

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

RESIDÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA

LUCAS RIBAS TOLFO

PROTOCOLO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE PASSO FUNDO - RS

PASSO FUNDO

2025

Desenvolvido por Lucas Ribas Tolfo com orientação da Dra. Raquel Scherer de Fraga e Dra. Angelina Dantas Costa

LUCAS RIBAS TOLFO

PROTOCOLO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE PASSO FUNDO - RS

Trabalho apresentado no curso de Residência Médica
da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora: Dra Raquel Scherer de Fraga

Co-orientadora: Dra Angelina Dantas Costa

PASSO FUNDO

2025

Desenvolvido por Lucas Ribas Tolfo com orientação da Dra. Raquel Scherer de Fraga e Dra. Angelina Dantas Costa

RESUMO

A hemorragia digestiva alta (HDA) permanece como uma das emergências clínicas mais relevantes na prática hospitalar, não apenas pela sua frequência, mas principalmente pelo potencial de gravidade e pelas repercussões prognósticas associadas. Mesmo diante dos avanços diagnósticos e terapêuticos observados nas últimas décadas, a condição ainda se relaciona a taxas expressivas de morbimortalidade, especialmente em pacientes idosos, com múltiplas comorbidades ou portadores de doença hepática crônica avançada. Nesse cenário, a literatura contemporânea reforça que desfechos favoráveis dependem, de maneira decisiva, do reconhecimento precoce, da estabilização hemodinâmica adequada e da implementação oportuna de estratégias terapêuticas direcionadas (Laine et al., 2021; Barkun et al., 2019).

Este protocolo foi concebido como uma ferramenta assistencial voltada à sistematização do manejo da hemorragia digestiva alta varicosa e não varicosa, integrando recomendações fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Mais do que um conjunto de condutas, o documento busca reduzir variabilidade clínica, favorecer decisões terapêuticas mais seguras e otimizar o fluxo assistencial em contextos de elevada complexidade. A estrutura do protocolo contempla desde os princípios da avaliação inicial e ressuscitação hemodinâmica até a estratificação prognóstica, terapias farmacológicas precoces, papel da endoscopia digestiva alta e intervenções específicas conforme etiologia do sangramento. Diretrizes internacionais destacam que a padronização do atendimento, associada à aplicação de estratégias baseadas em risco, contribui de forma consistente para a redução de complicações, ressangramento e mortalidade (Garcia-Tsao et al., 2017; De Franchis, 2022).

Palavras-chave: Hemorragia digestiva alta; sangramento gastrointestinal; emergência médica; HDA varicosa; HDA não varicosa; endoscopia digestiva alta; varizes esofágicas; úlcera péptica; ressuscitação hemodinâmica.

ÍNDICE

PROTOCOLO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE PASSO FUNDO - RS

1. Introdução	5
2. Metodologia	6
3. Finalidade	7
4. Justificativa	7
5. Abrangência	8
6. Definições	8
7. Avaliação inicial	9
8. Estratificação de Risco	11
9. Tratamento e plano terapêutico	12
a. Abordagem Inicial	12
b. HDA varicosa	14
c. HDA não varicosa	17
d. Alta hospitalar	18
10. Referências	19
11. Anexos	21
a. Fluxograma 1 - Manejo Inicial	21
b. Fluxograma 2A - Hemorragia Digestiva Alta Varicosa Emergência	22
c. Fluxograma 2B – Hemorragia Digestiva Alta Varicosa Endoscopia	22
d. Fluxograma 3A - Hemorragia Digestiva Não-Varicosa Emergência	23
e. Fluxograma 3B – Hemorragia Digestiva Não-Varicosa Endoscopia	23
12. Escalas, escores e classificações	24
13. Fotos	28

PROTOCOLO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA E NÃO VARICOSA

1. INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) permanece como uma das principais emergências gastroenterológicas, associando-se a elevada morbimortalidade (LAINE et al., 2021; BARKUN et al., 2019). O atendimento exige reconhecimento precoce, estabilização hemodinâmica imediata e definição etiológica o mais rápido possível. A adoção de um protocolo institucional estruturado contribui para reduzir atrasos terapêuticos, padronizar condutas e melhorar desfechos clínicos (GRALNEK et al., 2021).

A abordagem inicial deve ser sistemática e independe da etiologia do sangramento. Recomenda-se avaliação hemodinâmica imediata, obtenção de acessos venosos calibrosos, coleta de exames laboratoriais (hemograma, coagulograma, função renal e hepática, eletrólitos e tipagem sanguínea) e monitorização contínua (LAINE et al., 2021). A estratégia transfusional deve ser preferencialmente restritiva, com alvo de hemoglobina entre 7 e 8 g/dL, salvo situações clínicas específicas (JAIRATH et al., 2015; LAINE et al., 2021). A aplicação de escores prognósticos validados, como Glasgow-Blatchford na fase pré-endoscópica (BLATCHFORD; MURRAY; BLATCHFORD, 2000) e Rockall após o exame (ROCKALL et al., 1996), auxilia na estratificação de risco e na definição da necessidade de internação e da urgência da endoscopia (BARKUN et al., 2019).

Na hemorragia digestiva alta varicosa, geralmente associada à hipertensão portal em pacientes com cirrose, algumas medidas devem ser iniciadas ainda na suspeita clínica. Está indicado o uso imediato de fármacos vasoativos, como terlipressina ou octreotídeo, além de antibioticoprofilaxia (GARCIA-TSAO et al., 2017; DE FRANCHIS et al., 2022; AASLD, 2023), preferencialmente com ceftriaxona, considerando o risco elevado de infecção bacteriana nesse contexto (GARCIA-TSAO et al., 2017). Após estabilização hemodinâmica, a endoscopia deve ser realizada idealmente nas primeiras 12 horas (GARCIA-TSAO et al., 2017; DE FRANCHIS et al., 2022). A ligadura elástica é o método de escolha para o tratamento das varizes esofágicas (GARCIA-TSAO et al., 2017). Nos casos de falha terapêutica ou alto risco, deve-se considerar terapia de resgate, incluindo medidas temporárias e avaliação para TIPS em pacientes selecionados (DE FRANCHIS et al., 2022).

Já a hemorragia digestiva não varicosa apresenta etiologia mais ampla, sendo a úlcera péptica a causa mais frequente (BARKUN et al., 2019), além de laceração de Mallory-Weiss, lesões vasculares e gastrites erosivas. Nesses casos, recomenda-se iniciar inibidor de bomba de prótons por via endovenosa antes da endoscopia (LAINE et al., 2021; BARKUN et al., 2019). O exame deve ser realizado preferencialmente em até 24 horas, ou de forma mais precoce em pacientes instáveis (GRALNEK et al., 2021). Durante o procedimento, técnicas combinadas, como aplicação de cliques mecânicos, termocoagulação e injeção associada, constituem o padrão terapêutico para lesões de alto risco (GRALNEK et al., 2021). Após o controle endoscópico, mantém-se IBP em dose elevada por 72 horas nas situações indicadas (LAINE et al., 2021), além de investigação e erradicação de *Helicobacter pylori* quando pertinente (MALFERTHEINER et al., 2022).

Para que o protocolo institucional seja efetivo, é fundamental incluir critérios clínicos que auxiliem na diferenciação precoce entre sangramento varicoso e não varicoso. História de doença hepática crônica, sinais de hipertensão portal e alterações laboratoriais sugestivas orientam a suspeita de varizes (GARCIA-TSAO et al., 2017). Por outro lado, uso de anti-inflamatórios, antiagregantes ou anticoagulantes e sintomas dispépticos prévios favorecem etiologia não varicosa (BARKUN et al., 2019).

Por fim, o protocolo não deve limitar-se ao controle imediato do episódio hemorrágico. É imprescindível contemplar estratégias de prevenção secundária, seguimento endoscópico programado, manejo da doença de base e organização clara do fluxo assistencial (DE FRANCHIS et al., 2022; LAINE et al., 2021). A padronização fundamentada em diretrizes consolidadas fortalece a integração entre emergência, gastroenterologia e terapia intensiva.

