Hemorragia Digestiva Alta Varicosa em Cirróticos: Terlipressina e Profilaxia de PBE — Interpretação Laboratorial e Rastreio de Toxicidade (Dia 0112)

Por Cristiano Ricardo · Publicado em 08/06/2026

Análise clínica e farmacoterapêutica do Dr. Cristiano Ricardo sobre Hemorragia Digestiva Alta Varicosa em Cirróticos: Terlipressina e Profilaxia de PBE. Foco em Gastroenterologia & Hepatologia Clínica e Farmacoterapia Hospitalar & Cuidado Farmacêutico: avaliação de prescrição, interpretação de exames laboratoriais (Hb: 6,8 g/dL; Plaquetas: 54.000/mcL; INR: 2,1; Bilirrubina total: 4,2 mg/dL; Creatinina: 1,6 mg/dL.), identificação do erro/risco potencial e conduta farmacêutica resolutiva baseada e

Versão online e eventuais atualizações:
https://professor.cristianoricardo.com/post/clinica-farmaceutica-dia-0112-hemorragia-digestiva-alta-varicosa-em-cirroticos-terlipressina-

Gastroenterologia & Hepatologia Clínica · Farmacoterapia Hospitalar & Cuidado Farmacêutico

Hemorragia Digestiva Alta Varicosa em Cirróticos: Terlipressina e Profilaxia de PBE — Caso Clínico #0112

Diretriz Pedagógica de Cuidado Farmacêutico · Dr. Cristiano Ricardo · Publicação de 08/06/2026

A presente lição clínica integra o programa diário de capacitação e prática farmacêutica avançada do Dr. Cristiano Ricardo.
Sob o tema Hemorragia Digestiva Alta Varicosa em Cirróticos: Terlipressina e Profilaxia de PBE, abordamos a tomada de decisão clínica à beira do leito hospitalar e no consultório, unindo o raciocínio fisiopatológico às evidências farmacológicas modernas e à legislação profissional vigente.

Enquadramento Regulatório & Deontologia: Esta conduta farmacêutica fundamenta-se na Resolução CFF nº 585/2013, Protocolo de Hemorragia Digestiva Alta e Cirrose, assegurando autonomia técnica, responsabilidade sanitária e prevenção ativa de iatrogenias medicamentosas.

1. Apresentação do Caso Clínico & Anamnese Farmacêutica

Perfil do Paciente e Admissão: Homem de 54 anos portador de cirrose hepática Child-Pugh C admitido em emergência com hematêmese volumosa por ruptura de varizes esofágicas.

Prescrição Médica Auditada: Omeprazol 80mg bolus seguido de 8 mg/h contínuo; Propranolol

40mg 12/12h mantido; sem antimicrobiano prescrito.

2. Interpretação Farmacêutica de Resultados Clínicos e Laboratoriais

O farmacêutico deve correlacionar imediatamente a farmacocinética dos medicamentos prescritos aos parâmetros bioquímicos e hematológicos do paciente:

• Achados Laboratoriais Críticos: Hb: 6,8 g/dL; Plaquetas: 54.000/mcL; INR: 2,1; Bilirrubina total: 4,2 mg/dL; Creatinina: 1,6 mg/dL.

• Risco Terapêutico Detectado na Prescrição: Manter betabloqueador (propranolol) durante a hemorragia ativa agrava a hipotensão e o colapso hemodinâmico. A omissão de antibioticoterapia profilática aumenta em cinco vezes a mortalidade e o risco de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE).

• Substâncias e Alvos Envolvidos: Terlipressina / Octreotide + Ceftriaxona + Omeprazol

3. Avaliação Crítica da Prescrição & Racional Fisiopatológico

A antibioticoprofilaxia na HDA em pacientes cirróticos reduz mortalidade global em ensaios clínicos randomizados. O farmacêutico clínico atua assegurando que todo cirrótico com sangramento digestivo receba ceftriaxona no momento da admissão, evitando sepse bacteriana e falência hepatorrenal.

4. Intervenção Farmacêutica Estruturada & Plano de Cuidado

Conduta Farmacêutica Adotada (Método SOAP / Dáder / PCNE):

Suspensão imediata do Propranolol; início precoce de Terlipressina 2mg IV bolus a cada 4 horas (vasoconstritor esplâncnico para redução de pressão portal) ou Octreotide; introdução de Ceftriaxona 1g IV 1x/dia por 7 dias para profilaxia mandatória de translocação bacteriana e infecções graves.

5. Perólas Clínicas e Recomendações para a Prática Diária

• Documentação em Prontuário: Registre formalmente toda intervenção farmacêutica utilizando a metodologia SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), resguardando a equipe e conferindo rastreabilidade sanitária.

• Comunicação Interprofissional Efetiva: Ao sugerir ajustes posológicos ao médico assistente, apresente o racional fisiopatológico, o risco toxicodinâmico documentado e a proposta alternativa concreta pronta para validação.

• Engajamento do Paciente (Teach-Back): Em ambiente ambulatorial, certifique-se de que o

paciente ou cuidador compreendeu os horários, interações com alimentos e sinais precoces de alarme que exigem pronto-socorro.

Dr. Cristiano Ricardo

Farmacêutico Clínico e Hospitalar · Especialista em Farmacoterapia & Cuidado Farmacêutico

© 2026 Cristiano Ricardo · professor.cristianoricardo.com