

10ª edição do Curso Continuada em Cirurgia Geral do CBCSP

Estado Atual do Tratamento da Hemorragia Digestiva Alta devida a Hipertensão Portal

Tratamento Clínico



Roberto Gomes Jr.

Médico assistente do serviço
de Gastroenterologia da Santa
Casa de São Paulo

25 de julho de 2015

Introdução

- ❑ O sangramento por ruptura de varizes é um evento potencialmente fatal
- ▶ Mortalidade no 1º episódio depende da função hepática e condições clínicas do paciente
 - ✓ 10-20% em pacientes com Esquistossomose
 - ✓ 30-45% em pacientes cirróticos
- ▶ Parte das mortes são decorrentes das complicações da hemorragia

Introdução

Manejo

- Ressuscitação volêmica
- Tratamento e controle do sangramento agudo
- Prevenção de ressangramento
- Tratamento e prevenção das complicações

Complicações da ruptura de Varizes Esôfago-Gástricas

Insuficiência Hepática / Encefalopatia hepática

Infecções

Síndrome Hepatorrenal

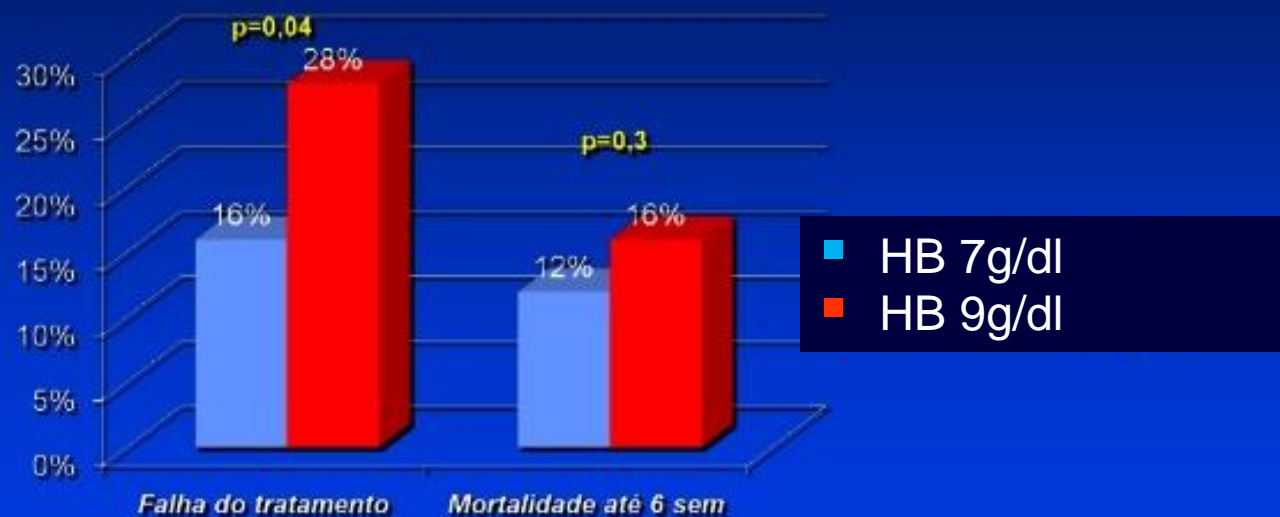
Ressuscitação volêmica

- Reposição de cristalóides e hemoderivados

- Metas:

- ✓ estabilidade hemodinâmica
- ✓ Volume urinário > 50ml/h
- ✓ PA sistólica: 90 - 100 mmHg
- ✓ FC <100 bpm
- ✓ HB 7-8 g/dl (hematócrito entre 21-24%)

Restituição do Volume Sanguíneo



Correção da Coagulopatia

- ▶ As alterações hemostáticas no cirrótico são rebalanceadas pelas alterações concomitantes nas vias pró e anti-coagulantes
- ▶ INR não é indicador confiável do estado de coagulação no cirrótico
- ▶ Plaquetopenia deve ser a maior preocupação
- ✓ Transfundir quando plaquetas < 50.000

Prevenção de Aspiração

- ❑ Pacientes com risco elevado de pneumonia aspirativa
 - ▶ Imperativo proteger as vias aéreas
 - ▶ Intubação profilática se:
 - ✓ estado mental prejudicado
 - ✓ sangramento ativo e maciço

Antibiótico profilático

- É essencial no tratamento de hemorragia por varizes no cirrótico
- A presença de infecção é fator de risco independente para ressangramento e mortalidade.
- Metanálise recente, demonstrou que a profilaxia diminui a taxa de ressangramento em 47% e a mortalidade relacionada ao episódio de sangramento em 21%.
- ▶ Recomenda-se por curto prazo nos pacientes cirróticos
- ▶ Quinolonas ou ceftriaxona
- ✓ Optar por ceftriaxona quando presença de ascite, encefalopatia, icterícia, desnutrição ou terapia anterior com quinolonas

Controle do Sangramento – Terapia Farmacológica

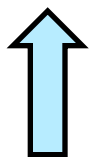
Aumento da resistência vascular hepática