2. METODOLOGIA

A elaboração deste protocolo partiu da necessidade prática de organizar e padronizar o manejo de uma condição clínica frequente e potencialmente grave no ambiente hospitalar. O desenvolvimento do documento foi fundamentado em revisão da literatura médica, com ênfase em diretrizes clínicas, consensos internacionais e estudos com relevância metodológica e impacto assistencial. Foram priorizadas recomendações provenientes de sociedades científicas reconhecidas, bem como evidências derivadas de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e metanálises. A seleção do material bibliográfico concentrou-se em aspectos diretamente aplicáveis à prática clínica, incluindo estabilização hemodinâmica, estratégias transfusionais, terapias farmacológicas, timing da endoscopia e intervenções específicas conforme etiologia do sangramento.

Além do embasamento científico, buscou-se garantir que o protocolo apresentasse caráter essencialmente prático e operacional. As recomendações foram organizadas de maneira sequencial e estruturada, refletindo o fluxo real de atendimento ao paciente, desde a admissão até o manejo pós-endoscópico e critérios de alta hospitalar. O objetivo foi produzir um instrumento assistencial claro, de fácil consulta e aplicável à rotina institucional, respeitando a complexidade do cenário de emergência. O protocolo foi concebido como documento dinâmico, passível de atualização contínua, acompanhando a evolução das evidências científicas e das práticas assistenciais.

3. FINALIDADE

Padronizar condutas baseadas em evidências científicas para hemorragia digestiva, garantindo uma boa condução e manejo assistencial do quadro, com intuito de garantir vários benefícios ao paciente e instituição, dentre eles:

- Redução de morbimortalidade;
- Redução de tempo de internação hospitalar;
- Redução de custos de tratamento;
- Uniformidades de condutas dentro da instituição.

4. JUSTIFICATIVA

A hemorragia digestiva alta (HDA) constitui uma das principais emergências gastroenterológicas e mantém elevada relevância epidemiológica. A literatura reporta incidência anual variando entre 50 e 150 casos por 100.000 habitantes, conforme análises populacionais amplas realizadas em diferentes sistemas de saúde (VAN LEERDAM, 2008; LANAS; CHAN, 2017). Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, a mortalidade permanece expressiva, girando em torno de 10–14% na população geral, podendo alcançar 30% ou mais entre pacientes hospitalizados, idosos ou com doença hepática avançada (ROCKALL et al., 2006; MOAYYEDI; LEONTIADIS, 2011). Além disso, a HDA representa causa frequente de hospitalização, contribuindo significativamente para a morbidade e para os custos assistenciais, conforme demonstrado em análises epidemiológicas contemporâneas (PEERY et al., 2019).

Entre as etiologias, a doença ulcerosa péptica (DUP) permanece como causa

predominante da hemorragia digestiva alta não varicosa em diversos sistemas de saúde, sendo responsável por aproximadamente 40% a 50% dos casos nos países desenvolvidos (BARKUN et al., 2019; LAINE; JENSEN, 2012). Embora a prevalência de DUP tenha diminuído nas últimas décadas, sobretudo após a expansão da terapia de erradicação do *Helicobacter pylori* e do uso de inibidores de bomba de prótons, sua participação epidemiológica ainda é expressiva em múltiplos registros contemporâneos (BARKUN et al., 2019). Essa persistência reforça a relevância clínica e o peso da DUP na demanda por recursos diagnósticos, terapêuticos e endoscópicos.

5. ABRANGÊNCIA

Setor de Emergência e demais setores de internação do Hospital de Clínicas de Passo Fundo.

6. DEFINIÇÕES

A hemorragia digestiva alta (HDA) corresponde ao sangramento originado proximal ao ligamento de Treitz e constitui uma emergência médica de elevada relevância clínica (LAINE et al., 2021). Classifica-se, de forma prática, em varicosa e não varicosa. A forma não varicosa está geralmente relacionada a lesões da mucosa gastroduodenal, enquanto a forma varicosa decorre da hipertensão portal, sobretudo em pacientes com cirrose hepática (BARKUN et al., 2019; GARCIA-TSAO et al., 2017). Ambas compartilham a necessidade de reconhecimento precoce, estabilização hemodinâmica imediata e abordagem endoscópica oportuna, porém diferem quanto à fisiopatologia, às estratégias farmacológicas iniciais e ao prognóstico.

A hemorragia digestiva alta não varicosa é definida como o sangramento proveniente de lesões da mucosa do esôfago, estômago ou duodeno que não estejam relacionadas à hipertensão portal. Representa a maioria dos casos em séries internacionais, sendo a doença ulcerosa péptica sua principal etiologia, responsável por cerca de 40% a 50% dos episódios (LAINE; JENSEN, 2012; BARKUN et al., 2019). Outras causas incluem laceração de Mallory-Weiss, lesões vasculares e gastrites erosivas (GRALNEK et al., 2021). A mortalidade global situa-se em torno de 10%, variando conforme idade, comorbidades e gravidade da apresentação (VAN LEERDAM, 2008). No Brasil e na América Latina, fatores como o uso disseminado de anti-inflamatórios não esteroides, antiagregantes e anticoagulantes, além do acesso heterogêneo à erradicação

do *Helicobacter pylori*, mantêm a doença ulcerosa como causa relevante de internação e demanda por endoscopia terapêutica (BARKUN et al., 2019).

A hemorragia digestiva alta varicosa, por sua vez, é caracterizada pelo sangramento de varizes esofágicas ou gástricas secundárias à hipertensão portal, geralmente associada à cirrose hepática. Trata-se de evento relacionado à ruptura de colaterais portossistêmicas formadas em decorrência do aumento crônico da pressão portal (GARCIA-TSAO et al., 2017). Em diversos centros latino-americanos, observa-se proporção significativa de casos varicosos, reflexo da elevada prevalência de doença hepática crônica na região (DE FRANCHIS et al., 2022). A mortalidade no episódio agudo varia entre 15% e 25%, podendo ser ainda mais elevada em pacientes com cirrose avançada, particularmente aqueles classificados como Child-Pugh C, ou na presença de infecção bacteriana e insuficiência renal (GARCIA-TSAO et al., 2017; DE FRANCHIS et al., 2022). Esse grupo concentra maior necessidade de terapia intensiva, suporte transfusional e intervenções de resgate.

Diante da elevada incidência, do impacto assistencial significativo e da mortalidade ainda expressiva — especialmente nos pacientes cirróticos com sangramento varicoso — torna-se fundamental a adoção de um protocolo institucional baseado em evidências. A padronização do atendimento, associada à diferenciação precoce entre etiologias e ao início imediato de terapias específicas, constitui estratégia central para redução de complicações, ressangramento e mortalidade, além de promover maior eficiência na utilização de recursos assistenciais (LAINE et al., 2021; DE FRANCHIS et al., 2022).

7. AVALIAÇÃO INICIAL

No contexto da emergência, a avaliação inicial da hemorragia digestiva alta (HDA) deve ter três objetivos centrais: determinar a gravidade do sangramento, iniciar medidas imediatas de estabilização e direcionar precocemente a provável etiologia (varicosa ou não varicosa), permitindo a instituição de terapias específicas ainda antes da endoscopia (LAINE et al., 2021; BARKUN et al., 2019).

A abordagem inicial é comum a ambos os cenários e deve seguir princípios sistemáticos de suporte à vida, incluindo avaliação rápida da via aérea, respiração e circulação, monitorização contínua, obtenção de dois acessos venosos calibrosos, coleta imediata de exames laboratoriais e início de reposição volêmica conforme necessidade clínica (LAINE et al., 2021; GRALNEK et al., 2021). Os exames laboratoriais básicos

recomendados incluem hemograma completo, tipagem sanguínea e prova de compatibilidade, ureia e creatinina, eletrólitos, coagulograma (TP/INR e TTPa), além de avaliação da função hepática (BARKUN et al., 2019). A mensuração de lactato pode auxiliar na avaliação da perfusão tecidual e gravidade do sangramento (LAINE et al., 2021). A estratificação precoce de risco por meio do escore de Glasgow-Blatchford pode ser realizada ainda na admissão, auxiliando na tomada de decisão clínica (BLATCHFORD; MURRAY; BLATCHFORD, 2000; BARKUN et al., 2019). A estratégia transfusional deve ser preferencialmente restritiva, com alvo de hemoglobina entre 7 e 8 g/dL, salvo situações clínicas específicas (JAIRATH et al., 2015; LAINE et al., 2021).

