
	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA	Código PC.DDM - 002 - V1	Término Vigência 02/12/20	Início Vigência 02/12/19	
	Elaborador (es): Dr. André Cosme de Oliveira Dr. Richard Calanca Dr. Ralcyon Francis Azevedo Teixeira				

--	--	--	--

3. Objetivos – Público Alvo

Objetivo: Normatizar o diagnóstico e o tratamento da hemorragia digestiva alta por varizes de esôfago em pacientes cirróticos com hipertensão portal no IIER.

Protocolar o atendimento da HDA varicosa é fundamental para determinar a redução da letalidade envolvendo esse evento clínico grave do paciente cirrótico.

Público alvo: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, médicos residentes, internos de medicina e de enfermagem.

4. Introdução

Hemorragia digestiva alta (HDA) é definida como sangramento intraluminal de qualquer localidade entre o esôfago superior e o ângulo de Treitz (ponto que termina o duodeno e se inicia o jejuno).

A presença de varizes de esôfago nos pacientes com cirrose hepática e hipertensão portal varia de 30% (Child-Pugh A) a 60% (Child-Pugh C) e o risco de sangramento pode variar de 20 a 40% durante a evolução da doença, sendo fatores de alto risco varizes de grande, a presença de manchas da cor vermelha na EDA, a elevação da pressão na veia porta e a gravidade da doença hepática. Pacientes com função hepática compensada apresentam risco de sangramento de 4% ao ano contra risco de 7,6% em pacientes descompensados.

5. Conceito

A hemorragia digestiva alta varicosa (HDAV) frequentemente se manifesta por sangramento clinicamente relevante, definido arbitrariamente como sangramento associado à instabilidade hemodinâmica e/ou à queda de hemoglobina superior a 2,0 g/dl. A HDAV é uma emergência médica que demanda imediata restauração volêmica para estabilidade hemodinâmica a fim de melhorar o prognóstico e reduzir a mortalidade.

Deve-se atentar para as medidas de suporte de vida na abordagem inicial de todo o paciente com HDAV, incluindo as manobras básicas A (*airway*), B (*breathing*), C (*circulation*), visando abertura de via aérea, avaliação de respiração, da frequência cardíaca (FC) e da pressão arterial (PA). Deve-se proceder com ressuscitação volêmica criteriosa para reversão do choque e correção da hipovolemia nestes pacientes, pois a ressuscitação de pacientes com doença hepática avançada e cirróticos em condições basais podem apresentar PAS inferior a 90 mmHg e taquicardia pela presença de disfunção circulatória e circulação hiperdinâmica.

Pressões sistólicas entre 90-100 mmHg e FC < ou = a 100 bpm, são consideradas normais para estes pacientes.

Pacientes com rebaixamento do nível de consciência e parâmetros hemodinâmicos abaixo dos citados acima, são considerados hemodinamicamente instáveis.

SCIH	Diretoria Atuação DDM	Diretoria Atuação DDE	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Dr. Nilton José Cavalcante	Dr. Ralcyon F A Teixeira	Enf ^o Jurini Valdisi	Dra. Fátima Porfírio	Dr. Ricardo Bammann	Dr. Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA	Código PC.DDM - 002 - V1	Término Vigência 02/12/20	Início Vigência 02/12/19	
	Elaborador (es): Dr. André Cosme de Oliveira Dr. Richard Calanca Dr. Ralcyon Francis Azevedo Teixeira				

6. Diagnóstico

6.1. Clínico

A HDA é caracterizada clinicamente pela presença de hematêmese e/ou melena, em pacientes com estigma de doença hepática crônica, como ascite, circulação colateral abdominal, *spiders*, recanalização da veia umbilical com “cabeça de medusa”, dentre outras.

6.2. Laboratorial

6.2.1. PACIENTE ESTÁVEL, SEM EXTERIORIZAÇÃO NO MOMENTO E QUEIXA DO EVENTO ACIMA DE 8 HORAS:

- Coletar Hb/Ht iniciais, observação clínica e repetir HB/Ht entre 4 e 6 horas – se tiver sem alteração do Hb – alta com encaminhamento para investigação ambulatorial.
- Queda significativa Hb – investigação com EDA
- Episódio de hematêmese durante a observação – tratar como emergência.

