TRAUMA, CIRURGIA E MEDICINA INTENSIVA

EDIÇÃO VI

Capítulo 2

# TRATAMENTO DA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**JHENNIFER PEREIRA DOS SANTOS[1]**
**PEDRO AUGUSTO BARBOSA SILVA[2]**
**DOUGLAS WILLIAM DEL SENTE[3]**
**BRUNO HENRIQUE WAILAND LOPES[3]**
**ANA JÚLIA MENDES DA CUNHA[4]**
**FELIPE RICARDO ALVES RODRIGUES[5]**
**VITORIA DE MACEDO FERRAZ[6]**
**GISELE RIBEIRO HARADA[7]**
**NÍCOLAS MERLIM DE OLIVEIRA[8]**
**MARCELA ROCHA GUEDES[9]**
**KADSON ARAÚJO LIMA FILHO[10]**
**LUCAS RODRIGUES NACAGAMI[11]**

[1]Discente – Enfermagem na Universidade da Amazônia -UNAMA
[2]Discente – Medicina na Universidade Federal de Jataí – UFJ
[3]Discente – Medicina na Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
[4]Discente – Medicina na Fundação Técnico Educacional Souza Marques
[5]Egresso – Medicina no Centro Universitário Uninovafapi
[6]Discente – Medicina no Centro Universitário de Brasília - CEUB
[7]Discente – Medicina na Universidade Anhembi Morumbi
[8]Discente – Medicina na Universidade de Itaúna
[9]Discente – Medicina na Unigranrio Caxias
[10]Discente – Medicina na Afya Santa Inês
[11]Discente – Medicina na Universidade Cidade de São Paulo – UNICID

***Palavras-chave:*** *Hemorragia Gastrointestinal; Unidade de Terapia Intensiva; Tratamento*

DOI 10.59290/978-65-6029-239-0.2

EDITORA PASTEUR

## INTRODUÇÃO

O sangramento gastrointestinal (SGI) é uma condição grave que é responsável por mais de 500 mil hospitalizações anualmente nos Estados Unidos, sendo uma condição com um potenial de mortalidade (ZOU *et al*., 2024). O SGI é dividido em superior e inferior, sendo classificado com relação à localização anatômica referente ao ligamento de Treitz (faixa que liga a parte final do duodeno ao jejuno) (ZOU *et al*., 2024). A parte superior representa de 61 a 78 casos a cada 100 mil admissões hospitalares anualmente, com um risco de mortalidade que pode chegar até 10% (ZOU *et al*., 2024). Já a parte inferior pode compreender de 33 a 87 casos a cada 100 mil admissões, com mortalidade que pode variar de 2 a 4% (ZOU *et al*., 2024).

A estratificação de risco da doença é importante para guiar a terapêutica (ZOU *et al*., 2024).

Em até 80% dos pacientes com essa condição há resolução espontânea (ZOU *et al*., 2024). Os pacientes que necessitam de intervenção médica são 15% dos pacientes com sangramento persistente (ZOU *et al*., 2024). Nos casos graves, cuidados intensivos se fazem necessários (ZOU *et al*., 2024).

Os achados clínicos na hemorragia digestiva alta (HDA) podem ser melena, hematêmese, enterorragia e hematoquezia (AZEVEDO, 2022). Convém frisar que há possibilidade de apresentar esses sintomas no acometimento na região baixa (AZEVEDO, 2022). A hemorragia pode ser devido a doenças erosivas e ulcerativas, neoplasia, traumas, hipertensão portal e malformações vasculares (AZEVEDO, 2022).

O diagnóstico na HDA é feito pela endoscopia digestiva alta (EDA), considerada um método com alta sensibilidade e especificidade (AZEVEDO, 2022). Exames como hemograma, testes hepáticos, teste de coagulação, enzimas cardíacas, função renal e eletrocardiograma (ECG) podem auxiliar na identificação da etiologia também (AZEVEDO, 2022).

A hemorragia digestiva baixa (HDB) é menos severa quando comparada a HDA (AZEVEDO, 2022). O acometimento do cólon ocorre em mais de 90% dos casos (AZEVEDO, 2022). As etiologias que estão relacionadas a uma perda volumosa são: divertículos, doenças inflamatórias intestinais, anormalidade vasculares, neoplasias, colite isquêmica e infecciosa (AZEVEDO, 2022).

Independente da causa do sangramento, os pacientes necessitam de uma avaliação e manejo adequado, desde a ressuscitação na instabilidade, até a intervenção imediata nos pacientes descompensados, sendo requerido em certos casos uma intervenção cirúrgica (ZOU *et al*., 2024).

