



Jaime Hider Filho

**PROTOCOLO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**  
**PROTOCOL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING**

Santa Maria, RS

2019

**Jaime Hider Filho**

**PROTOCOLO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

Projeto de Trabalho Final de Graduação II (TFG II) apresentado ao Curso de Medicina, área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana, como requisito parcial para a aprovação na disciplina TFG.

Orientador: Eduardo Souto

Santa Maria, RS

2019

## **RESUMO**

A porta de entrada da urgência e emergência do Sistema único de saúde, são em sua grande maioria das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAs 24) e os pronto socorros dos hospitais credenciados. Nessas unidades são atendidos os pacientes com mais variadas apresentações clínicas, dentre elas destacam-se os casos de hemorragia digestiva alta, quadro que exige um atendimento rápido, organizado e eficaz para o melhor desfecho possível. Para isso propomos um protocolo para ser utilizado no manejo a esses pacientes com quadro vigente de hemorragia digestiva alta a ser aplicado em UPA na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

## **ABSTRACT**

The gateway to the urgency and emergency of the Unified Health System is mostly the 24-hour Emergency Care Units (UPAs 24) and the emergency rooms of accredited hospitals. These units are attended by patients with various clinical presentations, among which are cases of upper gastrointestinal bleeding, a condition that requires rapid, organized and effective care for the best possible outcome. Therefore, we propose a protocol to be used in the management of these patients with current symptoms of upper gastrointestinal bleeding to be applied in a UPA in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul.

## SUMÁRIO

1. Introdução	6
1.1 Justificativa	6
1.2 Objetivo geral	7
2. Referencial teórico	7
3. Metodologia	9
4. Classificação internacional estatística de doenças	9
5. Tratamento	10
6. Monitorização após o tratamento	11
7. Bibliografia	12
8. Anexo	13

## 1 INTRODUÇÃO

O sangramento da porção superior do trato gastrointestinal é responsável por casos admitidos nos serviços de emergência e é uma das principais causas de internação hospitalar e endoscopia digestiva alta (EDA) na urgência dos centros que atendem gastroenterologia. De modo geral, os pacientes que apresentam esse quadro clínico tendem a possuir um maior número de comorbidades associadas bem como a utilização de medicações anticoagulantes e antiagregantes. Nas últimas duas décadas o índice da mortalidade por hemorragia digestiva alta (HDA) no âmbito hospitalar vem diminuindo, isso sugere que os avanços terapêuticos na endoscopia e no manejo clínico desses pacientes podem ser responsáveis por esse positivo saldo na mortalidade associado a HDA (ROSALES, 2018).

A hematêmese é um sinal clínico que sugere sangramento intestinal alto, ou seja, superior ao ângulo de Treitz. Elevação do nitrogênio ureico e ruídos intestinais exaltados são outros sinais que elevam a desconfiança para um quadro de HDA. Uma conduta anteriormente escolhida na decisão da origem do sangramento, o lavado nasogástrico, hoje não apresenta a mesma utilização, tendo em vista que em 18% dos casos de HDA comprovada, apresentam aspirado sem sangue. (ROSALES, 2018)

Dentro da HDA, surge a necessidade de identificar a sua fonte, o sangramento de origem varicosa e o não-varicosa. HDA varicosa é uma apresentação geralmente associada a um comprometimento hepático. HDA não-varicosa em sua grande maioria apresenta origem em lesões ulcerosas pépticas. (HARRISON, 2016)

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Uma vez percebido que o incremento das técnicas diagnósticas e terapêuticas no manejo dos quadros de sangramento digestivo alto resultam em redução das taxas de mortalidade, como fora percebido nos consensos brasileiro e europeu, a importância de promover um protocolo que auxilie ao profissional médico na tomada das decisões frente a uma situação de HDA.

## 1.2 OBJETIVO GERAL

Criar um protocolo assistencial de hemorragia digestiva alta para ser aplicado nas situações de emergência com quadros de HDA, elucidando o manejo inicial, abrangendo a ressuscitação volêmica, estratificação de risco, exames complementares e solicitação da EDA.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O manejo inicial para os quadros de HDA, consiste em ressuscitação de volume intensa e reposição de sangue quando necessária, fazendo a estabilização do paciente para no próximo momento realizar a EDA com vistas diagnósticas e terapêuticas. O momento ideal para realizar a EDA é algo bastante discutido e hoje entendimento é que para HDA de origem não varicosa recomenda realizar o procedimento em menos de 24 horas, HDA não varicosa, mas com quadro associado a fatores de alto risco, hemodinâmica instável mesmo após manobras de ressuscitação volêmica, hematêmese e lavado nasogástrico positivo, a conduta é EDA em até 12 horas pois é uma das melhores opções terapêuticas para esse quadro. (ALEXANDRINO, 2018)