6.2.2. PACIENTE INSTÁVEL OU QUEIXA DO VÔMITO EM ATÉ 8 HORAS:

- A) Localizar paciente na sala de emergência ou na sala de choque.
- B) Monitorização hemodinâmica e aferição dos sinais vitais.
- C) Tentar sempre a punção de 02 acessos venosos – preferência calibroso.
- D) Coleta de exames: Hemograma completo, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio Iônico, RNI, Gasometria venosa, Lactato venoso.



7. Diagnóstico Diferencial

A hemorragia digestiva têm diversas causas, desde lesões gástricas como gastrite, úlcera gástrica e úlcera péptica, até o abuso de medicações, como os anti-inflamatórios não hormonais, antitérmicos e analgésicos.

Dentre os principais problemas que podem acarretar na hemorragia digestiva alta estão:

- Esofagite de refluxo
- Varizes de esôfago
- Varizes de esôfago
- Câncer
- Gastrite aguda
- Úlcera péptica hemorrágica
- Úlcera duodenal hemorrágica
- Enterite

SCIH	Diretoria Atuação DDM	Diretoria Atuação DDE	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Dr. Nilton José Cavalcante	Dr. Ralcyon F A Teixeira	Enfº Jurini Valdisi	Dra. Fátima Porfírio	Dr. Ricardo Bammann	Dr. Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA	Código PC.DDM - 002 - V1	Término Vigência 02/12/20	Início Vigência 02/12/19	
	Elaborador (es): Dr. André Cosme de Oliveira Dr. Richard Calanca Dr. Ralcyon Francis Azevedo Teixeira				

8. Tratamento

8.1. Hospitalar

Após a estabilização do quadro a endoscopia deverá ser feita o mais rápido possível dentro de 12 horas.

Droga vasoativa – deve ser administrada o mais precocemente possível, na suspeita de HDA (não precisa esperar a confirmação e nem a EDA)

1ª escolha – Terlipressina

Dose de ataque: 2,0 mg EV em *bolus* lentamente

Dose de manutenção: 1,0 mg EV em *bolus* lentamente de 4/4h

Tempo do tratamento: de 2 até 5 dias (avaliar gravidade clínica e o estado geral)

2ª escolha – Octreotide

Dose de ataque: 100 mcg em *bolus* lento

Dose de manutenção: 50 mcg/hora, EV contínuo em BIC.

Diluição: 3 ampolas de 100mcg + 300 ml de SG%, 50ml/h em BIC.

Tempo do tratamento: 5 dias

Ressuscitação volêmica:

- Realizar expansão com Ringer Simples ou SF 0,9%.

Obs.1: Apesar do SF 0,9% poder ser usado na ressuscitação volêmica, deve-se dar preferência ao Ringer Simples, por apresentar menor concentração de sódio.

Obs.2: O Ringer Lactato não deve ser rotineiramente utilizado na ressuscitação volêmica, pois o paciente cirrótico tem menor capacidade de metabolizar o lactato (contra-indicação relativa).

Transfusão de hemoglobina:

A transfusão de hemoglobina deve ser realizada buscando a meta entre 7 e 8g/dl

Passagem de SNG e lavagem gástrica

Os pacientes com HDAV podem ser submetidos a passagem de SNG para a realização de lavagem gástrica cautelosa.

Modo de lavagem: Aspirar de 100 a 200 ml de SF 0,9% em temperatura ambiente e injetar via SNG de maneira lenta e após isso, aspirar todo o conteúdo. Realizar este procedimento até que o líquido da lavagem gástrica esteja mais claro.

Obs.: não há contra-indicação para passagem de SNG em pacientes com HDAV pois é um procedimento seguro.

Passagem do balão de Sengstaken-Blakemore.

Para pacientes com HDAV muito volumosa, com instabilidade hemodinâmica mantida apesar da ressuscitação volêmica adequada, é recomendada a passagem do balão de Sengstaken-Blakemore na urgência.

