



*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*

Ferrara 7 Giugno 2019
Aula Magna Nuovo Arcispedale Sant'Anna



La gestione in urgenza del paziente con emorragia digestiva: territorio ed ospedali in rete

La visita di un medico mi rassicura, quella di due mi atterrisce

Roberto Gervaso



Dott. Milo Vason,
Unità Operativa Anestesia e Rianimazione Ospedaliera
Azienda Ospedaliero-Universitaria Cona-Ferrara
Direttore Dott. Roberto Zoppellari

Ruolo dell'Anestesista

- Assicurare l'esecuzione della procedura endoscopica in assenza di ansia e di dolore
- Garantire la sicurezza dell'utente durante la procedura
- Sostenere il circolo, il respiro e i parametri vitali del paziente (se shock)

Rischi associati alla sedazione per l'endoscopia digestiva

Instabilità emodinamica
(ipertensione, tachicardia,
ipotensione, bradicardia ecc)

**Rischio di aspirazione di
contenuto gastrico**
Insufficienza Respiratoria



**Arresto cardiaco in assenza
di adeguato trattamento**

Farmaco ideale in endoscopia digestiva: caratteristiche

- Efficace effetto sedativo e/o analgesico
- Rapido on-offset, senza metaboliti attivi, che assicura rapida reversibilità azione per:
- modulare la profondità della sedazione
- permettere la dimissione del paziente
- Ridotta depressione funzione respiratoria
- Minimo effetto cardiocircolatorio collaterale
- (Costo contenuto)

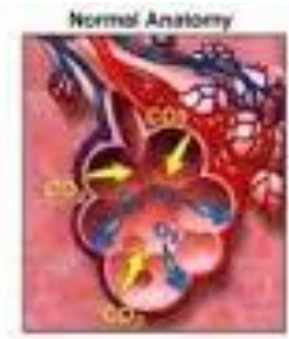
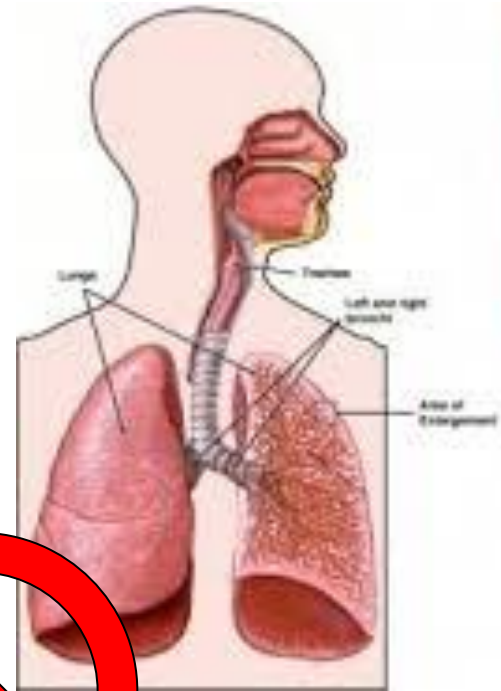
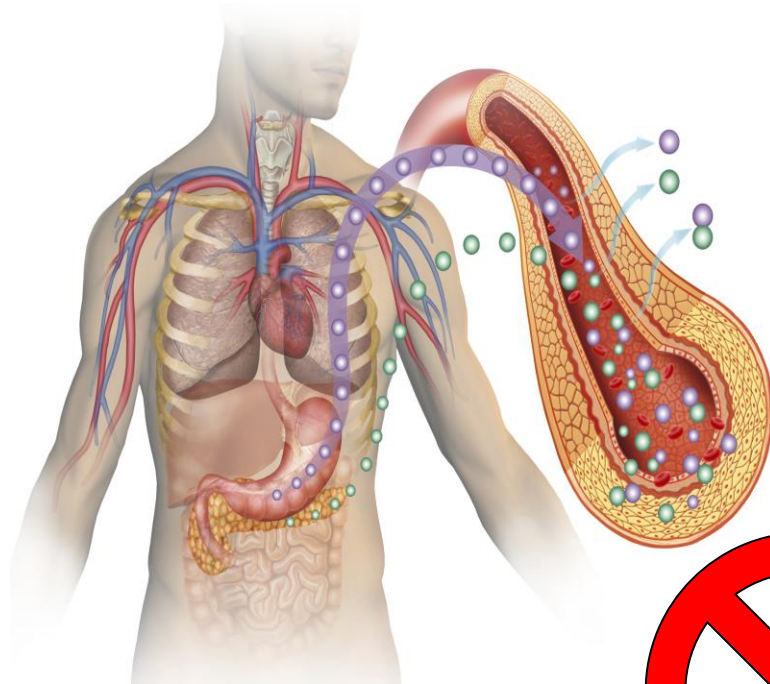
Farmaci anestetici per l'endoscopia digestiva

