

A hemorragia digestiva alta (HDA) é a emergência mais comum na Gastroenterologia, e apresenta importantes repercussões clínicas e econômicas. Publicações demonstraram que o estabelecimento correto e sequencial das mais recentes terapêuticas para a HDA está associado à melhora nos desfechos, inclusive com redução na mortalidade intra-hospitalar.

Os algoritmos de atendimento em serviços de urgência e emergência são guias de condutas extensivamente utilizados, com objetivo de fornecer uma visão simplificada da abordagem diagnóstica e terapêutica de doenças frequentes e relevantes da prática diária. O uso de algoritmos para atendimento da HDA está associado com menor tempo de internação e menores custos hospitalares.

OBJETIVO

O objetivo principal dessa pesquisa foi a criação de um protocolo de atendimento da HDA, para ser utilizado em hospital terciário.

MÉTODOS

Realizada extensa revisão da literatura sobre as condutas na HDA, contidas nas bases de dados primária e secundária.

Clique na referência abaixo para acessar todo o conteúdo do trabalho:

[**Franco MC, Nakao FS, Rodrigues R, Maluf-Filho F, Paulo GA, Libera ED. Proposal of a Clinical Care Pathway for the Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. Arq Gastroenterol. 2015 Dec;52\(4\):283-92.**](#)

RESULTADOS

O resultado foi um modelo de atendimento para os pacientes com HDA e com evidência de sangramento recente, dado por melena ou hematêmese nas últimas 24h, que são atendidos nas salas de emergência e unidades de terapia intensiva de hospitais terciários.

Neste algoritmo de atendimento, desenhado de forma compacta e compreensível, fica bem evidenciado o manejo dos pacientes desde a admissão, com definição dos critérios de inclusão e exclusão, passando considerações acerca do atendimento clínico inicial, posterior direcionamento para a terapêutica endoscópica, e encaminhamento às terapias de resgate em casos de sangramento persistente ou recorrente.

Destacam-se também os cuidados que devem ser tomados antes da alta hospitalar para todos os pacientes que se recuperam de um episódio de sangramento ([ver imagem abaixo](#)).

ATENDIMENTO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Critérios de Inclusão:

Hematêmese ou melena nas últimas 24 h

Considerar Inclusão:

Queda de Hb \geq 2 g/dL ou transfusão de hemáceas \geq 2 nas últimas 24 h

Critérios de Exclusão:

< 18 anos, suspeita ou confirmação de gravidez

- Jejum Oral
- Monitorização hemodinâmica
- Ressuscitação volêmica com PAS alvo de 90 a 100 mmHg e FC < 100 bpm
- Colher hemograma, eletrólitos, bioquímica renal, coagulograma e tipagem sanguínea
- Hemotransfusão com Hb alvo de 7 a 8 g/dL

Realizar:

- Ressuscitação volêmica precoce
- Endoscopia o quanto antes após estabilização hemodinâmica

Suspeita de HDA não-Varicosa

Suspeita de HDA Varicosa

- Omeprazol intravenoso antes da EDA:**
- Bolus de 80 mg e manutenção de 8 mg/h
 - Solução com 80 mg de omeprazol em 100mL de salina

- Iniciar antes da EDA em pacientes cirróticos:**
- Child A: Norfloxacin 400 mg VO 12/12h
 - Child B ou C: Ceftriaxone IV 1g/dia
 - + Terlipressina 2mg IV bolus, e manutenção de 1-2 mg IV de 4/4 h

Nas primeiras 24h

Nas primeiras 12h

Considerar:

- UTI: idosos, com comorbidades, sangramento varicoso ou grave
- IOT: hematêmese volumosa ou rebaixamento do sensório
- Transfusão de plasma e plaquetas: se sangramento e coagulopatia ou plaquetopenia graves
- Alta hospitalar com endoscopia agendada para o dia seguinte: se escore de Glasgow Blatchford (GB) \leq 1

Considerar:

- Na suspeita de quantidade significativa de sangue e coágulos no estômago: Eritromicina IV 250 mg/ 100 mL de salina em 30 min (30 a 60 min antes da EDA)

Considerar:

- Dose de manutenção da Terlipressina (4/4h): 1mg se < 50kg; 1,5 mg se 50 – 70 kg; 2mg se > 70 kg

Realizar:

- EDA nas primeiras 12 h para os casos de HDA não-varicosa com escore de GB \geq 12

Endoscopia Digestiva Alta

HDA não-Varicosa

HDA Varicosa

- Úlcera com Forrest IA, IB, IIA ou IIB:**
- Térmico, clipe ou Injeção de adrenalina + 2º método endoscópico
 - + Manter omeprazol IV por 72 h
 - Casos de úlcera péptica: pesquisar infecção por *H. pylori*

- Varizes esofágicas**
- 1ª opção: Ligadura elástica
 - Se não for possível: Escleroterapia
 - Casos de varizes gástricas de fundo: Injeção de Cianoacrilato
 - + Manter Terlipressina IV por 3 a 5 dias

Considerar Second-look endoscópico:

- Casos de úlcera com Forrest IA, IB, IIA ou IIB + Dúvida quanto ao sucesso do tratamento endoscópico ou alto risco de ressangramento

Realizar:

- Tratamento endoscópico nos casos de HDA por lesão de Dieulafoy e ectasia vascular antral

Considerar:

- Tratamento endoscópico nos casos de sangramento ativo por Mallory-Weiss, esofagites e neoplasia do TGI

Realizar:

- Troca para IBP oral: HDA não varicosa e estigmas de baixo risco após endoscopia

Sangramento Persistente ou Recorrente

Segunda tentativa de EDA

Preferir método endoscópico diferente do anterior

Segunda tentativa de EDA

Preferir método endoscópico diferente do anterior

Sangramento persistente ou recorrente:

- Nova hematêmese, melena ou aspirado da SNG com sangue
- Sinais de instabilidade hemodinâmica
- Queda \geq 2g no Hb, ou hemotransfusão \geq 2 CGV, nas últimas 24 h

Monitorização:

- Hemodinâmica (Pulso e PA), e Hb por 72h após EDA nos casos de úlcera com estigmas de alto risco, sangramento varicoso ou volumoso

Falha à Terapia Endoscópica

Terapia de Resgate:

Embolização transarterial ou cirurgia

Terapia de Resgate:

Bolão de Sengstaken-Blakemore por até 24 horas
TIPS ou cirurgia

Antes da alta hospitalar:

- Pacientes com HDA não-Varicosa: Prescrever IBP oral de acordo com o diagnóstico endoscópico
- Tratar infecção por *H. pylori* em todos os pacientes com úlcera péptica

Antes da alta hospitalar:

- Pacientes com HDA varicosa
- Antibioticoterapia por 7 dias
- Iniciar propranolol 20 mg VO 12/12h, após compensação hemodinâmica
- Programar nova terapia endoscópica após 1-3 semanas, até erradicação das varizes

CONCLUSÕES

A introdução de um protocolo para atendimento e tratamento de pacientes com HDA pode contribuir para uniformização de condutas médicas, diminuição no tempo de espera por medicações e serviços, no tempo de internação e nos custos hospitalares.

Esse algoritmo trata-se de um retrato momentâneo da terapêutica na HDA. Aguardam-se novas publicações sobre os seguintes tópicos:

- Aumento no ponto de corte nos escores de seleção dos pacientes de baixo risco;
- Restrição na hemotransfusão;
- Uso de doses mais baixas do IBP;
- Novas terapêuticas como uso do pós hemostático, próteses metálicas.

