

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



Università
degli Studi
di Ferrara

Nel futuro da sempre.

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

Ruolo del PS HUB: dal triage alle decisioni operative

Cpsi: Antonio Sammartino

Infermiere PS Cona

Dr Andrea Strada

Direttore PS Cona

COME GIUNGE IL PAZIENTE:

- 118
 - INVIO DA MEDICO DI MEDICINA GENERALE/SPECIALISTA
 - AUTONOMAMENTE
-

Valutazione sulla porta

Segni evidenti di recente ematemesi

Ematemesi in atto

Segni clinici di shock

Se presenti queste condizioni assegnare un codice **ROSSO** e trattare immediatamente il paziente in sala emergenze

Raccolta dati:

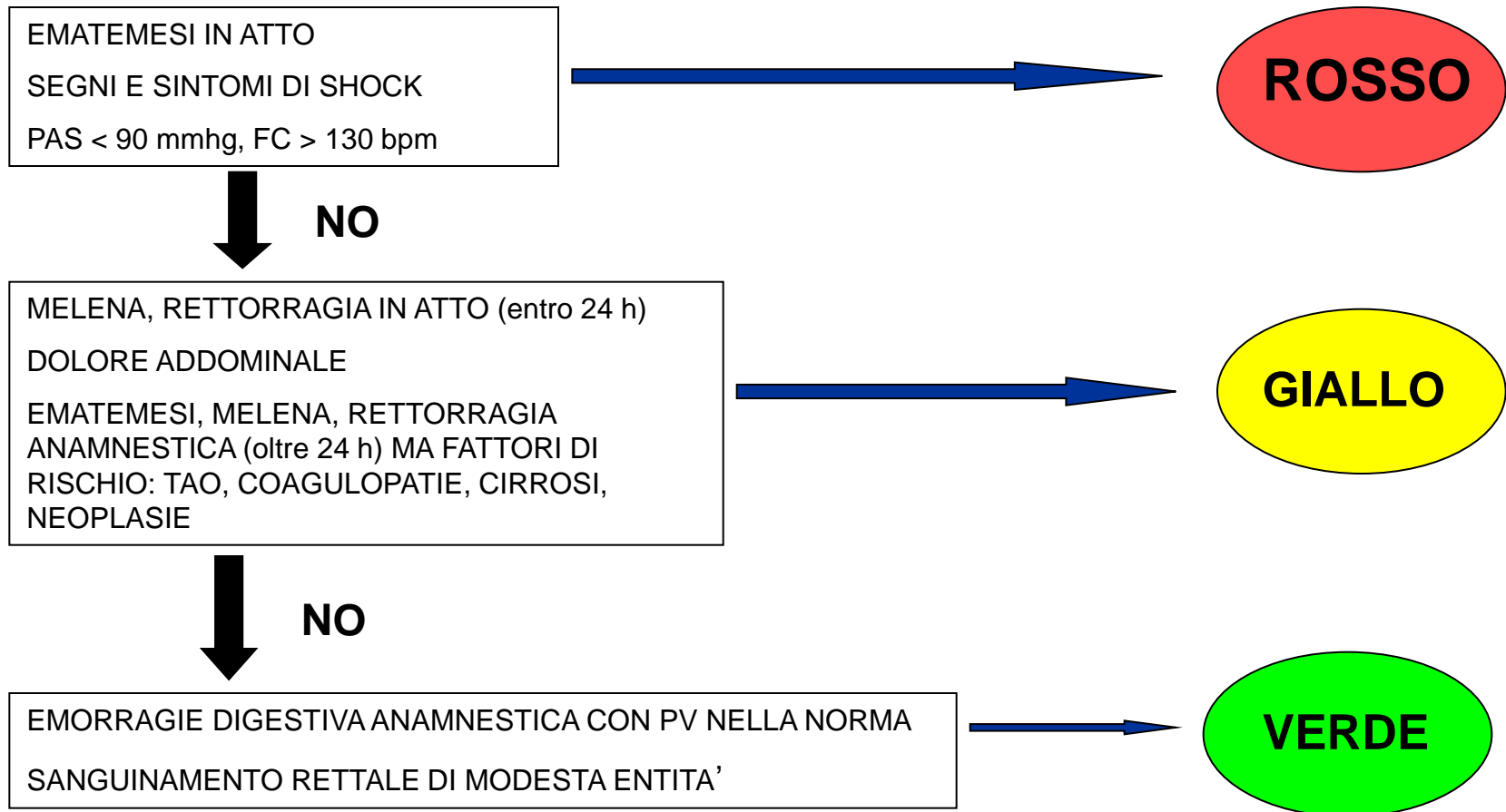
- inizio sintomi
- colore feci e vomito
- consistenza delle feci
- eventuale uso di alcool o assunzione di fans, anticoagulanti, antiaggreganti o farmaci ed alimenti che modificano l'aspetto delle feci (succo di mirtillo, ferro)
- patologie associate (del tratto digestivo, epatiche, cardiovascolari, ematologiche, metaboliche)

Valutazione oggettiva

- Valutazione o rivalutazione dei parametri vitali
- Escludere sanguinamenti del naso o del cavo orale
- Decisione di triage



PROTOCOLLO EMORRAGIE DIGESTIVE



NB → DIAGNOSI DIFFERENZIALE CON EMOFTOE E EMOTTISI

Procedure :

- Immediato accesso in sala urgenze se codice ROSSO
 - Posizione supina (o laterale di sicurezza se è presente vomito)
 - O2 terapia per via nasale in presenza di emorragia grave o coronaropatia
 - Incannulamento di vena periferica se viene definito codice giallo o se previsto da protocollo dell' U.O.
 - Osservazione attenta del paziente finché sosta in sala d'attesa
 - Rivalutazione frequente di PA, FC e STATO DI COSCIENZA
-