Analgesici morfiniti

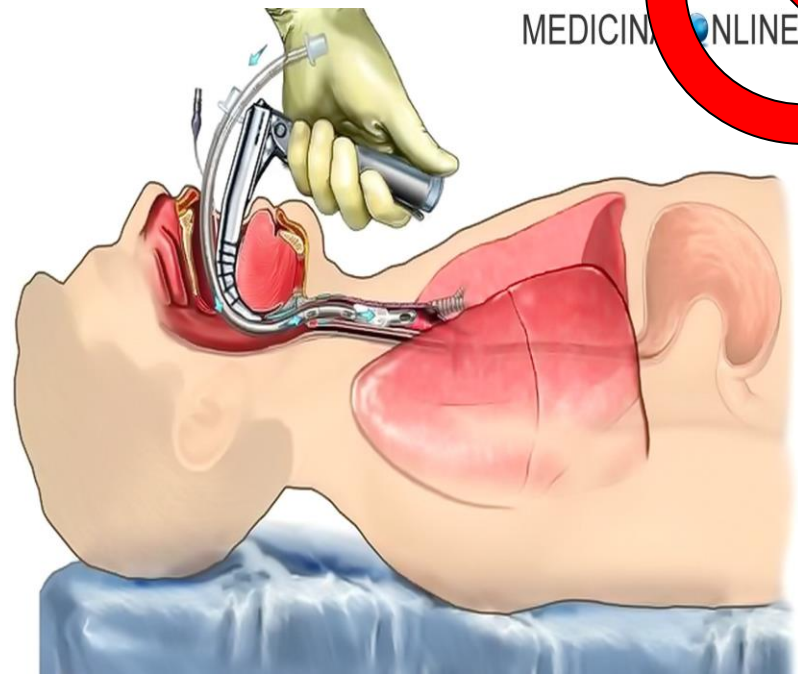
- Fentanil
- Remifentanil

Sedativo-ipnotici

- Midazolam
- Propofol
- Dexmedetomidina



MEDICINE ONLINE



Gestione delle Vie Aeree: Sedazione o AG?

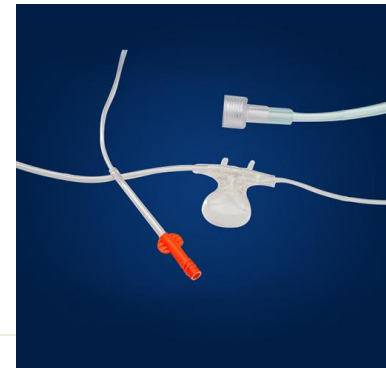
- INTUBAZIONE TRACHEALE



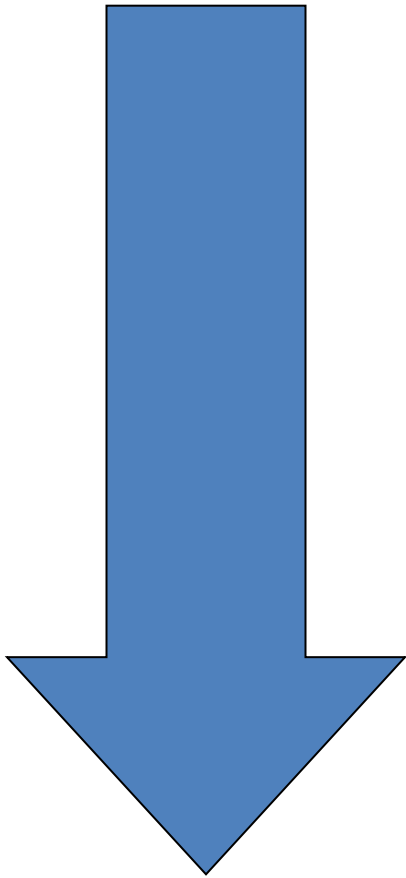
- MASCHERA LARINGEA



- SEDAZIONE-ANALGESIA
IN RESPIRO SPONTANEO



Dalla sedazione lieve all'anestesia generale



- Sedazione lieve
- Sedazione moderata
- Sedazione profonda
- Anestesia generale

SCALA Ramsey (*Profondità di sedazione*)

Descrizione	Punteggio
Paziente ansioso ed estremamente agitato	1
Paziente cooperante, tranquillo ed orientato spazio-temporalmente	2
Paziente sedato ma ancora in grado di eseguire compiti semplici	3
Paziente assopito ma in grado di rispondere prontamente, anche se in modo non finalistico, a stimoli esterni	4
Paziente assopito e con risposta torpida e molto rallentata anche a stimoli dolorosi	5
Paziente comatoso e non più in grado di fornire alcun tipo di risposta anche a stimoli intensi	6

Sedazione Target Controlled Infusion

- Tecnica utilizzata per infondere Propofol o Remifentanil in infusione continua

- Permette, inserendo i dati antropometrici del paziente, di calcolare e infondere la dose necessaria per raggiungere e saturare il **sito effectore cerebrale**.