A diferenciação entre HDA não varicosa e varicosa inicia-se pela história clínica e avaliação dos fatores de risco. Na hemorragia não varicosa, frequentemente associada a lesões da mucosa esofagogastroduodenal, são comuns antecedentes de dor epigástrica, dispepsia, uso de anti-inflamatórios não esteroides, antiagregantes ou anticoagulantes, além de possível infecção por *Helicobacter pylori* (LAINE; JENSEN, 2012; BARKUN et al., 2019). Nesses casos, recomenda-se o início precoce de inibidores de bomba de prótons por via endovenosa, mesmo antes da confirmação endoscópica, estratégia associada à redução de estigmas endoscópicos de alto risco e necessidade de intervenção terapêutica (LAINE et al., 2021; BARKUN et al., 2019).

Na hemorragia digestiva alta varicosa, caracterizada pelo sangramento de varizes esofágicas ou gástricas secundárias à hipertensão portal, a história frequentemente revela cirrose hepática conhecida, etilismo crônico, hepatites virais ou complicações prévias da hipertensão portal, como ascite e encefalopatia hepática (GARCIA-TSAO et al., 2017). Ao exame físico, podem estar presentes sinais clínicos de hepatopatia crônica, incluindo icterícia, ascite, circulação colateral abdominal e esplenomegalia (DE FRANCHIS et al., 2022). Além dos exames laboratoriais iniciais comuns a todos os pacientes, a avaliação da função hepática, INR e plaquetas assume papel central na estimativa prognóstica, particularmente por meio da classificação de Child-Pugh (GARCIA-TSAO et al., 2017). Em pacientes com suspeita de sangramento varicoso, recomenda-se o início imediato de terapia farmacológica específica, incluindo agentes vasoativos e antibioticoprofilaxia, preferencialmente com ceftriaxona, ainda antes da realização da endoscopia (GARCIA-TSAO et al., 2017; DE FRANCHIS et al., 2022; AASLD, 2023).

Em ambos os cenários, a endoscopia digestiva alta deve ser realizada após estabilização hemodinâmica. Diretrizes atuais recomendam sua realização idealmente em até 12 horas nos casos suspeitos de sangramento varicoso e em até 24 horas nos casos não varicosos, ou de forma mais precoce em pacientes instáveis (LAINE et al.,

2021; GRALNEK et al., 2021; DE FRANCHIS et al., 2022). Assim, no ambiente de emergência, a integração entre história clínica dirigida, avaliação hemodinâmica criteriosa e abordagem laboratorial adequada permite distinguir precocemente as principais etiologias da HDA e iniciar terapias direcionadas de maneira oportuna, impactando diretamente o prognóstico (BARKUN et al., 2019; GARCIA-TSAO et al., 2017).

8. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Na emergência, a estratificação de risco deve ser realizada precocemente, uma vez que orienta decisões fundamentais relacionadas à necessidade de internação, intensidade da monitorização e urgência da endoscopia digestiva alta (LAINE et al., 2021; BARKUN et al., 2019). Na hemorragia digestiva alta não varicosa, o escore de Glasgow-Blatchford (GBS) é amplamente recomendado na avaliação pré-endoscópica, por apresentar elevada acurácia na identificação de pacientes com baixo risco de necessidade de intervenção clínica ou endoscópica (BLATCHFORD; MURRAY; BLATCHFORD, 2000; BARKUN et al., 2019). Pacientes com GBS entre 0 e 1, quando hemodinamicamente estáveis e sem comorbidades relevantes, podem ser considerados para manejo ambulatorial, devido ao baixo risco de transfusão, ressangramento ou necessidade de hemostasia endoscópica (LAINE et al., 2021). Em contrapartida, valores de GBS ≥ 2 associam-se a maior risco de desfechos adversos, justificando, na maioria dos casos, internação hospitalar para monitorização e endoscopia precoce (BARKUN et al., 2019; GRALNEK et al., 2021).

Na hemorragia digestiva alta varicosa, todo paciente com cirrose hepática deve ser considerado de alto risco, sendo recomendada internação hospitalar independentemente da apresentação clínica inicial (GARCIA-TSAO et al., 2017; DE FRANCHIS et al., 2022). A estratificação prognóstica nesse cenário está diretamente relacionada à gravidade da doença hepática subjacente. A classificação de Child-Pugh permanece como ferramenta amplamente validada para estimativa de mortalidade e risco de complicações, com pior prognóstico observado em pacientes Child C (GARCIA-TSAO et al., 2017). O escore MELD complementa essa avaliação, apresentando correlação significativa com risco de falha terapêutica, ressangramento e mortalidade, além de auxiliar na identificação de pacientes candidatos a intervenções precoces, como o shunt portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS) (DE FRANCHIS et al., 2022; AASLD, 2023).

Dessa forma, a estratificação precoce de risco constitui etapa central no manejo

da hemorragia digestiva alta. Enquanto o escore de Glasgow-Blatchford desempenha papel determinante na avaliação inicial da HDA não varicosa, as classificações de Child-Pugh e MELD assumem importância prognóstica e terapêutica na HDA varicosa, orientando desde decisões relacionadas à monitorização até estratégias terapêuticas avançadas (LAINE et al., 2021; GARCIA-TSAO et al., 2017; DE FRANCHIS et al., 2022).

9. TRATAMENTO E PLANO TERAPÊUTICO

- ABORDAGEM INICIAL (PARA TODOS PACIENTES):

- Acessos periféricos calibrosos: essencial para permitir reposição volêmica, administração de medicamentos e coleta de exames laboratoriais de forma imediata. Idealmente, devem ser colocados dois acessos de grosso calibre (14–16G) (LAINE et al., 2021).
- Ressuscitação Hemodinâmica: Recomenda-se infusão inicial de cristaloides balanceados, preferencialmente ringer lactato, em bolus de 250–500 mL em pacientes estáveis ou parcialmente responsivos, e de 500–1.000 mL em 10–15 minutos em pacientes instáveis, com reavaliação clínica seriada (GRALNEK et al., 2021). Cristaloides balanceados são preferidos ao NaCl 0,9% devido ao menor risco de acidose hiperclorêmica e potencial benefício renal (GRALNEK et al., 2021; DE FRANCHIS et al., 2022).
 - I. Na HDA varicosa, deve-se evitar hiperressuscitação, uma vez que o excesso volêmico pode elevar o gradiente portal e favorecer ressangramento. A reposição deve ser guiada por metas clínicas (PAM ≥ 65 mmHg, FC < 100 – 110 bpm, diurese $\geq 0,5$ mL/kg/h) (GARCIA-TSAO et al., 2017; DE FRANCHIS et al., 2022).
- Intubação Orotraqueal: indicada apenas em pacientes com hematêmese volumosa e repetida, encefalopatia hepática, rebaixamento do nível de consciência ou incapacidade de proteção das vias aéreas, devido ao risco elevado de broncoaspiração (LAINE et al., 2021).
- Hemotransfusões: adota-se estratégia transfusional restritiva. Em pacientes hemodinamicamente estáveis e sem cardiopatia, transfundir quando hemoglobina < 7 g/dL, mantendo níveis entre 7-9 g/dL. Em pacientes com doença cardíaca, considerar transfusão quando Hb < 8 g/dL, mantendo níveis

entre 8-10 (DE FRANCHIS et al., 2022; JAIRATH et al., 2015).

