

## 1 OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para o atendimento seguro, eficaz e ágil das situações de urgência e emergência endoscópica, otimizando o diagnóstico, garantindo intervenções terapêuticas quando indicadas, reduzindo complicações, preservando a vida e melhorando os desfechos clínicos dos pacientes atendidos no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.

## 2 PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ENDOSCÓPICA

### 2.1 Definição de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) de urgência e emergência

Entende-se por urgência/emergência endoscópica situações médicas relacionadas ao trato gastrointestinal que exigem intervenção rápida, segura e eficaz, através de endoscopia digestiva alta (EDA) de forma a minimizar riscos e melhorar o prognóstico do paciente.

### 2.2 Casos que requerem intervenção endoscópica:

- a) Hemorragia Digestiva Alta (HDA): Sangramento grave e persistente do trato digestivo superior;
- b) Ingestão de Corpo Estranho: Quando um objeto é ingerido e pode estar causando obstrução ou risco de impactação;
- c) Ingestão de Substâncias Cáusticas: Lesões no esôfago ou estômago causadas por ingestão de produtos químicos corrosivos;
- d) Impactação Alimentar: Retenção de alimento no esôfago, gerando desconforto e dificuldade de deglutição.

## 3 CRITÉRIOS INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

**3.1. Inclusão:** todos os pacientes que se apresentarem no Pronto Atendimento Oncológico (PAO) e/ou estiverem internados no HUPAA e se enquadrem nas situações descritas no item (2.1.1);

**3.2. Exclusão:** Pacientes cujos casos não atendam aos critérios de Urgência e Emergência especificados no item (2.1.1), entrar em contato com a chefia imediata da Unidade de Diagnóstico por Imagem;



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

## 4 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

### 4.1. Compete ao Pronto Atendimento Oncológico

Os pacientes que chegam pelo Pronto atendimento(PA) são de responsabilidade dos médicos da própria unidade, os quais, após a estabilização clínica e solicitação dos exames necessários, deverão entrar em contato com a equipe de endoscopia (por meio do telefone do medico que esta de plantão no dia – houvera uma escala no PA Cacon com o medico plantonista do dia e seu telefone ) para passar o caso. Juntos, avaliarão se a situação se enquadra nos critérios de urgência endoscópica. Em seguida, o médico da endoscopia deverá contatar o médico anestesista (por meio do telefone do medico anestesista que esta de plantão no dia – houvera uma escala fornecida pela equipe de anestesia do medico plantonista do dia e seu telefone) para definir o horário (respeitando o tempo de resposta previsto no protocolo de tratamento descrito abaixo) e o local do exame (Centro Cirúrgico ou Centro Endoscópico). Após a realização do exame e a alta dada pelo anestesista, o paciente será encaminhado de volta ao PA, onde será definida a conduta quanto à alta ou internação, conforme a necessidade do caso. Se houver necessidade de encaminhamento para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), caberá ao médico do PA contatar a equipe da UTI (ligando no ramal e passar o caso para o medico plantonista) e solicitar a vaga.

### 4.2. Compete às Unidades de Terapia Intensiva e Clínicas do HUPAA

Os pacientes internados são de responsabilidade da equipe médica da enfermaria e/ou da UTI. Caso apresentem algum dos critérios para EDA de urgência, após a estabilização clínica e a solicitação dos exames necessários, a equipe deverá entrar em contato com o serviço de endoscopia (por meio do telefone do medico que esta de plantão no dia – houvera uma escala no PA Cacon com o medico plantonista do dia e seu telefone ) para relatar o caso. Juntos, definirão se a situação se enquadra nos critérios de urgência endoscópica. Na sequência, o médico da endoscopia entrará em contato com o médico anestesista (por meio do telefone do medico anestesista que esta de plantão no dia – houvera uma escala fornecida pela equipe de anestesia do medico plantonista do dia e seu telefone) para definir o horário (dentro do prazo estabelecido no protocolo de tratamento abaixo) e o local de realização do exame (Centro Cirúrgico, Centro Endoscópico ou UTI). Após a realização do exame e a alta dada pelo anestesista, o paciente será reconduzido à enfermaria ou à UTI, conforme sua origem. Caso o paciente da enfermaria necessite de internação em UTI, caberá ao médico da enfermaria contatar a equipe da UTI (ligando no ramal da UTI e passado o caso para o medico plantonista) e solicitar a vaga.

