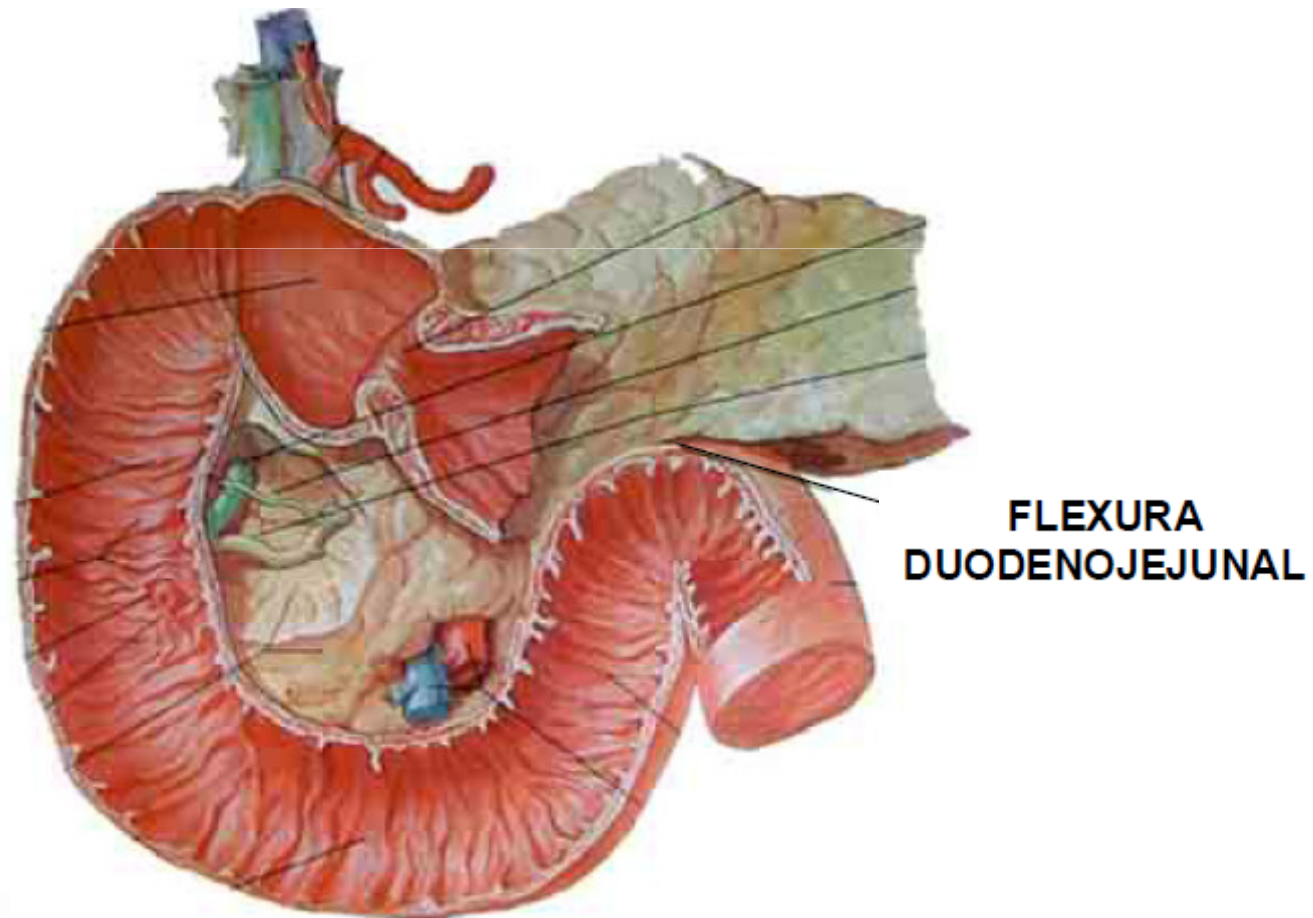


HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Felipe Paludo Salles

Definição

Qualquer sangramento proximal a flexura duodenojejunal



Apresentação Clínica

- Hematêse: vômito de sangue
- Melena: eliminação anal de sangue digerido
- Hematoquezia: sangue vermelho vivo nas fezes

Causas

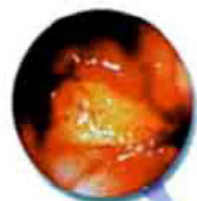
Esôfago de Barrett



Varizes de Esôfago



Úlcera Duodenal



Corpo Estranho



Gastrite



Úlcera Pré-Pilórica



Classificação

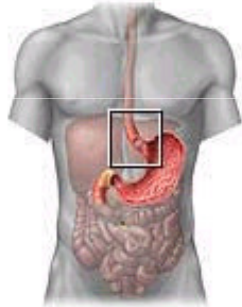
Varicosa (por hipertensão portal)

Não varicosa

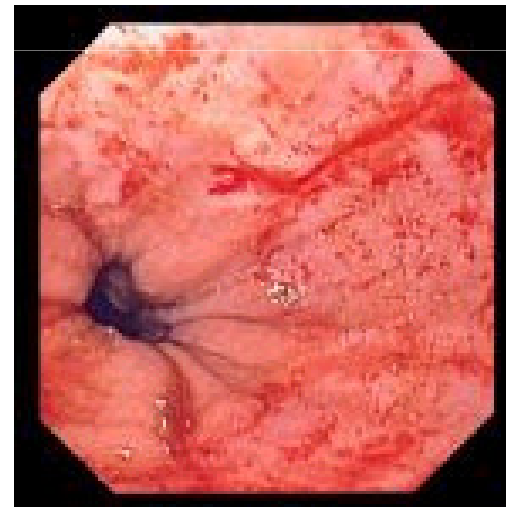
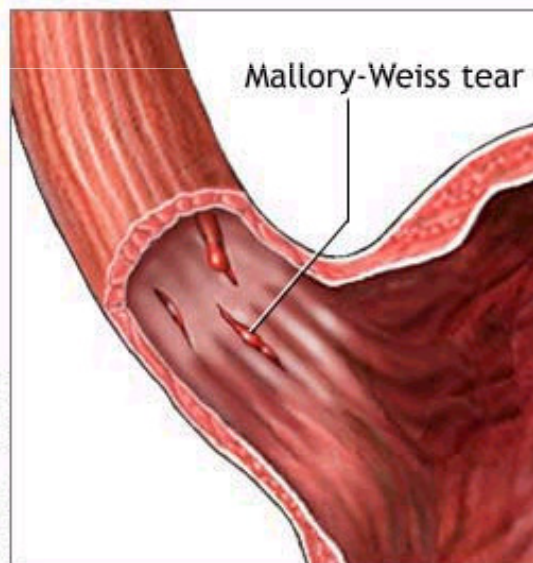
- Úlcera péptica
- Mallory Weiss
- Má formações vasculares (Dieulafoy, ectasia vascular)
- Lesão aguda da mucosa gástrica

HDA não varicosa

Mallory Weiss

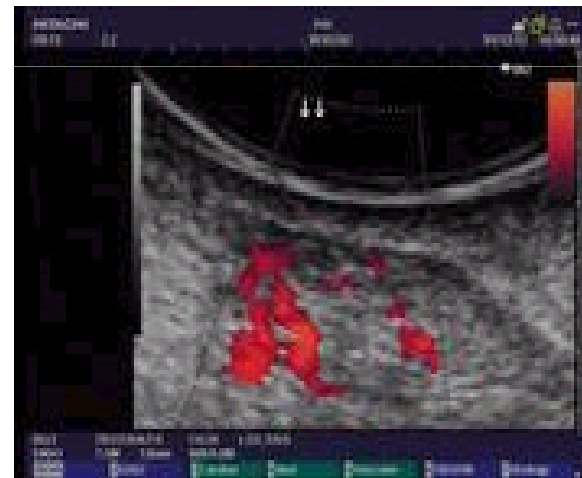
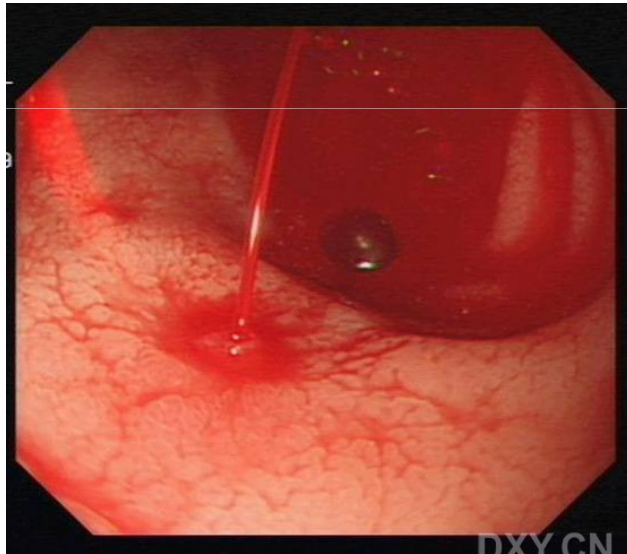