- 1: para a passagem do balão de Sengstaken-Blakemore, o paciente deve estar em **IOT e com sedação otimizada**.

- 2: a equipe cirúrgica do IIEER pode ser acionada para ajudar na passagem do balão de Sengstaken-Blakemore, porém recomenda-se que todos os profissionais envolvidos no atendimento de pacientes com HDA estejam familiarizados com esse procedimento.

- 3: esse dispositivo é de uso temporário e pode ser mantido insuflado por no **máximo até 24h**, pelo risco de lesão isquêmica esofágica, sendo adequada a sua utilização por 6 a 8h, com o objetivo de coibir o sangramento, alcançar estabilidade hemodinâmica e permitir a instituição de uma nova terapêutica para a HDA.

SCIH	Diretoria Atuação DDM	Diretoria Atuação DDE	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Dr. Nilton José Cavalcante	Dr. Ralcyon F A Teixeira	Enfº Jurini Valdisi	Dra. Fátima Porfírio	Dr. Ricardo Bammann	Dr. Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA	Código PC.DDM - 002 - V1	Término Vigência 02/12/20	Início Vigência 02/12/19	
	Elaborador (es): Dr. André Cosme de Oliveira Dr. Richard Calanca Dr. Ralcyon Francis Azevedo Teixeira				

Orientações gerais e passo a passo para a passagem do balão esofágico

É recomendado que todos os médicos que participam da assistência na Hemorragia Digestiva Alta estejam familiarizados com a técnica de passagem e manejo do balão Sengstaken-Blakemore.

O uso do balão de Sengstaken-Blakemore deve ser restrito aos casos de hemorragia maciça com instabilidade hemodinâmica não responsiva ao suporte clínico inicial (expansão volêmica, administração de drogas vasopressoras), sendo considerado como ponte para o tratamento definitivo, que deve ser realizado em no máximo 24 horas.

Obs.: A proteção da via aérea é mandatória!



Materiais necessários:

- 1- Luvas de procedimento
- 2- Seringa de 20ml com bico (Luer SLip)
- 3- Seringa de 1 ml com bico (seringa de insulina)
- 4- Gaze
- 5- Esparadrapo
- 6- Gel lubrificante
- 7- Duas pinças cirúrgicas
- 8- Esfigmomanômetro com conexão adaptável ao balão
- 9- Balão de Sengstaken-Blakemore números 16 ou 18

Passo a passo:

- 1- Proceda à intubação orotraqueal e mantenha o paciente sedado.
- 2- Teste os balões para se certificar de que não há vazamentos ou furos. Para tanto, acople uma seringa de bico ao lúmen de enchimento identificado com gástrico, localizado na extremidade proximal da sonda. Insufle ar até que o balão distenda e você possa verificar sua integridade. Faça a desinsuflação completa do balão, até que o mesmo esteja o mais colabado possível. Repita o procedimento acoplado a seringa ao lúmen identificado como esofágico. Faça também a desinsuflação completa do balão esofágico.
- 3- Passe o gel lubrificante por toda a sonda, ao mesmo tempo em que você envolve o eixo principal da sonda com o próprio balão, a fim de reduzir o diâmetro do conjunto e facilitar a sua introdução.
- 4- Selecione a narina através da qual a sonda será introduzida e lubrifique-a com gel
- 5- Com delicadeza, introduza a sonda pela narina escolhida e progrida por cerca de 50 cm.
- 6- Confirme o adequado posicionamento da extremidade distal em localização gástrica. Para tanto, injete ar na via destinada à aspiração do conteúdo gástrico, ao mesmo tempo em que se realiza a ausculta do abdome superior.
- 7- Troque suas luvas para que o excesso de gel nelas depositados não atrapalhem nos passos seguintes
- 8- Utilizando uma seringa de bico, insufle o balão gástrico com ar, até um volume total entre 200 e 250 ml, a depender do biotipo do paciente. Para não haver perda de ar do interior do balão entre as insuflações, utilize a pinça para clampar a porção afunilada do lúmen de enchimento. Ao término desta etapa do processo, o balonete externo deve estar distendido e resistente.
- 9- Retraia a sonda até que você perceba resistência, configurando que o balão gástrico encontra-se ancorado no fundo / cárdia.
- 10- Solicite que alguém mantenha a sonda tracionada enquanto você se encarrega da fixação externa. Para a fixação, “amarre” a sonda com uma gaze, próximo à narina, dando um nó ao final. Repita o processo por mais algumas vezes, até perceber que o conjunto de gazes é suficiente para formar um volume que impeça a migração da sonda. Envolver todas as gazes com esparadrapo, dando várias voltas, até formar um anteparo capaz de manter o balão tracionado.
- 11- Utilizando uma seringa de bico, insufle o balão esofágico com ar, até atingir a pressão entre 30 e 40 mmHg, a depender do biotipo do paciente (vide próximo passo). Para não haver perda de ar do interior do balão entre as insuflações, utilize a pinça para clampar a porção afunilada do lúmen de enchimento. Ao término desta etapa do processo, o balonete externo deve estar distendido e resistente.