## 5 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

**5.1. Hemorragia Digestiva Alta:** hemograma, coagulograma e função renal. As provas de Função hepática deverão ser solicitadas nos casos suspeitos de HDA varicosa;

**5.2. Ingestão de corpo estranho:** raio X de tórax.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

## 6 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

### 6.1. Hemorragia digestiva alta (HDA)

- a) A reposição volêmica deve ser iniciada para restaurar e manter a estabilidade hemodinâmica;
- b) Recomenda-se transfusão sanguínea para pacientes com hemoglobina (Hb) < 7-8g/dL;
- c) Em casos de pacientes com comorbidades cardiovasculares ou pneumológicas manter HB > 9g/dL;
- d) É indicado o uso do Escore de Glasgow–Blatchford (EGB) para estratificação de risco pré-endoscopia (ANEXO A).

### 6.2. Suspeita de HDA Varicosa

- a) Na suspeita de sangramento por varizes, deve-se iniciar o mais precocemente possível o uso de medicamentos vasoativos (terlipressina ou somatostatina ou octreotida), mantendo-os por um período de 2 a 5 dias;
- b) Após a estabilização hemodinâmica, pacientes com suspeita de sangramento varicoso agudo devem ser submetidos à endoscopia digestiva alta no prazo máximo 12 horas após a apresentação.

### 6.3. Suspeita de HDA não varicosa

- a) Na suspeita de sangramento não varicoso, deve-se iniciar o uso de inibidores da bomba de prótons intravenosos em altas doses (IBP), por meio de bolus intravenoso seguido de infusão contínua (80 mg em bolus, seguido de 8 mg/hora);
- b) Após a estabilização hemodinâmica, recomenda-se a realização precoce de endoscopia digestiva alta (≤ 24 horas).

### 6.4. Ingestão de corpo estranho

- a) Nos casos considerados de emergência por ingestão de corpo estranho, a endoscopia deve ser realizada o mais rapidamente possível, logo após a estabilização do paciente;
- b) Nos casos classificados como urgência, a endoscopia deve ser realizada dentro das primeiras 24h após a ingestão do corpo estranho.

– **Endoscopia de emergência por ingestão de corpo estranho:**

- Pacientes com obstrução esofágica, ou seja, incapazes de manejar as próprias secreções;
- Presença de baterias localizadas no esôfago;
- Presença de objetos pontiagudos no esôfago.



– **Endoscopia de urgência por ingestão de corpo estranho**

- Objetos estranhos esofágicos que não sejam pontiagudos;
- Objetos pontiagudos no estômago ou duodeno.

### 6.5. Ingestão de substância cáustica

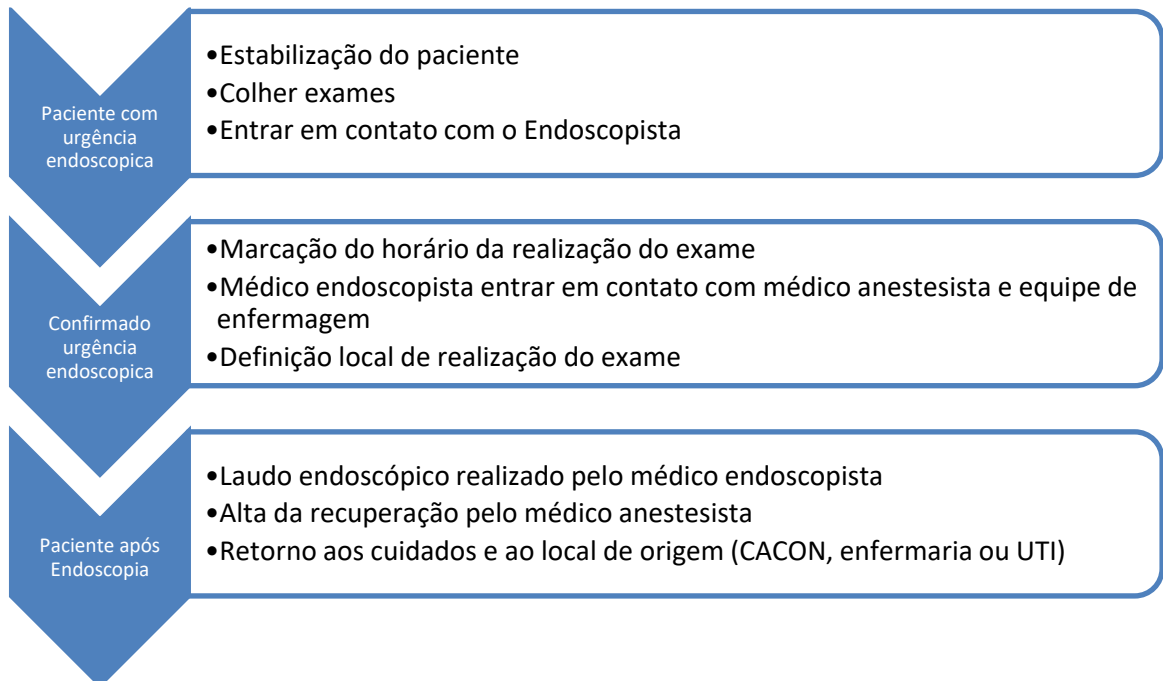
a) A endoscopia deve ser idealmente realizada nas primeiras 24h após a ingestão, podendo ser realizada em até 48 horas, conforme a avaliação clínica.