A Mallory-Weiss tear is a tear in the mucosal layer at the junction of the esophagus and stomach



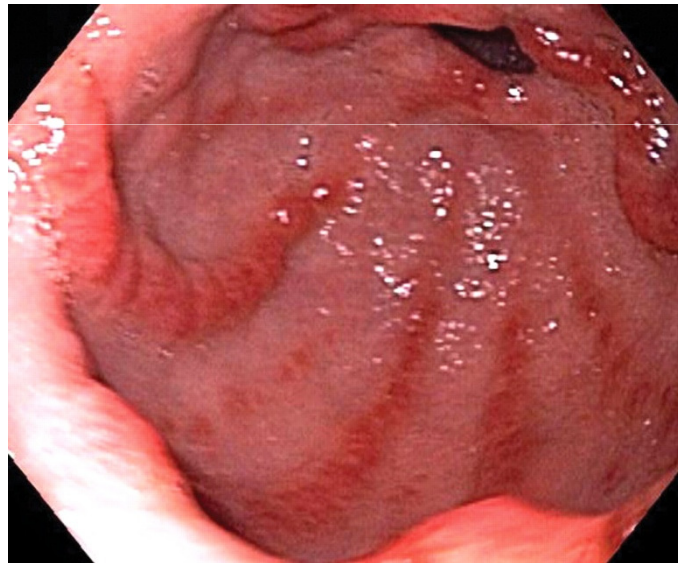
HDA não varicosa

Dieulafoy



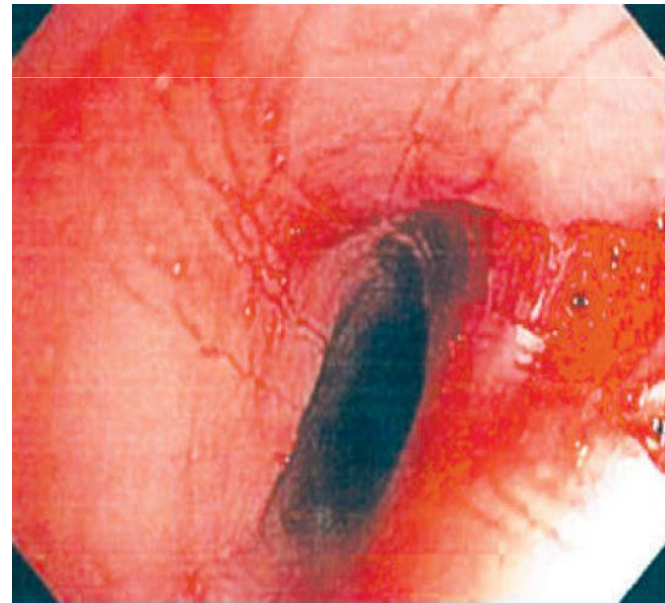
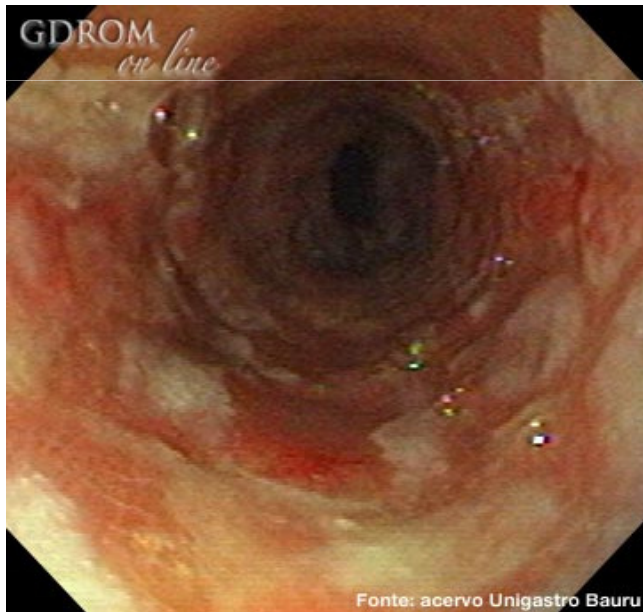
HDA não varicosa

