. No 2. Sì	
Gorgoglio durante o dopo la deglutizione	1. No 2. Sì	
Funzione laringea dopo la deglutizione	1. Normale 2. Disfonia 3. Aфонia	
Sensazione di aspirazione	1. No 2. Possibile 3. Sì	



È importante che l'infermiere sia informato e sappia informare il paziente sulle modalità con cui si svolge l'esame, e sappia presentare una panoramica sulle differenti tempistiche in base alla clinica del paziente (Dale C., 2016). L'informazione può avvenire già al domicilio del paziente per rassicurarlo e informarlo su cosa lo aspetterà al momento dell'indagine diagnostica, nonostante molte indicazioni gli verranno ripetute anche in sede d'esame dal medico per ottenere il consenso informato.

È necessario che l'infermiere rassicuri il paziente informandolo che non si tratta di una indagine dolorosa, ma solamente fastidiosa, per questo motivo sarà somministrata una dose di anestetico. Al termine dell'esame avrà difficoltà nella deglutizione, per questo non deve assumere liquidi e cibi solidi. È sconsigliato mettersi alla guida dopo l'esame e per questo è consigliato essere accompagnati. Soprattutto nell'eventualità in cui la gastroscopia fosse eseguita in sedazione profonda il paziente non potrà mettersi alla guida per le successive 24 h.

Informare il paziente che dovrà effettuare una cena leggera la sera prima dell'esame, e dovrà seguire il digiuno dalla mezzanotte. Si può assumere acqua fino a 3 ore prima (AOPD, 2013), ( the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2017), (Dale C., 2016).

- TRATTAMENTO EDEMI DECLIVI A DOMICILIO

Tra i segni e sintomi di cirrosi rientra anche l'edema declive agli arti inferiori. L'edema è il gonfiore dovuto all'aumento di liquido interstiziale. È provocato da una riduzione di proteine, soprattutto albumina, nel sangue. È declive nei pazienti che deambulano. Oltre che con i farmaci l'edema può essere ridotto anche con una alimentazione attenta a ridurre l'assunzione di sale.

L'edema si presenta con gonfiore dell'area sotto la pelle, pelle tesa e lucida, e permanenza dell'avvallamento dopo aver premuto per alcuni secondi.

L'infermiere deve effettuare un intervento educativo sul paziente informandolo che la zona edematosa deve essere mantenuta pulita ed idratata, prevenendo le lesioni, poiché la pelle secca e screpolata è più esposta al rischio di subire danni. Il paziente dovrà indossare scarpe e vestiti non troppo stretti. Dovrà tenere in alto i piedi per aiutare il ritorno venoso

verso il cuore. Dovrà muovere la zona interessata per migliorare la circolazione. Si possono effettuare massaggi per migliorare la circolazione, sempre orientando i movimenti verso il cuore.

- TEST SANGUE OCCULTO NELLE FECI

Tra i segni e sintomi di sanguinamento da varici esofagee rientra l'emissione di sangue o con il vomito o con le feci. Essa è perlopiù visibile. Non è visibile delle volte nelle feci quando i quantitativi ematici sono minimi, ma continui, e per questo pericolosi. Per valutare eventuali sanguinamenti non evidenti nel paziente con varici esofagee si può effettuare il test del sangue occulto nelle feci.

L'esame va eseguito almeno per 3 giorni consecutivi, raccogliendo 3 campioni fecali distinti. Raccogliere il campione fecale con la paletta predisposta dal kit, o istruire il paziente autonomo a farlo, ed inserire il campione nella provetta. Etichettare il contenitore, e portarlo in laboratorio analisi.

- RILEVARE IL BISOGNO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

È necessario integrare le cure con un approccio psicologico. Non è sufficiente il solo approccio clinico-terapeutico per trattare una malattia cronica. La cirrosi e le varici esofagee sono malattie croniche, non esiste cura risolutiva per entrambe le situazioni cliniche. Vanno a cambiare lo stile di vita della persona in modo permanente.

Alla diagnosi di una condizione cronica il paziente può reagire con il rifiuto, con rabbia, frustrazione, e ciascuna di queste reazioni porta alla non aderenza alla terapia farmacologica, alla non cura della condizione, alla non collaborazione.

In queste situazioni la figura dello psicologo risulta essere fondamentale. Lo psicologo può anche aiutare il paziente a elaborare le emozioni legate alla malattia, a far front all'impegno che gli viene richiesto, e a non sentirsi solo.