SCIH	Diretoria Atuação DDM	Diretoria Atuação DDE	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Dr. Nilton José Cavalcante	Dr. Ralcyon F A Teixeira	Enf ^o Jurini Valdisi	Dra. Fátima Porfírio	Dr. Ricardo Bammann	Dr. Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA	Código PC.DDM - 002 - V1	Término Vigência 02/12/20	Início Vigência 02/12/19	
	Elaborador (es): Dr. André Cosme de Oliveira Dr. Richard Calanca Dr. Ralcyon Francis Azevedo Teixeira				

12- Para verificar a pressão do balão esofágico, desconecte o cabo da braçadeira do esfigmomanômetro e conecte-o à via de saída do balão. Apenas depois da conexão, retire a pinça do lúmen de enchimento do balão. Cheque a pressão. Não se esqueça de clampar novamente o lúmen de enchimento antes de desconectar o cabo do esfigmomanômetro. Caso a conexão entre a via de saída do balão e o cabo do esfigmomanômetro não sejam compatíveis, utilize uma seringa de insulina. Para tanto, retire o êmbolo da seringa e corte-a ao meio. Introduza a parte que contém o bico no cabo do esfigmomanômetro e a extremidade oposta na via de saída do balão.

Do mesmo modo, após a conexão, retire a pinça do lúmen de enchimento do balão. Cheque a pressão e não se esqueça de clampar novamente o lúmen.

Obs: no caso de haver saída de sangue pela sonda de drenagem, mantenha-a fechada durante a passagem do balão. Ao término do procedimento, abra a sonda de drenagem e conecte-a a um coletor.

Orientações Pós Procedimento

- Registre no prontuário do paciente as informações relevantes acerca do balão Sengstaken-Blakemore: horário em que foi concluída sua passagem, altura da fixação da sonda na asa nasal (em cm), pressão utilizada no balão esofágico. Tais informações são importantes para identificar o mais precocemente possível a eventual migração da sonda ou esvaziamento inadvertido do balão esofágico.

- Cheque regularmente a pressão do balão esofágico. Apesar de alguns serviços utilizarem como rotina a verificação a cada hora, parece razoável realizar medidas em intervalos adequados à rotina da unidade onde o paciente encontra-se internado.

- Defina o momento mais adequado para sacar a sonda, respeitando o limite máximo de 24 horas de utilização para o balão esofágico.

Endoscopia Digestiva Alta

Acionar o médico de plantão da EDA para informar e discutir o caso. O médico do serviço de EDA programará a realização do procedimento em até 12h pós estabilização do paciente.

Recomenda-se que sempre que possível, haja um anestesista acompanhando o procedimento endoscópico, principalmente nos pacientes que estão sob ventilação mecânica.

Serviço de Endoscopia aciona o anestesista de plantão para marcarem melhor horário para realização do exame.

Conduta endoscópica:

Presença de cordões varicosos de médio e grosso calibre: Terapêutica com ligadura elástica deverá ser feita.

Presença de estigmas de sangramento de varizes gástricas – realizar terapêutica com *cianoacrilato*.

Falência de tratamento – realizar outra endoscopia ou *proceder* a passagem do balão de Sengstaken-Blakemore, caso o paciente esteja hemodinamicamente instável.