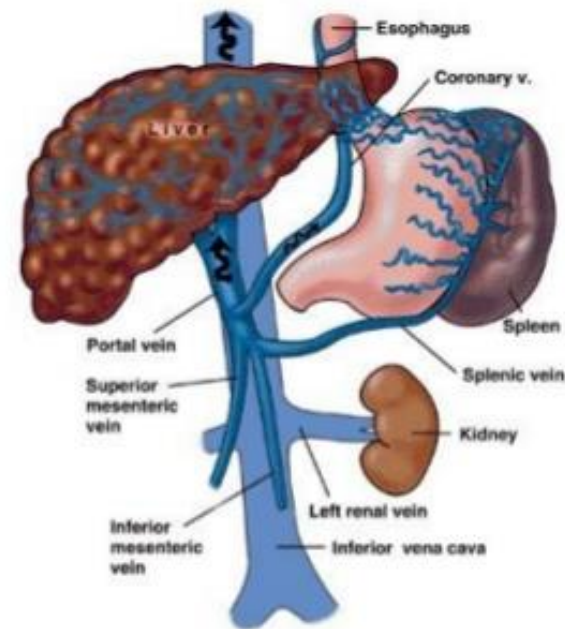
Hipertensão portal



vasodilatação esplâncnica



**VASOCONSTRICTORES
ESPLÂNCNICOS**



Terapia Farmacológica

- ▶ Eficaz no controle da hemorragia aguda e na prevenção do ressangramento
- Deve ser iniciado precocemente em pacientes com suspeita de hemorragia digestiva varicosa
- ✓ antes mesmo da EDA

Vasopressina
Terlipressina
Octreotide



Terapia Farmacológica - Vasopressina

- Potente vasoconstrição arteriolar esplâncnico
- Atua a nível dos receptores V1 no músculo liso das artérias
- Induzir contração através da ativação de fosfolipase C e o aumento de cálcio citosólico

- Também provoca vasoconstrição sistêmica
- ✓ aumento da resistência periférica
- ✓ diminuição do débito cardíaco
- ✓ Diminuição da frequência cardíaca
- ✓ Diminuição do fluxo sanguíneo coronariano

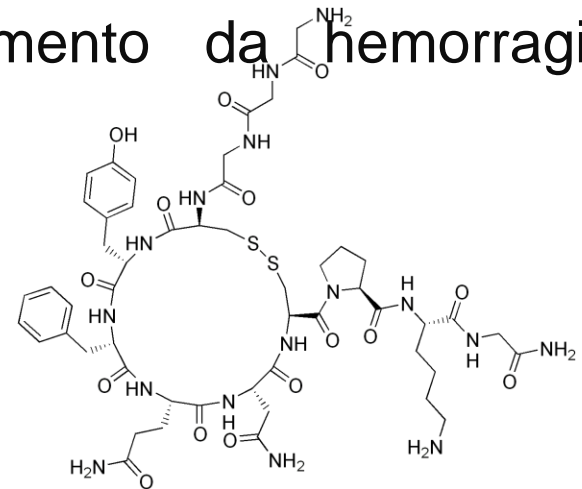
Terapia Farmacológica - Vasopressina

- 32% a 64% evoluem com efeitos adversos:
 - ✓ isquemia do miocárdio
 - ✓ arritmias cardíacas
 - ✓ isquemia mesentérica
 - ✓ isquemia de extremidades
 - ✓ acidentes vasculares cerebrais