La figura dello psicologo può essere necessaria anche prima dello sviluppo delle malattie croniche: per esempio quando si rileva un comportamento a rischio. Uno dei

comportamenti a rischio legato allo sviluppo di cirrosi e varici esofagee è il consumo eccessivo di alcool. In questo caso è bene prevenire la cronicità e richiedere il supporto di un professionista che possa intervenire, ossia uno psicologo.

L'infermiere deve essere consapevole delle differenti necessità che può avere il suo paziente e richiedere l'aiuto di un altro professionista quando non rientrano nella propria giurisdizione.

- RILEVARE IL BISOGNO DI UNA DIETA CON CONSULENZA DEL DIETISTA

Discorso simile a quello effettuato per il supporto psicologico, si può applicare ad un supporto dietetico. Il paziente con cirrosi e varici esofagee deve avere un piano alimentare e attenzioni alimentari.

I principi sono di sana alimentazione, più possibile variata, senza particolari restrizioni, ad eccezione dell'alcool che non deve essere assunto.

Vanno evitati lunghi periodi di digiuno ed è preferibile effettuare sia tre pasti principali (colazione, pranzo, cena) che tre spuntini (metà mattina, metà pomeriggio, dopo cena).

Si deve ridurre l'assunzione di sale ad un massimo di 5-6 grammi/die.

Va controllato il peso e va misurata la circonferenza addominale per valutare la comparsa di ascite nella cavità addominale. Se si notano dei cambiamenti, vanno segnalati al medico.

Per indicazioni più specifiche e per piani alimentari personalizzati si deve consultare un dietista. (UOC Dietetica e Nutrizione Clinica Azienda Ospedale Università Padova, 2021)

- SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA A DOMICILIO E EDUCAZIONE AL PAZIENTE E CAREGIVER NELLA SOMMINISTRAZIONE

Abbiamo visto nel capitolo della "Terapia" quali siano i farmaci che deve assumere il paziente con varici esofagee, dopo la consulenza e prescrizione medica.

La somministrazione della terapia può avvenire a domicilio, ed è bene che il paziente sappia perché sta assumendo quei determinati farmaci e quali possano essere gli effetti collaterali.

Per quanto riguarda i beta bloccanti, questi vanno assunti con lo scopo di ridurre la frequenza cardiaca del 25% o raggiungere una frequenza cardiaca di 55 battiti per minuti. A tal proposito l'infermiere dovrà rilevare la FC del paziente in seguito alle somministrazioni e educare il caregiver a rilevarla. Il raggiungimento dell'obiettivo nella FC è un termine per definire che la terapia sia adeguata, anche se non è una garanzia che ci sia riduzione dell'HVPG per cui è necessaria una misurazione apposita.

L'infermiere può anche rilevare la Pressione Arteriosa al paziente per valutare l'ipertensione. Allo stesso modo che per la FC può istruire il caregiver alla misurazione della PA (Consiglio Regionale Toscana, anno pubblicazione 2011, anno aggiornamento 2015).

- **EDUCAZIONE AL CAREGIVER NEL RICONOSCIMENTO DI SEGNI E SINTOMI URGENTI AL DOMICILIO**

L'infermiere deve istruire il caregiver nel riconoscere i segni e sintomi che richiedono un rapido trasporto in ospedale: sanguinamento acuto, o attraverso il vomito o attraverso le feci; segni di shock emorragico: tachicardia, tachipnea, riduzione della PA, alterazione della coscienza, ridotta diuresi oraria (Dale C., 2016).

## **2.6. IL TERRITORIO**

### **2.6.1. IL DM 71/2022**

“L’infermiere è referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l’assistito nelle diverse fasi della presa in carico”. Così cita il DM 71/2022.

Il nuovo modello proposto dal DM 71 mira ad una erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in base alla maggioranza di problemi del singolo e della comunità. Il SSN vuole perseguire questa visione mediante i seguenti punti:

- Tra i punti cardine del DM 71 c’è la Sanità di iniziativa: gestire le malattie croniche in modo proattivo, anticipando la malattia ossia agendo sulla prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci della cronicità.
- Il DM 71 si propone di stratificare la popolazione in base al rischio, così da poterla prendere in carico in base al livello di rischio e poter attuare differenti strategie di intervento.
- Nel DM 71 viene menzionato il Progetto di salute: si attiva all’accesso nel SSN e permette di orientare la persona e i professionisti nelle fasi di passaggio tra i vari setting di cura. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione periodica delle attività. Sono inclusi nel progetto di salute di un individuo anche i Piani di assistenza individuale PAI e i Piani riabilitativi individuali (PRI).
- Nel DM 71 si progetta anche la creazione di strutture di prossimità, come le Case della comunità, come punto di riferimento per bisogni di origine sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria.
- Si vogliono migliorare le cure domiciliari affinché la casa diventi ambiente privilegiato di cura.