De acordo com o consenso da sociedade brasileira de hepatologia sobre HDA varicosa, houve redução da mortalidade de 43% para 14%, devido aos avanços no atendimento ao paciente cirrótico, bem como avanços terapêuticos na EDA e no preparo das equipes de emergência para o manejo desses pacientes. A conduta inicial deve realizar as manobras básicas do ATLS, ABCDE, verificação da via aérea, respiração, busca por sangramentos, exposição do paciente, bem como atenção aos sinais vitais e exames laboratoriais. A ressuscitação volêmica é o ponto fundamental da conduta e deve ser criteriosa, um bom parâmetro para avaliar a ressuscitação é a pressão arterial sistólica (PAS) tendo como alvo 90-100 mmHg. Dois acessos periféricos calibrosos são as vias de acesso preferenciais nesse manejo, utilizamos o acesso central quando não apresenta a resposta desejada a reposição de volume. O uso de cristaloides deve ser atento ao alvo da PAS, estudos sugerem que o uso abusivo dos expansores de volume está associado a aumento no sangramento. Deve ser realizada a proteção da via respiratória devido ao risco de aspiração, não necessariamente por tubo orotraqueal, mas por manobras simples como, lateralizar o paciente e elevação de cabeceira, e deve ser considerado como ponte para o tratamento definitivo o uso do balão de Sengstaken-Blakemore devido quadros de hemorragia maciça ou falha na reposição de volume. O tubo orotraqueal é recomendado pelo

ESG na vigência de hematêmese franca em atividade com paciente agitado e na presença de encefalopatia, situações onde o risco de aspiração é ainda maior. (SOBED, 2009)

Farmacologicamente é orientado pela Sociedade brasileira de hepatologia, iniciar com vasoconstritores esplâncnicos o mais precocemente possível na hipótese diagnóstica de sangramento varicoso, a primeira opção sugerida é a terlipressina, mas são opções o ocreotide ou somatostatina. Atentar para não utilizar terlipressina em pacientes hipertensos não controlados, não prescrever vasopressina paralelamente ao uso de nitratos no sangramento varicoso. A antibioticoterapia é fundamental, principalmente visando evitar infecções, ressangramento e inclusive atua na redução da mortalidade associada ao quadro de sangramento digestivo. São recomendados como agentes bactericidas as quinolonas e cefalosporinas de 3ª geração, destaque para norfloxacino e ceftriaxone, a cefalosporina é expoente por ser endovenosa e é recomendada na urgência. Paciente cirrótico com child A ou B, estável, recomenda-se norfloxacino 400 mg durante 7 dias, Child C, hemodinâmica instável, recomenda-se ceftriaxone 1 g EV. (SOBED, 2009)

Na HDA não varicosa, o consenso europeu de endoscopia gastrointestinal, destaca o manejo inicial ao paciente nesse quadro. Correção da hipovolemia, restaurando a perfusão tecidual e evitando falhas orgânicas é um dos pontos fundamentais da conduta. Após a ressuscitação volêmica destaco a importância da estratificação de risco desse paciente, principalmente utilizando o escore de Rockall. Seguente a estratificação de risco, ocorre a necessidade de correções que antecedem a EDA, basicamente correções a de INR e suspensão de drogas com ação antiagregante. (ESGE, 2015)

O escore de Rockall é utilizado em escala mundial e foi desenvolvido a partir de avaliações com pacientes que dão entrada em serviços de pronto atendimento com quadro de hemorragia digestiva aguda. Inicialmente utilizado para verificar mortalidade, passou a oferecer também risco de ressangramento e tempo estimado de atendimento. O escore baseia-se na idade do paciente, presença de choque, comorbidades associadas e achados endoscópicos. (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2012)

Tabela 1. Escore de Rockall

Variable	Score		
	0	1	2
Age	<60	60–79	≥80
Shock	'No shock', systolic BP ≥ 100 pulse <100	'Tachycardia', systolic BP ≥ 100 pulse ≥ 100	'Hypotension', systolic BP <100
Comorbidity	No major comorbidity		Cardiac failure, ischemic heart disease, any major comorbidity
Diagnosis	Mallory-Weiss tear, no lesion identified and no SRH	All other diagnoses	Malignancy of upper GI tract
Major SRH	None or dark spot only		Blood in upper GI tract, adherent clot, visible or spurting vessel

(ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2012)

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo se configura como um protocolo assistencial com vistas para a organização do atendimento ao paciente com HDA, levando em consideração os estudos mais atuais e consensos internacionais a cerca desse tema.

