

ARTIGO ORIGINAL

Análise do perfil epidemiológico, tratamento e evolução dos pacientes com hemorragia digestiva alta atendidos no pronto socorro do Hospital Regional Alto Vale
Analysis of the epidemiological, treatment and evolution of patients with upper gastrointestinal bleeding admitted to the emergency Hospital Regional Alto Vale

Caroline Pigozzi Haro¹, Augusto Fey²**Resumo**

Hemorragia digestiva alta não-varicosa (HDANV) é uma emergência médica e a admissão hospitalar é necessária até que diminua o risco de ressangramento. O ressangramento é considerado o principal fator de risco associado à mortalidade. Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos com HDA no HRAV; Identificar as entidades endoscópicas e fatores etiológicos mais frequentes nestes pacientes; Avaliar a eficácia do tratamento empregado. A amostra foi composta por pacientes atendidos no HRAV devido a HDANV no período de 12 meses. A amostragem do estudo foi de 65 pacientes, com preavalência sobre o sexo masculino, de cor branca, numa faixa-etária superior a 60 anos, havendo relação com tabagismo e/ou etilismo em 73,83%. O principal sinal foi a melena. A etiologia mais frequente foi a doença ulcerosa péptica. A média dos dias de internação total foi de 5,44 dias. O índice de necessidade de esclerose durante o exame diagnóstico da HDA foi de 46% casos, havendo ressangramento em 6,15%. A taxa de mortalidade global da pesquisa foi de 10,76%, a taxa de cura dos pacientes com seguimento ambulatorial das doenças ulcerosas pépticas com realização de endoscopia de controle em 30 dias pós alta hospitalar: 94,59%. Com este estudo concluiu-se que a presença de um protocolo para tratamento precoce, juntamente com o exame endoscópico precoce repercute diretamente no tempo de internação e resposta ao tratamento.

Descritores:

1. Hemorragia Digestiva Alta;
2. Perfil epidemiológico;
3. Endoscopia gastrointestinal.

Abstract

Upper gastrointestinal bleeding non-varicose (UGBNV) is a medical emergency and hospital admission is required until the lower the risk of rebleeding. The rebleeding is considered the main risk factor associated with mortality. To determine the epidemiological profile of patients treated with HDA in HRAV; identify the entities endoscopic and etiological factors more frequent in these patients, evaluate the effectiveness of the treatment. The sample consisted of patients seen at the HDANV HRAV due within 12 months. The study sample was 65 patients with preavalência on male, white, in age group over 60 years and was associated with smoking and / or alcohol abuse in 73.83%. The main sign was melena. The most common etiology is peptic ulcer disease. The average total days of hospitalization was 5.44 days. The index of need sclerose during the diagnostic examination of HDA was 46% cases, with recurrent bleeding in 6.15%. The overall mortality rate of the research was 10.76%, the cure rate of patients with follow-up of peptic ulcer disease with endoscopy control in 30days after hospital discharge: 94.59%. This study concluded that the presence of a protocol for early treatment, along with early endoscopy directly affects the length of stay and response to treatment.

Keywords:

1. Upper gastrointestinal bleeding;
2. Epidemiological profile;
3. Endocopy gastrointestinal.

1. Residente da 9ª turma de Residência Médica – Cirurgia Geral, 2009.
2. Cirurgião Geral do Hospital Regional do Alto Vale; Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Regional do Alto Vale; Mestrando em Cirurgia pela PUC-PR.

1 Introdução

“A hemorragia digestiva alta (HDA) pode ser definida como todo sangramento do trato digestivo de sítios proximais ao ligamento de Treitz, que geralmente se manifesta através de hematêmese (vômitos de sangue vivo ou em borra de café), de melena (fezes negras), de hematoquezia (eliminação de sangue vermelho vivo, ou de coágulos pelo reto) ou, ainda, de sangue oculto pelas fezes.”^{1,2,7} “HDA pode ser causada por uma relativa variedade de condições patológicas, dentro destas, a úlcera péptica (UP) permanece como a principal causa de HDA na maioria das casuísticas, sendo responsável por 50% dos casos de HDA.”²¹