- ▶ Infusão contínua 0,2 a 0,4 U/min
- ▶ Raramente utilizada

Terapia Farmacológica - Terlipressina

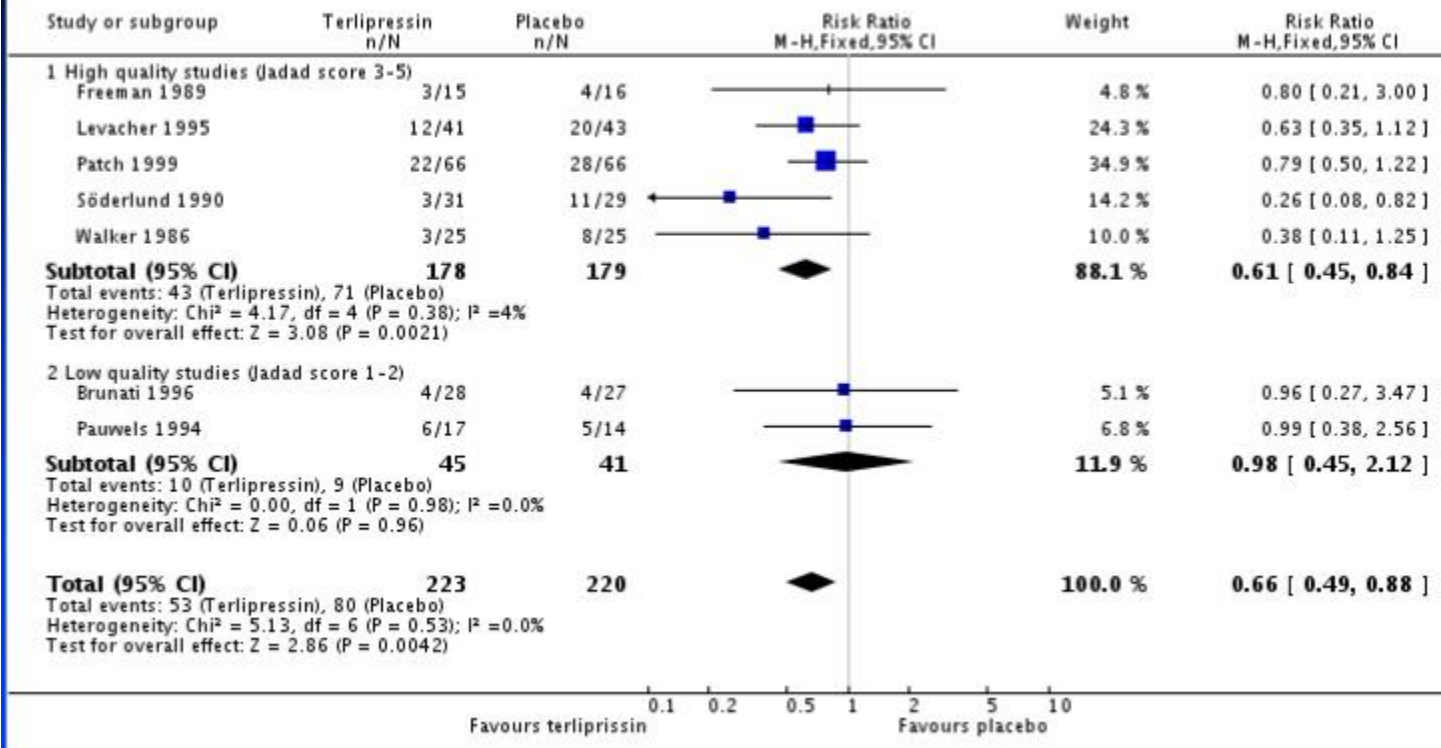
- ✓ Análogo sintético de vasopressina
- ✓ Possui meia vida biológica mais longa e é administrada a cada 4 horas
- Única droga associada com diminuição da mortalidade (34%)
- ✓ Considerada de escolha no tratamento da hemorragia digestiva varicosa



Terapia Farmacológica - Terlipressina

Mortalidade - Terlipressina é melhor que o placebo

Review: Terlipressin for acute esophageal variceal hemorrhage
 Comparison: 1 Terlipressin versus placebo
 Outcome: 1 Mortality



Terapia Farmacológica - Terlipressina

- ▶ Apresenta menos efeitos colaterais e maior meia-vida (4 horas)
- Dose inicial é 2 mg, seguida de 1-2 mg de 4/4 h
 - A depender do peso corpóreo
 - ✓ <50 kg: 1 mg
 - ✓ 50-70 Kg: 1,5 mg
 - ✓ >70 Kg: 2 mg
 - ✓ Por 2 a 5 dias
- 30% dos pacientes podem ter eventos adversos que requer diminuição na taxa de infusão de terlipressina

Terapia Farmacológica - Terlipressina

Efeitos adversos:

- Dores abdominais
- Arritmias
- Necrose da pele
- Broncoespasmo
- Eventos isquêmicos
- Diarreia

Ter cuidado com:

- Doença coronariana
- Cardiomiopatia Dilatada
- Arritmias Cardíacas
- ICO
- HAS
- DPOC / Asma
- Idade > 70anos

Terapia Farmacológica - Octreotide

- ▶ A somatostatina é um péptido de ocorrência natural
- ✓ Aumenta a resistência vascular esplâncnica causando vasoconstrição e diminuição do fluxo de sangue portal
- ▶ O Octreotide é um análogo sintético de somatostatina
- Vários estudos randomizados controlados demonstraram eficácia no controle da hemorragia mas não na redução da mortalidade
- ✓ Administrado na forma de um bolus inicial de 50 mcg,
- ✓ seguida de uma infusão de 50 mcg / h
- ▶ As complicações são poucas, mas podem incluir hiperglicemia, vômitos e cólicas abdominais

Tratamento de outras complicações

□ Encefalopatia Hepática

- ✓ Lactulona

□ Insuficiência renal

- ✓ Risco pode ser minimizado com algumas medidas
- ✓ Atenção cuidadosa à volemia
- ✓ Prevenção e tratamento da sepse
- ✓ Evitar drogas nefrotóxicas

Conclusões

- ✓ Reconhecer o paciente que pode sangrar por varizes esofagogástricas é essencial
- O uso de agentes vasoconstrictores está associado a controle de sangramento e menor tempo de internação, mas existem falhas e efeitos adversos
- ✓ Mortalidade e falência hepática induzidas por sangramento podem ser reduzidas pelo uso sistemático de ATB e prevenção de pneumonia aspirativa