- Pacientes em uso de antiplaquetários: A suspensão temporária de antiplaquetários é indicada. Em pacientes com stents coronarianos em dupla antiagregação, deve-se manter AAS e suspender o antagonista P2Y12 (clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor), com reintrodução deste em até 5 dias, se possível. AAS de uso profilático primário não deve ser reiniciado e AAS para profilaxia secundária pode ser retomado após controle do sangramento, conforme risco cardiovascular individual (LAINE et al., 2021).
- Pacientes anticoagulados: Suspender anticoagulação e realizar reversão conforme agente. Reinício da anticoagulação deve ocorrer após cerca de 7 dias, considerando balanço risco trombótico/risco de ressangramento (DE FRANCHIS et al., 2022).
 - I. Antagonistas da vitamina K: vitamina K 5-10mg IV + complexo protrombínico 25-50 UI/Kg IV dependendo do INR.
 - II. Dabigatran: idarucizumabe 5g IV.
 - III. Apixabana/rivaroxabana: andexanet alfa, se disponível. Alternativa: complexo protrombínico 50 UI/Kg IV.
- Agentes procinéticos: recomenda-se uso de eritromicina intravenosa (250 mg infundida em 20–30 min, 30–120 min antes da EDA) demonstrou, em metanálises de ensaios clínicos, melhora significativa da visualização gástrica, redução da necessidade de segunda endoscopia e possível diminuição de transfusões e tempo de internação, sendo considerada o procinético de escolha nesse contexto (FROSSARD et al., 2011; RAHMAN et al., 2013). Por outro lado, metoclopramida não apresenta benefício consistente, não melhora de forma confiável a visualização endoscópica nem altera desfechos clínicos importantes, e, portanto, não substitui a eritromicina como agente pré-endoscópico em HDA, apesar de ser uma opção na indisponibilidade da eritromicina (RAHMAN et al., 2013).
- Não há recomendação de rotina para sondagem nasogástrica, aspiração/lavagem orogástrica ou intubação orotraqueal profilática para proteção de via aérea em todos pacientes (LAINE et al., 2021).

- HDA VARICOSA

- Internação clínica e comunicar plantão da endoscopia: internar o paciente o mais breve possível, comunicar o sobreaviso da endoscopia e a equipe da gastroenterologia.
- Agentes Vasoativos: a administração imediata de agentes vasoativos (terlipressina ou octreotídeo) deve ser iniciada no momento da suspeita diagnóstica e mantida por 3 a 5 dias (DE FRANCHIS et al., 2022). Essa estratégia reduz mortalidade, ressangramento e necessidade de transfusões.
 - I. Terlipressina: 2mg IV a cada 4 horas nas primeiras 24-48 horas. Após estabilização, reduzir para 1mg IV a cada 4 horas por 2 a 5 dias.
 - II. Octreotídeo (apenas se indisponibilidade de terlipressina): bolus inicial de 50 mcg IV e depois infusão contínua de 50 mcg/h por 2 a 5 dias
- Antibioticoprofilaxia: indica-se ceftriaxona 1 g/dia por 5-7 dias para todos os pacientes, independentemente da gravidade, pois reduz risco de infecção bacteriana (60%), ressangramento (43%), permanência hospitalar e mortalidade em 6 semanas (26%) de acordo com meta-análise realizada (GARCIA-TSAO et al., 2017; ZHAO et al., 2022). A proposta de encurtar para 5 dias não possui suporte robusto em dados recentes, mas pode ser uma opção em pacientes mais estáveis clinicamente. Norfloxacino 400mg VO 12/12h por 7 dias ainda pode ser utilizado em pacientes com cirrose compensada, sem choque, sem uso prévio de quinolonas e sem risco epidemiológica para germes resistentes (FERNÁNDEZ et al., 2006).
- Paracentese: deve ser realizada de forma diagnóstica em todos os pacientes cirróticos com ascite hospitalizados (DE FRANCHIS et al., 2022), a fim de excluir peritonite bacteriana espontânea, e de forma terapêutica em casos de ascite tensa que dificulte o manejo hemodinâmico ou cause desconforto respiratório. Quando forem retirados volumes superiores a 5 litros, recomenda-se reposição intravenosa de albumina, geralmente 6–8 g por litro retirado, para prevenir disfunção circulatória pós-paracentese.
- Endoscopia
 - I. Endoscopia Digestiva Alta: realizada de forma urgente ou precocemente, idealmente após a estabilização hemodinâmica e nas primeiras 12

horas após a admissão (GARCIA-TSAO et al., 2017).

- a. Se iniciado terapia com inibidor de bomba de prótons, assim que diagnóstico de hemorragia digestiva alta varicosa, suspender o mesmo.

II. Hemorragia varicosa esofágica:

- a. Ligadura elástica: redução de ressangramento (45-60%), mortalidade (25-35%) e de estenose esofágica (80-90%) (GARCIA-TSAO et al., 2017).
- b. TIPS (Shunt portossistêmico intra-hepático transjugular): está indicado em duas situações distintas: TIPS preemptivo e TIPS de resgate. O TIPS preemptivo deve ser realizado entre 24 e 72 horas após o controle inicial do sangramento, preferencialmente antes de 48 horas, em pacientes classificados como Child-Pugh C (10-13 pontos) ou Child-Pugh B (maior ou igual 7 pontos) com sangramento ativo documentado à endoscopia, pois essa estratégia reduz mortalidade, ressangramento e necessidade de terapias (GARCIA-TSAO et al., 2017; DE FRANCHIS et al., 2022; MIRANDA et al., 2019). O TIPS de resgate, por sua vez, é indicado quando há falha no controle hemostático após terapias endoscópicas e farmacológicas, ou quando ocorre ressangramento precoce, sendo utilizado como intervenção salvadora em pacientes com instabilidade hemodinâmica refratária. Esse procedimento apresenta elevada eficácia em interromper o sangramento quando outras abordagens falharam, embora esteja associado a maior risco de encefalopatia hepática, requerendo avaliação criteriosa da função hepática e das contraindicações anatômicas (GARCIA-TSAO et al., 2017; DE FRANCHIS et al., 2022; MIRANDA et al., 2019).
- c. Balão de Senstaken-Blakemore podem ser usados como tratamento temporário. Pressão no balão esofágico de 30-45 mmHg. Tempo máximo de permanência de até 24 horas (GARCIA-TSAO et al., 2017).

III. Hemorragia varicosa gástrica:

- a. Classificar as varizes gástricas de acordo com a classificação de Sarin (vide anexo).
- b. Realizar injeção de cianoacrilato: dose de 0,5-1,0 mL por injeção na variz, podendo repetir conforme necessário diminuindo assim mortalidade (41%) e ressangramento (51%) (CHIRAPONGSATHORN et al., 2021).
- c. Balão de Senstaken-Blakemore podem ser usados como tratamento temporário. Pressão do balão gástrico é de 250-300 mL de ar. Tempo máximo de permanência de até 24 horas.
- d. TIPS, se falha terapêutica: caracterizada pela impossibilidade de controlar o sangramento agudo ou pela ocorrência de ressangramento precoce, apesar das medidas padronizadas. Considera-se falha quando há sangramento ativo persistente após a endoscopia, queda contínua de hemoglobina ≥ 3 g/dL em 24 horas, necessidade de transfusão de ≥ 4 concentrados de hemácias nas primeiras 24 horas, instabilidade hemodinâmica refratária ou ressangramento dentro de 5 dias do tratamento endoscópico inicial (DE FRANCHIS et al., 2022).

IV. Pós-endoscopia

- a. Profilaxia secundária: prevenção de hemorragia recorrente em varizes gástricas e esofágicas: recomenda-se o uso de betabloqueadores não seletivos (BBNS), como propranolol ou carvedilol, em associação à terapia endoscópica para profilaxia secundária da hemorragia digestiva alta varicosa. Esses fármacos reduzem a pressão portal ao diminuir o débito cardíaco via bloqueio β_1 e promover vasoconstrição esplâncnica por bloqueio β_2 , resultando em menor fluxo portal e menor risco de ressangramento. A combinação BBNS + ligadura elástica é superior ao uso isolado de cada estratégia, reduzindo significativamente o risco de ressangramento e a mortalidade em pacientes com hipertensão portal ((GARCIA-TSAO et al., 2017).