Para a fundamentação teórica foi realizada uma busca da literatura acerca do tema proposto neste trabalho. Foram utilizadas como base de dados as plataformas digitais PubMed, Scielo e The Lancet, com publicações compreendidas entre 2014 e 2019.

O presente estudo não será submetido a avaliação do Comitê de Ética (CE) por não envolver diretamente a pesquisa com pessoas.

### 4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

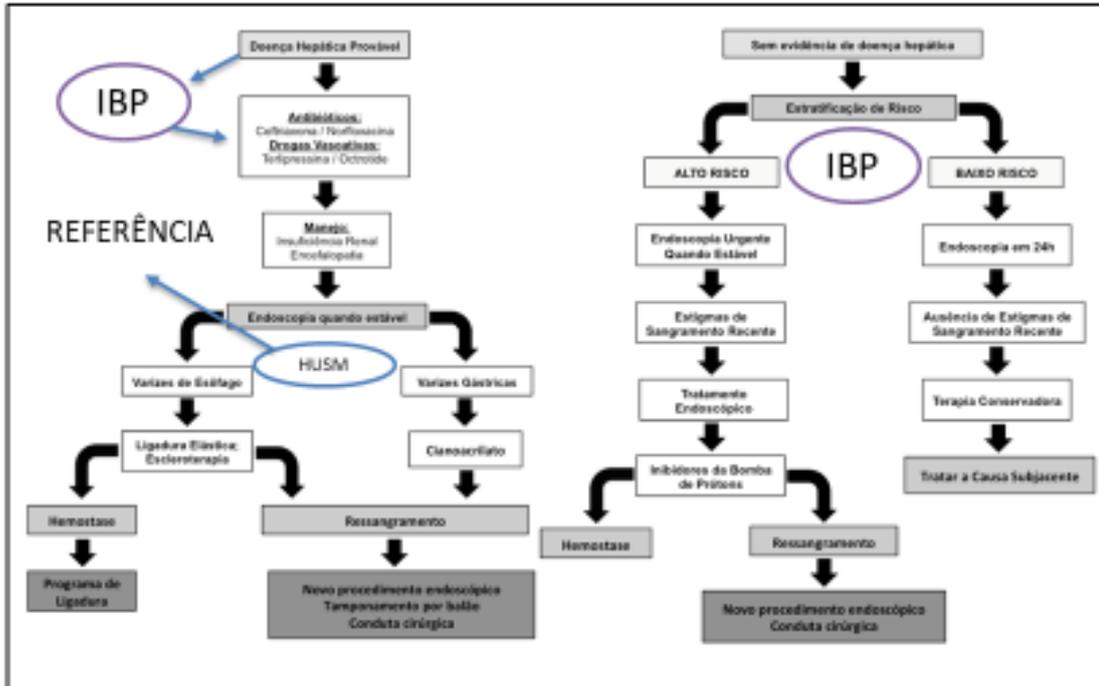
CID 10 – K92.2 Hemorragia gastrointestinal

## 5. TRATAMENTO

O tratamento para hemorragia digestiva alta sugerido nesse protocolo e em acordo com as diretrizes internacionais e nacional para o manejo inclui a ressuscitação volêmica intensa, feita com dois acessos periféricos calibrosos, de preferência infundindo cristaloides, em bolus de 500 ml, com alvo na pressão arterial sistólica entre 90 e 100 mmHg. Recomendamos a utilização do inibidor da bomba de prótons (IBP) na dose de ataque de Omeprazol 80 mg endovenoso em bolus, e manutenção com 8 mg/h de Omeprazol. Para sangramento varicoso, aplica-se droga vasoativa, Ocreotide 50 mcg endovenoso em bolus, na sequência Ocreotide 50 mcg diluído em 500 ml de soro fisiológico 0,9% em bomba de infusão contínua com 50 ml/h. Com paciente hepatopatas, iniciar imediatamente antibiótico Ceftriaxone 1 g na posologia de uma vez ao dia.