- Si mira all'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo dell'equipe multiprofessionale che prenda in carico la persona olisticamente, con attenzione anche per la salute mentale e le fragilità.
- Si vuole valorizzare la partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e il coinvolgimento di diversi attori, ASL, Comuni, professionisti, pazienti e caregiver, associazioni del Terzo settore, ecc. (FNOPI, 2022).

### **2.6.2. LE CURE DOMICILIARI**

In presenza di scompenso è necessario organizzare un'assistenza domiciliare che eviti ospedalizzazioni ripetute.

I requisiti essenziali per poter garantire l'eleggibilità del paziente a delle adeguate cure domiciliari sono:

- presenza di condizioni cliniche compatibili con la permanenza a domicilio e di risorse che permettano interventi sanitari effettuabili ed appropriati;
- presenza di un valido supporto familiare che consenta la continuità delle cure (caregiver);
- valutazione dell'autosufficienza mediante scale a punteggio per malati cronici, tipo quella di Karnofsky

L'indice di Karnofsky è una scala di valutazione delle condizioni generali del paziente. Ha lo scopo di fornire una previsione sul decorso del quadro clinico, così da poter pianificare un'assistenza personalizzata.

I punteggi in percentuale sono i seguenti:

- **100%** - Non vengono rilevati disturbi e non ci sono segni di malattia. La persona è in grado di svolgere le normali attività e di lavorare.
- **90%** - I sintomi sono lievi ed è possibile per il paziente svolgere le normali attività.
- **80%** - Maggiore evidenza dei sintomi della malattia. Il paziente può svolgere attività con difficoltà.
- **70%** - La persona malata è in grado di prendersi cura di sé stessa. Non è però in grado di lavorare e svolgere le normali attività.

- **60%** - Il malato è indipendente rispetto ai bisogni personali ma necessità di assistenza occasionale.
- **50%** - Si rende necessario un supporto per le normali attività e il paziente richiede frequenti cure mediche.
- **40%** - La persona malata è ormai disabile e si rende necessario un supporto qualificato.
- **30%** - Il paziente è gravemente disabile ma non rischia la morte. Necessità di ricovero in ospedale o in una struttura analoga.
- **20%** - La persona è gravemente malata e sono necessarie misure intensive di sostegno alla vita.
- **10%** - Paziente prossimo al decesso. Il quadro clinico è in rapida evoluzione.
- **0%** - Decesso.

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANE	CURA PERSONALE	SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	<b>100</b>
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE	COMPLETA	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% Calo energie *	<b>90</b>
DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA (camminare/guidare)	LIEVE DIFFICOLTA'	ALCUNI SINTOMI Calo ponderale < 10% Calo moderato di energie**	<b>80</b>
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in caso)	MODERATA DIFFICOLTA'	ALCUNI SEGNI E SINTOMI (calo grave di energie)	<b>70</b>
	GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/ GUIDARE	DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI Grave calo ponderale >10%***	<b>60</b>
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	GRAVE DIFFICOLTA'	SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE Paziente ambulatoriale	<b>50</b>
	A LETTO PER OLTRE IL 90% DELLA GIORNATA	LIMITATA CURA DI SE'	ASSISTENZA SANITARIA STAORDINARIA (frequente e tipo di intervento)	<b>40</b>
	INABILE	INABILE	INDICATO RICOVERO OSPEDALIERO/ DOMICILIO SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO	<b>30</b>
ASSEGNARE IL LIVELLO COMPLESSIVO IN BASE AL CRITERIO MAGGIORITARIO TENENDO CONTO DELLA VALENZA MAGGIORE (PRIORITA') DI "ATTIVITA' QUOTIDIANE" E "CURA PERSONALE":			GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI <b>IRREVERSIBILE</b>	<b>20</b>
* saltuari: non condizionanti supporti terapeutici continuativi			RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI	<b>10</b>
** saltuari o costanti: spesso supporto terapeutico			DECEDUTO	<b>0</b>
*** costanti - invalidanti condizionanti: supporto terapeutico				

Figura 8: indice di Karnofsky

([www.ausl.pc.it/cure\\_primarie/modulistica/docs/KARNOFSKY%20PERFORMANCE%20STATUS.pdf](http://www.ausl.pc.it/cure_primarie/modulistica/docs/KARNOFSKY%20PERFORMANCE%20STATUS.pdf))

Come precedentemente descritto nel capitolo “Interventi Infermieristici” è a domicilio che l’infermiere può effettuare interventi mirati di prevenzione e cura del paziente con cirrosi e varici esofagee.