- i. Propranolol: iniciar com 20-40mg VO, 2x ao dia, ajustando a cada 2-3 dias para atingir frequência cardíaca entre 55-60 bpm, com dose máxima usual de 160mg/dia (ou 80mg/dia em pacientes com ascite grave).
 - ii. Carvedilol: iniciar com 6,25mg VO, 1x ao dia, podendo aumentar após 3-7 dias para 6,25mg, 2x ao dia (12,5mg/dia), se tolerado. Em pacientes com ascite moderada a grave, geralmente mantém-se 6,25mg/dia devido ao risco de hipotensão.
 - b. Recomenda-se o uso de lactulose em pacientes cirróticos após hemorragia digestiva alta, com o objetivo de acelerar a depuração do sangue presente no lúmen gastrointestinal, reduzir a produção e absorção de amônia e prevenir complicações, especialmente encefalopatia hepática, que apresenta risco aumentado nesse cenário. A lactulose pode ser administrada por via oral na dose inicial de 25 mL a cada 1–2 horas até a obtenção de duas evacuações amolecidas por dia, seguida por ajuste para 15–45 mL, 2–4 vezes ao dia, ou por enema (300 mL de lactulose diluídos em 700 mL de água), quando necessário. A recomendação é sustentada por diretrizes internacionais que enfatizam seu papel na prevenção de encefalopatia hepática pós-sangramento em pacientes com cirrose (AASLD, 2023; EASL, 2022).
- HDA NÃO VARICOSA
 - Inibidor de bomba de prótons: pantoprazol 80mg EV em bolus e após 40mg cada 12 horas ou em BIC 8mg/h, e posteriormente 40 mg VO 1x/dia ou 12/12h conforme resultado da endoscopia (LAINE et al., 2021).
 - Estratificar risco de paciente de acordo com a Escala de Glasgow-Blatchford e caso decida por internação do paciente, comunicar médico gastroenterologista de sobreaviso.
 - Endoscopia:

- I. Comunicar plantão da endoscopia.
 - II. Realizar após estabilização hemodinâmica, preferencialmente em 24 horas da apresentação (GRALNEK et al., 2021).
 - III. Pacientes com úlcera péptica hemorrágica, usar a Classificação de Forrest para estratificação de risco e decisão quanto à necessidade de hemostasia endoscópica com métodos combinados. Estigmas de alto risco como Forrest Ia, Ib, IIa e IIb requerem hemostasia endoscópica, preferencialmente utilizando métodos combinados, como injeção seguida de terapia térmica ou aplicação de cliques mecânicos (GRALNEK et al., 2021).
- Pós-endoscopia:
- I. Se sangramento recorrente, pacientes devem ser submetidos a nova EDA, incluindo hemostasia, se indicado (ESGE 2015).
 - II. Se HDA secundária a úlcera péptica, investigar presença de *Helicobacter pylori* e iniciar antibioticoprofilaxia apropriada (MALFERTHEINER et al., 2022).
 - III. Pacientes em uso de anticoagulação, reiniciar assim que o sangramento estiver controlado, de preferência em até 7 dias do evento hemorrágico (JAIRATH et al., 2015).
- ALTA HOSPITALAR
- Acompanhamento ambulatorial em hepatologia ou gastroenterologia.
- Critérios de Alta (LAINE et al., 2021):
- I. Estabilidade hemodinâmica por pelo menos 48 horas.
 - II. Ausência de sinais de ressangramento.
 - III. Plano terapêutico ambulatorial estabelecido.

10. REFERÊNCIAS

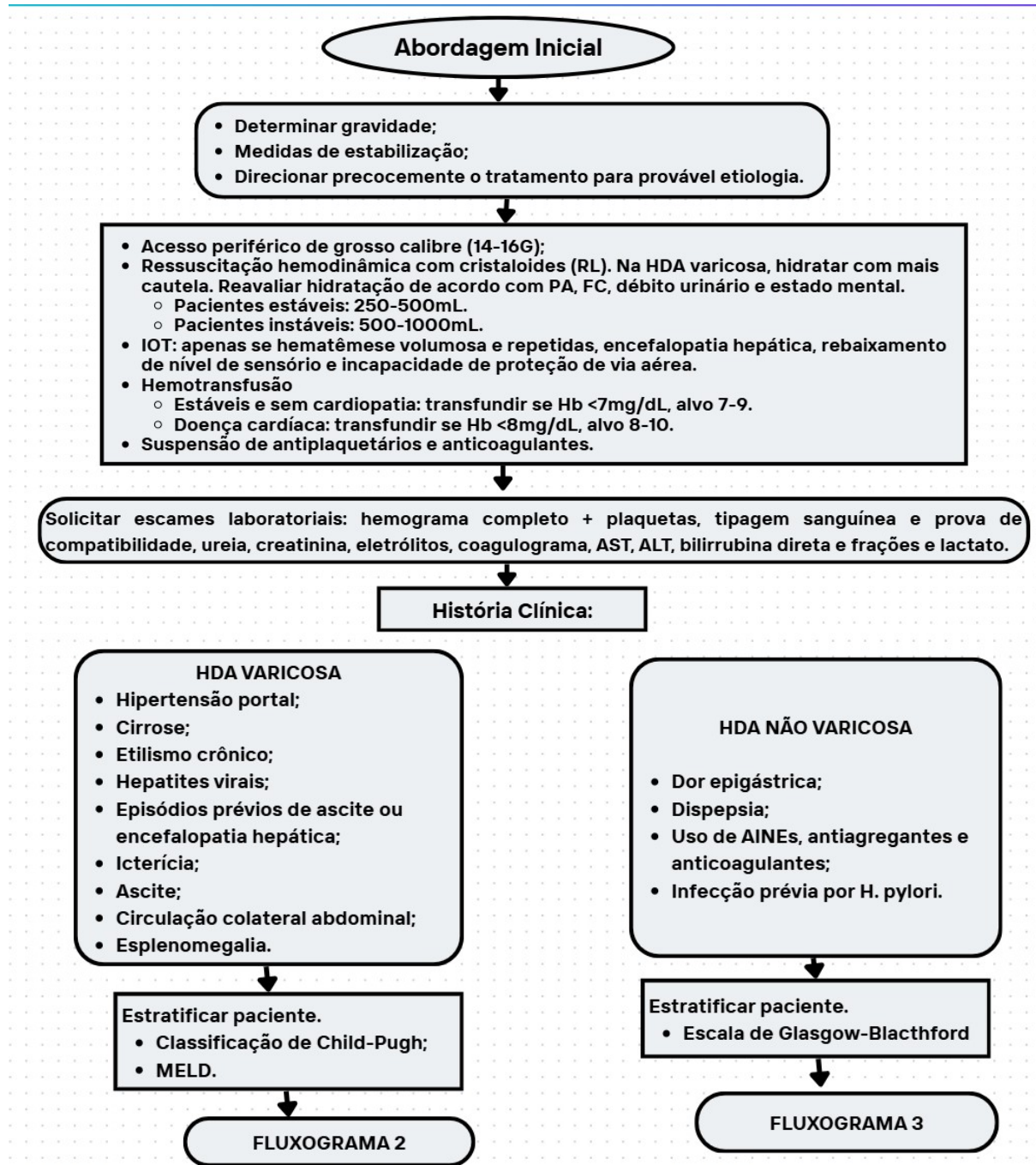
- AASLD. Practice Guidance on Portal Hypertension and Variceal Hemorrhage. 2023.
- AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LIVER DISEASES (AASLD) Practice Guidance on Portal Hypertension and Variceal Hemorrhage. 2023.
- BARKUN, A. N. et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*, 2019.
- BLATCHFORD, O.; MURRAY, W. R.; BLATCHFORD, M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal hemorrhage. *Lancet*, 2000.
- CHIRAPONGSATHORN, S. et al. Cyanoacrylate injection in gastric varices. *JGH Open*, 2021.
- DE FRANCHIS, R. et al. Expanding consensus in portal hypertension: report of the Baveno VII Consensus Workshop. *Journal of Hepatology*, 2022.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER (EASL). Hepatic Encephalopathy Guidelines. 2022.
- FERNÁNDEZ, J. et al. Norfloxacin vs ceftriaxone. *Gastroenterology*, 2006.
- FROSSARD, J. L. et al. Erythromycin improves gastric visualization. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2011.
- GARCIA-TSAO, G. et al. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: risk stratification, diagnosis, and management. *Hepatology*, 2017.
- GRALNEK, I. M. et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Endoscopy*, 2021.
- JAIRATH, V. et al. Restrictive versus liberal blood transfusion for acute upper gastrointestinal bleeding. *Lancet*, 2015.
- LANAS, A.; CHAN, F. K. L. Peptic ulcer disease. *New England Journal of medicine*, 2017.
- LAINE, L.; JENSEN, D. M. Management of patients with ulcer bleeding. *American Journal of Gastroenterology*, 2012.
- LAINE, L. et al. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding.

American Journal of Gastroenterology, 2021.

- Malfertheiner, P. et al. Maastricht VI Consensus – *Helicobacter pylori*. Gut, 2022.
- Moayyedi, P.; Leontiadis, G. I. Proton pump inhibitors in acute bleeding. Digestion, 2011.
- Peery, A. F. et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States. Gastroenterology, 2019.
- Rockall, T. A. et al. Incidence and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage. BMJ, 2006.
- Rockall, T. A. et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal hemorrhage. Gut, 1996.
- Rahman, R. et al. Prokinetics in upper GI bleeding. Endoscopy International Open, 2013.
- Van Leerdam, M. E. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 2008.
- Zhao, Y. et al. Antibiotic prophylaxis meta-analysis. Journal of Gastroenterology, 2022.

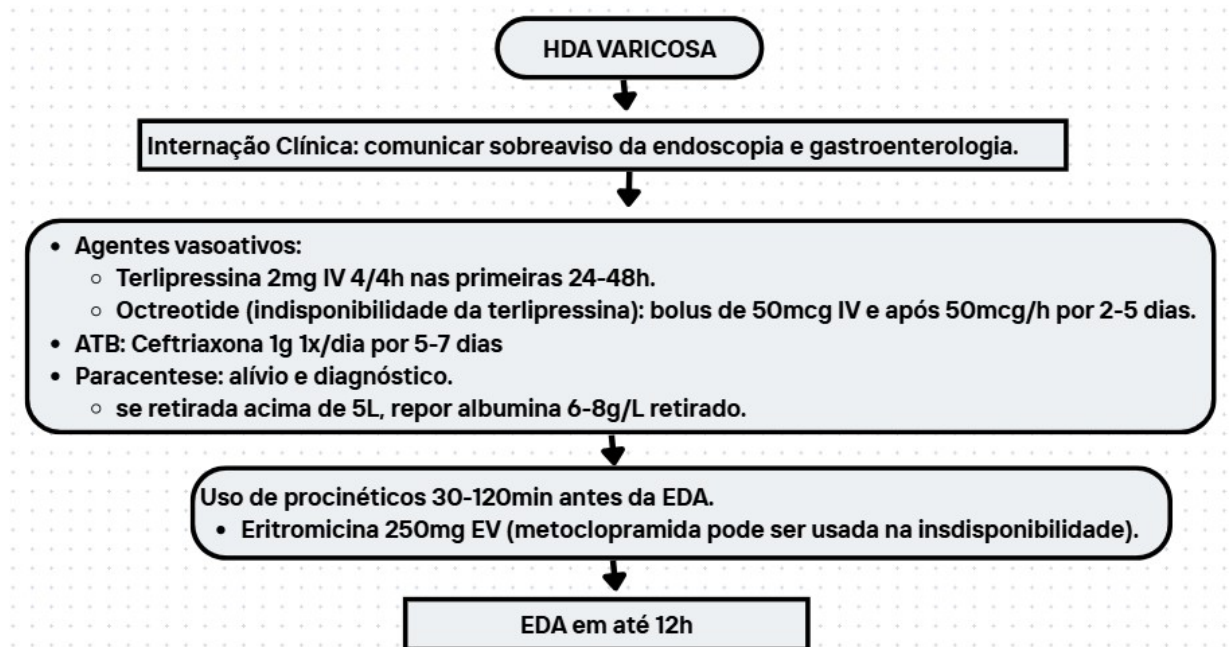
11. ANEXOS

• FLUXOGRAMA 1 - AVALIAÇÃO INICIAL



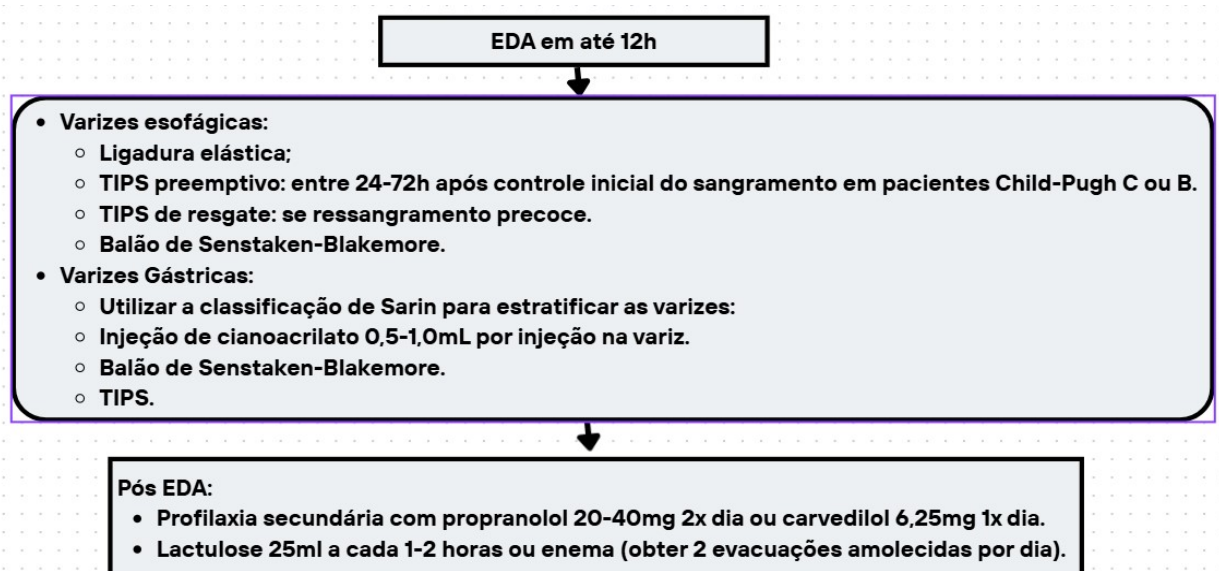
Autoria © 2026 Lucas Ribas Tolfo

• **FLUXOGRAMA 2A - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA – EMERGÊNCIA**



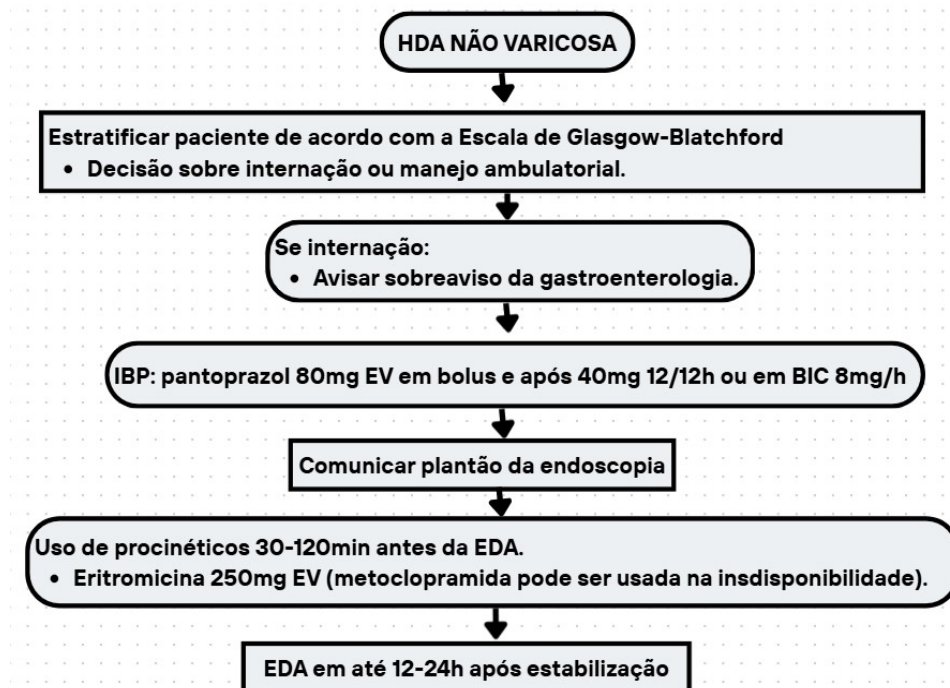
Autoria © 2026 Lucas Ribas Tolfo

• **FLUXOGRAMA 2B - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA – ENDOSCOPIA**



