

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

## **TRATTAMENTO INTENSIVO PRE-ENDOSCOPICO NEL PAZIENTE CON EMORRAGIA DIGESTIVA**

Dott. Gianni Bozzolani  
Medicina di Emergenza Urgenza AOU di Ferrara

## Valutazione iniziale del paziente con emorragia digestiva



## Score di Blatchford

Parametro	Punteggio
<b>Azotemia (mg/dl)</b> ≥ 18 e < 22 ≥ 22 e < 28 ≥ 28 e < 70 ≥ 70	2 3 4 6
<b>Hb uomo (g/dl)</b> ≥ 12 e < 13 ≥ 10 e < 12 < 10	1 3 6
<b>Hb donna (g/dl)</b> ≥ 10 e < 12 < 10	1 6
<b>Pressione sistolica</b> ≥ 100 e < 109 ≥ 90 e < 99 < 90	1 2 3
<b>Altri markers</b> FC > 100 bpm Melena Sincope Scopenso cardiaco epatopatia	1 1 2 2 2

# Gestione del paziente in P.S e/o in reparto

## Ematemesi e/o vomito咖啡ano in atto o anamnestici

### Provvedimenti universali:

- O2 supplementare
- Posizionare due accessi venosi periferici di grosso calibro (14-16 G)
- Prelievi per esami ematochimici emogruppo, prove crociate, EGA
- Iniziare infusione di cristalloidi
- Cateterismo vescicale
- ECG

### Stato emodinamico

#### Normale

- Fc < 100 bpm
- PS > 90 mmHg
- Diuresi > 0,5 ml/Kg/h
- FR < 20 atti/min
- Stato di coscienza integro
- Cute rosea e calda
- Polso periferico pieno

#### Anormale

- Tachicardia > 100 bpm
- Ipotensione < 90 mmHg
- Oliguria < 0,5 ml/Kg/h
- Tachipnea > 20 atti/min
- Ansia, agitazione, sopore
- Pallore, cute fredda
- Polso periferico iposfigmico

**Stabile ?**

**Stabilità emodinamica**

Il concetto non è definito da parametri assoluti, ma è relativo alle variazioni dinamiche del paziente, che può essere classificato come:

- Stabile ab inizio
- Momentaneamente stabile in relazione all'espansione volemica, con successivo deterioramento
- Instabile anche in corso di espansione volemica

**Gravità dell'emorragia ?**

## Classi dello shock emorragico

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perdita di sangue (ml)	Fino a 750	750 -1500	1500 - 2000	> 2000
Perdita di sangue (% del volume ematico)	Fino al 15%	15 – 30%	30 – 40%	> 40%
Frequenza cardiaca	< 100	> 100	> 120	> 140
Pressione arteriosa	Normale	Normale	Ridotta	Ridotta
Pressione differenziale (mmHg)	Normale o aumentata	Ridotta	Ridotta	Ridotta
Frequenza respiratoria	14 - 20	20 - 30	30 - 40	> 35
Diuresi oraria (ml/h)	> 30	20 - 30	5 - 15	Trascurabile
Stato di coscienza	Leggermente ansioso	Moderatamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letargico
Reintegrazione di liquidi (regola del 3:1)	Cristalloidi	Cristalloidi	Cristalloidi e sangue	Cristalloidi e sangue

## Gravità dell'emorragia?

```
graph TD; A[Gravità dell'emorragia?] --> B[Emorragia massiva]; A --> C[Shock emorragico];
```