EMORRAGIE DIGESTIVE

Identificare il paziente con emorragia digestiva acuta grave



Stratificare il rischio



Appropriato trattamento pre-endoscopico



Adeguate timing endoscopico

Epidemiologia emorragie digestive superiori

- Rappresentano circa 80-85% delle ED
- Incidenza di 40-150 casi/100.000 abitanti/anno
 - età < 30 aa 23/100000 ab
 - età > 75 aa 485/100000 ab
- 80-90% non ha origine varicosa
- Mortalità 6-12% dei pz ricoverati per EDS

Modalità di presentazione delle ED

- **Ematemesi**
- **Melena**
- **Ematochezia**
- **Rettorragia-proctorragia**
 - (Sangue occulto fecale SOF)
 - (Emobilia)

La valutazione accurata delle condizioni emodinamiche

è di fondamentale importanza nella strategia terapeutica.

Lo shock non lo fanno solo i parametri

Ipotensione sintomatica (PA < ? mmHg)

Tachicardia (FC > ? Bpm)

Alterazione sensorio (GCS < ?)

? PERFUSIONE ?

INDICE DI SHOCK = $\frac{\text{Frequenza cardiaca}}{\text{Pressione sistolica}}$

E' un indice di stabilità emodinamica. Se i valori ottenuti superano 0,7 il paziente necessita di attenta valutazione (il valore 1 indica già una situazione critica)

EMORRAGIE DIGESTIVE

- Lo shock c'è ma non si vede -

Stato generale del malato

Astenia intensa

Sensazione di freddo

Agitazione e/o confusione mentale

Irritazione

Malato non collaborativo, oppositivo

Cute fredda e umida, pallida o marezzata

Raccomandazioni



- I sistemi di comunicazione all'interno e fra gruppi di professionisti devono migliorare.
- La preparazione dei dottori e degli infermieri deve focalizzarsi sulla capacità di monitorare le funzioni vitali, riconoscerne il deterioramento e sulle azioni appropriate da adottare.

Stratificazione del rischio

BASSO RISCHIO

- No debilitazione
- No epatopatia grave
- No malattie concomitanti gravi
- No anemia severa (Hb > 8 g/dL)
- Età < 60aa
- Segni vitali stabili
- PA sist \geq 100 mmHg
- Polso < 100 batt/min
- No Δ parametri vitali in orto
(no \downarrow > 10mmHg PAS, no FC \uparrow > 20 BPM)
- Non ematemesi fresca abbondante o episodi multipli di melena il giorno della presentazione.

ALTO RISCHIO

- Uso di anticoagulanti orali
- UG o UD anamnestica
- Uso di corticosteroidi orali
- Uso di FANS
- Uso di aspirina a lungo termine
- Dispepsia nell'anno precedente
- Diabete mellito
- Scompenso cardiocircolatorio
- Fumo, alcolismo
- Patologia epatica nota
- Sincope o presincope
- Azotemia elevata
- Età > 60aa
- Tempo di protrombina elevato
- Stato mentale variabile
- PA sistolica bassa
- Tachicardia in posizione supina

Gestione del pz con emorragia digestiva

Pz con Emorragia digestiva

Stato emodinamico?

Valutazione iniziale

**Anormale e/o instabile
e/o ematemesi**

Normale e stabile

Inizio trattamento

- Allerta trasfusionale
- Allerta endoscopista

- 2 accessi venosi (14/16G)
- O₂ supplementare
- Laborat. (+ prove crociate)
- Monitoraggio parametri
- SNG
- ECG
- Catetere vescicale

- Ripristino volume circolante
- Mantenimento trasporto O₂
- Prevenzione coagulopatia

- Accesso venoso
- Laborat. (+ prove crociate)
- Monitoraggio parametri
- Infusioni di mantenimento
- (SNG)

Risposta a 30-60 min?

EGDS

Nessuna risposta o
risposta transitoria

Rispristino stabile normalità
emodinamica

EGDS appena possibile

Trattamento del paziente con emorragia digestiva

- Ripristino del volume circolante



Adeguate perfusione d'organo

- Ripristino quota corpuscolata



Apporto di O_2 ai tessuti

- Prevenzione-Correzione coagulopatia

Obiettivo:

- FC < 100 batt/min
- PAS 80-100 mmHg
- Diuresi > 0,5 mL/kg/h
- Lattati ≤ 2 mmol/L
- Eccesso di basi (BE ≤ -5 mmol/L)

Obiettivo:

- Hb 7-9 g/dL

Obiettivo:

- INR $\leq 1,5$
- Piastrine > $5 \times 10^5/L$
- Lattati ≤ 2 mmol/L
- Eccesso di basi (BE ≤ -5 mmol/L)
- T $\geq 35^\circ C$

TIMING ENDOSCOPICO CORRETTO

- controllo dell'emorragia > 90% dei casi
- ↓ morbilità e mortalità
- ↓ riduzione numero trasfusioni
- ↓ durata della degenza
- minor trattamento chirurgico

Timing corretto non significa esecuzione sistematica dell'EGDS appena possibile, ma esecuzione dell'EGDS nelle condizioni più idonee per il paziente sulla base della stratificazione del rischio

Emorragie digestive in PS

FILOSOFIA

- Valutazione iniziale rapida
- Diagnosi differenziale
- Chiaro piano di gestione
- Indagini appropriate
- Decisioni precoci
- Attivare specialisti “giusti”
- Coinvolgimento staff clinico “senior”

GRAZIE.....

