

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE MEDICINA

FELIPE DIAS DOS SANTOS

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

MACEIÓ

2021

FELIPE DIAS DOS SANTOS

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado a coordenação do curso de  
Medicina da Universidade Federal de  
Alagoas

Orientador: Hinaldo Lima de Menezes

Co-orientador: Yuri Afonso Ferreira

MACEIÓ

2021

# CLÍNICA CIRÚRGICA

DO INTERNATO AO MÉDICO GENERALISTA

O DIA A DIA DO JOVEM MÉDICO  
NO MUNDO DA CIRURGIA.



ORGANIZADOR

**YURI AFONSO FERREIRA**

 **Edufal**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**

**Reitora**

Maria Valéria Costa Correia

**Vice-reitor**

José Vieira da Cruz

**Diretora da Edufal**

Elvira Simões Barretto

**Conselho Editorial Edufal**

Elvira Simões Barretto (Presidenta)

Fernanda Lins de Lima (Secretária)

Adriano Nascimento Silva

Ana Cristina Conceição Santos

Cid Olival Feitosa

Cristiane Cyrino Estevão Oliveira

Nilton José Mélo de Resende

Ricardo Carvalho Cabús

Talvanes Eugênio Maceno

Tania Marta Carvalho dos Santos

<b>Revisão de língua portuguesa e normalização:</b>	Adriana Luzia Lima
<b>Imagem da capa:</b>	Piron Guillaume
<b>Capa:</b>	Everton Vieira Lopes Silva
<b>Diagramação:</b>	Ed Vasconcelos
<b>Supervisão gráfica:</b>	Márcio Roberto Vieira de Melo

**Catálogo na fonte**

Universidade Federal de Alagoas

Biblioteca Central

Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

---

C641 Clínica cirúrgica : do internato ao médico generalista / [organizador] Yuri Afonso Ferreira ; prefácio de Francisco José Passos Soares ; autores Ricardo Macêdo Houly ... [et al.]. – Maceió : Edufal, 2019.  
374 p. : il.

Inclui bibliografia.  
ISBN: 978-85-5913-223-6

1. Ciências médicas. 2. Clínica geral. 3. Medicina. I. Ferreira, Yuri Afonso, org.  
II. Houly, Ricardo Macêdo.

CDU: 616

---

**Direitos desta edição reservados à**

Edufal - Editora da Universidade Federal de Alagoas

Centro de Interesse Comunitário (CIC)