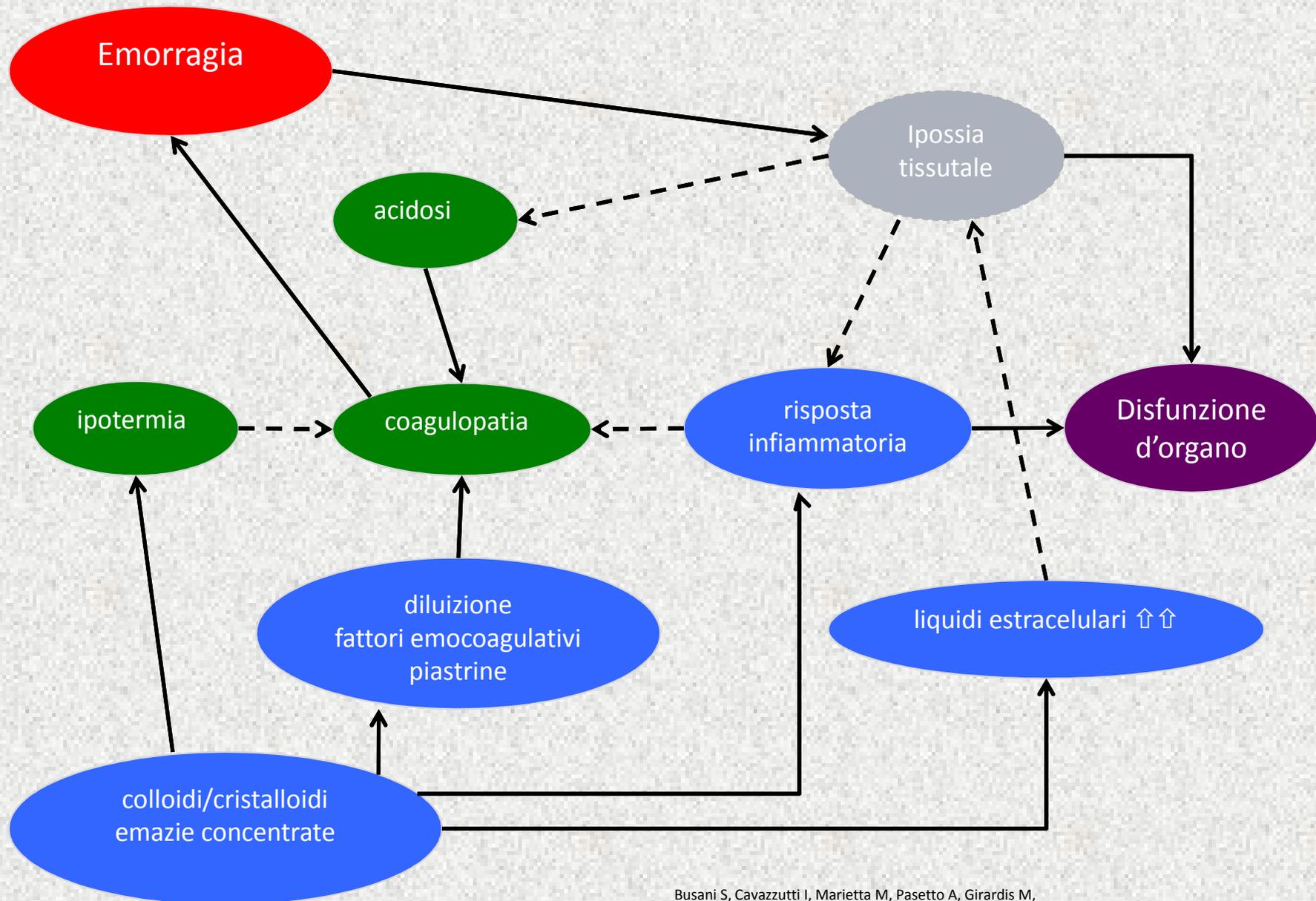
### **Emorragia massiva**

- Perdita ematica acuta di classe III – IV
- Volume ematico perso > 30%
- In un uomo adulto > 1500 ml

### **Shock emorragico**

Incapacità delle cellule e tessuti di utilizzare l'ossigeno. Conseguenza ad una riduzione acuta del volume circolante e dei trasportatori di ossigeno (Hb). Ridotto apporto di ossigeno e wash out di cataboliti. Alterato metabolismo cellulare e progressiva disfunzione d'organo

