



		PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO 02 / 2020	
PROTOCOLO ASSISTENCIAL: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA	Data da Emissão: 15/10/2020	Data da Próxima Revisão: 15/06/2021	
	Data da Revisão:	Edição 01	
Responsável: médico clínico emergência, médico endoscopista, médico intensivista, farmácia.			
Objetivo: estabelecer um protocolo institucional para o primeiro atendimento na emergência de pacientes com HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA.			
Descrição: 1) INTRODUÇÃO Hemorragia digestiva baixa corresponde a, aproximadamente, 20% de todos os casos de hemorragias digestivas, levando, geralmente, à internação hospitalar com necessidade de métodos diagnósticos invasivos e quase sempre consumindo uma quantidade significativa de recursos da instituição. Embora a maioria dos pacientes acometidos por hemorragia digestiva baixa parem espontaneamente de sangrar e tenham desfechos favoráveis, a morbidade e a mortalidade é significativamente maior entre aqueles que são idosos ou possuem outras comorbidades. Um indivíduo com Hemorragia Digestiva Baixa Aguda geralmente se apresenta no serviço de emergência com um quadro de HEMATOQUEZIA ou MELENA. Por definição, a hematoquezia é o sangramento vivo através do reto, de sangue proveniente das porções mais distais do trato gastro-intestinal, como cólon transverso, sigmoide e reto. Já a melena é característica de sangramentos mais altos, especialmente do trato digestivo superior, como esôfago, estômago e duodeno. Eventualmente, pode ocorrer sangue vivo nas fezes, de sangramento proveniente do trato digestivo alto, porém, isso acontece em menos de 15% dos casos. Com essas considerações, elaboramos o protocolo a seguir, focando, essencialmente, na necessidade do manejo rápido e adequado desses pacientes, para não só salvá-los da hemorragia e repercussão hemodinâmica por ela causada mas, também, da obtenção do diagnóstico e, quiçá, tratamento definitivo de sua patologia. 2) PRIORIDADES A prioridade no atendimento de qualquer hemorragia é a manutenção do status hemodinâmico adequado. Por esse motivo, o primeiro passo do atendimento desses pacientes deve ser a AVALIAÇÃO DE RISCO, através da identificação de instabilidade hemodinâmica – e definimos como instabilidade, segundo a literatura consultada, a fórmula simplificada de “frequência cardíaca / pressão arterial sistólica > 1” – e, caso o paciente esteja estável, do ESCORE DE RISCO DE OAKLAND.			



Caso haja instabilidade hemodinâmica, medidas de reposição volêmica devem ser iniciadas, com reposição de cristaloides (soro fisiológico ou Ringer-Lactato) por acesso venoso periférico e calibroso e, se Hemoglobina abaixo de 7mg/dL, transfusão de hemocomponentes deve ser considerada, bem como a obtenção de uma via aérea definitiva, caso o paciente apresente rebaixamento do nível de consciência que leve à comprometimento das vias aéreas. Nesses casos, já no momento do atendimento inicial, deve ser consultado o setor de terapia intensiva para reserva de leito.

Identificados os pacientes em alto risco, há a necessidade de investigação do sítio de sangramento através de endoscopia. Apesar de estar claro que o principal exame diagnóstico a ser realizado nesses casos é a COLONOSCOPIA FLEXÍVEL, segundo a literatura não há papel, mesmo na urgência, para sua realização sem preparo adequado do cólon e, por esse motivo, como não há condições de se realizar preparo naqueles pacientes instáveis hemodinamicamente, esse exame fica reservado somente para os paciente estáveis que tenham, então, condições hemodinâmicas de realizar um adequado preparo do cólon. Portanto, o exame de escolha inicial, na hemorragia digestiva baixa, é a ENDOCOSPIA DIGESTIVA ALTA, visto que boa parte dos sangramentos são provenientes das porções mais altas do trato gastrointestinal.

Caso alguma alteração seja encontrada nesse primeiro exame, o tratamento direcionado já pode ser realizado ou indicado. Em uma situação onde o procedimento não seja terapêutico nem diagnóstico e o paciente permanece em instabilidade hemodinâmica, o cirurgião deve ser consultado.

Com a obtenção da estabilidade hemodinâmica e, com isso, a possibilidade da realização do preparo do cólon, a COLONOSCOPIA FLEXÍVEL está indicada, e deve, idealmente, ser realizada em menos de 24h do início dos sintomas. Assim, o paciente terá o diagnóstico de sua patologia e, possivelmente, o tratamento definitivo esquematizado já na mesma internação.

Fica claro pelo protocolo proposto que aqueles pacientes estáveis e de baixo risco segundo o escore de Oakland, e aqueles pacientes com exames evidenciando alterações cujo tratamento não deve ser realizado de urgência, possuem plenas condições de receberem alta hospitalar precoce com encaminhamento para rede básica de atenção para posterior complementação diagnóstica e referência para centro terciário para tratamento definitivo.

3) PARTICULARIDADES

Aqueles pacientes que utilizam medicações antiplaquetárias para prevenção de eventos cardiovasculares devem ter suas medicações interrompidas até o diagnóstico do sítio de sangramento e estabilização hemodinâmica. Após, a retomada do uso deve ser feita o mais cedo possível.