### 3. MATERIALI E METODI

È stata eseguita una revisione della letteratura sui seguenti motori di ricerca: Pubmed e NIH.

Tramite il modello PICO (P= patient = paziente con varici esofagee I= intervention = supporto domiciliare del caregiver istruito dall'infermiere C = comparison = pazienti senza supporto domiciliare)

<b>KEYWORDS</b>	<b>DATABASE</b>	<b>LIMITI</b>	<b>RISULTATI</b>
esophageal variceal AND therapy	Pubmed	Review, ultimi 10 anni	18
esophageal variceal AND prevention	Pubmed	Review, ultimi 10 anni	8
esophageal variceal AND alcool	Pubmed	Review, ultimi 10 anni	3
cirrhosis AND prevention AND alcool NOT farmacological	Pubmed	Review, ultimi 10 anni	355
alchol AND guidelines AND liver	Pubmed	Review, ultimi 10 anni	164
dysphagia AND evalutation AND nurse	Pubmed	Review, ultimi 10 anni	12
esophageal varices	NIH		

#### 4. RISULTATI

ARTICOLO	AUTORI, ANNO	RACCOMANDAZIONE
Gastric Varices: An Overview for the Gastroenterology Nurse	Dale C., 2016	L'infermiere provvede all'educazione riguardo le potenziali urgenze mediche (per esempio segni e sintomi di sanguinamenti, batteriemia, e embolia).
Gastric Varices: An Overview for the Gastroenterology Nurse	Dale C., 2016	L'infermiere deve assicurarsi che venga organizzato un adeguato follow-up per appuntamenti clinici e endoscopie da ripetere.
Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt for Portal Hypertension in Hepatocellular Carcinoma with Portal Vein Tumor Thrombus	Bin Q., Kai L., Xiaoqun D., Fu- Quan L., 2017	Nel paziente con problematiche epatiche e con presenza di varici esofagee e problematiche correlate, per la valutazione dell'autosufficienza si utilizza la Karnofsky Performance Status Scale (KPS).
Prevention and management of gastroesophageal varices	Seo Y. S., 2018	Il sanguinamento delle varici esofagee è una complicanza seria nei pazienti con cirrosi epatica e ipertensione portale. Anche se ci sono stati progressi nella prognosi e nella gestione, il tasso di mortalità rimane alto. Per questo è importante prevenire e gestire rapidamente il sanguinamento.

Patient education: Esophageal varices	Bruce A Runyon, 2022	Quando si trattano le persone con cirrosi, i sanitari devono seguire gli obiettivi: rallentare o invertire la causa della malattia epatica; gestire i sintomi e le anomalie sanguigne.
Dysphagia screening measures for use in nursing homes: a systematic review	Park, Y. H., Bang, H. L., Han, H. R., & Chang, H. K., 2015	Il Gugging Swallowing Screen (GUSS) e il Standardized Swallowing Assessment (SSA) sono gli strumenti di più alta qualità, e specialmente con maggiore sensibilità, che gli infermieri possono utilizzare per identificare il rischio e il grado di severità della disfagia dei pazienti.
Patient education: Alcohol use — when is drinking a problem?	Mark D Aronson, 2022	La maggior parte delle persone fa difficoltà a distinguere quando una “normale bevuta” diventa un problema alcolico. Come fai a sapere quanto è troppo, soprattutto quando ti farebbe bene moderare l’alcool che bevi?
Patient education: Esophageal varices	Bruce A Runyon, 2022	Se le varici esofagee sono rilevate, uno o più trattamenti sono raccomandati di solito, per ridurre il rischio di sanguinamento. Alcune persone con la cirrosi hanno una steatosi epatica dovuta all’obesità. L’obesità può essere l’unica causa di danno epatico, o possono contribuire più fattori. Perdere peso può rimuovere il grasso dal fegato e può prevenire ulteriori danni.
Patient education: Esophageal varices	Bruce A Runyon, 2022	Se le varici sono diagnosticate, uno o più trattamenti sono di solito raccomandati per ridurre il rischio di sanguinamento. Evitare alcool – uno dei modi più importanti di ridurre il rischio di sanguinamento da varici è smettere di bere alcool. L’alcool può peggiorare, aumentare il rischio di sanguinamento, e incrementare la possibilità di morte.