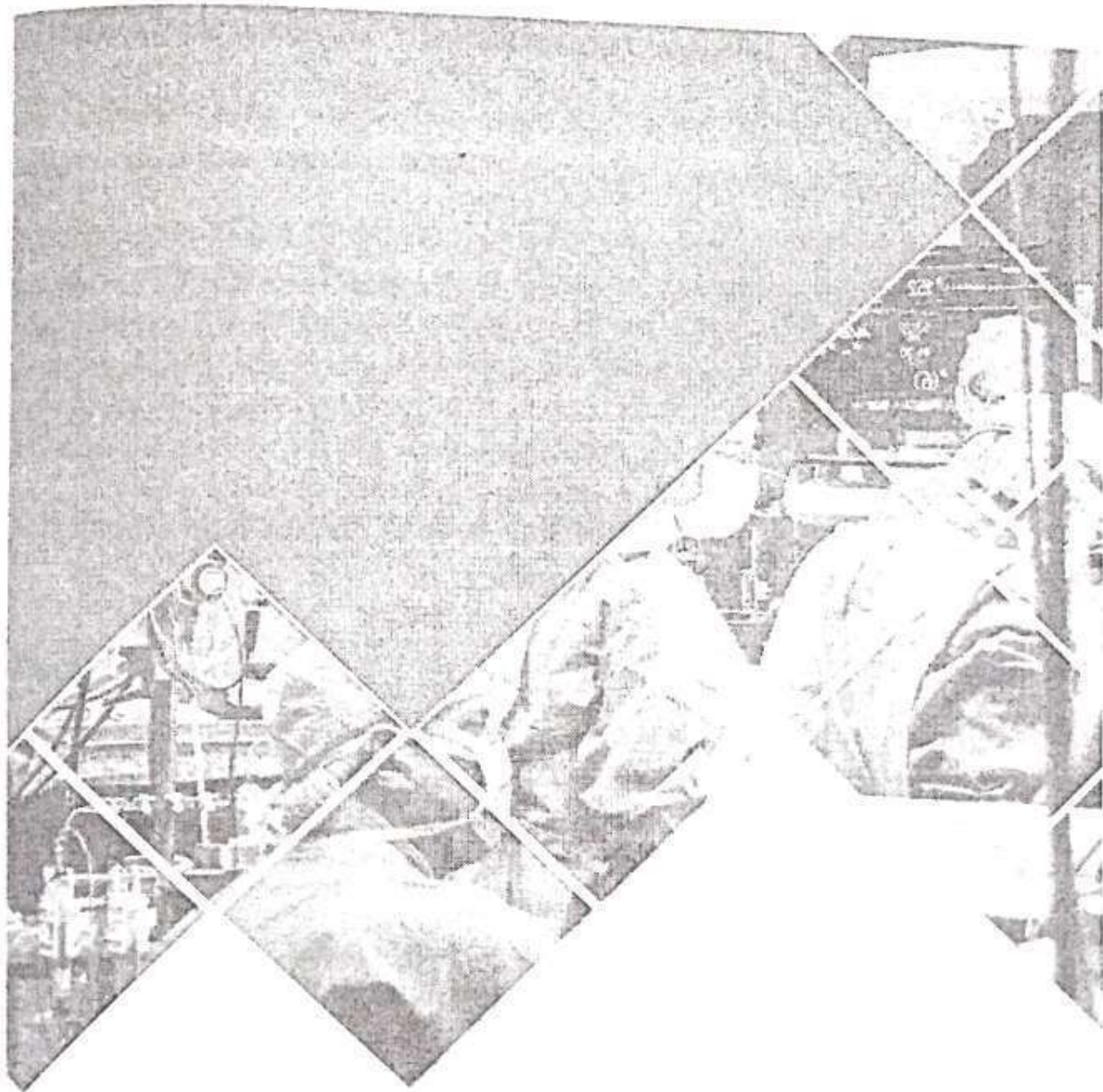
Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões

Cidade Universitária, Maceió/AL Cep: 57072-970

Contatos: [www.edufal.com.br](http://www.edufal.com.br) | [contato@edufal.com.br](mailto:contato@edufal.com.br) | (82) 3214-1111/1113

**Editora afiliada:**





**- 18 -**

## **HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)**

*Hunaldo Lima de Menezes  
Felipe Dias dos Santos*



## Definição

Hemorragia digestiva alta (HDA) consoante a Cavalcante et al. (2016) era definida como sangramento cuja origem se localizava desde o esôfago até o ângulo de *Treitz*. Todavia, ainda segundo os autores, a incorporação de novos meios diagnósticos, a exemplo da cápsula endoscópica, permitiu redefinir os limites do sítio de origem do sangramento para HDA que se estende desde o esôfago até a papila na segunda porção do duodeno. Serve ao propósito do presente manual, abordar a HDA aguda (duração inferior a três dias) com risco de repercussão hemodinâmica e possíveis anemia e/ou transfusão sanguínea.

## Etiologia

A HDA pode ser classificada em dois grupos de acordo com a causa, a saber: HDA não varicosa e HDA varicosa. No primeiro, a doença ulcerosa péptica (DUP) responde por 50% dos casos dentre os quais há parada espontânea do sangramento em 80% a 90%. Os fatores predisponentes mais relevantes para a úlcera péptica são o pH ácido gástrico, a *Helicobacter pylori* e o uso de anti-inflamatórios não hormonais (AINH) (OLIVEIRA, ORNELLAS, 2011). Somam-se à DUP causas menos frequentes, a saber: as gastropatias hemorrágica e erosiva (lesões de estresse durante septicemia ou pós-operatório), a lesão de *Mallory-Weiss* (laceração da mucosa na junção gastroesofágica associada a esforço vigoroso e repentino, e.g. ao tossir ou vomitar) em 5% a 15% dos casos de HDA e os tumores malignos avançados em 5%.

A HDA aguda varicosa decorre da ruptura de varizes do esôfago ou estômago, a segunda causa mais frequente de HDA aguda, tem resolução espontânea do sangramento em apenas 50% dos casos, muito inferior à HDA não varicosa e apresenta alta recorrência, especialmente nas 48 horas a 72 horas após o episódio inicial (CAVALCANTE et al., 2016).

## Sinais e sintomas

As manifestações clínicas que conduzem à suspeita de HDA aguda são a hematêmese (vômitos de sangue vivo ou em “borra de café”)

ou melena (fezes enegrecidas com odor muito desagradável) sendo esta reflexo da permanência do sangue no trato gastrointestinal por um período de 14 horas até três a cinco dias (KASPER et al., 2016). A hematoquezia (excreção retal de sangue vermelho vivo) pode estar presente em razão do acelerado trânsito intestinal derivado do sangramento. A repercussão hemodinâmica é provável naqueles pacientes com perda volêmica significativa o que exige do Médico Assistente certa atenção aos sinais descritos no quadro a seguir.

**Tabela 1 – Avaliação da gravidade da hemorragia digestiva aguda**

Hemorragia Digestiva	PA (mmHg)	FC (bpm)	PS (ml)	% vol. Perdido
Discreta	> 90	< 100	< 1000	< 20%
Moderada	> 90	< 100	< 1500	20% a 40%
Maior	< 90	> 100	> 2000	> 40%
Legenda:				

PA = pressão arterial sistólica em posição supina; FC = frequência cardíaca; PS = perda sanguínea.

Fonte: adaptado de Halfed, Oliveira e Ornellas (2011).

## Diagnóstico

Os exames complementares são de grande utilidade principalmente para a confirmação diagnóstica. A endoscopia digestiva alta (EDA) é altamente sensível (92%) e específica (~100%) sendo recomendado seu uso precoce em até 24 horas após admissão do paciente com fins diagnósticos, etiológicos, terapêuticos e de prognóstico, sendo este um indicador de possível recorrência do episódio agudo de HDA com base no aspecto da úlcera péptica quando existente (sangramento ativo, vaso visível e coágulo aderido indicam risco alto, enquanto que coágulo plano ou úlcera limpa indica risco baixo). A lavagem vigorosa com sonda orogástrica de maior calibre imediatamente anterior à EDA elimina coágulos que possam impedir a pesquisa do local de sangramento. A submissão à EDA exige que o paciente esteja hemodinamicamente estável ou na vigência de intubação traqueal para os casos de sangramento maciço ou baixo nível de consciência.



Outros métodos diagnósticos podem ser utilizados quando a EDA é inconclusiva para a localização do sangramento. Entre estes está a arteriografia que identifica lesão com perda sanguínea mínima de 0,5 mililitro por minuto e permite o estudo da irrigação local, a observação do escape de contraste para a luz do trato digestivo e possível terapêutica com injeções locais de drogas vasoativas. A cintilografia com hemácias marcadas com tecnécio-99m via endovenosa permite o mapeamento abdominal a partir da detecção de perda sanguínea mínima de 0,1 mililitro por minuto e seu uso segue a mesma indicação da arteriografia.

Uma ferramenta importante para evitar abordagens agressivas e fornecer pronto tratamento aos pacientes graves é a estratificação do risco. Um dos escores mais utilizados na prática clínica é aquele desenvolvido por Rockall et al. (1996) com pontuação total de zero a onze a partir de parâmetros clínicos, a saber: idade, estado de volemia (choque, pressão arterial e pulso), presença de comorbidades e avaliação endoscópica. Os pacientes que pontuam até dois são passíveis de alta hospitalar precoce e tratamento ambulatorial enquanto que a pontuação mínima de quatro sugere alto risco de recorrência e mortalidade considerável.

## **Tratamento**

A avaliação inicial da emergência com hemorragia significativa tem foco na restauração volêmica. Inicialmente, proteger vias aéreas e instituir oxigenoterapia caso a saturação de hemoglobina (Hb) seja menor que 90%. A avaliação da hemodinâmica inicia-se pela aferição da pressão arterial (PA) e pulsos observando possíveis alterações de ortostase. A coleta de sangue para hemograma que não se altera no quadro agudo fornecerá níveis basais para acompanhamento da evolução do paciente. Se necessário, iniciar reposição volêmica por punção venosa periférica com Jelco 16 a 18. Alguns pacientes já estabilizados necessitarão da transfusão de hemoderivados. Neste caso, optar pela estratégia restritiva (quando hemoglobina menor que sete gramas por decilitro).

A terapia de eleição para o primeiro episódio de HDA aguda é a endoscópica com efeitos satisfatórios e redução importante da morbimortalidade também naqueles pacientes que apresentam persistência ou recidiva do quadro agudo. Os principais métodos apresentam resultados similares podendo ser combinados para melhor eficácia. Abrangem técnicas



sofisticadas, como: a coagulação térmica com corrente elétrica ou sonda aquecedora; de menor custo, como a injeção, no local do sangramento, de solução salina ou epinefrina diluída; e de rápida execução, como o uso de grampos hemostáticos e de ligadura com tira elástica.

O tratamento clínico foca na resolução das principais causas de úlceras pépticas e, dessa forma, abrange a erradicação da *H. pylori* e a suspensão do uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES). A administração em altas doses de inibidores de bomba de prótons durante o quadro agudo tem alto grau de recomendação porque reduz a repetição do sangramento diante da supressão ácida.

A HDA aguda varicosa tem seu tratamento residente na combinação de três abordagens diferentes, a saber: a abordagem farmacológica, com administração de Octreotide e, como segunda opção, a Terlipressina, ambas com ação redutora da hipertensão portal e da irrigação gastroduodenal e ação mantenedora do fluxo arterial renal; e abordagem endoscópica e mecânica, descritas anteriormente. As mesmas modalidades que fazem uso da endoscopia têm eficácia terapêutica para a HDA aguda não varicosa e não ulcerosa.

## Referências

- CAVALCANTE, Louriane Nascimento et al. Hemorragia Digestiva Alta. In: ZATERKA, Schlioma; EISIG, Jaime Natan (Ed.). **Tratado de gastroenterologia: da graduação à pós-graduação**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2016. Cap. 28. p. 325-348.
- HALFED, Laura Cotta Ornellas; OLIVEIRA, Juliano Machado de; ORNELLAS, Adilton Toledo. Hemorragia digestiva aguda alta e baixa. In: DANI, Renato; PASSOS, Maria do Carmo Friche. **Gastroenterologia essencial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 1. p. 3-16.
- BJORKMAN, David J. Hemorragia Gastrointestinal e Sangramento Gastrointestinal oculto. In: GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Denis (Ed.). **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Cap. 137. p. 1.124-1.131.
- LAINÉ, Loren. Hemorragia do tubo digestivo. In: KASPER, Dennis L. et al. **Harrison princípios de medicina interna**. 19. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Cap. 57. p. 276-279.

ROCKALL, T. A. et al. Riskassessmentafteracuteupper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. Londres, v. 38, n. 3, mar. 1996, p. 316-321.