

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Paulo Oliveira Braga

Residente de Clínica Médica



**Prefeitura de
Volta Redonda**

Com o povo Honestidade e Competência

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



HDA – Introdução

- Sangramento intraluminal que ocorre entre o esôfago sup. e o ligamento de Treitz.
- Exteriorização de hematêmese, melena ou hematoquezia.
- Expressivas taxas de morbidade e mortalidade.
- HDA varicosa
- HDA não varicosa

HDA - Epidemiologia

- Ônus elevado para o Sist. Saúde;
- Incidência anual de 50-150/100.000 hab.;
- Ocorre mais em Homens 2:1;
- Áreas de menor desenvolvimento econômico;
- Taxa de mortalidade entre 5-10%;



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

HDA – Etiologia

■ Doença Ulcerosa Péptica

- Maior causa de HDA (38%);
- Mortalidade de até 36% - Alta recorrência;
- Fatores de Risco envolvidos: AINES/ H. pylori/ Estresse.

■ Esofagite Erosiva

- 2ª causa mais comum de HDA não varicosa.

■ S. Mallory Weiss

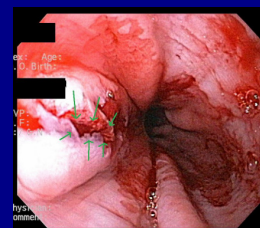
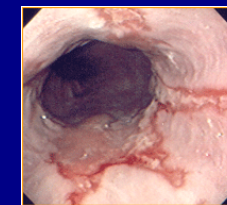
- Alcoolistas e Gestantes – Vômitos excessivos.

■ Angiodisplasia do TGI alto

- HDA insidiosa – Anemia ferropriva.

■ Lesão de Dieulafoy

■ Neoplasias



HDA – Etiologia

■ Varizes gastroesofágicas

- Resistência ao fluxo portal, associado ao aumento primário do tônus vascular hepático;
- Formação de vasos colaterais porto-sistêmicos;
- Freq. De 90% em pacientes cirróticos.



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

HDA – Etiologia

Frequencia	Causas
Mais comuns	- Ulcera gástrica
	- Ulcera duodenal
	- Varizes de esôfago
	- Esofagite erosiva
	- Laceração de Mallory-Weiss
Menos comuns	- Erosão gástrica/gastropatia
	- Gastropatia por hipertensão portal
	- Câncer
	- Varizes gástricas
	- Lesão de Dieulafoy
	- Telangectasias
- Ectasia vascular gástrica	
Raras	- Duodenite erosiva
	- Ulcera esofágica
	- Fístula aorto-entérica
	- Hemobilia
	- Doença de Crohn



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



HDA – Quadro Clínico

- Hematêmese;
- Melena;
- Hematoquezia (14%);
- Dor Abdominal;
- Dispepsia;
- Vômitos;
- Sinais de Hipovolemia.



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

HDA – Classificação de Gravidade

■ Baixo Risco

- Perda < 20% da volemia (1000ml);
- Não há alterações hemodinâmicas significativas;
- Tratamento em UI ou enfermarias.

■ Alto Risco

- Perda > 20% da volemia;
- Alterações hemodinâmicas
- Internação em UTI.



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

HDA – Diagnóstico

■ 1ª ETAPA – Confirmar HDA

- Hematêmese/Melena;
- Descartar falsas hemorragias;
- Descartar hemorragias de outros focos.

■ 2ª ETAPA – Avaliar Perdas Sanguíneas

- Perdas exteriorizadas/Sinais vitais e Hto.;
- Pode-se usar SNG;

■ 3ª ETAPA – Localizar o Foco de Sangramento

- Exames complementares.

Magnitude da perda	Pressão arterial	Pulso	Perda
Pequena (20%)	Deitado: Normal	Deitado: Normal	< 1000 ml
	Em pé: diminui 14 mmHg	Em pé: aumenta 20 bpm	
Moderada (20 a 40%)	90 a 100 mmHg	100-120 bpm	1000 – 2000 ml
Maciça (>40%)	< 90 mmHg	> 120 bpm	> 2000 ml



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



HDA – Ex. Complementares

■ Endoscopia Digestiva Alta

- Melhor método diagnóstico;
- Tratamento imediato da HDA;
- Baixa morbidade;
- Realização precoce;
- “Second look”;

■ Cintilografia

- Hemácias marcadas com Tecnécio;
- Identifica o provável foco de sangramento (Taxas baixas - $< 0,1\text{ml/min}$);
- Baixa sensibilidade com acurácia de 80% na identificação da fonte.

■ Arteriografia

- Rápida localização;
- Potencial terapêutico quando taxa de sangramento $> 0,5\text{ml/min}$;
- EDA não conclusiva.



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



HDA – Abordagem Inicial

■ Anamnese

- Características da Hemorragia;
- Sintomas Associados;
- Uso de medicamentos;
- HPP.

■ Exame Físico

- Poucos sinais específicos;
- Exame de nariz e orofaringe;
- Sinais de Cirrose/Hipertensão Portal;
- Toque retal.

■ Avaliação Laboratorial Inicial

■ Ressucitação Hídrica

- Ringer Lactato;
- Concentrado de Hemácias / Plasma Fresco Congelado
- Monitorização central / Débito urinário



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

HDA – Tratamento Específico

■ HDA Não Varicosa

- Bloqueadores H2 e Inibidores da bomba de prótons;

Omeprazol /Pantoprazol – bolus de 80mg seguido por 8mg/h por 72h

Ranitidina – bolus de 50mg seguido de 50mg EV 8/8h

- Análogos da Somatostatina;

Somatostatina – bolus de 250mcg seguido por infusão contínua de 250-500mcg

Octreotide / Vapreotide– bolus de 50mcg seguido de 50mcg/h EV em BIC

- Terapia Endoscópica;

Classificação de Forrest

Ia – Sangramento importante

Ib – Sangramento menor (babando)

IIa – Vaso visível não sangrante

IIb – Úlcera com coágulo aderido

IIc – Úlcera com manchas de hematina

III – Úlcera com base limpa



Terapia Endoscópica Imediata



S/ Indicação para terapia hemostática



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



HDA – Tratamento Específico

- HDA Não Varicosa
 - Ressangramento (Escore de Rockall)

Variáveis	Pontuação			
	0	1	2	3
Idade	<60	60-79	80	-
Estado da volemia	não	Pulso > 100bpm	PA < 100 mmHg	-
Doenças associadas	-	-	ICC, insuficiência coronariana. Outras doenças graves	Insuficiência renal ou hepática, carcinomatose
Diagnóstico	Mallory-Weiss, sem estigma, sem lesões	Todos os outros diagnósticos	Câncer gastrointestinal	-
Estigma endoscópico	Ausente ou coágulo plano	-	Sangue no trato gastrointestinal alto; coágulo aderido, vaso visível ou sangramento ativo	-

Pontuação	Número de pacientes	Ressangramento	Mortalidade em pacientes com ressangramento	Mortalidade em geral
<2	30%	4,3%	0%	0,1%
3-5	48%	14%	2,5%	4,6%
6-8	22%	37%	14%	22%

HDA – Tratamento Específico

■ HDA Não Varicosa

- Tratamento cirúrgico

Pacientes sem sucesso no tratamento endoscópico;

Necessidade de mais de 6 unid. de concentrado de hemácias;

Úlceras de difícil acesso endoscópico;

Úlceras com hemorragia maciça de vaso calibroso localizada na parede posterior da 1ª porção duodenal ou na peq. curvatura gástrica;

Úlceras profundas ou calosas.

- *H. pylori*

É recomendada a erradicação da bactéria em pacientes com úlcera associada.

HDA – Tratamento Específico

■ HDA Varicosa

- Medidas Gerais
- Análogos da Somatostatina
- Análogos da Vasopressina

Vasopressina – Infusão EV, em torno de 0,4 UI/min

Terlipressina – 1 a 2 mg EV em bolus 4/4h ou 6/6h

- Profilaxia para PBE

Norfloxacino 400mg VO 12/12h por 7 dias

- Tratamento Endoscópico

Ligadura Elástica

Escleroterapia



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



HDA – Tratamento Específico

■ HDA Varicosa

- Tamponamento com Balão

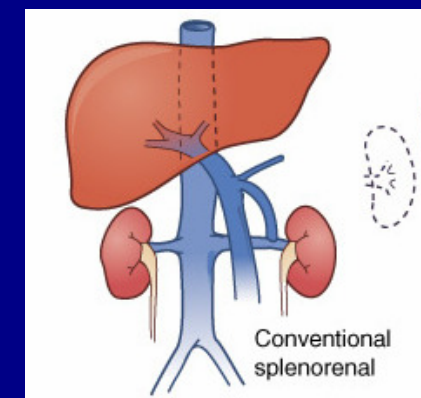
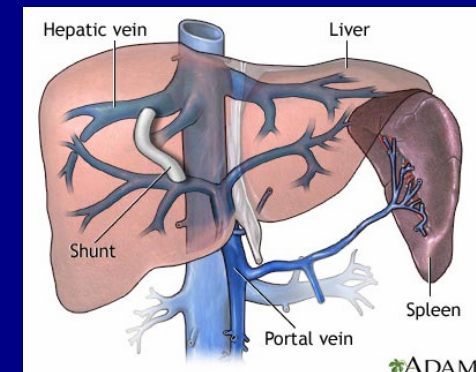
Controle do sangramento quando a terapia definitiva será realizada post. ou não está disponível;
Tubo de Sengstaken-Blakemore / Tubo de Minnesota;
Tubo de Linton;
Alta recorrência.

- TIPS

Stent metálico expansível entre as veias hepáticas e a veia porta;
Descomprime o sistema portal.

- Cirurgia de Warren (esplenorrenal distal)

Pacientes com boa reserva hepática;
Qnd: Terapia endoscópica nem farmacológica forem bem-sucedidas
Seguimento difícil
Comorbidades associadas



HDA – Conclusão

- - O manejo inicial de pacientes com HDA consiste na classificação do risco do paciente e na estabilização do mesmo com a ressuscitação volêmica.
- - Pacientes de alto risco são aqueles com hematêmese, instabilidade hemodinâmica, coagulopatia, insuficiência renal, idosos, e com múltiplas co-morbidades. Esses pacientes requerem monitorização intensiva.
- - Terapia antissecreatória com IBPs é recomendada para pacientes com sangramento causado por úlceras pépticas, ou naqueles em que há suspeita de sangramento por úlcera cuja endoscopia não pode ser realizada.
- - Uso de eritromicina antes da EDA melhora a visualização da mucosa.
- - Somatostatina e octreotide podem reduzir o risco de ressangramento e a necessidade de cirurgia, mas devem ser usadas em conjunto com terapia endoscópica e IBPs.
- - EDA é efetiva no diagnóstico e tratamento da HDA.
- - Pacientes com úlcera péptica devem ser testados e tratados para *H. pylori*.
- - Sangramento de varizes esofágicas e gástricas é uma causa comum de morbidade e mortalidade em pacientes com hipertensão portal.
- - Pacientes com cirrose e hipertensão portal, porém sem HDA, devem passar por screening com EDA e tratamento com betabloqueador se for identificadas varizes.
- - Ligadura endoscópica das varizes é efetiva como profilaxia, mas na maioria dos casos deve ser reservada para pacientes que não toleram profilaxia com betabloqueadores.

HDB – Definição e Incidência

- Sangramento digestivo proveniente de sítio localizado entre o ângulo de Treitz e o ânus.
- Pode se manifestar na forma de sangramento oculto, melena, hematoquezia e enterorragia.
- Fonte mais comum: Cólon (95-97%).
- Incidência de HDB aumenta com a idade (diverticulose e angiodisplasia).
- Taxa de mortalidade de HDB maciças: 10-15%



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL

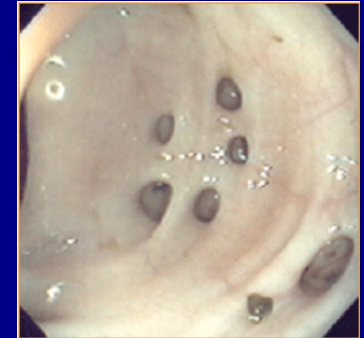


Com o povo Honestidade e Competência

HDB – Etiologia

■ Diverticulose

- Fonte mais comum de HDB – 40-50% dos casos;
- Uso de AINES aumenta o risco;
- Trauma estercoral;
- Hemorragia cessa espontaneamente em 90% dos casos;
- Recorrência aumenta com o passar dos anos.



■ Angiodisplasias (Telangectasias, ectasias vasc., angiomas, MAV)

- Vasos ectasiados na submucosa do TGI;
- Responsável por 3-20% das HDB agudas;
- Incidência maior no Cólon direito;
- Associação com idade avançada, IRC, estenose Ao, cirrose hepática, DPOC.



■ Neoplasias

- Qualquer tumor pode levar a HDB;
- Adenocarcinoma é o maior causador de HDB de origem neoplásica;



HDB – Etiologia

■ Divertículo de Meckel

- Obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico ou vitelino;
- Causa mais frequente de HDB significativa na criança;
- Maioria dos pacientes com DM são assintomáticos.

■ Condições inflamatórias

- 20% dos casos de HDB;
- HDB raramente é o sinal de apresentação, aparecendo no curso da doença;
- Maioria dos episódios cessa espontaneamente ou com tratamento direcionado a sua causa;
- RCU presente em 8% dos pacientes com hematoquezia;
- Uso de AINES – lesões ulceradas na mucosa, jejuno e íleo;
- Causas infecciosas E. coli, S. tify, CMV, C. difficile.
- Pacientes imunodeprimidos ou com SIDA – CMV, Sarcoma de Kaposi, histoplasmose, fístulas e fissuras perianais.



HDB – Etiologia

■ Causas vasculares

- Principalmente em idosos portadores de comorbidades, submetidos a algum trauma com repercussão hemodinâmica.
- Colopatia isquêmica com ulceração de mucosa e friabilidade – Dor abdominal aguda e sepse.
- Isquemia Mesentérica aguda – Episódio de hematoquezia + dor abdominal grave em paciente com doença vascular preexistente, risco de embolia arterial ou hipercoagulabilidade.

■ Hemorróidas

- Presentes em mais de 50% dos pacientes com HDB, porém somente em 2% a hemorragia pode ser atribuída a essas lesões;
- Deve-se investigar o paciente visando outra fonte de sangramento;
- Pacientes com hipertensão portal podem desenvolver hemorragias maciças por hemorróidas.



HDB – Quadro Clínico

- Hematoquezia;
- Enterorragia;
- Melena (20%);
- Dor Abdominal;
- Anemia crônica;
- Sinais de Hipovolemia.



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

HDB – Abordagem Diagnóstica e Manejo inicial

■ Avaliação Inicial

- Determinar a fonte potencial da HDB e a gravidade;

Dor abdominal + Diarréia + Febre + HDB

Doença Vascular + Instab. Hemodinâmica + HDB

Cirurgia Aórtica + HDB

Uso de AINES + HDB

- Historia:

Etilistas/Hepatites/Esquistossomose/Insuf. Hepática/ Hipert. Portal → HDA ou mais raramente HDB.

Radioterapia pélvica + HDB

História Familiar de DII ou Síndromes Polipóides + HDB

Obstrução Intestinal + HDB

Menores de 30 anos e HDB



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

HDB – Abordagem Diagnóstica e Manejo inicial

■ Ressuscitação Hídrica

- Mensuração da perda sanguínea
- Iniciar a reposição volêmica estimada

Ringer Lactato;

Concentrado de Hemácias

Plasma Fresco Congelado

- Monitorização central
- Débito urinário



Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



HDB – Abordagem Diagnóstica e Manejo inicial

■ Exame Físico

- Identificação de cicatrizes de incisões abdominais prévias;
- Presença de massas abdominais;
- Lesões cutâneas/orais;
- Exame retal

Cor do conteúdo retal

Presença de fezes

Presença de coágulos

Presença de sangue vivo

- Anuscopia

Visualização de hemorróidas de fissuras

- Toque retal



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

HDB – Exames Complementares

■ Colonoscopia

- Melhor método no PS;
- Deve ser realizada precocemente;
- Alta sensibilidade;
- Possibilidade Terapêutica.

■ Retossigmoidoscopia

- Avalia até 25cm da borda anal (rígida) e 60 cm (flexível);
- Uso discutível.

■ Cintilografia com eritrócitos marcados

- Hemácias marcadas com Tecnécio;
- Identifica o provável foco de sangramento (Taxas baixas - < 0,1ml/min);
- Baixa sensibilidade com acurácia de 80% na identificação da fonte.

HDB – Exames Complementares

■ Arteriografia

- Rápida localização;
- Potencial terapêutico quando taxa de sangramento $> 0,5\text{ml/min}$;
- Colonoscopia não conclusiva.



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

HDB – Tratamento Específico

■ Angiodisplasia

- Terapia com Sulf. Ferroso e transfusões de sangue intermitentes por 6 meses;
- Ablação endoscópica;
- Quando há sangramento ativo = Tratamento via Endoscópica + Vasopressina intra-arterial, embolização ou ressecção cirúrgica.
- Terapia hormonal (Estrogênio + Progesterona)

■ Diverticulose

- Interrupção espontânea do sangramento em 80% dos casos;
- Embolização
- Sangramento persistente ou ativo pode exigir Vasopressina intra-arterial durante angiografia ou ressecção em casos mais graves.

HDB – Tratamento Específico

■ Divertículo de Meckel

- Essencialmente cirúrgico (Diverticulectomia simples ou ressecção ileal);

■ Colopatia por Irradiação

- Medidas de apoio e ablação endoscópica das telangectasias da mucosa;
- Uso de AINES/AAS deve ser evitado.

■ Hemorróidas

- Alimentação rica em fibras e água;
- Cirurgia.

■ Neoplasias

- Depende do sítio da lesão, do estadiamento e das condições clínicas do paciente.

HDB – Conclusão

- HDB é definida como sangramento do TGI distal ao ângulo de Treitz e pode se apresentar de diversas formas, incluindo sangue oculto nas fezes, anemia ferropriva, melena, hematoquezia, ou sangramento agudo.
- As principais causas de HDB variam com a idade, gravidade do sangramento e com o sítio anatômico. Em adultos, no pronto-socorro, as causas mais freqüentes de HDB volumosas são a diverticulose, angiodisplasia e neoplasias.
- Colonoscopia é efetiva no diagnóstico e no tratamento da HDB.
- Sonda nasogástrica e EDA devem ser considerados para pesquisar se a causa do sangramento gastrintestinal é alta.
- Colonoscopia é recomendada na avaliação inicial de HDB aguda, de preferência até 24 horas de início.
- Cauterização e/ou injeção de vasopressina podem ser usados no tratamento de pacientes com angiodisplasia.
- AAS e AINEs podem estar associados com HDB. Se possível esses agentes devem ter seu uso interrompido em pacientes com história de HDB.



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

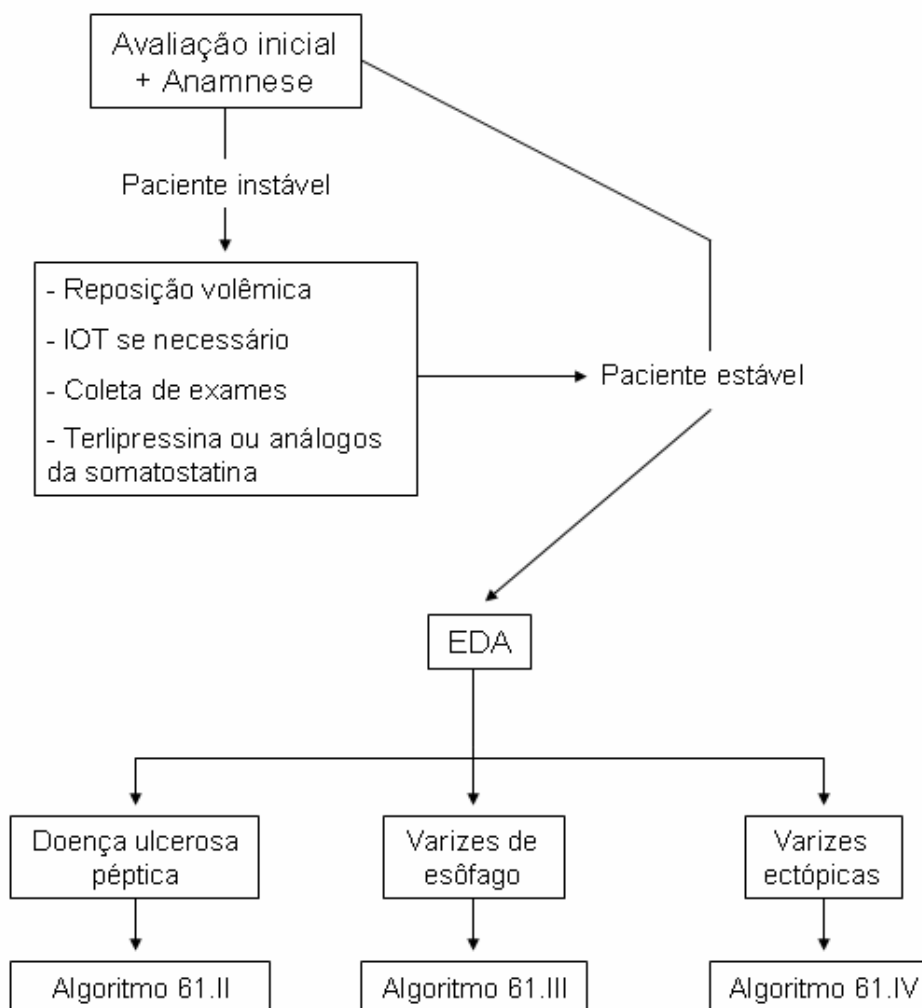
Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Algoritmo 61.I - Suspeita de HDA



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

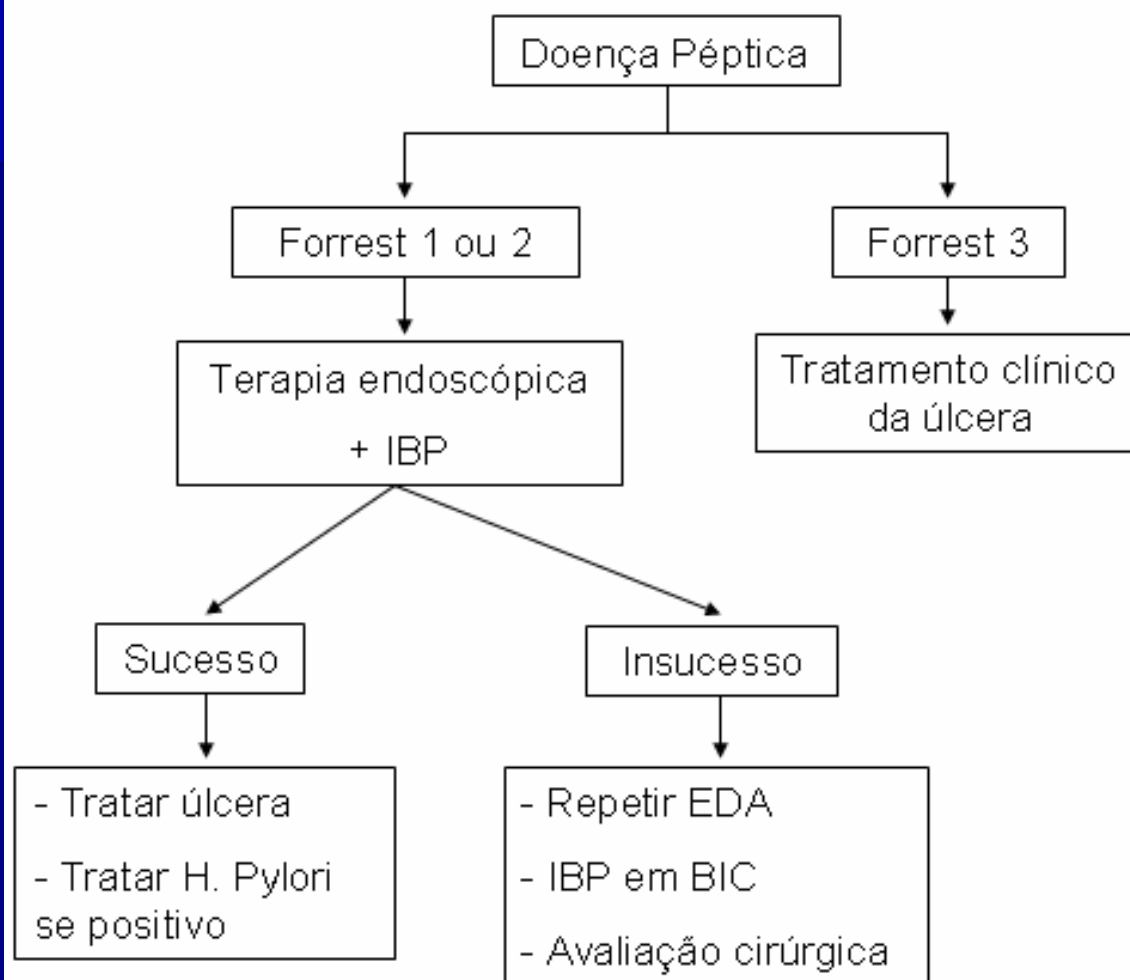
Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Algoritmo 61.II - Doença Ulcerosa Péptica



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

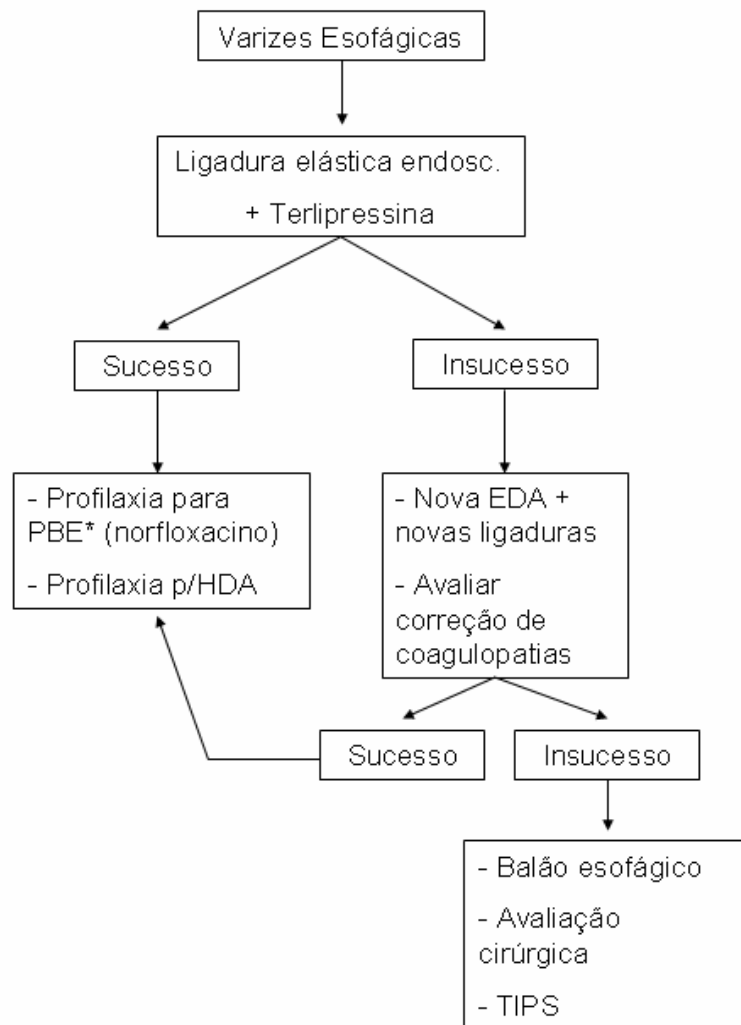
Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Algoritmo 61.III – Varizes esofágicas