Patient education: Esophageal varices	Bruce A Runyon, 2022	Beta bloccanti che sono usati di solito per trattare la pressione elevata, sono i farmaci più raccomandati per prevenire il sanguinamento da varici esofagee.
Patient education: Hepatitis B	Anna SF Lok, 2021	Fortunatamente l'infezione da epatite B può essere prevenuta dalla vaccinazione. I vaccini per l'epatite B sono sicuri e molto efficaci nel prevenire l'infezione e sono routinariamente somministrati nei neonati.
Patient education: Hepatitis C	Sanjiv Chopra, 2022	La maggior parte delle persone infette con il virus dell'epatite C non hanno sintomi o ne hanno di lievi, quindi spesso non sanno di essere infetti. Le persone con epatite C sono a rischio di infezione di HIV e epatite B, in parte perché queste infezioni possono essere trasmesse nello stesso modo dell'epatite C.

## 5. DISCUSSIONE

Dal lavoro di tesi è emerso che agire sul piano della prevenzione è importante (Sanjiv Chopra, 2022).

Prevenzione significa sia ridurre i fattori di rischio con interventi mirati che educare per istruire su un argomento ed aumentare così la coscienza personale sulla propria salute.

Dal lavoro di tesi è emerso che se le varici vengono diagnosticate ci sono vari punti su cui educare la persona per ridurre il rischio di sanguinamento e di morte.

Evitare l'alcool è uno dei comportamenti più importanti, l'alcool può aumentare il rischio di sanguinamento da varici, e incrementare la possibilità di morte (Bruce A Runyon, 2022). L'alcool può allo stesso tempo generare una cirrosi epatica ex novo, che è a sua volta causa di varici esofagee. L'infermiere domiciliare dovrebbe effettuare un intervento di educazione sanitaria mirato all'informazione sulla stretta relazione tra alcool e malattia epatica, e tra alcool e complicanze della malattia epatica. La persona dovrebbe essere informata sui quantitativi di alcool da poter assumere: in molti assumono bevande alcoliche pensando che la quantità non sia dannosa, quando non sono al corrente che nessuna dose è sicura, e che tutta la comunità scientifica ritiene che *less is better* e bere meno alcool possibile o non berne è l'atteggiamento più salutare. L'infermiere, basandosi sulle dosi standard per ogni tipologia di bevanda alcolica, può fornire le basi per permettere di distinguere quando una "normale bevuta" diventa un problema alcolico (Mark D. Aronson, 2022).

Prevenzione può essere effettuata anche attraverso le vaccinazioni perché, come emerso dal lavoro di tesi, le epatiti sono causa di cirrosi. In maggior percentuale epatite B ed epatite C. L'informazione che l'infermiere può effettuare riguardo le vaccinazioni permette di ridurre la possibilità di infezione parenterale e sessuale. Il vaccino per l'epatite B è un vaccino sicuro e viene somministrato di routine nei neonati (Anna SF Lok, 2021). L'informazione sulle vie di contagio, e sulle norme di protezione che l'individuo può adottare durante i rapporti sessuali, porterebbe a ridurre i contagi da HCV, virus per cui non esiste ad oggi una vaccinazione (Sanjiv Chopra, 2022).

I sanitari devono seguire gli obiettivi di rallentare o di invertire la causa della malattia epatica, e gestire i sintomi delle anomalie sanguigne. (Bruce A Runyon, 2022).

Nel lavoro della tesi sono state evidenziate le possibilità di terapia farmacologica. I farmaci più utilizzati sono i beta bloccanti per andare ad agire sull'ipertensione (Bruce A Runyon, 2022). L'infermiere domiciliare dovrebbe chiarire la funzione farmacologica, e dovrebbe istruire sulla corretta assunzione della terapia quando il paziente è autonomo, o istruire alla somministrazione il caregiver. In sincronia l'infermiere può insegnare la rilevazione dei parametri vitali, soprattutto quelli riguardanti il circolo, ossia Pressione Arteriosa e Frequenza Cardiaca. Inoltre nel lavoro di tesi è stato spiegato come possa essere necessario quantificare la terapia farmacologica sufficiente per modificare la FC secondo dei parametri: questa deve raggiungere i 55 bpm o ridurre la FC del paziente del 25%. Anche in questo caso saperla rilevare è fondamentale.

È importante che il paziente con malattia epatica perda peso: perdere peso può ridurre il grasso dal fegato e prevenire ulteriori danni nel caso di steatosi epatica (Bruce A Runyon, 2022).