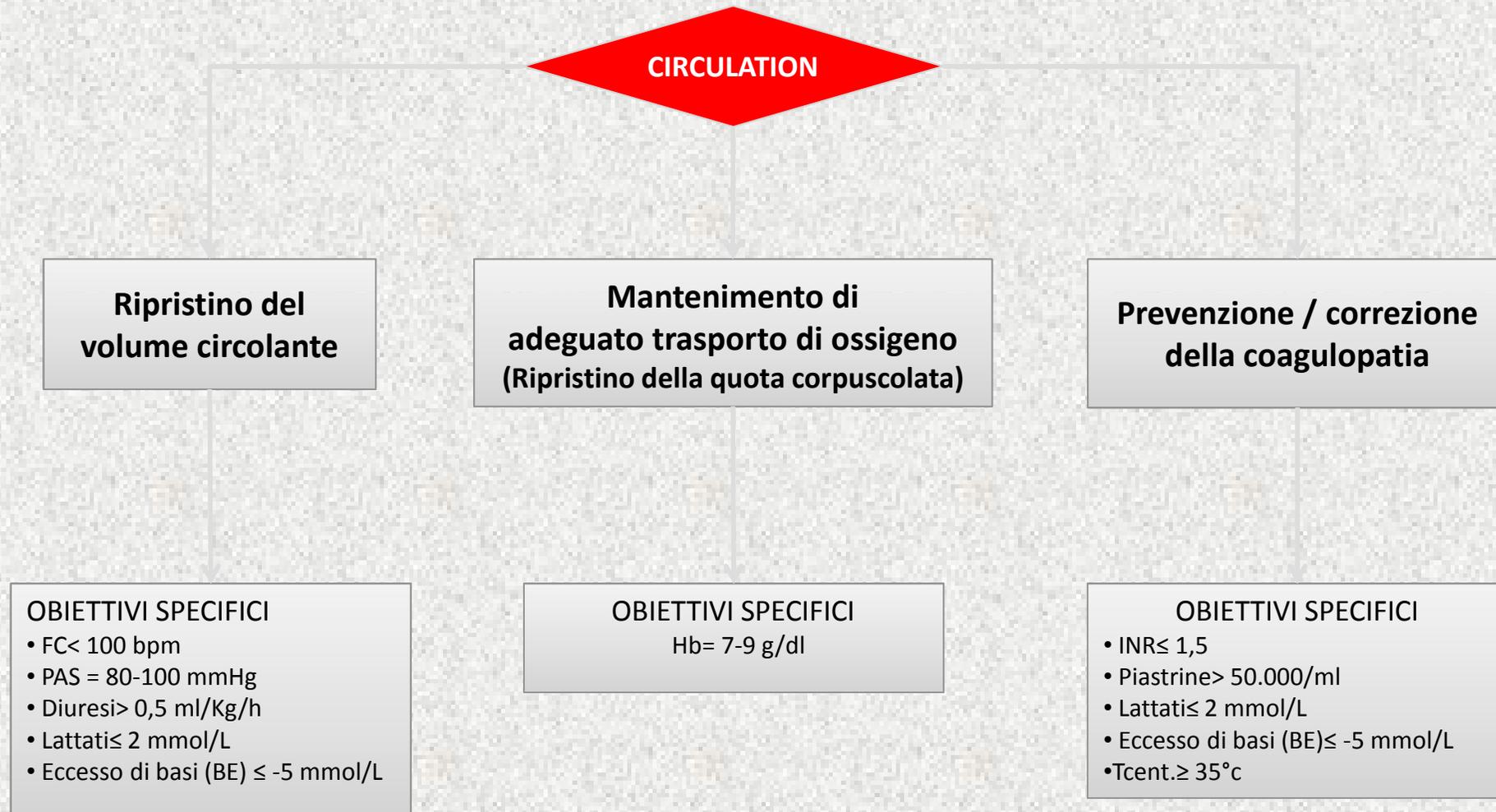
## Circolo vizioso del sangue

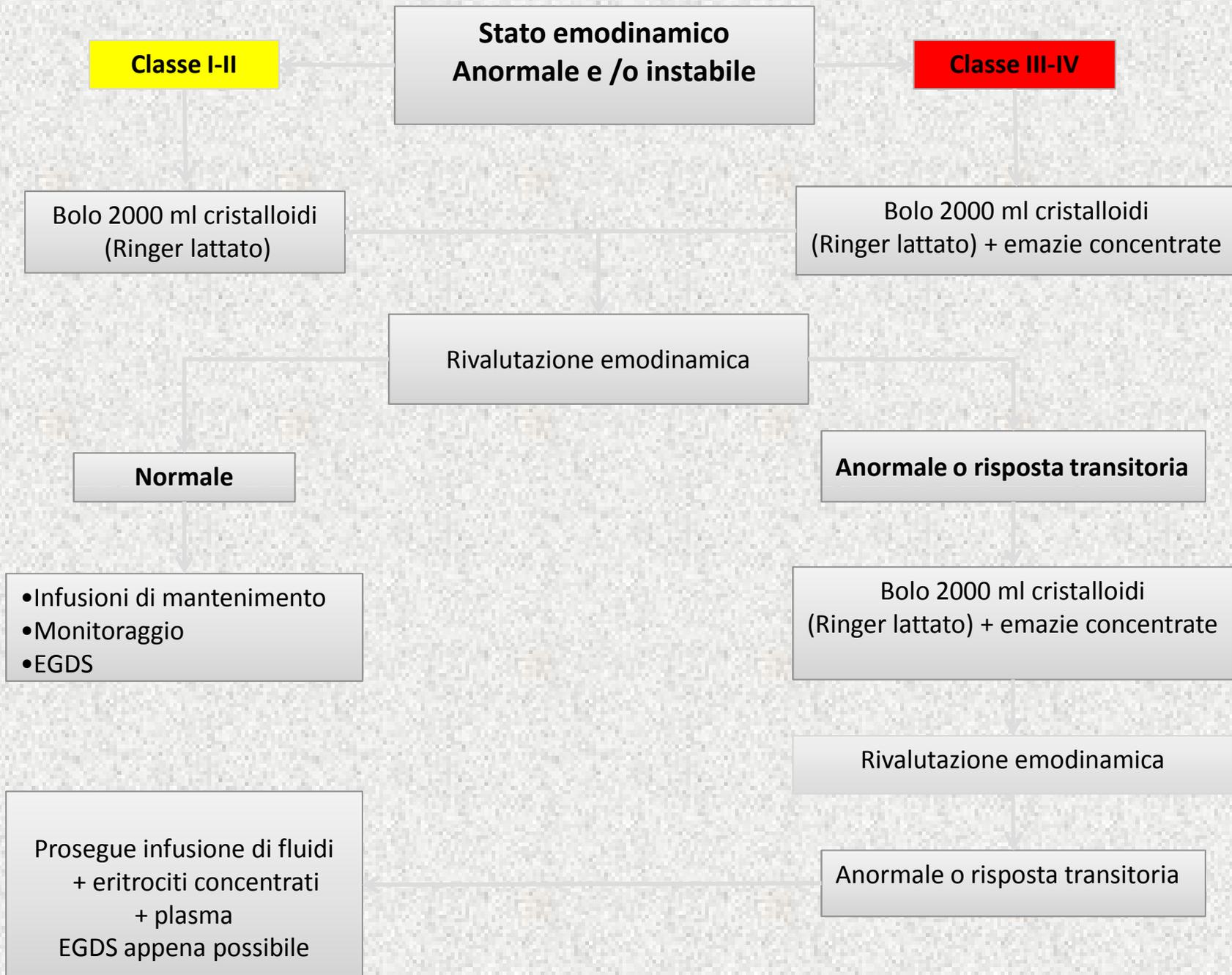


## Obiettivi specifici del trattamento intensivo

Il trattamento intensivo inizia con la valutazione ed il trattamento delle priorità A, B, C  
( Airway, Breathing, Circulation).

Le fasi salienti di C sono rappresentate da:





**Stato emodinamico  
Normale e stabile**

Osservazione  
Monitoraggio di:

- FC
- PA
- Diuresi oraria
- Emocromo
- SNG (ad eccezione del cirrotico o con grave coagulopatia)
- Esplorazione rettale

Infusioni di mantenimento  
Monitoraggio  
EGDS

## Prevenzione e correzione della coagulopatia

**Paziente con emorragia  
digestiva + anormalità e/o  
instabilità emodinamica**

- Polistrasfuso con fabbisogno  $\geq 8$  UEC in 24h
- Epatopatia avanzata
- Condizioni morbose determinanti deficit multipli emocoagulativi

Plasma fresco congelato (10-15 ml/Kg)

Acidosi

Correzione dell'ipoperfusione

Ipotermia

Prevenuta  
Liquidi riscaldati  
Riscaldamento attivo esterno

## Terapia medica specifica

- **Alto rischio di risanguinamento** (emostasi endoscopica, vaso visibile, coagulo adeso, turbe emocoagulative)
- **Anamnesi positiva per ulcera o per assunzione di FANS**

Omeprazolo 80 mg in bolo, seguiti da infusione di 8 mg/h (21 ml/h) in caso di alto rischio di risanguinamento continuare l'infusione per 72h e poi 20 mg os per 8 settimane

**Cirrosi nota o sospetta**

- Terlipressina, Somatostatina o analoghi
- Terapia antibiotica:
  - a. Fluorchinolonico
  - b. Ceftriaxone

**Pazienti in TAO**

- sospendere la TAO
- Vitamina K ev (1 fl in infusione lenta ripetibile dopo 12 ore)
- Somministrare complesso protrombinico concentrato
- Consenso informato per emoderivati
- Plasma fresco congelato (15 mg/Kg) se CPC non disponibile
- Se dopo il trattamento INR >1,5 ripetere

# PATHOPHYSIOLOGY IN HEMORRHAGIC SHOCK