A Laceração de Mallory-Weiss 5-15% e as varizes de esôfago também é uma etiologia comum, e possui uma alta relação com a ingestão prévia de álcool, cerca de 65% dos pacientes.⁷ Outras causas de menos comuns são lesão aguda da mucosa gastroduodenal (LAMGD), neoplasias, lesões de Dieulafoy, hemobilia, fistula aorto-entérica e vasculites.”^{3,5,7}

“A HDA permanece como uma urgência comum e grave, resultando em significativa morbidade e mortalidade, conforme a literatura universal. A estimativa é de 300.000 a 350.000 hospitalizações ao ano nos Estados Unidos, com taxa de mortalidade de 7% a 10% nos casos de etiologia não varicosa, e de 40% a 50% em hemorragia varicosa. Apesar de avanços nas unidades de terapia intensiva, na terapia farmacológica e na tecnologia endoscópica, a taxa de mortalidade não modificou nos últimos anos. Acredita-se que seja devido ao aumento da expectativa de vida e da existência de doenças concomitantes nessa população.”^{9,11,18,20} “A hipotensão e o choque são sinais de agravamento do quadro clínico, os quais podem até desencadear infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e hepática.”^{14,15}

“Cerca de 80-85% das HDA são autolimitadas necessitando apenas de tratamento suporte. Porém os outros 15-20% não param espontaneamente ou ainda apresentam recidiva do sangramento o que constitui um aumento do risco da taxa de morbi-mortalidade. A estratificação da gravidade é baseada apenas no quadro clínico.”^{6,10,13,21}

“Diante da alta incidência e da relevância quanto a morbimortalidade dos portadores de HDA, torna-se conveniente que os hospitais possuam protocolos específicos para o atendimento desta comorbidade.”⁸

Principalmente, pelo fato de que o prognóstico do paciente encontra-se intimamente relacionado com a conduta hospitalar inicial, fazendo-se necessário ter um perfil epidemiológico regional definido.¹⁶

“O desconhecimento prévio do perfil epidemiológico e das etiologias frequentemente relacionadas a HDA, bem como a ausência de um protocolo de conduta para esta patologia, torna lento o diagnóstico e tratamento específico, interferindo diretamente no prognóstico destes pacientes, assim como no tempo de internação e custos.”^{2,22,24}

Objetivo:

- Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos com HDA no HRAV;
- Identificar as entidades endoscópicas mais frequentes nestes pacientes;
- Avaliar a eficácia do tratamento empregado.

2 Método

Trata-se de um estudo observacional descritivo prospectivo de caráter quantitativo e qualitativo. A amostra do estudo foi composta por todos os pacientes atendidos no HRAV devido a HDA não varicosa no período de 12 meses a partir de maio de 2008.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que se evadiram do hospital; com sangramento de origem varicosa; aqueles que se negaram a realizar a endoscopia diagnóstica; e ainda os pacientes em apresentaram o primeiro exame endoscópico normal.

Os pacientes deste estudo receberam tratamento inicial protocolado pelo HRAV (anexo A) e ainda submetidos a um formulário (anexo B) durante seu período intra-hospitalar. No período pós alta hospitalar, todos receberam seguimento ambulatorial, e somente os portadores de doença ulcerosa péptica, realizaram uma EDA de controle, (30 dias pós alta hospitalar).

3 Resultados

Os pacientes com HDA de origem não varicosa atendidos no pronto socorro do HRAV, no período de 12 meses (a partir de maio de 2008) somaram um total de 65 pacientes. Todos apresentaram alguma manifestação macroscópica de sangramento (hematêmese, melena ou hematoquezia). (Gráfico 1)

A incidência sobre o sexo masculino foi o dobro do que no feminino, ou seja, 43 homens e 22 mulheres e a faixa-etária de maior prevalência foi a partir dos 41 anos. Nesta amostra observou-se 59 pacientes da raça branca, 03 da raça negra e 03 pardos. Com relação a hábitos de vida agressores a mucosa digestiva encontrou-se: 44 tabagistas, 15 etilistas e destes 11 pacientes possuíam os dois vícios, e apenas 17 pacientes não eram tabagistas nem etilistas. (Gráfico 2 e 3)