Il paziente deve essere istruito sull'importanza del controllo del peso corporeo, e della misurazione della circonferenza addominale poiché eventuali alterazioni devono essere segnalate per il rischio di sviluppo di ascite in cavità addominale: questa complicanza va poi trattata da parte dell'infermiere inviando il paziente a consulto medico per eventuale paracentesi.

È anche emerso che l'infermiere deve provvedere ad organizzare un adeguato follow up per il paziente dimesso a domicilio, programmando i diversi timing di esami endoscopici di controllo e appuntamenti clinici (Dale C., 2016). Per un corretto follow up del paziente con problematiche epatiche e varici esofagee l'infermiere deve anche valutare l'autosufficienza, utilizzando la Karnofsky Performance Status Scale (KPS) (Bin Q. et al., 2017).

Tra i segni di varici esofagee c'è la difficoltà nella deglutizione, per valutarne la presenza l'infermiere si avvale di scale scientifiche, come con la Standardized Swallowing Assessment (SSA) che permette di valutare rischio e grado di severità della disfagia (Park Y. H. et al., 2015).

Dopo la dimissione l'infermiere deve effettuare anche una educazione specifica al caregiver per il riconoscimento delle potenziali urgenze, come i segni e i sintomi di sanguinamento, di shock, di batteriemia (Dale C., 2016).

## 6. CONCLUSIONE

Questa revisione della letteratura ha cercato di rispondere al quesito “quale può essere il ruolo dell’infermiere a domicilio sulla prevenzione e sul trattamento delle varici esofagee?”.

Nonostante tutti gli sviluppi medici che sono stati fatti nel corso degli anni riguardo alla prognosi e gestione delle varici esofagee, queste rimangono una patologia con alto tasso di mortalità.

L’elaborato ha dimostrato quanto sia importante agire sul fronte della prevenzione: nello specifico, parlando di varici esofagee, la prevenzione permetterebbe di non raggiungere il punto di non ritorno in cui ormai la terapia non sarebbe curativa ma solamente palliativa.

Il concetto che dovrebbe ricordare l’infermiere è che il cambiamento di un comportamento nocivo nel singolo è allo stesso tempo un cambiamento per la società, di conseguenza quando si permette al singolo di migliorare il proprio comportamento ai fini della propria salute si migliora l’atteggiamento e la condizione e il benessere della comunità intera. Questo è un passaggio chiave ed un concetto essenziale per comprendere l’importanza dell’intervento educativo e della prevenzione effettuata secondo dei criteri.

Potendo intervenire solo sulla prognosi e sulla prevenzione, in aggiunta a tutti gli “Interventi Infermieristici” per pazienti con varici esofagee elencati nell’elaborato, si suggerisce l’implementazione di linee guida efficaci che prevedano ulteriori interventi che il professionista infermiere possa attuare a domicilio, tutelando sé stesso e il paziente, e permettendo così di trattare la cronicità nell’ambiente domestico della persona. Il passo successivo potrebbe essere una politica di implementazione delle procedure e dei protocolli inerenti alla gestione domiciliare, in accordo alla normativa DM 71 del 2022 che rivoluziona l’assistenza territoriale.



## 7. BIBLIOGRAFIA

- (2016). “Competenze e responsabilità infermieristiche nell’emotrasfusione a domicilio”. <https://nursetimes.org/competenze-e-responsabilita-infermieristiche-nellemotrasfusione-a-domicilio/8627>
- (2018), “Malattie croniche. Come lo psicologo può facilitare la cura”. <https://festivalpsicologia.it/argomenti/malattie-croniche>
- (2020), “Varici Esofagee”. <https://www.my-personaltrainer.it/salute/varici-esofagee.html>
- (2021), “Edema”. <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/e/edema>
- Alaimo Marco, (2018). “Bedside Sballo Assessment, valutare la disfagia”. <https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/bedside-swallow-assessment-valutare-la-disfagia.html>
- Anna SF Lok, (2021). “Patient education: Hepatitis B”. [https://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-beyond-the-basics?topicRef=4574&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-beyond-the-basics?topicRef=4574&source=see_link)
- Ashkenazi E., Kovalev Y., Eli Zuckerman E., (2013) “Evaluation and treatment of esophageal varices in the cirrhotic patient”, The Israel Medical Association Journal.
- Baglioni Piero, (2003). “Varici esofagee, prevenzione del sanguinamento”. <https://www.informazionisuifarmaci.it/varici-esofagee-1409>
- Boregowda, U., Umopathy, C., Halim, N., Desai, M., Nanjappa, A., Arekapudi, S., Theethira, T., Wong, H., Roytman, M., & Saligram, S. (2019). “Update on the management of gastrointestinal varices”. *World journal of gastrointestinal pharmacology and therapeutics*. <https://doi.org/10.4292/wjgpt.v10.i1.1>
- Bosch Jaime, Berzigotti Annalisa, Garcia-Pagan Juan Carlos, Abraldes Juan G. (2008). “The management of portal hypertension: Rational basis, available treatments and future options”. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2008.01.021>
- Bruce A Runyon, (2022). “Patient education: Esophageal varices”. [https://www.uptodate.com/contents/esophageal-varices-beyond-the-basics?topicRef=4574&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/esophageal-varices-beyond-the-basics?topicRef=4574&source=see_link)