Escore de Oakland

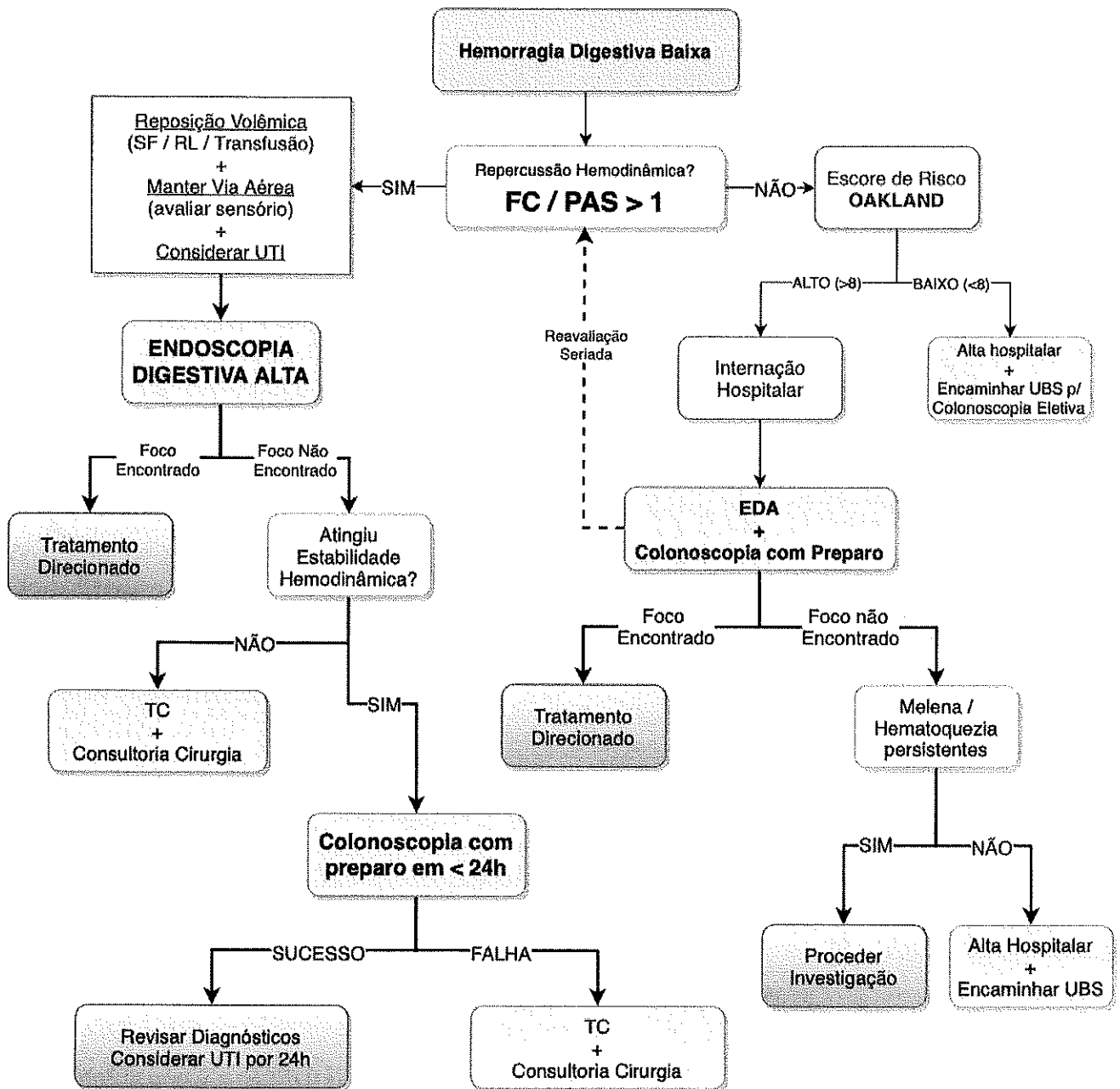
Preditores	Valor Atribuído
Idade	
<40	0
40-69	1
>70	2
Gênero	
Feminino	0
Masculino	1
HDB Prévia	
Não	0
Sim	1
Achados do TR	
Sem sangue	0
Com Sangue	1
FC	
<70	0
70-99	1
90-109	2
>110	3
PAS	
<90	5
90-119	4
120-129	3
130-159	2
>160	0
Hemoglobina (mg/dL)	
<7	22
7,0-8,9	17
9,0-10,9	13
11-12,09	8
13-15,9	4
>16	0

Pacientes com scores ≥ 8 são de alto risco.



Pacientes em uso de anticoagulação devem utilizar antídotos de suas medicações antes de realizar endoscopia (alta ou baixa) caso seu RNI seja maior que 2,5.

Pacientes em uso de anticoagulação oral para prevenção de outras patologias, devem obter consultoria multidisciplinar, a fim de avaliar, caso a caso, o risco-benefício da interrupção ou continuação das medicações.





Principais atividades	Responsável	
Prestar o primeiro atendimento ao paciente, reanimar, indicar as melhores condutas a serem tomadas e referenciar quando necessário.	Médico Clínico da Emergência	
Realizar os exames indicados em tempo hábil para o cumprimento do protocolo.	Médico Endoscopista	
Realizar o acolhimento do paciente quando houver indicação de cuidados intensivos.	Médico Intensivista	
Prover as medicações a serem utilizadas no manejo do paciente.	Farmácia	
Resultado Esperado: Adequar as prioridades no atendimento do paciente, melhorar os desfechos e o prognóstico, estabelecer fluxo adequado de internações e de alta para aqueles pacientes com baixo risco.		
4) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. Oakland, K. et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from de british society of Gastroenterology. Gut, 2019. 68:776-789. 2. Strate, LL. ACG Clinical Guideline: Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. The American journal of Gastroenterology, 2016. 3. Projeto Diretrizes: Hemorragias Digestivas. 2008.		
Elaborado por: Felipe P. Azambuja Cirurgia Geral CRM 33700 / RQE 24004 Dr. Felipe Peraro Azambuja Chefe da Emergência do HMGV	Revisado por: Dr. Rafael Rosito Responsável Técnico Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo CRM 23557	Aprovado por: ANA PAULA MONTELES BASTOS GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE HMGV