3.1 Faixa-Etária

3.2 Gênero

3.3 Raça

3.4 Manifestação Clínica

3.5 Hábitos De Vida

3.6 Etiologias

Dentro das etiologias observou-se 45 pacientes com doença péptica (úlceras gastroduodenais (42), gastrites

(01) e duodenites (02), seguidas da Síndrome de Mallory Weiss (9 pacientes), neoplasia gástrica (3 pacientes), intoxicação cumarínica (3 pacientes, sendo que um deles manifestou-se como hemobilia), anomalias vasculares (4 pacientes – 2 angiodisplasias e 2 dieulafoy), e lesão erosiva em esôfago num paciente com fistula traqueo-esofágica. (Gráfico 6)

3.7 Evolução e tratamento

Com relação ao tempo de tratamento intra-hospitalar se fez na maioria dos pacientes em até 72hs (32pacientes), apresentando-se 29 pacientes com período de internação entre 4 a 10 dias e os 4 pacientes que necessitaram de um tempo superior a 10 dias se fez devido a descompensação de comorbidades associadas, ou quando submetidos a cirurgia.(Quadro 1)

Todos os pacientes deste estudo foram submetidos ao protocolo de atendimento à hemorragia digestiva do HRAV, e durante a endoscopia diagnóstica 31 pacientes necessitaram de esclerose da lesão sangrante e 31pacientes receberam apenas tratamento clínico (omeprazol em bolus). Houveram 3 pacientes com neoplasia gástrica avançada em que o tratamento de escolha de inicial foi a cirurgia. E dos 65 pacientes apenas 4 apresentaram ressangramento e todos foram submetidos a re-esclerose, porém 3 tiveram que ser submetidos a cirurgia de emergência (2 úlceras duodenais de parede posterior- a.gastroduodenal e 1 por uma lesão de dieulafoy). (Quadro 02)

3.8 Mortalidade

Durante o seguimento do trabalho houveram 7 óbitos, nos quais todos apresentavam comorbidades associadas além de idade acima de 73anos (73-81anos).(Quadro 3)

3.9 Seguimento Pós- Hospitalar

Apenas 2 pacientes com doença ulcerosa péptica, não obtiveram cicatrização (S1 e S2 de Sakita), na endoscopia de controle após 30 dias da alta hospitalar.

4 Discussão

O perfil epidemiológico encontrado nesta pesquisa identificou uma prevalência do sexo masculino (66,15%) sobre o feminino (33,84%), com 46,15% dos pacientes com idade superior a 60anos, assim como um predomínio da raça branca (90,76%). Estes resultados são compatíveis com os achados na literatura.^{8,16,19}

A melena (50,76%) foi o principal fator de suspeição quanto a presença de hemorragia digestiva alta, sendo seguido pela hematêmese (43,07%) e da hematoquezia (6,15%), ressaltando-se que 21,53% dos pacientes vieram a apresentar os dois sinais simultaneamente, porém considerou-se aquele que primeiro se manifestou. Quanto a literatura em geral não há consenso sobre qual sinal é mais prevalente na suspeição de uma hemorra-

gia digestiva alta, porém os dois mais encontrados são a melena e a hematêmese ficando a hematoquezia mais relacionada a volumosas perdas sanguíneas associadas ou não ao estado de choque hipovolêmico.^{2,3}

De acordo com a literatura cerca de 60% dos pacientes com HDA, tem como etiologia a úlcera péptica. Neste estudo os resultados não foram diferentes, apresentando 42 casos (64,61%) de úlceras gastroduodenais, concordando com Sabiston. A segunda causa mais comum foi a lesão de Mallory Weiss, representando 13,84% que corresponde a um alto índice, se comparado a outros trabalhos.^{3,8,16}

Lesões erosivas de mucosa esofagogástricas e/ou duodenal estiveram presentes em 4 pacientes (6,15%), um deles com uma fistula traqueo-esofágica, sem etiologia definida associado a processo inflamatório esofageano no óstio da fistula. Houveram 3 pacientes (4,61%) portadores de adenocarcinomas gástricos. Diante destes dados, houve dicotomia em relação ao estudo multicêntrico realizado por Enestvedt, numa amostragem com 11.160 pacientes em que as lesões erosivas encontram-se com 14% e as neoplasias com 0,7%.⁸