* Peritonite Bacteriana Espontânea



Prefeitura de
Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde

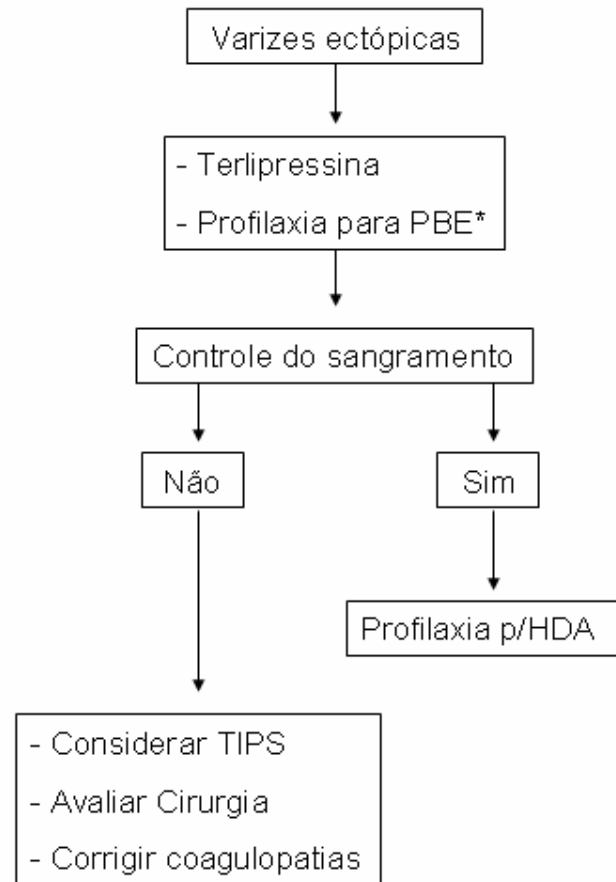


Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



Com o povo Honestidade e Competência

Algoritmo 61.IV – Varizes ectópicas



* Peritonite Bacteriana espontânea



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

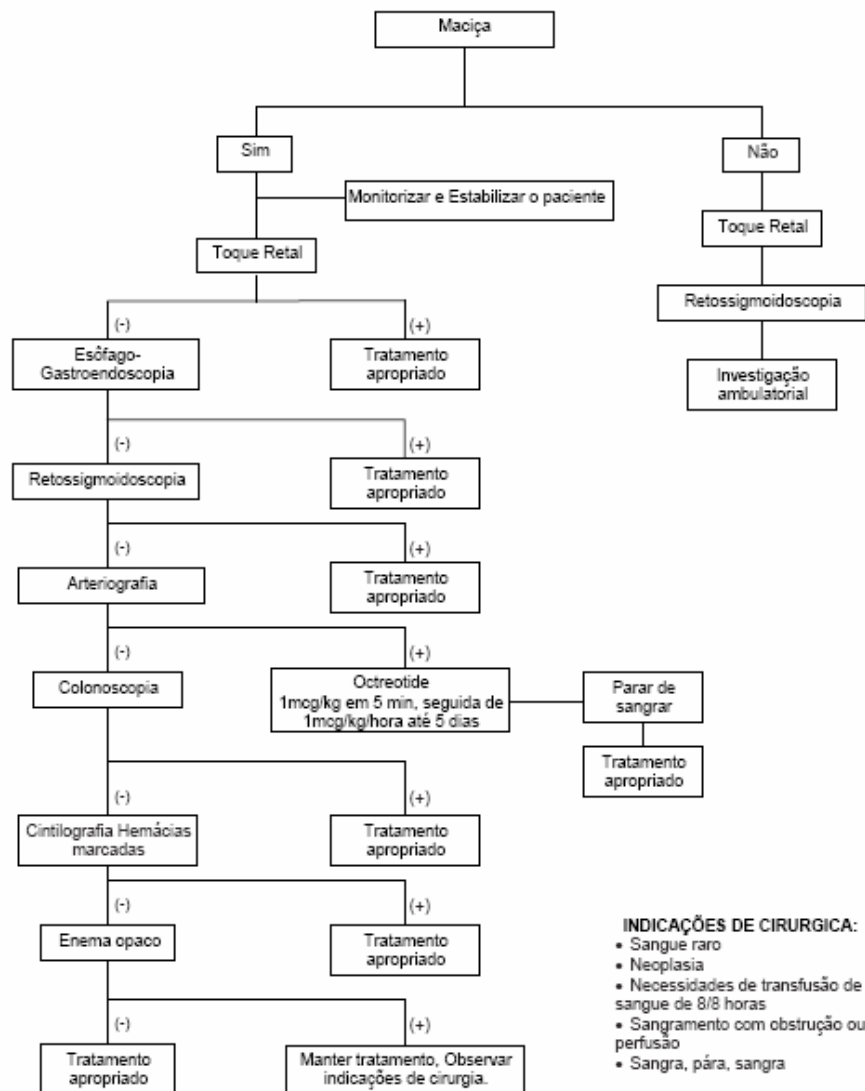
Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



ALGORITMO 62.I - ABORDAGEM DO PACIENTE COM HDB



Prefeitura de
Volta Redonda

Com o povo Honestidade e Competência

Secretaria
Municipal
de Saúde



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL



FIM



Hospital Municipal
DR. MUNIR RAFFUL