



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA

Managementul hemoragiilor severe la pacientul somatic/non-chirurgical,

(Varianta de buzunar al PCN 253)

CHIȘINĂU 2018

EVALUAREA PRIMARĂ

A - airway

- Verificarea permeabilității căilor aeriene (corp străin, sânge, lichide etc.).
- Administrarea de O₂ flux mare (mască fără reinhalare).

B - breathing

- Evaluarea respirației (frecvența, lipsa sau prezența dispneii, caracterul dispneii, auscultația pulmonară).
- Evaluarea oxigenării prin pulsoximetrie (SpO₂), adaptarea fluxului și alegerea dispozitivului de livrare a O₂ (obiectiv SpO₂≥95%).

C - circulation

- Evaluarea profilului hemodinamic (TAs, TAd, TAM, AV), identificarea semnelor de hemoragie și hipoperfuzie (TRC>2 sec) & monitorizare ECG, TA neinvaziv.
- Montarea cel puțin a unui abord venos periferic de calibr mare (18-16G de preferință) și instituirea terapiei volemicе în caz de hipovolemie (soluții cristaloidе balansate, preîncălzite) pentru obținerea TAM≥65 mmHg.
- Teste de laborator de urgență (Hb, Er, Ht, teste de coagulare, EAB, grupa sanguină și Rh factor).

D - disability

- Evaluarea neurologică primară utilizând scorul AVPU (A- alert, V- răspunde la excitant verbal, P- răspunde la excitant dolo, U – inconștient) sau utilizând scorul Glasgow pentru come.
- Testarea nivelului glicemic și, la indicații, administrarea de glucoză concentrată.
- Asigurarea poziției de siguranță în cazul pacientului inconștient.

E - exposure

- Dezbrăcarea și evaluarea detaliată a pacientului, în vederea prevenirii unor scăpări.
- Asigurarea controlului termic (evitarea hipotermiei).
- Respectarea demnității pacientului.

STRATIFICAREA RISCULUI PENTRU HDS

Scorul Rockall

Variabila/Score	0	1	2	3
Vârsta	<60ani	60-79	≥80ani	
Sistem cardiovascular	Lipsa semnelor de șoc TA	Semne de debut al șocului	Semne clinice de șoc	
Comorbidități	Lipsă	Lipsă	IC, BIC	IR, insuficiență hepatică, cancer diseminat
Rezultatul examenului FEGDS	Sindromul Mallory - Weiss sau lipsa leziunilor	Oricare alt diagnostic	Proces malign la nivel de TD superior	
Stigmate ale hemoragiei	Risc minor*		Risc major**	
* stigmată cu risc minor de hemoragie - baza curată a ulcerului, impregnări punctiforme de pigment ** stigmată cu risc major de hemoragie - cheag aderent, vas vizibil, hemoragie activă				

Scorul Glasgow - Blatchford

Variabila	Valoarea
Urea serică (mmol/l)	
6,5 - 7,9	2
8,0 - 9,9	3
10,0 - 25,0	4
≥25,0	6
Hemoglobina serică (g/l, B)	
120 - 129	1
100 - 119	3
<100	6
Hemoglobina serică (g/l, F)	
100 - 119	1
<100	6
TA sistolică	
100 - 109	1
90 - 99	2
<90	3
Alți marcheri	
Puls ≥ 100/min	1
Prezența melenei	1
Stări sincopale	2
Suferință hepatică	2
Suferință cardiacă	2

NB. Pacienți eligibili pentru externare precoce:

- scor clinic Rockall de 0

- scor Rockall postprocedură endoscopică <3

- punctaj <3 pentru scorul Glasgow - Blatchford

TIMPUL OPORTUN PENTRU EXAMENUL ENDOSCOPIC ÎN HEMORAGIILE DIGESTIVE

HDS Non-Variceală

- În primele 24 ore din momentul adresării după asistență medicală (Vezi NB)

HDS Variceală

- În primele 12 ore de la admiterea pacientului în serviciul medical (Vezi NB)

HD Inferioară

- În termen de până la 24 ore de la momentul adresării primare după asistență medicală (Vezi NB)

NB.