Em relação às anomalias vasculares encontrou-se 2 casos (3,07%) de angiodisplasia e 2 casos (3,07%) de lesão de Dieulafoy, esta considerada uma causa rara, não havendo dados na literatura para comparação.^{5,19} Ainda dentro das causas incomuns de HDA, que geralmente são apenas citadas pela literatura, tivemos 3 casos de intoxicação cumarínica, sendo que uma delas manifestou-se sob forma de hemobilia, quadro não presente na literatura até o momento.

Com relação aos hábitos de vida dos pacientes com HDA 73,84% dos pacientes apresentavam algum tipo de vício (tabagismo e/ou etilismo crônicos). Bem diferente ao encontrado por Lucyk na avaliação de 133 pacientes, em que 24,8% dos pacientes possuíam algum tipo de vício.¹²

Neste estudo a média de dias de internação dos pacientes foi de 5,44 dias, porém quando trabalhou-se com um intervalo de confiança de 95,5% (excluindo-se 2 pacientes que apresentaram um tempo de internação superior a 10 dias, devido a complicações não relacionadas ao sangramento - pneumonia com dificuldade de extubação) a média dia de internação caiu para 3,23 dias. Se compararmos a outros estudos, a média de internação é 7 dias.³

Importante também foi o baixo índice de ressangramento encontrado nesta pesquisa. Apenas 4 pacientes (6,15%) ressangraram; e destes 3 seguiram para cirurgia. Taxa inferior a 9% encontrado em outro estudo.⁸ Nos casos de adenocarcinoma gástrico o tratamento instituído foi direto o cirúrgico (4,61%).

Coelho afirma que dentro dos pacientes com HDA por doença ulcerosa péptica, o índice de cirurgias e de até 15%, e estes apresentam como indicação cirúrgicas: he-

morragia maciça com instabilidade hemodinâmica (ou seja com exsanguinação, necessidade 3 ou mais unidades de sangue para manutenção dos níveis pressóricos), ressangramento, paciente com idade avançada (>60anos) com sinais de instabilidade, falha da terapêutica clínica e endoscópica e por fim úlceras ressangrantes apesar do tratamento clínico adequado. Nesta pesquisa o índice de cirurgia nas úlceras pépticas foi de 4,76%.⁶

A mortalidade encontrada foi de 7 pacientes (10,76%), considerando que destes 4 vieram a falecer por etiologias não relacionadas diretamente a HDA, e 3 devido a descompensação de comorbidades crônicas pela perda sanguínea. Já o índice de mortalidade dos pacientes com doença péptica ulcerosa deste trabalho foi de 11,9%, sendo que 60% dos óbitos não foram relacionados a hemorragia, achados compatíveis ao encontrado por Sung em sua metanálise.²¹

5 Conclusão

Nesta pesquisa identificou-se a prevalência sobre o sexo masculino, de cor branca, numa faixa-etária superior a 60 anos.

A etiologia mais frequente foi a doença ulcerosa péptica.

Com relação a eficácia do tratamento empregado e comparando-se com a literatura, houve um baixo índice de ressangramento, baixa taxa de cirurgias devido a doença ulcerosa péptica, com um período de internação curto, com alta taxa de cura no seguimento endoscópico, demonstrando a eficiência do tratamento protocolado.

Neste estudo pode-se afirmar que a presença de um protocolo para tratamento precoce, juntamente com o exame endoscópico precoce repercute diretamente no tempo de internação e resposta ao tratamento.

Referências

1. Accetta F L, Accetta P. Hemorragia digestiva de causa incomum hemobilia: relato de caso. [Acesso 20 mar 2008]. Disponível em: <http://www.amf.org.br/revista/ed_19/hemorragia.doc>.
2. Alves LV, Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29 [capturado 31 Out de 2009]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005.
3. Anselmo GW, Luca LR. Perfil epidemiológico dos pacientes com hemorragia digestiva alta submetidos a procedimento endoscópico no serviço de endoscopia do Hospital São João Batista. [Trabalho de Conclusão]. Criciúma: Universidade Extremo Sul Catarinense; 2006. Curso de Medicina.
4. Barkun A. et al. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Consensus Conference Group 2003; 139(10): 843-857.
5. Goldman L, Bennett JC. Cecil tratado de medicina interna. 21 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 2v.
6. Coelho F. Aparelho digestivo: clínica e cirurgia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006. v. 1.
7. Dani R. Gastroenterologia essencial. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
8. Enestvedt BK et al. An evaluation of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in large multicenter consortium. Gastrointestinal Endoscopy 2008 Mar; 67 (3):422-9.
9. Federação Brasileira de Gastroenterologia. Projeto diretrizes: úlcera péptica. [Acesso 12 maio 2008]. São Paulo: jan 2003. Disponível em: <http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/106.pdf>.
10. Grendell JH et al. Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology. São Paulo: Lange Medical Book; 1996.
11. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. N Engl J Med 1994; 331: 717-27.
12. Lucyk Junior, P, Castelan Filho, J.B. Perfil dos pacientes submetidos à esofagogastroduodenoscopia, por motivos de hematêmese e/ou melena, com diagnóstico de hemorragia digestiva alta, no Hospital São José de Criciúma. [Trabalho de Conclusão]. Criciúma: Universidade Extremo Sul Catarinense; 2007. Curso de Medicina.
13. Marmo R. et al. Dual Therapy Versus Monotherapy in the Endoscopic Treatment of High-Risk Bleeding Ulcers: A Meta-Analysis of Controlled Trials. The American Journal of Gastroenterology 2007; 102(2):279-289.
14. Mc Fadden DW, Zinner MJ. Schwartz; Shires; Spencer: princípios de cirurgia. São Paulo: Mc Graw-Hill; 1996. cap. 22.
15. Mello EM. et al. Cartilha Transfusional - Hospital dos Servidores do Estado. [Acesso 12 maio 2008]. São Paulo, 2006. Disponível em: <www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/clin/hemo.asp>.
16. Mezzomo L, Fey A. Perfil dos pacientes atendidos com hemorragia digestiva alta no Hospital Regional do Alto Vale. [Trabalho de Conclusão]. Rio do Sul: Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí; 2005. Cirurgia Geral – Residência Médica.
17. Rivkin K, Lyakhovetskiy A. Treatment of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. American Journal of Health-System Pharmacy 2005 Jun 1; 62(11):1159-70.
18. Rohr, MRS. Hemorragia digestiva alta: causas mais comuns, diagnóstico e orientação terapêutica. Fleury/UNIFESP. [Acesso 23 mar. 2008]. São Paulo 2008. Disponível em: <<file:///F:/scholar%20HDA%20art2.htm>>.
19. Sabiston T. Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 17 ed. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan; 2005.

20. Sampaio M. Situações urgentes em gastroenterologia. Núcleo de gastroenterologia dos hospitais distritais (NGHD), Rabiscos de Luz, p. 53, 2006.
21. Silverstein FE. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. I. Study design and baseline data Silverstein FE. Gastrointest Endosc 1981; 27(2): 73-9.
22. Sung JY. Tratamento atual da hemorragia do trato gastrointestinal superior: atualização 2008. Instituto de doenças digestivas. Hospital príncipe de Gales. Universidade da China, Hong Kong, 2008.
23. Sung MD. et al. Cost-effectiveness analysis of high-dose omeprazole infusion before endoscopy for patients with upper-GI bleeding, Gastrointestinal Endoscopy 2008, 67 (7): 1056-1066.
24. Zaltman C, Souza HSP, Castro MEC. et al. Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. Arq. Gastroenterol. Apr/June 2002, 39 (2): 74-80. ISSN 0004-2803.

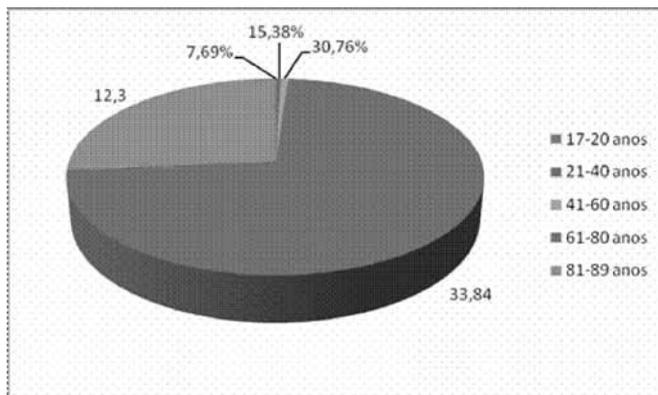
ANEXO A - Protocolo HDA – HRAV

PROTOCOLO HDA – HRAV	
Tratamento inicial HDA	
Ressucitação volêmica (Hidratação endovenosa com SF0,9% e/ou sangue)	
Sondagem nasogástrica (na ausência de sinais de hepatopatias)	
Lavagem gástrica com soro fisiológico frio	
Omeprazol 80mg em bolus (dose de ataque) e manutenção de omeprazol 40mg 6/6hs EV.	
Exames Complementares	
Hematócrito/ hemoglobina seriado	
TAP/KPTT	
Endoscopia digestiva alta de urgência	

ANEXO B - Formulário: Hemorragia Digestiva Alta

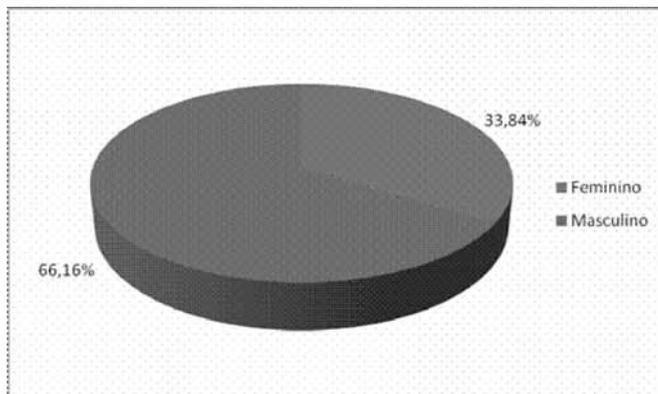
FORMULÁRIO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	Data entrada:
	Data de alta:
Nome:	Idade:
Sexo: () F () M	
Raça: () branco () pardo () Negro	
QUADRO CLÍNICO:	
() melena () hematêmese () hematoquesia	
() Tabagista () etilista	
Diagnóstico Endoscópico:	Esclerose endoscópica () Sim () Não
Ressangramento () Sim () Não	Re-esclerose endoscópica () Sim () Não
Cirurgia () Sim Pq _____ () Não	