Cuidados pós EDA:

Encaminhar o paciente para UTI caso haja leito disponível no IIER.

Manter antibiótico por 5 dias (Ceftriaxone 1g EV 1x/dia ou Ciprofloxacino ou Norfloxacino VO).

Caso o paciente esteja estável, sem náusea, iniciar lactulona – 25 ml de 12/12h até que haja 2 a 3 evacuações. Depois disso a dose deve ser ajustada para que haja entre 2 a 3 evacuações ao dia pastosas/semi-sólidas. A realização desse procedimento é recomendada para auxiliar na profilaxia da encefalopatia hepática.

SCIH	Diretoria Atuação DDM	Diretoria Atuação DDE	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Dr. Nilton José Cavalcante	Dr. Ralcyon F A Teixeira	Enfº Jurini Valdisi	Dra. Fátima Porfírio	Dr. Ricardo Bammann	Dr. Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA	Código PC.DDM - 002 - V1	Término Vigência 02/12/20	Início Vigência 02/12/19	
	Elaborador (es): Dr. André Cosme de Oliveira Dr. Richard Calanca Dr. Ralcyon Francis Azevedo Teixeira				

9. Profilaxia

Recomendações:

9.1. Deve-se instituir profilaxia primária com betabloqueadores não-seletivos (BBNS) e ligadura elástica de varizes esofágicas (LEVE) em pacientes com cirrose hepática e varizes de médio ou grosso calibre com alto risco de sangramento (Child B ou C e sinais vermelhos nas varizes).

9.2. Deve-se instituir profilaxia primária preferencialmente com betabloqueadores não-seletivos (BBNS) em pacientes com cirrose hepática e varizes de médio ou grosso calibre sem alto risco de sangramento (Child A e ausência de sinais vermelhos nas varizes). O emprego de ligadura elástica de varizes esofágicas (LEVE) está indicado como primeira opção em cirróticos não-aderentes, intolerantes ou com contraindicações aos BBNS.

9.3. Deve-se instituir profilaxia primária com BBNS em pacientes com cirrose hepática e varizes de fino calibre com alto risco de sangramento (Child B ou C e sinais vermelhos nas varizes).

9.4. A combinação de LEVE com BBNS tem se mostrado a melhor atitude terapêutica para profilaxia secundária de sangramento varicoso em cirróticos.

9.5. O uso de BBNS deve ser ajustado à dose máxima tolerada, considerada como aquela imediatamente abaixo daquela capaz de desencadear efeitos colaterais no paciente, sendo atualmente a droga de escolha o Carvedilol.

9.6. A dose inicial é de 3,125 mg de 12/12h, podendo chegar a uma dose de 25 mg de 12/12h, conforme a tolerância do paciente.

10. Indicadores



Indicadores de aderência

11. Taxa de rastreamento de pacientes com HDA = N° de pacientes com episódio de HDA / N° de pacientes internados X 100
12. N° de prescrições de droga vasoativa (**Terlipressina/Octreotide**)
13. N° de dias de utilização de droga vasoativa
14. Dose de droga vasoativa prescrita

11. Referências Bibliográficas

1. BAVENO VI. Journal of Hepatology 2015 vol. 63 j 743–752.
2. Hemorragia Digestiva Alta Varicosa: Relatório do 1º Consenso da Sociedade Brasileira de Hepatologia. GED gastroenterol. endosc.dig. 2011; 30(Supl.2):10-30.

SCIH	Diretoria Atuação DDM	Diretoria Atuação DDE	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Dr. Nilton José Cavalcante	Dr. Ralcyon F A Teixeira	Enfº Jurini Valdisi	Dra. Fátima Porfírio	Dr. Ricardo Bammann	Dr. Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA	Código PC.DDM - 002 - V1	Término Vigência 02/12/20	Início Vigência 02/12/19	
	Elaborador (es): Dr. André Cosme de Oliveira Dr. Richard Calanca Dr. Ralcyon Francis Azevedo Teixeira				

15. Fluxograma

RESUMO DAS PRINCIPAIS CONDUTAS NA EMERGÊNCIA

PACIENTE CIRRÓTICO COM QUEIXA DE MELENA OU SANGRAMENTO HÁ MAIS DE 24H:



- Toque retal e coletar Hb/Ht. Se estável – alta com orientação de investigação ambulatorial.