- Consiglio Sanitario Regionale Regione Toscana, (anno di pubblicazione: 2011; anno di aggiornamento: 2015). “Linee guida per la diagnosi e la cura delle emorragie digestive”.
- Dale C. (2016). “Gastric Varices: An Overview for the Gastroenterology Nurse”. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*.  
<https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000169>
- De-Run Kong 1, Chao Ma, Min Wang, Jing-Guang Wang, Chen Chen, Lei Zhang, Jia-Hu Hao, Pan Li, Jian-Ming Xu (2013) “Effects of propranolol or propranolol plus isosorbide-5-mononitrate on variceal pressure in schistosomiasis”, *World Journal of Gastroenterology*.
- Dimonte Ruggiero ,(2021). “Varici Esofagee: cause, sintomi, pericoli e cura”.  
<https://healthy.thewom.it/salute/varici-esofagee/>
- DM 71/2022
- Fowler C. (2013). “Management of patients with complications of cirrhosis”. *The Nurse practitioner*. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000427610.76270.45>
- Il portale dei pazienti con epatite e malattie del fegato. “La cirrosi epatica”.  
<https://www.epac.it/patologie/cirrosi>
- Il portale dei pazienti con epatite e malattie del fegato. “Monitoraggio del paziente”.  
<http://www.cirrosi.com/linee-guida-aisf-simg/monitoraggio-del-paziente>
- Istituto Superiore di Sanità, “Epatite C”. <https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-c>
- Jindal A., (2017) “An unusual cause of dysphagia after gastric variceal bleeding”, *Turkish Journal of Gastroenterology*.
- Mann, R. E., Smart, R. G., & Govoni, R. (2003). “The epidemiology of alcoholic liver disease”. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6668879/>
- Mark D Aronson, (2022). “Patient education: Alcohol use – when is drinking a problem?” [https://www.uptodate.com/contents/alcohol-use-when-is-drinking-a-problem-beyond-the-basics?topicRef=4574&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/alcohol-use-when-is-drinking-a-problem-beyond-the-basics?topicRef=4574&source=see_link)

- Ministero della salute, (2022), “Alcol, zero o il meno possibile”.  
<https://www.salute.gov.it/portale/alcol/dettaglioContenutiAlcol.jsp?lingua=italiano&id=5526&area=alcol&menu=vuoto>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, (2017), “Gastrointestinal endoscopy”. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/pruebas-diagnosticas/endoscopia-esofagogastroduodenal>
- Osna, N. A., Donohue, T. M., Jr, & Kharbanda, K. K. (2017). “Alcoholic Liver Disease: Pathogenesis and Current Management”. *Alcohol research: current reviews*.
- Park, Y. H., Bang, H. L., Han, H. R., & Chang, H. K. (2015). “Dysphagia screening measures for use in nursing homes: a systematic review”. *Journal of Korean Academy of Nursing*. <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.1.1>
- Pfisterer, N., Unger, L. W., & Reiberger, T. (2021). “Clinical algorithms for the prevention of variceal bleeding and rebleeding in patients with liver cirrhosis”. *World journal of hepatology*. <https://doi.org/10.4254/wjh.v13.i7.731>
- Qiu, B., Li, K., Dong, X., & Liu, F. Q. (2017). “Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt for Portal Hypertension in Hepatocellular Carcinoma with Portal Vein Tumor Thrombus”. *Cardiovascular and interventional radiology*. <https://doi.org/10.1007/s00270-017-1655-8>
- Sanjiv Chopra, (2022). “Patient education: Hepatitis C”.  
[https://www.uptodate.com/contents/hepatitis-c-beyond-the-basics?topicRef=4574&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/hepatitis-c-beyond-the-basics?topicRef=4574&source=see_link)
- Seo Y. S. (2018). “Prevention and management of gastroesophageal varices”. *Clinical and molecular hepatology*. <https://doi.org/10.3350/cmh.2017.0064>
- Sherlock S. (1990). “Esophageal varices”. *American journal of surgery*.  
[https://doi.org/10.1016/s0002-9610\(05\)80861-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(05)80861-x)
- Soga K., Kassai K., Konishi H., Yagi N., Itani K., Satoshi K., Naito Y. & Yoshikawa T. (2014). “Prediction of Large Esophageal Variceal Bleeding and Subsequent Mortality”, *Hepatogastroenterology*.