Gráfico 1 – Distribuição das HDA por faixas-etárias



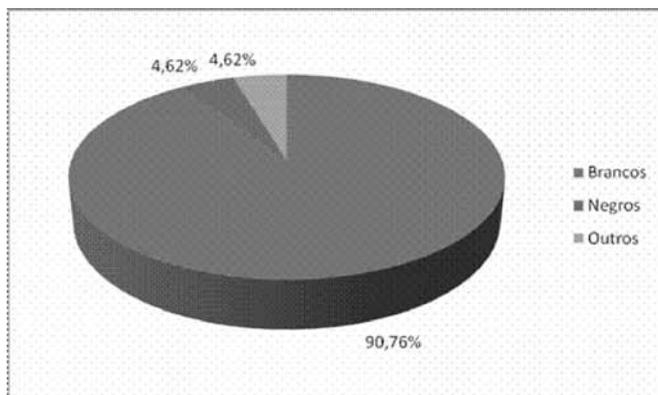
Fonte: Desenvolvido pelos autores

Gráfico 2 – Distribuição das HDA por gênero



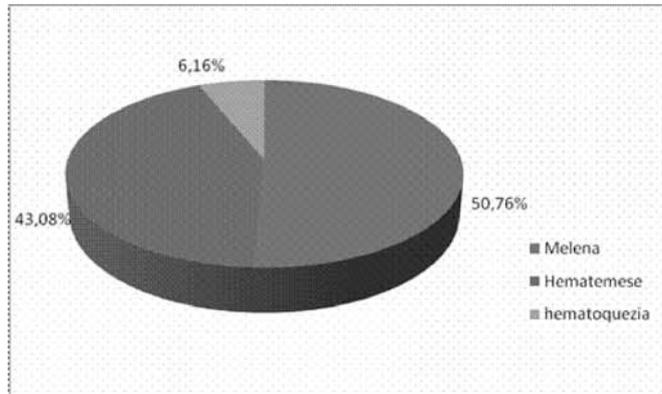
Fonte: Desenvolvido pelos autores

Gráfico 3 – Distribuição das HDA por raça



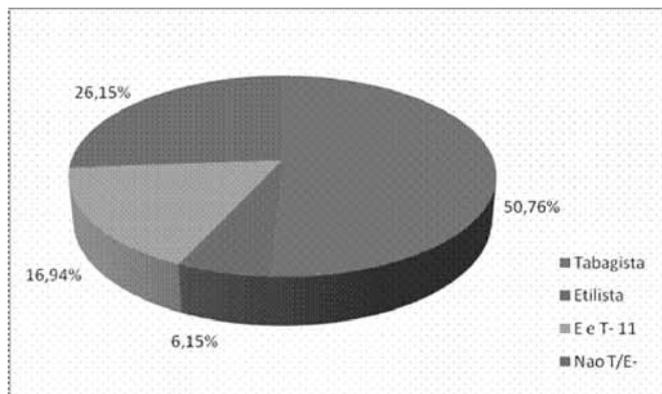
Fonte: Desenvolvido pelos autores

Gráfico 4 – Distribuição das manifestações clínicas das HDA



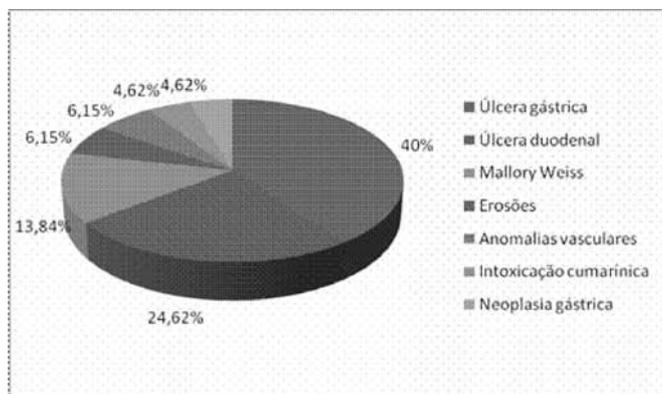
Fonte: Desenvolvido pelos autores

Gráfico 5 – Hábitos de vida



Fonte: Desenvolvido pelos autores

Gráfico 6 – Etiologia dos casos de HDA atendidos no HRAV



Fonte: Desenvolvido pelos autores

Quadro 1 – Tempo de internação dos pacientes com HDA

Tempo de Internação
Media de internação – porcentagem acumulada (intervalo de confiança: 95,5%) - 3,23
Media de Internação total: 5,44%

Fonte: Desenvolvido pelos autores

Quadro 2 – Evolução do tratamento instituído aos pacientes com HDA

Apenas omeprazol em bolus: 31pacientes – 47,69%
Esclerose EDA + omeprazol em bolus (durante o exame diagnóstico): 31pacientes – 47,69%
Ressangramento: 4pacientes - 6,15%
Cirurgia como tratamento de primeira escolha: 2 pacientes (Neoplasia gástrica) 3,07 %
Cirurgia por falha do tratamento conservador: 3 pacientes 4,61%

Fonte: Desenvolvido pelos autores

Quadro 3 – Mortalidade dos pacientes com HDA

Obitos 07 – 10,76%	
UG	Encefalopatia hepática (etilista)
UG	Neoplasia pulmonar
UG	Descompensação de comorbidades pela hemorragia
UD	Pneumopatia – IRA
UD	Descompensação de comorbidades pela hemorragia
Angiodisplasia	Descompensação de comorbidades pela hemorragia
Neoplasia gástrica	Pós gastrectomia

Fonte: Desenvolvido pelos autores