### 6.6. Impactação alimentar

a) A endoscopia deve ser realizada no prazo máximo de 24 horas após a impactação.

## 7. FLUXO DE PROCESSO

Figura 1 – Fluxograma do Manejo da Urgência Endoscópica



Fonte: Unidade de Diagnóstico por Imagem - HUPAA-Ufal/EBSERH, 2025.

## 8. REFERÊNCIAS

Blatchford O. et al. A risk score to predict need for treatment for uppergastrointestinalhaemorrhage.Lancet2000;356:1318–21

FRANCIS, R. et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension.Journal of Hepatology 2022 vol. 76 j 959–974.

GRALNEK IAM M et al. Endoscopic diagnosis and management esophagogastric variceal hemorrhage :European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022. Endoscopy 2022

GRALNEK IAM M et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal uppergastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Societyof Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy 2021; 53

Kim JS. Et al. Guidelines for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Gut Liver. 2020 Sep 15;14(5):560-570

Laine L. et al. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. Am J Gastroenterol 2021;116:899–917

Management of ingested foreign bodies and food impactions. Guideline. Volume 73, No. 6 : 2011 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY.1085-1091

Mulady D.K. et al. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Therapies for NonVariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Expert Review. Gastroenterology 2020;159:1120–1128

RALNEK IAM M et al Diagnosis and management of nonvariceal uppergastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.. Endoscopy 2015; 47

Stanley A.J. and Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. BMJ 2019;364:l536

## 9. HISTÓRICO DEREVISÃO

Versão	Data	Responsável pela elaboração	Descrição da atualização
1	01/12/2025	Bianca Rosa Viana Freitas	Estabelece o Protocolo de Urgência e Emergência Endoscópica



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**10. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**

<b>Elaboração</b> Bianca Rosa Viana Freitas – Médica Endoscopista/ Responsável técnico Endoscopia, UDI	Data: 01/12/2025
<b>Análise</b> Valtuir Barbosa Felix - Chefe de Divisão, DADT  Marianna Tavares Tomaz Oliveira - Chefe de Setor, STDT	Data: 01/12/2025
<b>Validação técnica</b> Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, UVS	Data: 01/12/2025
<b>Validação de forma</b> Vilma Queiroz Siqueira – Chefe de Unidade, UGQSP	Data: 01/12/2025
<b>Aprovação</b> Elisangela Cristina Albuquerque de Sousa - Gerente de Atenção à Saúde	Data: 01/12/2025

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL**

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

## ANEXOS

## ANEXO A - Escore de Glasgow–Blatchford (EGB)

Risk factors at presentation	Threshold	Score
Blood urea nitrogen (mmol/l)	6.5–7.9	2
	8.0–9.9	3
	10.0–24.9	4
	≥25.0	6
Hemoglobin for men (g/l)	120–130	1
	100–119	3
	<100	6
Hemoglobin for women (g/l)	100–120	1
	<100	6
Systolic blood pressure (mmHg)	100–109	1
	90–99	2
	<90	3
Heart rate (bpm)	>100	1
Melena	Present	1
Syncope	Present	2
Hepatic disease	Present	2
Cardiac failure	Present	2

Total score (0–23). Patients with scores >0 are considered to be at high risk. Permission obtained from Elsevier Ltd © Blatchford, O. *et al. Lancet* **356**, 1318–1321 (2000).

Fonte: RALNEK IAM M et al. Diagnosis and management of nonvariceal uppergastrointestinal hemorrhage. 2015.  
Disponível em: [https://www.researchgate.net/figure/Glasgow-Blatchford-score-assessment-criteria\\_tbl1\\_221734465](https://www.researchgate.net/figure/Glasgow-Blatchford-score-assessment-criteria_tbl1_221734465)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS