

Protocolo Clínico e de Regulação de Acesso e de Preparo para Endoscopia Digestiva

6

Rafael Kemp
Suzeidi Bernardo Castanheira
Orlando de Castro e Silva Jr
José Sebastião dos Santos

HISTÓRIA DA ENDOSCOPIA

O termo endoscopia é derivado do grego *endo* (dentro) e *skopein* (visão ou observação). A exploração visual dos orifícios naturais data das eras egípcia e greco-romana por meio de espéculos para inspeção vaginal e anal.

Em 1868, Adolf Kussmaul, foi o primeiro a alcançar a cavidade gástrica utilizando-se de um tubo rígido com fonte de luz originária de espelhos, no entanto a iluminação era insatisfatória para a avaliação do interior do tubo digestivo.

O desenvolvimento da ciência da fibra ótica e sua associação com os endoscópios revolucionaram as possibilidades diagnósticas e posteriormente terapêuticas da endoscopia. Baseando-se nesta nova tecnologia, Basil Hirschowitz tornou público seu fibroscópio em 1957. Após três anos ele lançou no mercado o ACMI 4990, um fibroscópio flexível de visão lateral com iluminação mediante luz elétrica na porção distal, um canal para insuflação de ar e lentes com foco ajustável.

Phillip A. LoPresti, em 1964, modificou o ângulo de visão deste fibroscópio para oblíquo. Em 1971 este fibroscópio dispunha de 105 cm de comprimento, capacidade de deflexão de sua ponta em 180° nas quatro direções, permitindo a realização da pan-endoscopia (esôfago, estômago e duodeno).

A videoendoscopia ou endoscopia digital, amplamente utilizada nos dias atuais, foi introduzida em 1984 pela Welch Allyn Inc., substituindo-se o feixe de imagem da fibra ótica por um *chip* de computador sensível à luz ou um dispositivo de carga combinada, no qual a imagem era focada por pequenas lentes e seu sinal digital era transmitido a um processador gráfico que gravava uma imagem em um monitor de televisão.

A partir desta data a endoscopia atual sofreu grande avanço, não somente na resolução da imagem gerada pelo sistema endoscópico, mas também na flexibilidade, no diâmetro e na facilidade de seu manuseio, possibilitando a introdução da endoscopia digestiva na área terapêutica.

CENÁRIO ATUAL E SELEÇÃO DO EXAME ENDOSCÓPICO

A endoscopia digestiva alta e baixa, nos dias atuais, pode ter finalidade diagnóstica e terapêutica.

A endoscopia digestiva diagnóstica compreende: videoendoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia convencional, com ou sem biópsias, e os métodos avançados diagnósticos, como endoscopia de alta resolução, magnificação de imagem, *narrow-band imaging* (NBI) ou FICE (FUJI Intelligent Chromo Endoscopy), ultrassonografia endoscópica com ou sem biópsia por aspiração por agulha fina, espectroscopia de fluorescência e, futuramente, a endomicroscopia confocal a *laser*.

Os procedimentos endoscópicos mais frequentemente realizados são: tratamento de varizes de esôfago com escleroterapia ou ligadura elástica, gastrostomia endoscópica, diverticulectomia de Zenker, polipectomias, mucosectomias, ressecção endoscópica submucosa (ESD), dilatação de estenoses e colocação de prótese endoscópica, colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, drenagem de coleção abdominal por endoscopia ou ecoendoscopia e procedimentos biliopancreáticos por ultrassonografia endoscópica. Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery (NOTES) ainda trata-se de procedimento de caráter experimental e é realizado em alguns centros terciários.

No contexto de organizar o encaminhamento para o exame endoscópico pode-se selecionar os pacientes quanto à idade (endoscopia em pacientes pediátricos), à presença de comorbidades e seus efeitos gerais no estado de saúde (classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) – Tabela 6-1), além do suporte do local onde se realizará o procedimento.

A endoscopia atual incorporou diversos procedimentos terapêuticos, alguns complexos, como são as cirurgias endoscópicas e que requerem estrutura de apoio equivalente ao ambiente cirúrgico.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária por meio da Consulta Pública nº 30, de 17 de junho de 2011, propõe a regulamentação estrutural dos serviços

TABELA 6-1 Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA)

CLASSIFICAÇÃO	
DA ASA	DESCRIÇÃO
ASA I	Normal, saudável. Sem distúrbios fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos
ASA II	Com doença sistêmica leve. Sem comprometimento da atividade normal. A condição pode afetar a cirurgia ou anestesia
ASA III	Com doença sistêmica grave. Com comprometimento da atividade normal e com impacto sobre a anestesia e cirurgia
ASA IV	Com doença sistêmica grave, potencialmente letal. Com grande impacto sobre a anestesia e cirurgia
ASA V	Moribundo. Dificil sobrevivência por 24 h com ou sem operação
ASA VI	Paciente em morte encefálica

de endoscopia quanto à complexidade dos seus procedimentos e o nível de sedação exigido. Segundo essa proposta três modalidades de estabelecimentos para realização de endoscopia foram considerados:

- Unidade Tipo I: serviço de endoscopia, que realiza procedimentos, sem anestesia ou sob anestesia tópica;
- Unidade Tipo II: serviço de endoscopia, que realiza procedimentos sem anestesia, sob anestesia tópica ou com sedação consciente; e
- Unidade Tipo III: serviço de endoscopia, que realiza procedimentos sem anestesia ou sob qualquer tipo de sedação ou anestesia.

No entanto, até a transformação desta Consulta Pública em Resolução ou Portaria, as orientações da Resolução 1.886/2008 CFM (normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência) podem auxiliar a distribuição dos diversos tipos de procedimentos endoscópicos nos diferentes níveis de atenção à Saúde.

NORMAS MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE CONSULTÓRIOS MÉDICOS E DOS COMPLEXOS CIRÚRGICOS PARA PROCEDIMENTOS COM INTERNAÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA – Resolução 1.886/2008 CFM

Cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos clinicocirúrgicos (com exceção daqueles que acompanham os partos) que, pelo seu porte, dispensam o pernoite do paciente. Eventualmente o pernoite do paciente poderá ocorrer; sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 24 horas.

Classificação dos Estabelecimentos

UNIDADE TIPO I

É o consultório médico, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico, ou para diagnóstico, sob anestesia local, sem sedação, sem necessidade de internação.

UNIDADE TIPO II

- É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clinicocirúrgicos de pequeno e médio portes, com condições para internações de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade.
- Deverá contar com salas de recuperação ou de observação de pacientes.
- Realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio portes, sob anestesia locorregional (com exceção dos bloqueios subaracnóideo e peridural), com ou sem sedação.

- d. O pernoite, quando necessário, será feito em hospital de apoio.
- e. É obrigatório garantir a referência para um hospital de apoio.

UNIDADE TIPO III

- a. É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clinicocirúrgicos, com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade.
- b. Deverá contar com equipamentos de apoio e de infraestrutura adequados para o atendimento do paciente.
- c. Realiza cirurgias de pequeno e médio portes, sob anestesia locorregional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida.
- d. Corresponde a uma previsão de internação por, no máximo, 24 horas, podendo ocorrer alta antes deste período, a critério médico.
- e. A internação prolongada do paciente, quando necessária, deverá ser feita no hospital de apoio.
- f. Esta unidade obrigatoriamente terá que garantir a referência para um hospital de apoio.

UNIDADE TIPO IV

- a. É a unidade anexada a um hospital geral ou especializado que realiza procedimentos clinicocirúrgicos com internação de curta permanência em salas cirúrgicas da unidade ambulatorial, ou do centro cirúrgico do hospital, e que pode utilizar a estrutura de apoio do hospital (serviço de nutrição e dietética, centro de esterilização de material e lavanderia) e equipamentos de infraestrutura (central de gases, central de vácuo, central de ar comprimido, central de ar-condicionado, sistema de coleta de lixo, entre outros).
- b. Realiza cirurgias com anestesia locorregional com ou sem sedação e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida.
- c. Não está prevista a internação do paciente nesta unidade por mais de 24 horas. Nesse caso, a internação ocorrerá no hospital e somente na presença de complicações.

Critérios de Seleção dos Pacientes

- a. Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos a cirurgia/procedimento com internação de curta permanência são os classificados nas categorias ASA I e ASA II da American Society of Anesthesiologists.
- b. A extensão e a localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência.
- c. Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório.
- d. Nas unidades tipos II, III e IV o paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável.
- e. Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência é **contraindicada** quando:

- a. os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente;
- b. os procedimentos a serem realizados são extensos;
- c. há grande risco de sangramento ou outras perdas de volume que necessitem de reposição importante;
- d. há necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório;
- e. os procedimentos estão associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento.

A cirurgia/procedimento deverá ser suspensa se o paciente se apresentar ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo da intervenção cirúrgica e no retorno ao lar.

A cirurgia/procedimento também deverá ser suspensa se o estabelecimento não apresentar as condições exigidas, como, por exemplo: falta de luz, de material e roupa esterilizada; ausência de pessoal de enfermagem no centro cirúrgico ou outros fatores que possam colocar em risco a segurança do paciente.

ENCAMINHAMENTO PARA O EXAME ENDOSCÓPICO (Fluxograma 6-1)

Cenários Clínicos

Considerando o tipo de procedimento endoscópico, a idade e a condição clínica do paciente, podemos discriminar cinco cenários possíveis.

CENÁRIO I

Pacientes ASA I e II, adultos, que serão submetidos à endoscopia diagnóstica alta ou baixa. Tais pacientes podem ser encaminhados para uma unidade de cirurgia ambulatorial do tipo II, com estruturação para a realização de endoscopia digestiva.

CENÁRIO II

Pacientes ASA I e II, adultos, que serão submetidos à endoscopia terapêutica alta ou baixa. Devem-se referenciar estes pacientes para uma unidade de cirurgia ambulatorial do tipo III ou IV, com suporte para endoscopia, anestesia geral e hospital de apoio. Excetuam-se os procedimentos de drenagem endoscópica de coleção intra-abdominal, ESD e NOTES, os quais devem ser realizados em hospital terciário.

CENÁRIO III

Pacientes pediátricos, endoscopia diagnóstica, ASA I e II podem ser encaminhados para unidade ambulatorial do tipo IV com suporte para endoscopia digestiva.

CENÁRIO IV

Pacientes ASA III e IV, adultos, que serão submetidos à endoscopia diagnóstica ou terapêutica. Esses pacientes devem ser encaminhados para hospital de elevada complexidade que disponha de serviço de endoscopia digestiva.

CENÁRIO V

Pacientes pediátricos: endoscopia terapêutica ou ASA III e IV. Tais pacientes devem ser encaminhados para hospital de elevada complexidade que disponha de serviço de endoscopia digestiva.

Orientações Gerais

- a. A maioria dos exames é realizada com sedação endovenosa, salvo pela recusa do paciente ou pela identificação de contraindicações ao procedimento pelo endoscopista responsável. Por este motivo, os pacientes não poderão dirigir até que estejam completamente recuperados da sedação (em geral até o dia seguinte ao exame), devendo ser levados por acompanhante habilitado ou por transporte providenciado pela prefeitura.
- b. Os pacientes devem estar em jejum de pelo menos 12 horas para realização do exame de EDA.
- c. Antibioticoprofilaxia isolada previamente à endoscopia diagnóstica ou terapêutica não é recomendada, salvo pacientes de elevado risco* em curso de infecção do trato gastrointestinal na qual o enterococo possa fazer parte da flora bacteriana infectante (como colangite). O regime antibiótico deve ter espectro de ação para enterococo (amoxicilina ou ampicilina, ou vancomicina em caso de alergia aos anteriores).

* Próteses valvulares cardíacas, endocardite bacteriana prévia, valvulopatia em pacientes submetidos a transplante cardíaco, pacientes com cardiopatia congênita (cardiopatia cianótica, correção da cardiopatia com material protético em até 6 meses após o procedimento, defeitos residuais após correção).

- d. Antibioticoprofilaxia prévia a exames endoscópicos diagnósticos e terapêuticos não é recomendada para pacientes com próteses vasculares sintéticas (valvuladas e não valvuladas).
- e. Pacientes diabéticos **não** devem descontinuar o uso de suas medicações durante o preparo, fazendo isto apenas no dia do exame. A informação de que o paciente é diabético deve estar clara no encaminhamento do mesmo para que os cuidados contra episódios de hipoglicemia sejam tomados no período que antecede o exame.
- f. Os déficits cognitivos que impeçam a compreensão para a colaboração durante realização do exame devem ser discriminados no relatório de enca-

minhamento, pois o exame endoscópico, mesmo que exclusivamente para diagnóstico, será marcado em conjunto com a anestesia em dia preestabelecido.

ANTICOAGULAÇÃO E TERAPIA ANTIPLAQUETÁRIA

Agentes antitrombóticos incluem os antiplaquetários (ácido acetilsalicílico [AAS], tienopiridinas – clopidogrel – e inibidores do receptor das glicoproteínas IIb/IIIa) e anticoagulantes (varfarina, heparina e heparina de baixo peso molecular [HBPM]). A população em uso crônico de antitrombóticos apresenta maior incidência de sangramento gastrointestinal (SGI), bem como manejo particularizado no evento agudo e nos procedimentos endoscópicos diagnósticos e terapêuticos de rotina. Nos Estados Unidos da América 14,5% dos pacientes com SGI fazem uso de terapia antiplaquetária.

Previamente ao exame endoscópico, nessa população em particular, deve-se considerar: a urgência do procedimento, os riscos de sangramento relacionados com a terapia antitrombótica e o exame endoscópico e, ainda, probabilidade de evento tromboembólico na eventual interrupção da terapia anticoagulante. A discussão acerca deste tema contempla pesar a possibilidade de incremento na morbidade e mortalidade decorrentes da interrupção da anticoagulação no sangramento agudo ou sua manutenção no exame endoscópico de rotina. Para este fim devem-se discriminar o risco intrínseco de sangramento do procedimento endoscópico (Tabela 6-2) e a possibilidade de evento tromboembólico referente à condição do paciente (Tabelas 6-3 e 6-4). As possibilidades terapêuticas para a reversão da anticoagulação encontram-se na Tabela 6-5.

Duas situações distintas, referentes à urgência do exame endoscópico em pacientes recebendo terapia antitrombótica, podem ser discriminadas.

Procedimentos Eletivos – Neste cenário Podem-se Distinguir Três Possibilidades Clínicas

- a. procedimentos endoscópicos de baixo risco;
- b. procedimentos endoscópicos com alto risco de sangramento em pacientes com baixo risco de eventos tromboembólicos e;
- c. procedimentos endoscópicos com alto risco de sangramento em pacientes com risco elevado de eventos tromboembólicos.

A descrição do nível de evidência e grau de recomendação para esse cenário encontra-se na Tabela 6-6.

TABELA 6-2 Procedimentos endoscópicos estratificados segundo o risco de hemorragia*

ALTO RISCO	BAIXO RISCO
Polipectomias	Endoscopia diagnóstica alta ou baixa com ou sem biópsia
Esfincterotomia biliar ou pancreática	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica sem esfincterotomia
Ressecção mucosa ou submucosa por endoscopia	Ecoendoscopia sem PAAF
Dilatação endoscópica de estenoses do trato digestivo alto ou baixo	Enteroscopia diagnóstica com duplo balão
Enteroscopia terapêutica com duplo balão	Cápsula endoscópica
Hemostasia endoscópica	Colocação de <i>stents</i> sem dilatação
Tratamento de varizes esofágicas e gástricas	
Cistogastrostomia	
Ablação tumoral por qualquer técnica	
Gastrostomia endoscópica	
Ecoendoscopia com punção aspirativa com agulha fina (PAAF)	

* Modificada de "Table 3. Procedure risk for bleeding" em ASGE Standards of Practice Committee. Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* 2009 Dec; 70(6):1060-70.

TABELA 6-3 Estratificação do risco para eventos tromboembólicos*

CONDIÇÃO DE ALTO RISCO	CONDIÇÃO DE BAIXO RISCO
Prótese valvar metálica mitral	Prótese valvar metálica aórtica
Prótese valvar cardíaca e evento tromboembólico prévio	Prótese valvar cardíaca biológica
Colocação de <i>stent</i> coronariano há menos de 1 ano	Fibrilação atrial sem doença valvular
Síndrome coronariana aguda	Trombose venosa profunda
Intervenção coronariana percutânea sem colocação de <i>stent</i> após infarto do miocárdio	
Fibrilação atrial associada: doença de válvulas cardíaca, próteses valvulares, insuficiência cardíaca congestiva, fração de ejeção do ventrículo esquerdo < 35%, evento tromboembólico prévio, hipertensão, diabetes mellitus ou idade acima de 75 anos	

* Modificada de "Table 4 - Condition risk for thromboembolic event" em ASGE Standards of Practice Committee. Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* 2009 Dec; 70(6):1060-70.

TABELA 6-4 Estratificação do risco de interrupção do clopidogrel*

ALTO RISCO	BAIXO RISCO
Stent coronariano farmacológico nos primeiros 12 meses após a colocação	Cardiopatia isquêmica sem stent coronariano
Stent coronariano metálico no primeiro mês após a colocação	Doença cerebrovascular
	Doença vascular periférica

* Modificada de "Table 3 Risk stratification for discontinuation of clopidogrel" em Veitch AM, et al. Guidelines for the management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing endoscopic procedures. Gut 2008;57(9):1322-9.

TABELA 6-5 Reversão da terapia antitrombótica

DROGA	DURAÇÃO DA AÇÃO	AGENTE DE REVERSÃO
Varfarina	3-5 dias	Vitamina K, plasma fresco congelado, concentrado de complexo protrombínico, fator VIIa
AAS	10 dias	Infusão de plaquetas, desmopressina
Tienopiridinas (clopidogrel)	3-7 dias	Infusão de plaquetas, desmopressina
Heparina não fracionada	4-6 h	Sulfato de protamina
Heparina de baixo peso molecular	12-24 h	Sulfato de protamina
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa (abciximab)	Variável	Infusão de plaquetas, desmopressina, hemodiálise

Sulfato de protamina: 1 a 1,5 mg/100 U heparina; 1 mg/1mg de enoxaparina – velocidade máxima de infusão – 5 mg/min.

Fator VIIa: 90 mcg/kg a cada 2 horas até hemostasia.

Desmopressina: 0,3 mcg/kg Max: 20 mcg

Concentrado de complexo protrombínico: 15 -50 U/kg

Vitamina K: 1 -5 mg/dose até 10 mg/dose

Plasma fresco congelado: 15 – 20 ml/kg

- I. Pacientes em terapia antitrombótica temporária: é recomendado aguardar o término da anticoagulação, se possível, para a realização do exame endoscópico.
- II. AAS ou anti-inflamatórios não hormonais (AINHs) não necessitam ser descontinuados para os procedimentos endoscópicos. Tais medicamentos podem ser suspensos por cinco a sete dias previamente a exames endoscópicos de alto risco, por decisão clínica, dependendo da indicação da instituição da terapia antiplaquetária.

- III. Procedimentos eletivos em pacientes com *stent* vascular ou síndrome coronariana aguda devem ser postergados até que se complete o tempo mínimo recomendado de duração da terapia antitrombótica. Após este período é recomendado suspender o clopidogrel por sete a 10 dias antes do exame endoscópico e manter a aspirina nos pacientes em terapia combinada. A adição de AAS durante o período periendoscopia, mesmo em pacientes nos quais o clopidogrel foi suspenso, diminui os riscos de eventos tromboembólicos. A reintrodução do clopidogrel deve ser feita o mais breve possível, levando-se em conta o risco de sangramento do procedimento e a condição clínica de base do paciente. Nesta situação é aconselhável a decisão conjunta do cardiologista ou clínico do paciente com o endoscopista.
- IV. Não há evidência suficiente para contraindicar ou sugerir o uso profilático de cliques mecânicos na prevenção de sangramento em pacientes em terapia de anticoagulação após polipectomia endoscópica.
- V. É recomendado que gestantes com próteses valvares cardíacas mecânicas que serão submetidas a procedimentos endoscópicos eletivos tenham tais exames adiados até o puerpério, se possível. Caso contrário, HPBM ou heparina não fracionada deve ser considerada como ponte terapêutica para a realização do exame. Essa decisão deve ser tomada conjuntamente com o cardiologista e o obstetra.

TABELA 6-6 Descrição dos níveis de evidência e recomendação para terapia antitrombótica no exame endoscópico eletivo

GRAU DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO
Grau Ia	Metanálises de TRC*
Grau Ib	Pelo menos um TRC
Grau IIa	Ao menos um estudo controlado bem delineado sem randomização
Grau IIb	Ao menos um estudo experimental bem delineado
Grau III	Estudos descritivos, não experimentais, bem delineados
Grau IV	Opiniões de especialistas
GRAU DE RECOMENDAÇÃO	DESCRIÇÃO
Grau A	Ao menos um TRC
Grau B	Estudos clínicos bem conduzidos (IIa, IIb, III)
Grau C	Opiniões de autoridades, ausência de estudos clínicos de boa qualidade (IV)

PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO DE BAIXO RISCO (Fluxograma 6-2)

A anticoagulação ou terapia antiplaquetária não devem ser interrompidas. *Se a varfarina for continuada, o índice internacional normalizado (INR) ou o tempo de protrombina não deve exceder a faixa terapêutica.*

Checar o INR uma semana antes do exame endoscópico e, se dentro da faixa terapêutica, deve-se manter a dose diária de varfarina sem alterações.

Se o INR ou o tempo de protrombina estiver acima da faixa terapêutica, mas < 5 , deve-se reduzir a dose diariamente até que o INR retorne ao valor terapêutico.

Se $\text{INR} > 5$, o exame deve ser cancelado e o paciente encaminhado para o ambulatório de referência de anticoagulação.

(Grau de evidência IV. Recomendação Grau C)

PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO DE ALTO RISCO EM PACIENTE COM CONDIÇÃO DE BAIXO RISCO PARA INTERRUPÇÃO DA TERAPIA ANTICOAGULANTE (Fluxograma 6-3)

A varfarina deve ser temporariamente descontinuada

- interromper a varfarina cinco dias antes da endoscopia;
- INR prévio ao exame deve ser $< 1,5$;
- reintroduzir a varfarina na dose usual noturna no dia do exame;
- checar o INR uma semana após para assegurar anticoagulação adequada.

(Grau de evidência III. Recomendação Grau B)

Clopidogrel

- deve ser interrompido sete dias antes do procedimento;
- se o paciente estiver em uso de AAS, mantê-lo;
- se o paciente não estiver em uso de AAS, considerar a introdução do mesmo enquanto o clopidogrel for interrompido

(Grau de evidência IIb. Recomendação Grau B)

PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO DE ALTO RISCO EM PACIENTE COM CONDIÇÃO DE RISCO ELEVADO PARA INTERRUPÇÃO DA TERAPIA ANTICOAGULANTE (Fluxograma 6-3)

Varfarina

- a varfarina deve ser interrompida cinco dias antes do exame endoscópico;
- dois dias após a interrupção da varfarina deve-se iniciar dose terapêutica de HBPM;
- suspender a dose de HBPM no dia do procedimento endoscópico;

- a varfarina deve ser recomeçada no dia do procedimento à noite, na dose usual prévia ao exame;
- recomeçar a HBPM em dose terapêutica um dia após o exame endoscópico;
- deve-se continuar a HBPM até que o INR terapêutico seja alcançado.
- Informar o paciente do maior risco de sangramento após o procedimento em relação a pacientes sem terapia antitrombótica.
(*Grau de evidência III. Recomendação Grau B*)

Clopidogrel

- a terapia com clopidogrel só deve ser descontinuada após a discussão com o cardiologista do paciente.
- o exame endoscópico só deve ser realizado se for essencial:
 - pode-se interromper temporariamente o clopidogrel nas seguintes situações:
 - a. *stents* coronarianos de metal colocados há mais de um mês;
(*Grau de evidência III. Recomendação Grau B*)
 - b. *stents* coronarianos farmacológicos colocados há mais de 12 meses;
(*Grau de evidência III. Recomendação Grau B*)
 - c. *stents* coronarianos farmacológicos colocados há mais de 6 meses quando o procedimento for essencial (considerar risco-benefício do exame);
(*Grau de evidência IV. Recomendação Grau C*)
 - interromper o clopidogrel sete dias antes do procedimento;
 - terapia com AAS deve ser mantido ou introduzido;
 - reintroduzir o clopidogrel no dia, após o exame.

SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL AGUDO (HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA) NO PACIENTE RECEBENDO TERAPIA ANTITROMBÓTICA (Fluxograma 6-4)

Casos de hemorragia digestiva em pacientes que utilizam anticoagulantes e antiagregantes plaquetários são considerados situações de alto risco. Sabe-se que 5% dos pacientes que usam varfarina apresentam hemorragia digestiva alta. A decisão de interromper, reduzir ou reverter a terapia antitrombótica deve ser norteada pelos riscos de evento tromboembólico, os efeitos e a gravidade do sangramento.

As causas mais frequentes de sangramento gastrointestinal (SGI) nestes pacientes são: doença péptica ulcerosa e doença erosiva do esôfago, estômago e duodeno, enquanto o sangramento diverticular dos cólons é a principal causa de sangramento digestivo baixo.

De maneira geral, para sangramentos de grande volume recomendam-se a suspensão da varfarina e a administração de vitamina K 10 mg/dose intra-

venosa (IV) lenta, plasma fresco congelado (PFC), complexo protrombínico concentrado ou fator recombinante VIIa.

Em pacientes portadores de próteses valvulares mecânicas, altas doses de vitamina K (10 mg/dose) podem induzir a uma condição de hipercoagulação, a qual pode promover consequências catastróficas. Nestes pacientes é preferível o uso de baixas doses de vitamina K (1-2 mg/dose) com ou sem a associação de PFC. Para pacientes recebendo terapia antiplaquetária com sangramento gastrointestinal grave, recomenda-se a suspensão do antiplaquetário e/ou administração de plaquetas.

Endoscopia em Caráter de Urgência em Pacientes Portadores de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ou Colocação Recente de Stent Vascular

Aproximadamente 1% a 3% dos pacientes com SCA irão desenvolver SGI durante a internação, o que contribui para um aumento de quatro a sete vezes na mortalidade. A taxa geral de complicações relacionadas com EDA é de aproximadamente 1% a 2%, no entanto pode chegar a 12% quando realizada no mesmo dia do evento coronariano agudo.

A terapia endoscópica nesta situação parece ser mais necessária nos casos em que o SGI induziu ou contribuiu para o infarto agudo do miocárdio (IAM) do que naquele nos quais o SGI se desenvolveu durante o seu tratamento, mesmo se a EDA for realizada antes do cateterismo cardíaco. Outros fatores associados à necessidade do exame endoscópico incluem instabilidade hemodinâmica e hematêmese.

Pacientes que desenvolvem SGI no curso de SCA ou que recentemente receberam *stents* vasculares e estão em uso de medicações antitrombóticas, incluindo terapia antiplaquetária dupla e inibidores da glicoproteína IIb/IIIa, estão inclusos em uma classe de pacientes com risco elevado de eventos trombóticos, cuja consequência da suspensão da droga antitrombótica pode ser fatal.

Atualmente o conhecimento acumulado nesta situação não permite recomendações com forte evidência acerca da conduta em relação à manutenção ou suspensão destas medicações. Recomenda-se que a decisão de interrupção destes agentes seja tomada em conjunto com o cardiologista ou médico responsável pela anticoagulação do paciente.

Recomendações (Tabela 6-7)

- Pacientes com SGI agudo recebendo agentes antiplaquetários devem ter a medicação suspensa até que ocorra a hemostasia. A administração de plaquetas pode ser necessária em sangramentos graves. *Nos casos de sangramento*

TABELA 6-7 Qualidade e grau da evidência

QUALIDADE DA EVIDÊNCIA	GRAU DE EVIDÊNCIA	DEFINIÇÃO
Alta qualidade	1	Futuras pesquisas muito provavelmente não irão alterar o grau de confiança na recomendação
Qualidade moderada	2	Pesquisas futuras podem alterar o grau de confiança ou mudar a recomendação
Qualidade baixa	3	Muito provavelmente as pesquisas futuras irão influenciar ou alterar as recomendações
Qualidade muito baixa	4	Qualquer estimativa do efeito da recomendação é incerta

após inserção de stent vascular (< 1 ano) e/ou SCA, deve-se consultar um cardiologista previamente à suspensão das medicações.

(Grau de evidência 3)

- Pacientes com SGI agudo recebendo terapia anticoagulante devem ter a medicação suspensa até que seja obtida a hemostasia. O uso de PFC, complexo protrombínico e/ou vitamina K deve ser individualizado. Sulfato de protamina só deve ser utilizado em sangramentos graves. *Nos casos de sangramento após inserção de stent vascular (< 1 ano) e/ou SCA, deve-se consultar um cardiologista previamente à suspensão das medicações.*

(Grau de evidência 3)

- Pacientes recebendo varfarina com INR supratrapêutico devem ter a anticoagulação corrigida para nível terapêutico (INR: 1,5-2,5), no entanto o nível ideal de INR para que a terapia endoscópica seja eficaz e segura ainda não foi definido.

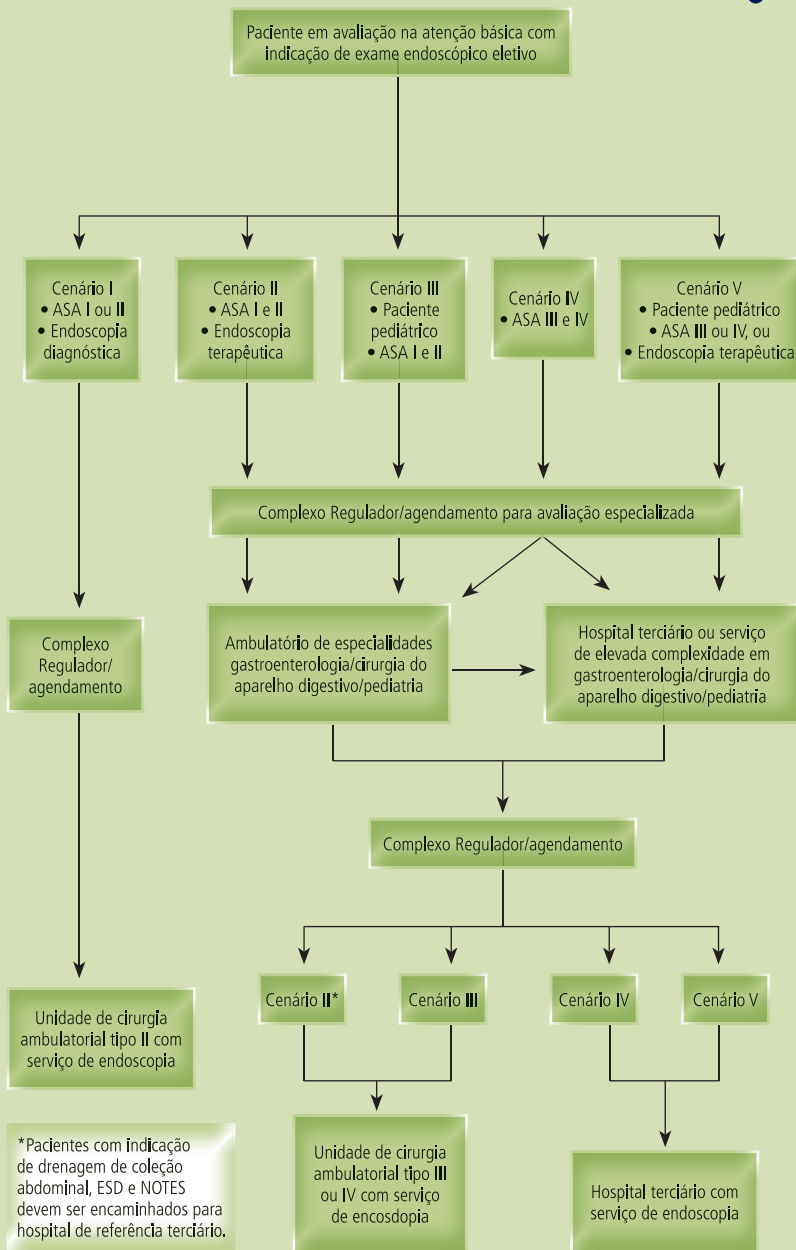
(Grau de evidência 2)

- O tempo de retorno da anticoagulação deve ser individualizado. Suspensão do AAS por três a cinco dias em comparação com 30 dias demonstrou maiores taxas de ressangramento (19% vs. 11%) e menor índice de mortalidade aos dois meses (1,7% vs. 14,5%). A interrupção da varfarina por quatro a 15 dias foi associada a baixos índices de eventos tromboembólicos em dois estudos (1/27 pacientes e 0/28 pacientes). Quando for necessário o rápido retorno da anticoagulação, ou se o paciente apresenta estigmas endoscópicos de alto risco de ressangramento, é indicado o uso de heparina não fracionada endovenosa (EV) devido ao seu tempo relativamente curto de meia-vida.

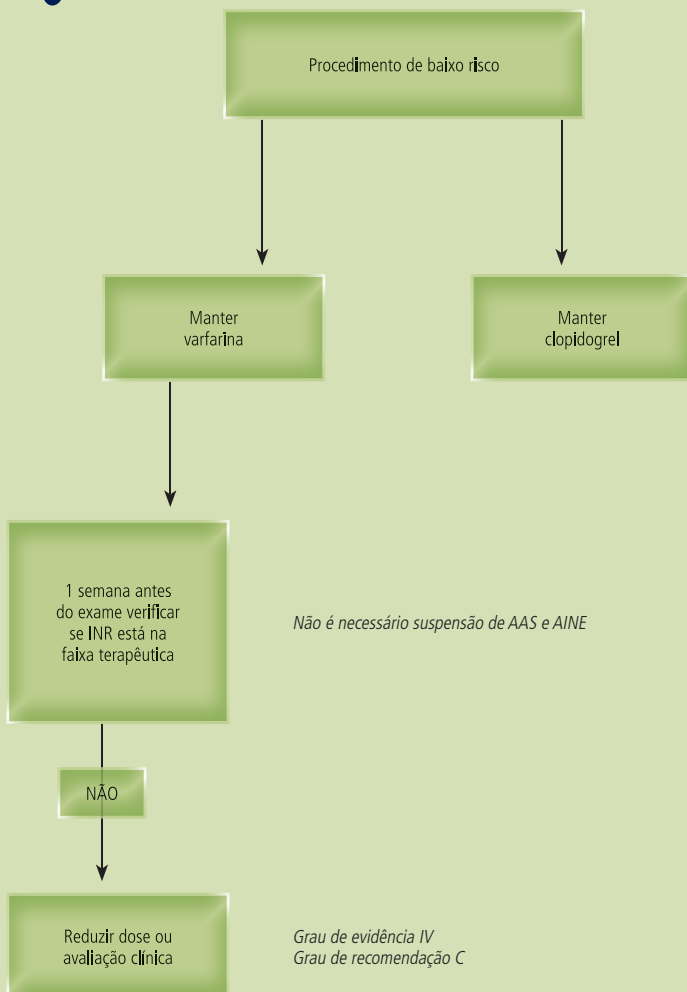
(Grau de evidência 3)

BIBLIOGRAFIA

- Achord JL. The History of gastrointestinal endoscopy. In: Ginsberg GG, Kochman ML, Norton I, Gostout CJ, editors. Clinical gastrointestinal endoscopy. Philadelphia: Elsevier; 2005. p. 3-12.
- Allison MC, Sandoe JA, Tighe R, Simpson IA, Hall RJ, Elliott TS, et al. Antibiotic prophylaxis in gastrointestinal endoscopy. *Gut*. 2009 Jun;58(6):869-80.
- ASGE Standards of Practice Committee. Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc*. 2009 Dec;70(6):1060-70.
- ASGE Standards of Practice Committee, Banerjee S, Shen B, Baron TH, Nelson DB, Anderson MA, et al. Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2008 May;67(6):791-8.
- Kassen B, Abdul-Baki H, El Haji II, Hashash JG, Green PH. Gastrointestinal bleeding in the setting of anticoagulation and antiplatelet therapy. *J Clin Gastroenterol*. 2009;43:5-12.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM No 1.886/2008. Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 21 novembro 2008. Consulta Pública nº 30, de 17 de junho de 2011. www.anvisa.gov.br
- Rolfe S, Papadopoulos S, Cabral KP. Controversies of anticoagulation reversal in life-threatening bleeds. *J Pharm Pract*. 2010;23(3):217-25.
- Veitch AM, Baglin TP, Gershlick AH, Harnden SM, Tighe R, Cairns S, et al. Guidelines for the management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing endoscopic procedures. *Gut* 2008;57(9):1322-9.
- Yachimski P, Hur C. Upper endoscopy in patients with acute myocardial infarction and upper gastrointestinal bleeding: results of a decision analysis. *Dig Dis Sci*. 2009;54:701-11.

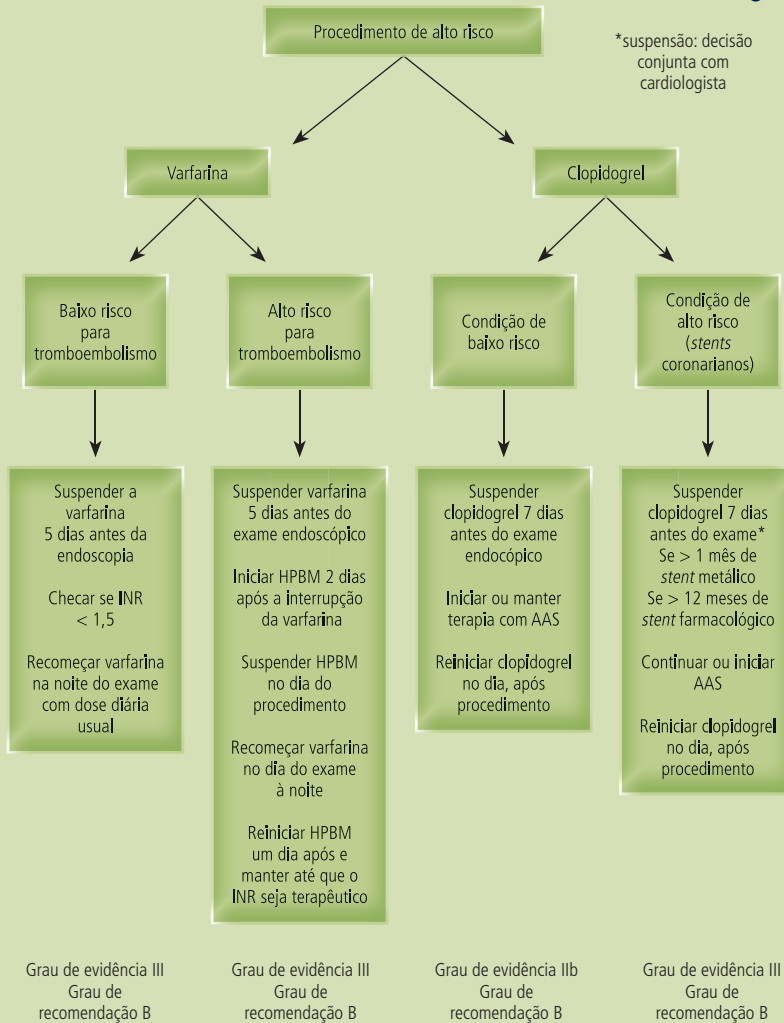


Fluxograma 6-1 Encaminhamento para o exame endoscópico eletivo diagnóstico e terapêutico, a partir da atenção básica. ASA - American Society of Anesthesiologists.



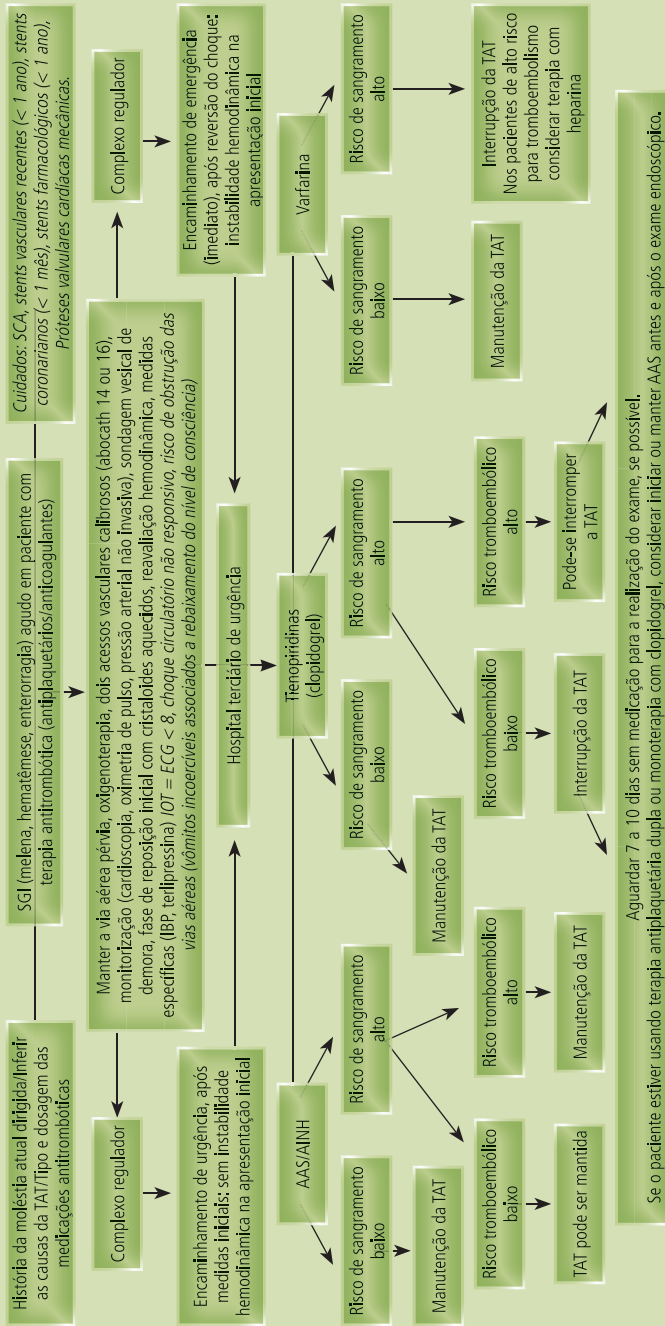
*Modificada de "Figure 1. Guidelines for the management of patients on warfarin or clopidogrel undergoing endoscopic procedures" em Veitch AM, et al. Guidelines for the management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing endoscopic procedures. Gut 2008;57(9):1322-9.

Fluxograma 6-2 Algoritmo para manejo do exame endoscópico eletivo de baixo risco no paciente recebendo terapia antitrombótica*. INR - Índice Internacional Normalizado ou Tempo de Protrombina, AAS -Ácido Acetilsalicílico e AINE-Analgésico Anti-inflamatório Não Esteroidal.



*Modificada de "Figure 1. Guidelines for the management of patients on warfarin or clopidogrel undergoing endoscopic procedures" em Veitch AM, et al. Guidelines for the management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing endoscopic procedures. Gut 2008;57(9):1322-9

Fluxograma 6-3 Algoritmo para manejo do exame endoscópico eletivo de alto risco de sangramento no paciente recebendo terapia antitrombótica. INR - Índice Internacional Normalizado ou Tempo de Protrombina, HPBM - Heparina de Baixo Peso Molecular e AAS - Ácido Acetilsalicílico.



SGI – Sangramento gastrointestinal; TAT – Terapia antitrombótica; AAS – Ácido acetilsalicílico; AINH – Anti-Inflamatório não hormonal; ECG – Escala de coma de Glasgow; IBP – Inibidor de bomba de prótons; IOT – Intubação orotraqueal; SCA – Síndrome coronariana aguda.
 Modificado de "Figure 2. Management of antithrombotic agents in the urgent endoscopic setting." ASGE Standards of Practice Committee. Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. *Gastrointestinal endoscopy*. 2009; 70 (6): 1060-70.

Fluxograma 6-4 Encaminhamento e manejo do paciente com SGI agudo em vigência de terapia antitrombótica.