Ectasia Vascular



HDA não varicosa

Esofagite intensa



CLASSIFICAÇÃO DE FORREST

- **I- Hemorragia ativa**

Ia: em jato

Ib: em porejamento

- **II- Hemorragia recente**

Ila: vaso visível não sangrante

Ilb: coágulo na base

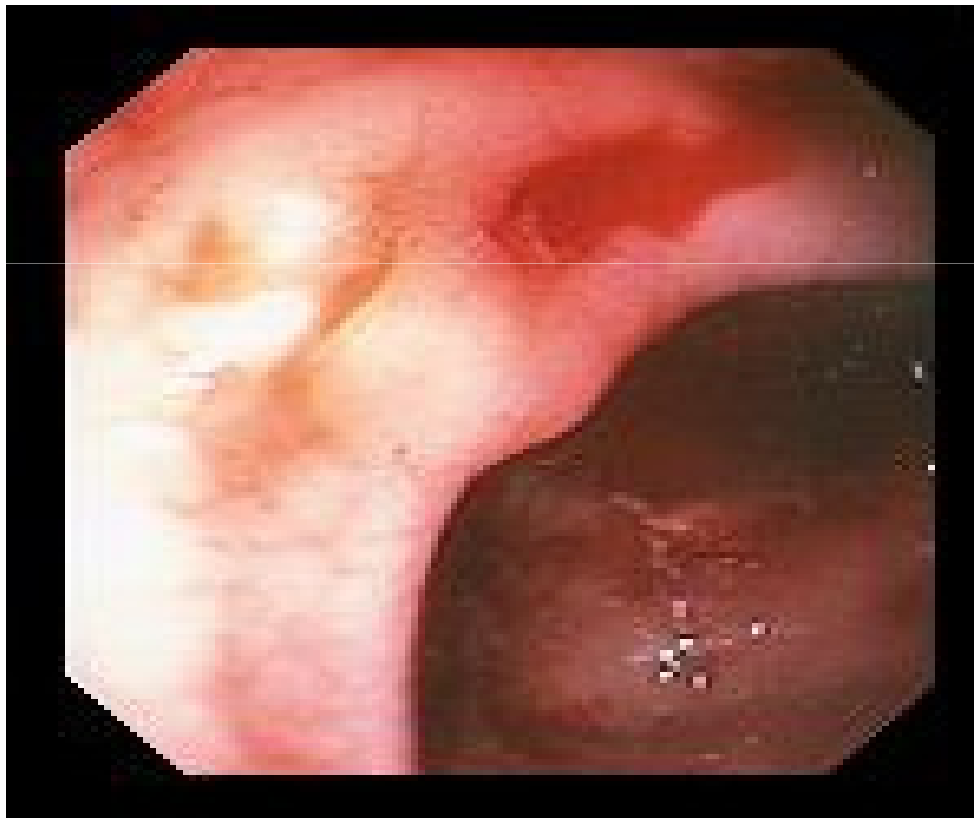
- **III- Sem hemorragia**

lesão com base limpa, sem evidência de sangramento

FORREST Ia



FORREST Ib



FORREST IIa



FORREST IIb



FORREST III



Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding

Alan Barkun, MD, MSc; Marc Bardou, MD, PhD; and John K. Marshall, MD, MSc, for the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group*

HDA não varicosa

As recomendações para o manejo podem ser divididas em:

- a) Preparação hospitalar
- b) Chegada do paciente
- c) Endoscopia
- d) Terapia hemostática endoscópica
- e) Seguimento
- f) Farmacoterapia

HDA não varicosa

a) Preparação hospitalar:

Equipe de suporte treinada para auxiliar na endoscopia deve estar disponível para endoscopia de urgência.

- Qualquer paciente identificado como de alto risco de sangramento idealmente deveria ser admitido em UTI para monitorização, pelo menos nas primeiras 24 hs.

Recomendação C - Evidência III

b) Chegada do paciente:

Avaliação imediata e ressuscitação apropriada são críticas para o manejo adequado.

- Inclui estabilização da PA com restauração do volume intravascular, devendo preceder outras medidas diagnósticas e terapêuticas.
- Avaliar necessidade de intubação orotraqueal.

Recomendação C - Evidência III

b) Chegada do paciente:

Colocação de sonda nasogástrica

- Apenas facilita a visualização durante a endoscopia
- Não muda a necessidade de endoscopia de urgência
- Pode eventualmente perpetuar o sangramento por trauma da sonda no local da lesão
- Não deve ser usada de rotina

b) Chegada do paciente:

Se houver história ou estigmas de hepatopatia (icterícia, ascite, ginecomastia, rareficação de pêlos) deve-se iniciar drogas vasoativas **(terlipressina, octeotride)**

Também diminui o sangramento de úlceras por diminuir a pressão na circulação esplâncnica porém seu uso com esta finalidade não é recomendado

b) Chegada do paciente:

A estratificação clínica dos pacientes em baixo e alto risco de ressangramento e mortalidade são importantes para o manejo adequado.

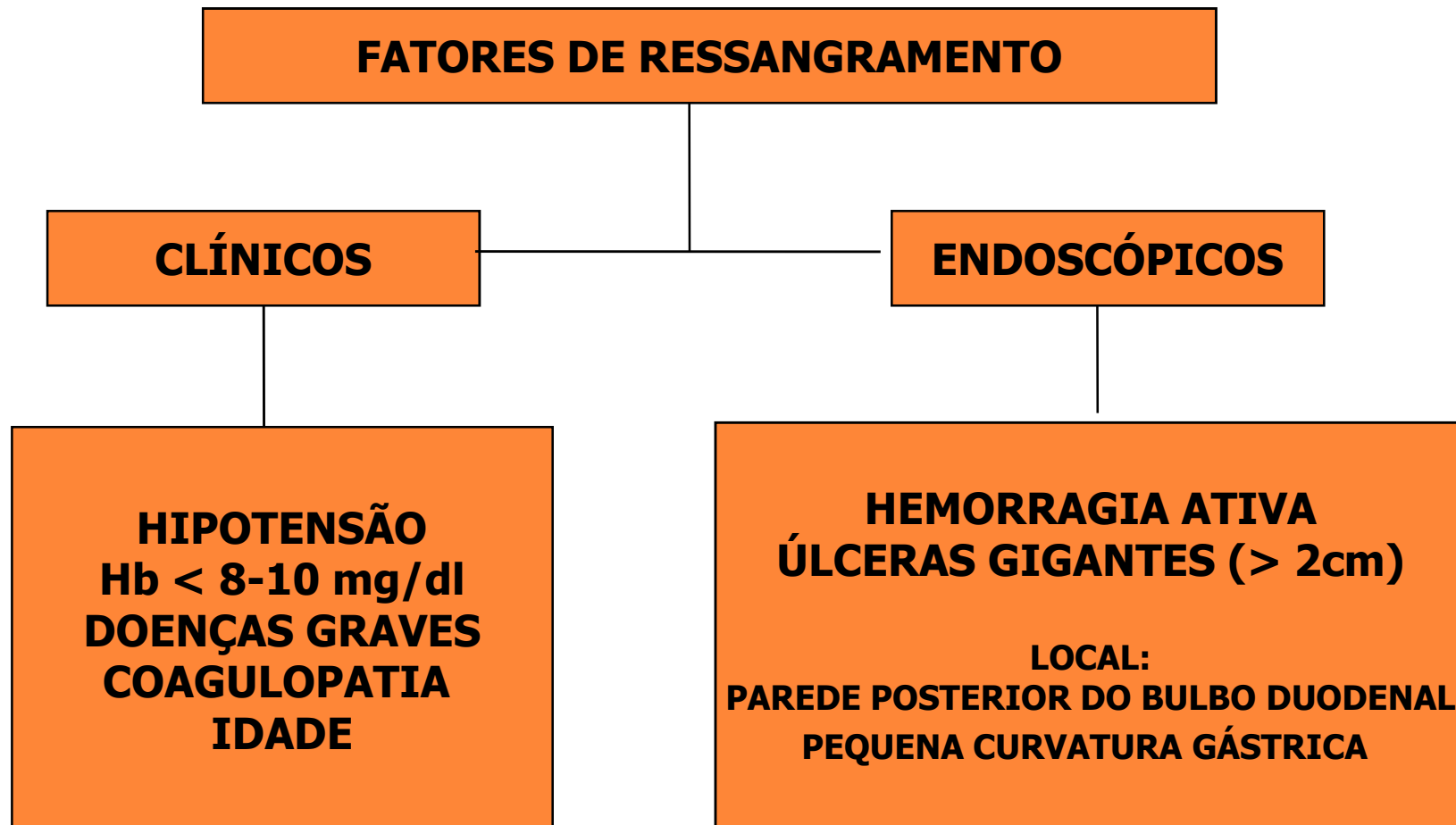
- Cerca de 80% param o sangramento espontaneamente e sem recorrência
- Nos 20% que continuam a sangrar ou que tem recorrência do sangramento a mortalidade é de cerca de 50%

Recomendação B - Evidência II-2

Fatores clínicos de risco de ressangramento:

- Idade > 65 anos
- Choque
- Pacientes internados
- Comorbidades
- Baixo nível inicial de hemoglobina

HDA não varicosa



c) Endoscopia:

A estratificação precoce dos pacientes em baixo e alto risco de ressangramento e mortalidade, baseada em critérios clínicos e endoscópicos, é importante para o manejo adequado.

Recomendação A - Evidência I

HDA não varicosa

c) Endoscopia:

Endoscopia precoce (< 12hs) com estratificação de risco por critério clínico e endoscópico permite

Pacientes de Baixo Risco

- dispensa segura e imediata
- reduz a utilização de recursos

Pacientes de Alto Risco

- melhora a evolução clínica
- Reduzem o tempo de permanência hospitalar, transfusões e necessidade de cirurgia.

Recomendação C - Evidência II-2

Estratificação de risco

B Rockall Score

		Variable	Points
Complete Rockall Score	Clinical Rockall Score	Age	
		<60 yr	0
		60–79 yr	1
		≥80 yr	2
		Shock	
		Heart rate >100 beats/min	1
		Systolic blood pressure <100 mm Hg	2
		Coexisting illness	
		Ischemic heart disease, congestive heart failure, other major illness	2
		Renal failure, hepatic failure, metastatic cancer	3
		Endoscopic diagnosis	
		No lesion observed, Mallory–Weiss tear	0
		Peptic ulcer, erosive disease, esophagitis	1
		Cancer of upper GI tract	2
		Endoscopic stigmata of recent hemorrhage	
		Clean base ulcer, flat pigmented spot	0
		Blood in upper GI tract, active bleeding, visible vessel, clot	2

TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA



ceadi
CENTRO DE ESTUDO DO APARELHO DIGESTIVO

Não térmico

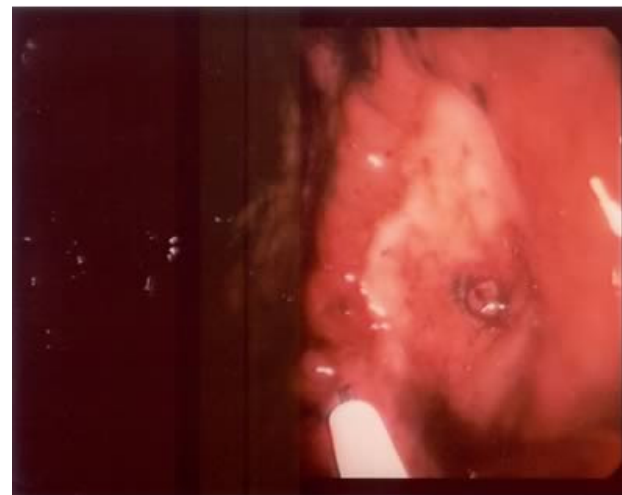
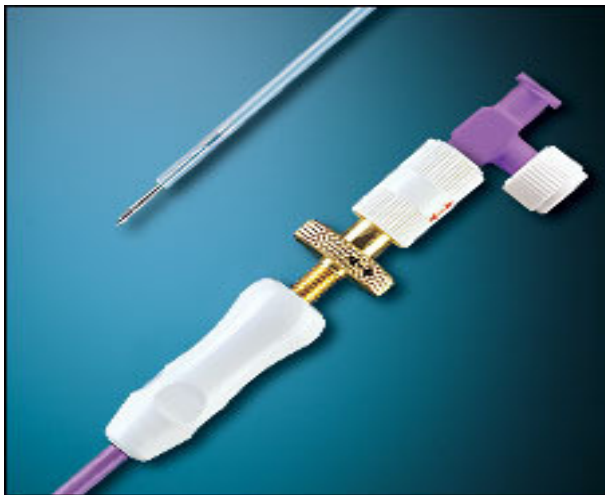
- Adrenalina
- Hemoclipse