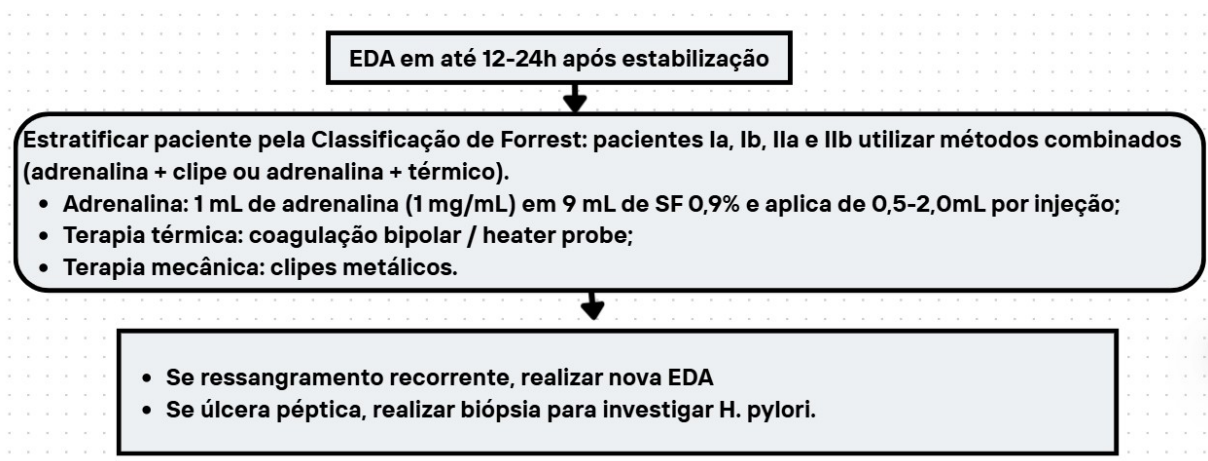
Autoria © 2026 Lucas Ribas Tolfo

• **FLUXOGRAMA 3A - HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO-VARICOSA EMERGÊNCIA**



Autoria © 2026 Lucas Ribas Tolfo

• **FLUXOGRAMA 3B - HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO-VARICOSA ENDOSCOPIA**



Autoria © 2026 Lucas Ribas Tolfo

12. ESCALAS, ESCORES E CLASSIFICAÇÕES

- **ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD**

<i>Fatores de Risco</i>	<i>Achados</i>	<i>Pontuação</i>
Uréia (mg/dL)	< 39	0
	≥39 e < 48	2
	≥48 e < 60	3
	≥60 e < 150	4
	≥150	6
Hemoglobina (g/dL)	Homem ≥ 13	0
	Homem ≥ 12 e < 13	1
	Homem ≥ 10 e < 12	3
	Mulher ≥ 12	0
	Mulher ≥ 10 e < 12	1
	Homem ou mulher < 10	6
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	≥110	0
	100 – 109	1
	90 – 99	2
	< 90	3
Pulso (bpm)	< 100	0
	≥ 100	1
Melena ao exame	Não	0
	Sim	1
Apresentação com síncope	Não	0
	Sim	2
Hepatopatia	Não	0
	Sim	2
Insuficiência Cardíaca	Não	0
	Sim	2

GBS 0–1 — Muito Baixo Risco

- ☐ Paciente elegível para **alta precoce**.
- ☐ Manejo ambulatorial.
- ☐ Endoscopia eletiva.
- ☐ Iniciar IBP VO conforme indicação clínica.

GBS ≥ 2 — Risco Moderado/Alto

- ☐ **Internação hospitalar** obrigatória.
- ☐ Monitorização contínua e ressuscitação conforme estabilidade hemodinâmica.
- ☐ IBP EV se suspeita de HDA não varicosa.
- ☐ Em suspeita de HDA varicosa: iniciar **antibioticoprofilaxia** e **agente vasoativo**.
- ☐ EDA nas primeiras 12–24 horas, após estabilização.

GBS ≥ 7–8 — Alto Risco de Intervenção

- ☐ Elevada probabilidade de necessidade de hemostasia endoscópica.
- ☐ **Monitorização intensiva**, preferencialmente em unidade de maior vigilância.
- ☐ Equipe e recursos devem ser preparados para intervenção imediata.

IMAGEM DO ESCORE GLASGOW-BLATCHFORD. Escore Glasgow-Blatchford – esquema ilustrativo de estratificação de risco na hemorragia digestiva alta. 2024. Ilustração digital. Disponível em: <https://portal.wemeds.com.br/wp-content/uploads/2024/07/GBS-HDA.png>. Acesso em: 25 fev. 2026.

- **ESCORE DE ROCKALL**

Desenvolvido por Lucas Ribas Tolfo com orientação da Dra. Raquel Scherer de Fraga e Dra. Angelina Dantas Costa

ESCORE ROCKALL NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA		
Comorbidades	Pré/pós endoscopia	Nenhuma = 0 pontos Qualquer; EXCETO insuficiência renal, hepática e/ou malignidade disseminada = +2 pontos. Insuficiência renal, hepática e/ou malignidade disseminada = +3 pontos.
Idade	Pré/pós endoscopia	Menores de 60 anos = 0 pontos. Entre 69 e 79 anos = +1 ponto. Maiores de 79 anos = +2 pontos.
Choque	Pré/pós endoscopia	Sem choque (PAS $\geq$ 100 E FC <100) = 0 pontos. Taquicardia (PAS $\geq$ 100 E FC $\geq$ 100) = +1 ponto. Hipotensão (PAS <100) = +2 pontos.
Diagnóstico	Pós-endoscopia	Síndrome de Mallory-Weiss = 0 pontos. Nenhuma lesão identificada e nenhum estigma de hemorragia recente = 0 pontos. Todos os outros diagnósticos = +1 ponto. Malignidade do trato gastrointestinal superior = +2 pontos.
Estigmas de hemorragia recente	Pós-endoscopia	Nenhum = 0 pontos. Apenas mancha escura = 0 pontos. Sangue no trato gastrointestinal superior = +2 pontos. Coágulo aderente = +2 pontos. Vaso visível ou jorrando = +2 pontos.



Pontuação do Escore Rockall de 5 critérios:

Pontuação = 0. Risco baixo. Taxa de ressangramento: 4,9% / Mortalidade: 0%.

Pontuação = 1. Risco baixo. Taxa de ressangramento: 3,4% / Mortalidade: 0%.

Pontuação = 2. Risco moderado. Taxa de ressangramento: 5,3% / Mortalidade: 0,2%.

Pontuação = 3. Risco moderado. Taxa de ressangramento: 11,2% / Mortalidade: 2,9%.

Pontuação = 4. Risco moderado. Taxa de ressangramento: 14,1% / Mortalidade: 5,3%.

Pontuação = 5. Risco de alto. Taxa de ressangramento: 24,1% / Mortalidade: 10,8%.

Pontuação = 6. Risco de alto. Taxa de ressangramento: 32,9% / Mortalidade: 17,3%.

Pontuação = 7. Risco alto. Taxa de ressangramento: 43,8% / Mortalidade: 27%.

Pontuação total $\geq$ 8. Risco alto. Taxa de ressangramento: 41,8% / Mortalidade: 41,1%

IMAGEM DO ESCORE DE ROCKALL. Escore de Rockall – esquema ilustrativo para estratificação de risco em hemorragia digestiva alta. 2024. Ilustração digital. Disponível em: <https://portal.wemedes.com.br/wp-content/uploads/2024/01/rockall-score-1536x864.png>.

Acesso em: 25 fev. 2026.

- ESCORE CHILD-PUGH**

Desenvolvido por Lucas Ribas Tolfo com orientação da Dra. Raquel Scherer de Fraga e Dra. Angelina Dantas Costa

Classificação de Child-Pugh

Critérios	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Encefalopatia	Ausente	Graus I e II	Graus III e IV
Ascite	Ausente	Pequena	Volumosa
INR (RNI)	< 1,7	1,7 - 2,3	> 2,3
Bilirrubina total	< 2	2 - 3	> 3
Albumina	> 3,5	2,8 - 3,5	< 2,8

Pontuação é obtida ao somar a pontuação de cada critério:

- Classe A - 5 a 6 pontos (sobrevida em 1 ano de 100%; mortalidade perioperatória de cirurgia abdominal de 10%)
- Classe B - 7 a 9 pontos (sobrevida em 1 ano de 80%; mortalidade perioperatória de cirurgia abdominal de 30%)
- Classe C - 10 a 15 pontos (sobrevida em 1 ano de 45%; mortalidade perioperatória de cirurgia abdominal de 10%).

IMAGEM DA CLASSIFICAÇÃO DE CHILD-PUGH. Classificação de Child-Pugh – esquema ilustrativo de estratificação de gravidade da doença hepática. 2026. Ilustração digital. Disponível em: <https://www.tadeclinicagem.com.br/media/glossario/Glossario-Child.jpg>. Acesso em: 25 fev. 2026.

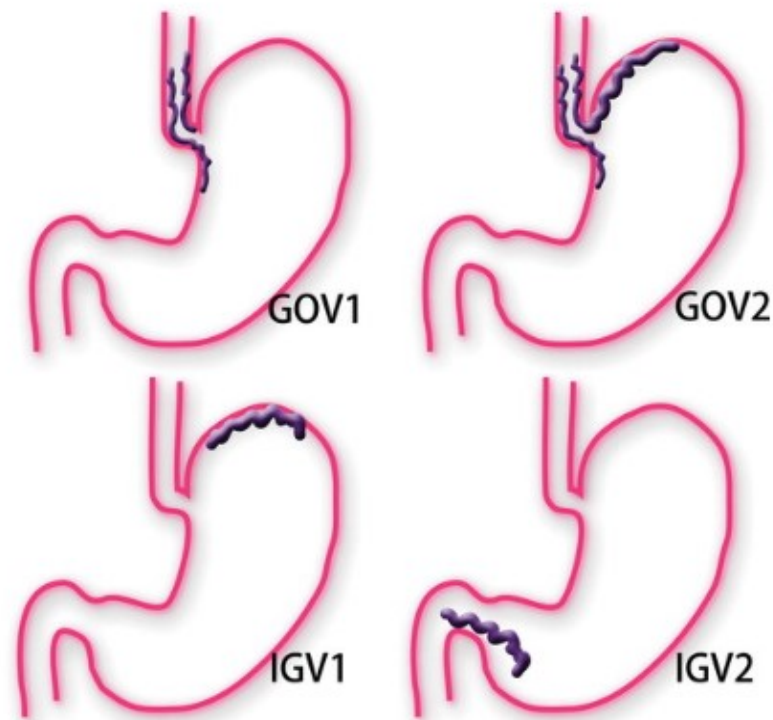
• CLASSIFICAÇÃO DE FORREST

Classificação de Forrest.

Classificação de Forrest	Descrição	Características
Forrest Ia	Sangramento ativo em jato	Hemorragia aguda
Forrest Ib	Sangramento ativo em gotejamento	Hemorragia aguda
Forrest IIa	Vaso visível sem sangramento	Hemorragia recente
Forrest IIb	Coágulo aderente	Hemorragia recente
Forrest IIc	Hematina pigmentada plana na base da úlcera	Hemorragia recente
Forrest III	Úlcera com base limpa	Lesões sem sangramento ativo

IMAGEM DE CLASSIFICAÇÃO DE FORREST. Classificação de Forrest – esquema ilustrativo de estigmas de sangramento endoscópico. 2026. Ilustração digital. Disponível em: https://www.tadeclinicagem.com.br/media/glossario/Glossario-Forrest_4e5myGW.jpg. Acesso em: 25 fev. 2026

• CLASSIFICAÇÃO ENDOSCÓPICA DE SARIN



Classificação endoscópica de Sarin para varizes esofagogástricas

Classificação endoscópica das varizes gástricas		
Localização	Código	Descrição
Varizes gastroesofágicas	GOV1	Continuação de varizes esofágicas e se estendem por 2 a 5 cm abaixo da transição gastroesofágica pela pequena curvatura do estômago
	GOV2	Estendem-se para o fundo gástrico
Varizes gástricas isoladas	IGV1	Varizes gástricas isoladas localizadas no fundo gástrico a poucos centímetros da cárdia
	IGV2	Varizes gástricas isoladas que ocorrem em qualquer local do estômago

IMAGEM DE VARIZES ESOFÁGICAS. Varizes esofágicas – fotografia clínica. 2023. Fotografia digital. Disponível em: <https://hepcentro.com/wp-content/uploads/2023/02/varize3.jpeg>. Acesso em: 25 fev. 2026.

13. FOTOS

Desenvolvido por Lucas Ribas Tolfo com orientação da Dra. Raquel Scherer de Fraga e Dra. Angelina Dantas Costa

- **SHUNT PORTOSSISTÊMICO INTRA-HEPÁTICO TRANSJUGULAR (TIPS).**

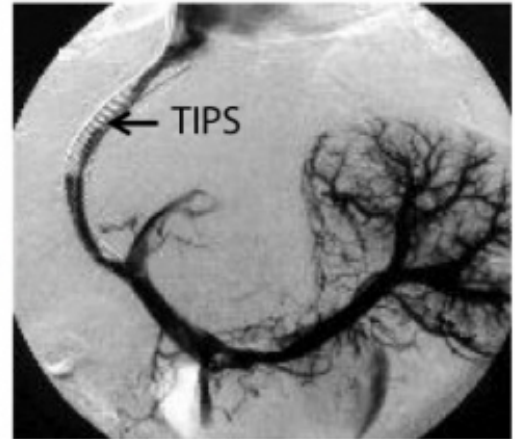
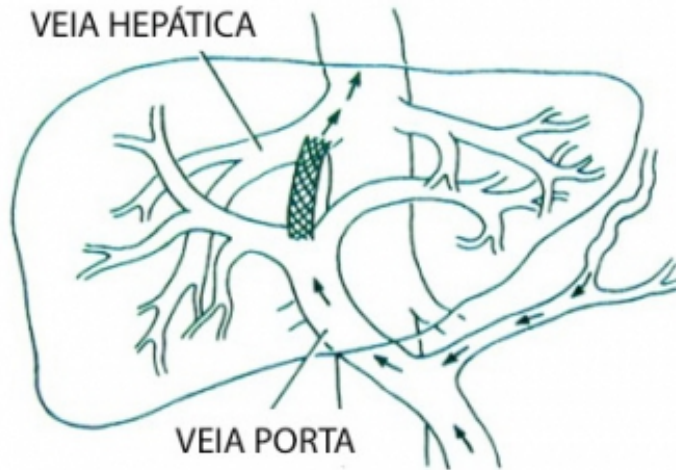


IMAGEM DO SHUNT PORTOSSISTÊMICO INTRA-HEPÁTICO TRANSJUGULAR (TIPS)– fotografia clínica. 2026. Fotografia digital. Disponível em: <https://share.google/eS6SPFoNBSfPwyMzP>. Acesso em: 25 fev. 2026.

- **BALÃO DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE**



IMAGEM DO BALÃO DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE – fotografia clínica. 2026. Fotografia digital. Disponível em: <https://share.google/IFqy22bFWz8xOqxH4>. Acesso em: 25 fev. 2026.