- Principale vantaggio: evitare l'accumulo e la depressione respiratoria



- Dosaggio per il Propofol: 0.8-4.0 mcg/ml (Schnider)
- Dosaggio per il Remifentanil: 1.5-3 ng/ml (Minto)



Gestione del sanguinamento (alte vie)

DEU-PS, P-INTER n. 7321 – 11/04/2019, “La gestione del paziente con emorragia digestiva superiore e inferiore”

Tabella 1. Score di Blatchford³.

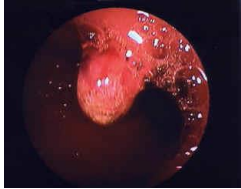
Fattore di rischio al momento del ricovero	Score*
Azotemia (mg/dl)	
≥ 18 e < 22	2
≥ 22 e < 28	3
≥ 28 e < 70	4
≥ 70	6
Emoglobina (g/dl) - Uomini	
≥ 12 e < 13	1
≥ 10 e < 12	3
< 10	6
Emoglobina (g/dl) - Donne	
≥ 10 e < 12	1
< 10	6
Pressione sistolica (mmHg)	
100-109	1
90-99	2
< 90	3
Altri fattori di rischio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

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

- Se **Blatchford ≤ 4** e paz stabile: procedura entro 24-48 h
- Se **Blatchford ≥ 4** e paz stabile: procedura entro 6-12 h
- Se **paz instabile, epatopatia nota, ematemesi:**
PROCEDURA IL PRIMA POSSIBILE!!



Stratificazione del rischio di sanguinamento (alte vie)



DEU-PS, P-INTER n. 7321 – 11/04/2019

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

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

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

^a Score assegnati al momento del ricovero

^b Score aggiunti dopo l'endoscopia

- Se **Rockall Score ≤3**: basso rischio di sanguinamento post procedura
- Se **Rockall Score 4-6**: rischio intermedio
- Se **Rockall Score ≥7**: alto rischio!

POSSIBILE RICOVERO IN AMBIENTE INTENSIVO!!

Gestione del sanguinamento (basse vie)

DEU-PS, P-INTER n. 7321 – 11/04/2019, “La gestione del paziente con emorragia digestiva superiore e inferiore”



- Età > 60 aa
- Rettorragia importante
- Co-assunzione di FANS/Anticoagulanti
- Comorbidità significative
- Cardiopatia nota



PANCOLONSCOPIA entro 8-48 h!!

Preparazione con PEG?!!

Se paz INSTABILE, considerare valutazione chirurgica e angioTC

Terapia del sanguinamento:

DEU-PS, P-INTER n. 7321 – 11/04/2019

PPI: 80 mg/bolo ev + 8 mg/h x 72 h

Octreotide: 250 mcg ev + 250 mcg x 5 gg

Somatostatina: 250 mcg ev (fino a 3 dosi/h) + 500 mcg/h ev

Terlipressina: 2 mg ev ogni 4-6 h per 48h, poi 1 mg ev ogni 4-6h fino al V giorno

SE PAZIENTE IN TAO

PFC-GRC (20 ml/kg/bolo)

Vit K 10 mg ev

A. Tranexamico 15-25 mg/Kg ev

Concentrati Protrombinici (H. Complex, F. IX, II, X)

Se INR < 2 : 20 UI/Kg ev

Se INR > 2 e < 4 : 30 UI/Kg ev

Se INR > 4 : 50 UI/Kg ev fino max 200 UI/Kg



Terapia del sanguinamento:

DEU-PS, P-INTER n. 7321 – 11/04/2019

SE PAZIENTE IN DABIGATRAN (Pradaxa)

Idarucizumab (Praxbind): 2 fl (5 g) ev in 10 min, anche se IRC o Insuff. Epatica

SE PAZIENTE IN EPARINA NON FRAZIONATA

Protamina Solfato : 1 mg/100 UI Epariniche ev lentamente

(Attenzione: allergia a pesce e crostacei, mdc iodato, diabete mellito, maschi sterili-vasectomizzati, pazienti precedentemente esposti a Protamina Solfato/Cloridrato possono presentare anticorpi anti Protamina circolanti, con rischio di Shock Anafilattico!!)

Sostegno vasopressorio in caso di Shock Emorragico:



Noradrenalina : 0.1-0.5 mcg/Kg/min ev

Dopamina : 5 – 10 mcg/Kg/min ev

(Dobutamina : 5 – 10 mcg/Kg/min ev)

NB: DA SOSPENDERE APPENA POSSIBILE!!





Dziękuję

Ευχαριστώ

Kiitos

有り難う

Obrigado

谢谢

Hvala

有

Tack

תודה

Merci

Danke

Terima

Grazie

Thank you

Gracias

থ

ありがとう

감사합니다

شكرا

謝謝

спасибо

Cnacubo

Cnacubo

D