O objetivo do trabalho é analisar o manejo dos pacientes com sangramento gastrointestinal na Unidade de Terapia Intensiva.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa dos últimos 3 anos, do período de 2022 a 2025. O site utilizado para a pesquisa é o site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com as bases de dados da Medline, LILACS e IBECS. Os descritores em ciências da saúde (DECS) que foram utilizados: "Hemorragia Gastrointestinal" "Terapia Intensiva". Foram encontrados 41 artigos, sendo eles analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Além disso, foi utilizado um documento de medicina intensiva.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos independentes do idioma, do período de 2022 a 2025, que se relacionavam à proposta estudada e que foram disponibilizados na íntegra. Estudos observacionais, ensaios clínicos e artigos de revisão que atendiam a esses

critérios foram selecionados e analisados. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos disponibilizados na forma de resumo, relatos de caso, artigos duplicados e que não tinham relação com a proposta estudada.

Após a seleção restaram 6 artigos, além do documento. Os artigos foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram mostrados de forma descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A EDA é um método efetivo não só no diagnóstico, como também como método terapêutico (AZEVEDO, 2022).

O manejo da HDA, inicialmente, se faz com a avaliação da instabilidade hemodinâmica, aferição de sinais vitais e correções de alterações de modo imediato nos que podem apresentar risco de morte do enfermo (AZEVEDO, 2022; COOK *et al*., 2023). Pacientes com instabilidade hemodinâmica devem ser admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para monitorização e manejo (AZEVEDO, 2022; COOK *et al*., 2023; YANG *et al*., 2024). Aspectos como oximetria, monitorização da pressão arterial e ECG são importantes na monitorização (AZEVEDO, 2022). Pacientes jovens podem não apresentar um comprometimento clínico significativo e terem sangramentos maciços e idosos com comorbidades significativas, mêsmo em pequenos sangramentos, pode-se apresentar um sangramento significativo (AZEVEDO, 2022). O sangramento maciço é definido como uma perda superior a 15% da volemia (AZEVEDO, 2022). Algumas manifestações clínicas neste sangramento são: taquicardia (início precoce), hipotensão, queda do hematocrito maior que 6 a 8 pontos ao nível de base depois do volume de ressuscitação, além da nessessidade de transfusão de mais de 2 bolsas de sangue (AZEVEDO, 2022). A tabela a seguir se observa os parâmetros para avaliação hemodinâmica do paciente **(Tabela 2.1)** (AZEVEDO, 2022). Na classe I e II há reposição da perda de sangue com uso de cristaloides (AZEVEDO, 2022). Já na classe III e IV há uso dos cristalóides associado a reposição com concentrado de hemácias (AZEVEDO, 2022).

O alvo da hemoglobina é 7 mg/dL nos pacientes em reposição de concentrado de hemácias posterior a reposição com os cristaloides (AZEVEDO, 2022). Esse alvo está relacionado a uma melhora do prognóstico, diminuição das chances de ressangramento e da mortalidade (AZEVEDO, 2022). Nos idosos com comorbidades graves o alvo é de 8 a 9 mg/dL (AZEVEDO, 2022). A reposição rigorosa é associada ao risco de ressangramento (AZEVEDO, 2022). Nos casos de HDA a EDA deve ser feita com urgência (período de até 24 horas), além do controle das alterações hemodinâmicas (AZEVEDO, 2022).

**Tabela 2.1** Avaliação Hemodinâmica

| | **Classe I** | **Classe II** | **Classe III** | **Classe IV** |
|---|---|---|---|---|
| **Perda volêmica (%)** | < 15 | 15-30 | 30-40 | > 40 |
| **Perda volêmica (mL)** | < 750 | 750-1.500 | 1.500-2.000 | > 2.000 |
| **FC (bpm)** | < 100 | > 100 | > 120 | > 140 |
| **PA** | Inalterada | Hipotensão Ortostática | Hipotensão | Hipotensão |
| **Enchimento capilar** | Inalterado | Reduzido | Reduzido | Reduzido |
| **FR (mrm)** | < 20 | 20-30 | 30-40 | > 35 |
| **Débito urinário (mL/h)** | > 30 | 20-30 | 5-20 | Desprezível |

| **Nível de consciência** | Pouco ansioso | Ansioso | Confuso | Letárgico |
|---|---|---|---|---|
| **Reposição volêmica** | Cristaloides | Cristaloides | Cristaloides+CH | Cristaloides+CH |

**Legenda:** CH: concentração de hemácias; FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória; PA: pressão arterial. **Fonte:** Medicina intensiva: abordagem prática, 2022.

Nos casos de rebaixamento do nível de consciência, hematêmese persistente e insuficiência respiratória franca há necessidade de intubação orotraqueal (AZEVEDO, 2022).

O manejo da HDB é semelhante, sendo realizado também a monitorização hemodinâmica e correção de alterações imediatas que podem acarretar a morte (AZEVEDO, 2022).

A colonoscopia e a arteriografia podem ser usados no diagnóstico e também no tratamento da HDB (AZEVEDO, 2022; VASTONE *et al*., 2024). A colonoscopia, por exemplo, pode ser utilizada no tratamento do sangramento diverticular pela injeção de adrenalina diluída ou eletrocoagulação bipolar ou ambos os métodos (AZEVEDO, 2022; VASTONE *et al*., 2024). A cirurgia pode ser indicada em até 25% dos pacientes, sendo avaliado a instabilidade hemodinâmica, a persistência do sangramento (mesmo com ressuscitação rigorosa ou sangramento maior que 72 horas) ou sua recorrência (menor que 1 semana) e a quantidade necessária de concentrados de hemácias (maior que 6) (AZEVEDO, 2022; VASTONE *et al*., 2024). A localização do sangramento é importante para a ressecção local do sangramento (AZEVEDO, 2022). Há estudos que apontam que o uso de antitrombóticos em 2 a 3 dias, principalmente os antiplaquetários, está associado a diminuição da mortalidade hospitalar, embora possa aumentar o risco de sangramento, sendo importante uma avaliação individualizada e uma monitoração rigorosa para escolha do método, sendo necessário mais estudos para confirmação da real efetividade do método (PENG, 2024).

Há estudos que apontam o uso de inibidores da bomba de prótons (IBP) para prevenção de úlceras de estresse na UTI, estando relacionadas a redução clínica importante de HDA (MACLAREN *et al*., 2024).

## CONCLUSÃO

O manejo do SGI vai desde a não intervenção, pela cura espontânea, até o uso de medidas como EDA, colonoscopia e cirurgia. Um dos fundamentos na admissão da UTI é a avaliação da instabilidade hemodinâmica nos pacientes com sangramento. A monitorização e intervenção, no caso de instabilidade, é importante para a melhora do prognóstico do paciente. Há estudos que apontam que o uso de antitrombóticos está associado à diminuição da mortalidade. Estudos apontam o uso dos IBP na diminuição das úlceras de estresse na UTI.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, LCP. *et al*. Medicina Intensiva: Abordagem Prática. 5. ed., rev. e atual. - Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2022.

COOK, DJ. *et al*. What counts as patient-important upper gastrointestinal bleeding in the ICU? A mixed-methods study protocol of patient and family perspectives. BMJ Open, v. 13, ed. 5, 19 may. 2023. DOI: https://doi.org/-10.1136/bmjopen-2022-070966.

MACLAREN, RP. *et al*. Diretriz da Sociedade de Medicina de Cuidados Críticos e da Sociedade Americana de Farmacêuticos do Sistema de Saúde para a Prevenção de Sangramento Gastrointestinal Relacionado ao Estresse em Adultos Gravemente Doentes. Medicina de Cuidados Críticos, v. 52, ed. 8, p. e421-e430, ago. 2024. DOI: https://doi.-org/10.1097/CCM.0000000000006330.

PENG, D.; ZHAI, H. Application of antithrombotic drugs and risk factor analysis in ICU patients with lower gastrointestinal bleeding from MIMIC-IV. BMC Gastroenterology, v. 24, ed. 1, 18 sep. 2024. DOI: https://doi.-org/-10.1186/s12876-024-03380-y.

VASTONE, MG. *et al*. Patient-important upper gastrointestinal bleeding in the ICU: A mixed-methods study of patient and family perspectives. Journal of Critical Care, v. 81, Jun. 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2024.154761

YANG, J. *et al*. A novel predictive model for Intensive Care Unit admission in Emergency Department patients with upper gastrointestinal bleeding. Medicine (Baltimore), v. 103, ed. 47, 22 Nov. 2024. DOI: https://doi.org/-10.1097/MD.0000000000040440.

ZOU, K. *et al*. Development and validation of a dynamic nomogram for predicting in-hospital mortality in patients with gastrointestinal bleeding: a retrospective cohort study in the intensive care unit. Scientific Reports, v. 14, ed. 1, 23 nov. 2024. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-024-80702-w.