PACIENTE COM ANTECEDENTE DE CIRROSE OU INFECÇÃO POR HEPATITE VIRAL CRÔNICA E HISTÓRIA DE VÔMITO COM SANGUE VERMELHO VIVO OU TIPO BORRA DE CAFÉ:

PACIENTE ESTÁVEL, SEM EXTERIORIZAÇÃO NO MOMENTO E QUEIXA EVENTO ACIMA DE 8 HORAS:

- Coletar Hb/Ht iniciais, observação clínica e repetir Hb/Ht entre 4 e 6 horas – caso não tenha alteração do Hb – alta com encaminhamento para investigação ambulatorial.
- Queda significativa Hb – investigação com EDA.
- Episódio de hematêmese durante a observação – tratar como emergência - vide orientações de HDAV

SCIH	Diretoria Atuação DDM	Diretoria Atuação DDE	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Dr. Nilton José Cavalcante	Dr. Ralcyon F A Teixeira	Enfº Jurini Valdisi	Dra. Fátima Porfírio	Dr. Ricardo Bammann	Dr. Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA	Código PC.DDM - 002 - V1	Término Vigência 02/12/20	Início Vigência 02/12/19	
	Elaborador (es): Dr. André Cosme de Oliveira Dr. Richard Calanca Dr. Ralcyon Francis Azevedo Teixeira				

**PACIENTE INSTÁVEL OU QUEIXA DO VÔMITO EM ATÉ 8 HORAS:
CONDUTA NA EMERGÊNCIA – PASSO A PASSO:**

- ✓ Locar paciente na sala de emergência ou na sala de choque
- ✓ Monitorização hemodinâmica e aferição dos sinais vitais
- ✓ Punção de 02 acessos venosos – preferencialmente calibrosos
- ✓ Coleta de exames: Hemograma, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio Iônico, RNI, Gasometria venosa, Lactato venoso.
- ✓ Realização de medida da glicemia capilar (dextro)
- ✓ Avaliação de necessidade de IOT eletiva para proteção de vias aéreas
- ✓ Manter jejum absoluto
- ✓ Prescrever na sala de emergência:

Droga vasoativa

- 1ª escolha – Terlipressina

Dose de ataque: 2,0 mg EV em *bolus* lentamente

Dose de manutenção: 1,0 mg EV em *bolus* lentamente de 4/4h

- 2ª escolha – Octreotide

Dose de ataque: 100 mcg em *bolus* lento

Dose de manutenção: 50 mcg/hora EV contínuo em BIC.

Ressuscitação volêmica: Realizar expansão com Ringer Simples ou SF 0,9%.

- Metas da ressuscitação volêmica:

- Pressão arterial – sistólica entre 90 e 100 mmHg.

- Frequência cardíaca - menor 100 bpm.

- Ceftriaxone 1g EV em *bolus* (prevenção de PBE)
- Meta de hemoglobina = 7 a 8 g/dl
- Passagem de balão de Sengstaken-Blakemore – casos de HDA muito volumosas, com grande instabilidade hemodinâmica (chamar cirurgia para ajudar, caso seja necessário).
- Solicitação de EDA – acionar o médico endoscopista assim que possível
- Realização de EDA em até 12h após estabilização clínica
- Passagem de SNG e lavagem gástrica após estabilização clínica
- Punção do líquido ascítico – em ascites volumosas, antes da EDA
- Solicitação de vaga UTI (necessidade de observação em UTI por pelo menos 48h)
- Manter cuidados pós EDA (DVA/ATB/lactulona)

SCIH	Diretoria Atuação DDM	Diretoria Atuação DDE	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Dr. Nilton José Cavalcante	Dr. Ralcyon F A Teixeira	Enfº Jurini Valdisi	Dra. Fátima Porfírio	Dr. Ricardo Bammann	Dr. Luiz Carlos Pereira Jr.