- Examenul endoscopic de urgență (primele 12 ore) este justificat doar în cazul pacienților care prezintă semne clinice ale unei hemoragii masive și la care procedeul, cu adevărat, ar ameliora evoluția bolnavului.
- În cazul pacienților care prezintă hematochizie masivă, însoțită de instabilitate hemodinamică, FEGDS trebuie să precedă examenul colonoscopic.
- Examenul endoscopic în primele 2 ore de la admiterea pacientului în serviciul medical NU este justificat

RESUSCITAREA PRIMARĂ

INDICII TRIGGERI PENTRU TRANSFUZIA PRODUSELOR SANGUINE

Fluide

- Refacerea volumului circulant este o cerință absolut obligatorie în toate cazurile de hipovolemie
- Pentru resuscitarea volemică de primă intenție sunt recomandate soluțiile cristaloide, echilibrate (sol. Ringer, sol. Hartman).
- La prezența semnelor de hemoragie activă, bolusul primar constituie 500 ml soluții cristaloide în <30 min.

CE

- Transfuziile de CE (concentrat eritrocitar) pacienților cu HD, în lipsa semnelor de hemoragie, sunt recomandate la un nivel al Hb <70 g/l.
- În cazul prezenței semnelor de hipoxie tisulară sau a hemoragiei active, CE se va administra la valori ale Hb >70 g/l, obiectivul terapeutic fiind valoarea Hb >90g/l.

PPC & CCP

- Nivelul seric al fibrinogenului <1,5 g/l.
- Prezența semnelor de coagulopatie neasociată cirozei hepatice și timp protrombinic prelungit (INR>1,5) la pacientul cu semne de hemoragie activă severă.
- CCP este recomandat în cazul pacienților cu hemoragie severă, care urmează terapie cu preparate anticoagulante orale. Valorile INR recomandate preexamen endoscopic <3.
- Doar valorile sporite ale INR/PT NU sunt indicații pentru administrarea de CCP/PPC, în special la pacienții critici.

Fibrinogen & Concentrat de fibrinogen

- Valori serice ale fibrinogenului <1,5 g/l și la prezența semnelor de hemoragie severă sunt indicații pentru administrarea de concentrat de fibrinogen.
- Alternativă concentratului de fibrinogen servește crioprecipitatul.

Plachete

- Valori ale trombocitelor <50x10⁹ / l La prezența semnelor de hemoragie severă.

TERAPIA MEDICAMENTOASĂ ÎN HDS NON-VARICEALĂ

Antisecretorii

- Pentru supresia completă a acidității gastrice în hemoragiile de origine ulceroasă se recomandă administrarea de IPP în doză de 80 mg bolus, urmat de 8 mg/oră infuzie continuă timp de 72 ore.
- Administrarea antagoniștilor ai H₂ receptorilor este inefficientă.

Prokinetice

- Pentru a spori calitatea vizualizării mucoasei tractului digestiv în timpul FEGDS, pacienților care ar putea avea retenție de sânge/cheaguri intrastomacal, se recomandă Erythromycinum în doză de 250 mg (3 mg/kg) i/v timp de 5 -30 minute.
- Examenul endoscopic se recomandă să fie efectuat la un interval de 20-60 minute de la finisarea infuziei.

RAINS/Aspirina

- Acidum acetylsalicylicum și RAINS se recomandă a fi sistate în cazul pacientului diagnosticat cu ulcer peptic complicat cu hemoragie.
- La sistarea Acidum acetylsalicylicum-ului se recomandă reintroducerea acestuia în schema terapeutică cât mai precoce (1-3 zile), în asociere cu IPP per os sau parenteral.

TERAPIA MEDICAMENTOASĂ ÎN HDS DE ORIGINE VARICEALĂ

Terapia antibacteriană

- Terapia antibacteriană pe o durată de 7 zile reprezintă standardul terapeutic la pacienții cu ciroză hepatică, complicată cu hemoragie digestivă superioară variceală sau non-variceală.
- Printre preparatele antibacteriene de primă intenție este Norfloxacinum în doze de 400 mg de 2 ori în zi, administrare per orală. Ca alternativă pot servi: Ciprofloxacinum în doze de 500 mg de 2 ori în zi, pentru calea per orală de administrare sau Ciprofloxacinum în doze de 200 mg de 2 ori în zi pentru calea i/v, fie Ceftriaxonum în doză de 1gr/zi.

Hemostaza farmacoterapeutică

- Vasopresină în doze de 0,2-0,4 U/min; la necesitate dozele pot fi mărite la maxime de 0,8 U/min.
- Terlipressinum se administrează în doză inițială de 2 mg i/v fiecare 4 ore; din moment ce hemoragia a devenit una controlată, titrat se reduce doza la 1 mg la fiecare 4-6 ore i/v, timp de 2-5 zile.
- Somatostatina* se administrează în doză inițială de 250 μg bolus, urmat de perfuzie continuă 250 μg/oră, care poate fi sistată peste 24 ore de la stoparea completă a hemoragiei.
- Octreotidum - doza bolus constituie 50 μg, urmată de administrarea în perfuzie continuă a 25-50 μg/oră, timp de 5 zile.

NB. Somatostatina la ora actuală nu este înregistrată în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor.

TERAPIA MEDICAMENTOASĂ ÎN HDS INFERIOARE

Terapia purgativă

- Pregătirea colonului pentru examenul endoscopic este foarte importantă în vederea sporirii vizualizării mucoasei intestinale și reducerii riscurilor de perforare.
- Soluțiile recomandate sunt cele pe bază de Polyethylene glycol, administrate enteral.
- În cazul pacienților cu risc de aspirare sau care sunt incapabili să consume volumele mari, se recomandă montarea sondei nazogastrice.
- Volume recomandate: 4-6 l (a câte 1l la fiecare 30-45 min) până la obținerea efluentului intestinal lipsit de conținut fecaloid.
- Examenul endoscopic se recomandă a fi efectuat în intervalul de 12 ore după prepararea colonului.

TERAPIA ENDOSCOPICĂ ÎN HEMORAGIILE DIGESTIVE

HDS Non-Variceale

- Terapia endoscopică este obligatorie în hemoragiile active (Forrest Ia, Ib) sau vas vizibil în craterul ulcerului (Forrest IIa).
- Terapia endoscopică poate fi aplicată pacientului la care examenul endoscopic vizualizează un cheag aderat, ce persistă la irigare riguroasă.
- Epinephrinum NU se recomandă de unul singur, ca metodă de hemostază endoscopică în HDSNV.

HDS Variceale

- Metoda endoscopică de ligaturare a varicelor esofagiene este cea de primă linie în caz de hemoragie variceală.
- În cazul HDS de origine variceală se recomandă combinarea terapiei endoscopice cu cea farmacologică.
- Terapia farmacologică poate fi prelungită până la 5 zile (perioada celor mai mari riscuri de recidivare a hemoragiei).

HD inferioare

- Cele mai frecvente metode endoscopice sunt: injectarea de epinefrină, termocoagularea de contact, plasmocoagularea cu argon, cliparea endoscopică, ligaturarea cu inele.

ALTERNATIVE NON-ENDOSCOPICE DE HEMOSTAZĂ

HDS Non-Variceale

- În cazul pacientului cu hemoragie necontrolată de origine ulceroasă intervenția chirurgicală, în frecvente cazuri, poate fi salvatoare.
- În scopul reducerii mortalității se recomandă un volum operator minimal.
- Embolizarea transarterială este o soluție și o alternativă la intervenția chirurgicală, în mod special, pentru pacienții cu risc operator înalt.

HDS Variceale

- Tamponada mecanică cu ajutorul balonului este recomandată ca metodă temporară de hemostază în hemoragiile variceale necontrolate.
- Șuntarea portosistemică transjugulară intrahepatică este recomandată ca metodă de primă linie de tratament în cazul hemoragiilor variceale necontrolate.

HD inferioare

- Angiografia mezenterială cu embolizare superselectivă și metoda chirurgicală sunt metode non-endoscopice de rezolvare a hemoragiilor acute ale tractului digestiv inferior.

REAȚII TRANSFUZIONALE ACUTE

Are pacientul semne de reacții transfuzionale acute?

Febră, frison, tahicardie, hiper-, hipotensiune, colaps, urticărie, durere (oase, mușchi, torace, abdomen), distresă respiratorie, greață, disconfort, hiperemia feței

OPRIȚI HEMOTRANFUZIA.

Evaluati (examen clinic rapid)

Verificați (identitatea pacientului/eticheta de compatibilitate)

Inspectați (turbiditate, cheaguri, decolorări)

Are pacientul semne de pericol iminent pentru viață?

A-Căi aeriene

B-Respirație

C-Circulație sau/și suspectată greșeală de administrare sau produs contaminat?

DA

Reacție severă sau pericol de viață

Chemați ajutor
Inițiați resuscitare - ABC
Păstrați accesul venos
Monitorizați pacientul (FR, SaO₂, Puls, debit urinar)
Resuscitare volemică cu cristaloide
Investigații necesare conform ghidurilor

Anafilaxie/Reacție Alergică

urmați protocolul de anafilaxie
Dacă există probabilitatea de contaminare bacteriană a se urma protocolul de sepsis
Dacă hemoragia cauzează hipotensiunea de continuat hemotransfuzia
A se lua în considerație suprasolicitarea cu volum asociată transfuziei

- Se va raporta Comitetului Transfuzional din cadrul instituției

NU

Reacție Moderată

Temperatura >39° sau creștere cu 2 grade
Alte semne (eritem cutanat)

Monitorizați semnele vitale mai frecvent
Revizuiți anamnesticul transfuzional

Dacă clinica nu este cauzată de patologia de bază

Suspectați contaminare bacteriană, indicați investigații corespunzătoare

Opriți hemotransfuzia

Dacă clinica este cauzată de patologia de bază

Continuați transfuzia cu viteză mai mică și indicați tratament simptomatic

Reacție Ușoară

Temperatura 38°-39°C sau creștere cu 1-2 grade, Eritem cutanat, prurit

Monitorizați semnele vitale mai frecvent
Tratament simptomatic
Dacă simptomele se agravează - management ca în reacție moderată/severă

Semnele cedează. Continuați transfuzia.

Se notează în fișa pacientului.
Se raportează doar dacă se repetă.

Dacă hemotransfuzia se stopează unitatea de produs sanguin împreună cu sistemul p/u transfuzie se returnează în cabinetul de transfuzie

REAȚII TRANSFUZIONALE ACUTE

TOȚI PACIENȚII CARE AU HEMOTRANSFUZIE SUNT SUPUȘI RISCURILOR DE REAȚII TRANSFUZIONALE ACUTE

Pacienții care au hemotransfuzie trebuie să fie plasați în arie clinică monitorizată de personal instruit în hemotransfuzie și managementul reacțiilor transfuzionale

Verifică - Pacientul corect, unitatea de produs sanguin corectă. **Confirmă** identitatea pacientului. **Verifică** eticheta produsului sanguin.

Inspectează - unitatea de produs sanguin (chiaguri, particule, schimbarea culorii).

Verifică - canula venoasă pentru semne de infecție.

Monitorizează - semnele vitale ale pacientului pînă, în timpul, după transfuzie conform fișei de monitorizare a hemotransfuzie.

Informează - instruiți pacientul să comunice despre orice simptom nou în timpul transfuziei și după.

Simptome ale reacției transfuzionale acute

- Febră, frisoane
- Hipotensiune
- Durere
- Mialgie
- Hipoxemie
- Semne de anafilaxie
- Grețuri
- Stridor, wheezing
- Eritem cutanat
- Furnicături ale feței, gîtului (angioedema)
- Prurit
- Hemoragie acută din cavitatea bucală, plagă, vezică urinară, din rect, etc.

MANAGEMENT: STOP hemotransfuzia. ABC. Oxigen. Chemați ajutor!

Suspectă	Dacă sunt semne	Tratează	Investighează
Anafilaxie	Colaps Hipotensiune Wheez Edem Durere	Algoritmul de anafilaxie Adrenalină intramuscular A se considera hidrocortisone, antihistaminice, salbutamol	Hemoleucograma, Urea, creatinin, ionograma, bilirubin, ALT, AST, Fosfataza alcalină, coagulograma Analiza urinei la hemoglobin Grupa sanguina și Rh Factor
Incompatibilitate ABO sau infecție	Febră, frison, tahicardie, Hipotensiune, Durere, anxietate, dispnee	Cristaloizi intravenos Algoritm de sepsis (dacă sepsis) Antibiotice spectru larg (dacă sepsis)	IgA (EDTA) Triptaza mastocitară
TACO sau TRALI	Dispnee, Hipoxemie	Furosemid (dacă TACO)	Hemocultura dacă sepsis

Reacțiile posttransfuzionale se vor raporta Comitetului Transfuzional din cadrul instituției.

Îndepliniți formularul de raportare a reacției transfuzionale.

Returnați unitatea cu produs sanguin împreună cu sistemul p/u transfuzie în cabinetul de transfuzie.