## 6. MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO APÓS TRATAMENTO

### Fluxograma do Atendimento:



### Orientações:

#### AVALIAR VIAS AÉREAS, MONITORIZAR, ACESSO VENOSO E COLETAR LABORATÓRIO

##### Avaliação inicial do sangramento

Escore Rockall pré endoscopia = 0, alta precoce investigação ambulatorial.

Escore Rockall pré endoscopia > 0, realizar EDA, avaliação completa e internar.

Escore Rockall pós-EDA < 3, ALTA, baixo risco de complicações e morte.

Escore Rockall pós-EDA > 3, internação.

Resuscitação volêmica vigorosa → Cristalóide → 2 acessos periféricos – bolus de 500ml (de 1 a 2 litros) ALVO PAS ENTRE 90 E 100 mmHg

Reposição de sangue após perda de 30% da volemia → Hb < 7.  
A cada 4 CHADs → plasma fresco + gluconato de cálcio.  
Plaquetas somente se < 50.000 e sangramento ativo.

Início de IBP na chegada mesmo antes da EDA.  
Omeprazol 80 mg EV em bolus + Omeprazol 8 mg/hora em bomba de infusão contínua ou Omeprazol 40mg EV de 8h

##### Hemorragia digestiva por Varizes Gastroesofágicas

Drogas Vasotônicas:  
Terlipressina 2 mg EV a cada 4 horas por 48h ou;  
Octreotide 0,050 mg (50 mcg) EV em bolus seguido Octreotide 0,50 mg (500 mcg) + SF 0,9% 500 mL a 50 mL/hora

Início imediato de antibioticoterapia na hepatopatia crônica com hemorragia GI.  
Ceftriaxona 1 grama EV 1x/dia.

## 7.BIBLIOGRAFIA

ROSALES, Rita; ANALYSIS OF REBLEEDING IN CASES OF AN UPPER GASTROINTESTINAL BLEED IN A SINGLE CENTER SERIES.,2018-.Disponível em: [https://online.reed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI\\_5702.pdf](https://online.reed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI_5702.pdf). Acesso em: 2 nov. 2018.

KASPER, Dennis. Medicina interna de Harrison, 2016.

ALEXANDRINO, Gonçalo. ENDOSCOPY TIMING IN PATIENTS WITH ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING, 2018- . Disponível em: <https://www.e-ce.org/journal/view.php?number=7155>. Acesso em: 30 nov. 2018.

SOBED, HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA: RELATÓRIO DO 1º CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. 2009- . Disponível em: <https://www.e-ce.org/journal/view.php?number=7155>. Acesso em: 30 nov. 2018.

ESGE. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF NONVARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE: EUROPEAN SOCIETY OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY (ESGE) GUIDELINE. 2015- . Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1393172.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: Management. **Risk Assessment (risk scoring)**, NICE Clinical Guidelines, No. 141., 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327390/>. Acesso em: 20 mar. 2019.

8.ANEXO



## Universidade Franciscana

### SOLICITAÇÃO DE ENDOSCOPIA PARA HEMORRAGIA DIGESTIVA

Paciente: \_\_\_\_\_ SAME: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Clínica que Solicita: \_\_\_\_\_

**História Clínica:**


**Laboratório** (Devem ser colhidos no momento da chegada no serviço de urgência):

Hemoglobina: _____ / Hematócrito: _____ / Plaquetas: _____
Creatinina: _____ / Uréia: _____ / Sódio: _____ / Potássio: _____
TP : (%) _____ / INR: _____ / TTP: _____

**Sinais:**

PA: _____
FC: _____
FR: _____ Sat: _____

**Escores para Estratificação de Risco:**

Escore de Rockall				
Variáveis	Escore			
	0	1	2	3
Idade	< 60	60 – 79	≥ 80	
Choque		FC > 100 bpm	PA sis < 100 mmHg	
Comorbidades		Insuf. Cardíaca ou coronariana e outras comorbidades		Insuf. renal, insuf. hepática, neoplasia
Diagnóstico endoscópico	Mallory-Weiss ou sem sangramento	Doença ulcerosa péptica e esofagite erosiva	Neoplasia maligna	
Estigmas recentes de sangramento	Úlcera de base limpa, pigmento plano	Doença ulcerosa péptica, esofagite erosiva	Sangue na luz, vaso visível, coágulo, sangramento ativo	

Escore de Rockall Pré Endoscopia: \_\_\_\_\_

Escore de Rockall Pós Endoscopia: \_\_\_\_\_

Exame Marcado para o dia: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_