- Tobruk Dario, (2021). “Esami delle feci: tutte le procedure infermieristiche per la raccolta dei campioni fecali”. <https://www.dimensioneinfermiere.it/esame-delle-feci-procedure-infermieristiche-raccolta/#sopra>
- Turco L., Garcia-Tsao G., 2019, “Portal Hypertension: Pathogenesis and Diagnosis, Clinics in Liver Disease”.
- Unità Valutazione Technology Assessment AOP. Servizio per le Professioni Sanitarie AOP e Ulss 16, Gruppo di lavoro “Procedure di preparazione del paziente alle indagini endoscopiche digestive”, (2013).  
[https://www.aopd.veneto.it/all/GUIDA\\_PER\\_LA\\_PREPARAZIONE\\_ALLEGDS.pdf](https://www.aopd.veneto.it/all/GUIDA_PER_LA_PREPARAZIONE_ALLEGDS.pdf)
- UOC Dietetica e Nutrizione Clinica Azienda Ospedale Università Padova, (2021). “Indicazioni dietetiche per la cirrosi epatica”.
- Zanetto, A., & Garcia-Tsao, G. (2019). “Management of acute variceal hemorrhage”. <https://doi.org/10.12688/f1000research.18807.1>

## **8. RINGRAZIAMENTI**

Un ringraziamento alla mia professoressa e relatrice, la Dottoressa Gallone, che mi ha supportata nella stesura dell'elaborato, con suggerimenti pratici tempestivi e costanti. Senza di lei questo elaborato non sarebbe stato possibile.

Dedico questo lavoro di tesi a Ferdinando, morto per sanguinamento acuto da varici esofagee. Glielo dedico per la sua dolcezza. Glielo dedico per la sua sofferenza. Glielo dedico anche perché non ho mai avuto il coraggio di chiedergli personalmente la sua storia, per non sentirmi rispondere che la sua fosse una cirrosi causata dall'alcool, come avevo letto in cartella. È grazie a lui se ho a cuore il tema della prevenzione.

Lo dedico a mio nonno Quinto. Punto di riferimento costante nonostante l'assenza fisica. È grazie a lui se ad oggi mi laureo in Infermieristica e non in un corso differente. È stata una laurea voluta grazie al suo esempio di dedizione, prima in reparto e poi nel domiciliare. È grazie a lui se so quanto questa professione ripaghi.

Un ringraziamento alla mia famiglia, che mi ha incoraggiata sempre. Grazie mamma Flavia, babbo Francesco, e alle mie sorelle Maddalena, Alessandra e Camilla. Vi ringrazio per aver sempre vegliato sul mio benessere e per rendermi fiera della famiglia che siamo.

Un ringraziamento a Riccardo, la spalla solida su cui contare. Dal primo giorno è stato un fidanzato ed un confidente premuroso, raccogliendo i timori, le paure, la stanchezza, le gioie, i successi, e restituendo sempre l'amore che ha reso il mio percorso più felice possibile.

Un ringraziamento a mia nonna Rosa che si è dimostrata sempre presente e pronta ad incoraggiarmi con aneddoti sulla sua carriera lavorativa di infermiera.

Un ringraziamento alle mie amiche e compagne di corso Giada, Nicole, Sara e Alessia. Senza di voi sarebbero stati molto più difficili questi tre anni. Vi ringrazio per ogni singola lezione seguita insieme, per tutti i suggerimenti dati a vicenda, e per esserci state letteralmente dalla prima volta che siamo entrate in aula.

Un ringraziamento a Maria Chiara, altro pilastro con la sua amicizia e il suo essermi così simile.

Un ringraziamento a Silvia, Valeria, Chiara, Katia, Elettra, Benedetta, Caterina e Natalia. Nonostante la distanza durante il periodo universitario, sono rimaste sempre presenti nei momenti di spensieratezza in cui ci siamo riunite a Camerino.

Non potevo desiderare persone migliori. Ringrazio ognuno di voi per essere stato al mio fianco fino al raggiungimento di questo obiettivo e mi auguro ci sarete anche per il prossimo traguardo che mi sono posta con la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.