Térmico

- Plasma de argônio
- Eletrocoagulação

MÉTODO DE INJEÇÃO

- Simples, eficaz, baixo custo
- A agulha injetora é acoplada a um cateter de teflon



HEMOCLIPE

- Hemostasia com ação mecânica, sem causar injúria química ou elétrica aos tecidos adjacentes
- Limitado em localizações de difícil acesso



d) Terapia hemostática endoscópica:

Monoterapia, com injeção ou coagulação térmica, são técnicas endoscópicas hemostáticas efetivas para estigmas de alto risco, entretanto, a combinação é superior a cada tratamento isoladamente.

Recomendação B - Evidência I

e) Seguimento:

Endoscopia de controle (second-look) não é recomendada.

Pode ter benefício estatístico em pacientes selecionados de alto risco, mas o uso rotineiro é controverso.

Deverá ser utilizada quando o exame foi incompleto por razões técnicas.

Recomendação E - Evidência I

e) Seguimento:

Em casos de ressangramento, uma nova tentativa de terapia endoscópica é geralmente recomendada.

O retratamento endoscópico reduz o risco de necessidade de cirurgia sem aumentar o risco de morte.

Recomendação A - Evidência I

e) Seguimento:

Consulta ao cirurgião deve ser feita para pacientes que falharam na terapia endoscópica.

No coorte RUGBE, sangramento persistente ou ressangramento ocorreu em 14,1% dos paciente, e 6,5% necessitaram de cirurgia.

Recomendação B - Evidência II-2

HDA não varicosa

f) Farmacoterapia:

Antagonistas H₂ não são recomendados no manejo de pacientes com sangramento gastrointestinal alto agudo.

Recomendação D - Evidência I

f) Farmacoterapia:

IBP em bolus EV seguido de infusão contínua é efetivo em diminuir ressangramento em pacientes que foram submetidos a terapia endoscópica com sucesso.

Omeprazol / pantoprazol 80mg bolus + 8mg/h por 72hs

Recomendação A - Evidência I

HDA não varicosa

Seguimento:

Pacientes considerados de baixo risco para ressangramento após EDA podem ser alimentados dentro de 24hs.

Estudo randomizado mostrou que em pacientes de baixo risco, o tempo de realimentação não influenciou a evolução hospitalar

Recomendação A - Evidência I

HDA não varicosa

Seguimento:

Pacientes com HDA devem ser testados para *Helicobacter pylori* e devem receber terapia de erradicação

Recomendação A - Evidência I

Conclusões:

- O atendimento inicial com estabilização clínica é fundamental para boa evolução do quadro
- Pacientes com estigmas ou história de hepatopatia devem receber drogas vasoativas empiricamente
- A estratificação de risco dos pacientes auxilia o tratamento e muda a evolução dos casos
- A endoscopia digestiva precoce é fundamental para a estratificação e tratamento dos casos indicados

OBJETIVO

Promover o estudo das especialidade clínicas e cirúrgicas do aparelho digestivo como a Gastroenterologia, Hepatologia, Coloproctologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo e a Endoscopia Digestiva.

AGENDA

- 18/02/2014 - Estudo das especialidade clínicas e cirúrgicas do aparelho digestivo
- 18/02/2014 - Estudo das especialidade clínicas e cirúrgicas do aparelho digestivo

BANNER 1

BANNER 2



OBJETIVO



ENCONTROS



COORDENAÇÃO




Facebook page mockup for CEADI (Centro de Estudo do Aparelho Digestivo). The page features the CEADI logo and name, a cover photo, and a post titled "Classificação das Hemorragias Digestivas". The post includes a list of symptoms and a diagram of the digestive system. The page also shows a sidebar with navigation links and a table of upcoming meetings.

DATA	TEMA	RESPONSÁVEL	PATROCÍNIO
20/04/14	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA YARUQUISA	DR. FELIPE SALLES	ESB
20/04/14	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA YARUQUISA	DR. FELIPE SALLES	SANKYO
20/04/14	DOENÇA CELÍACA	DR. GUSTAVO NARCISO	ESB
20/04/14	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HAITORRE	DR. FRANCISCO AMARAL	SANKYO
20/04/14	HEMORRAGIA DO TRATO MEDIO E BAIXO	DR. FELIPE SALLES	SANKYO