

CM 408

ALEXANDRE HOHL

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA :
ANÁLISE DE 160 CASOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1999

ALEXANDRE HOHL

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA :
ANÁLISE DE 160 CASOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Ferreira da Cunha

FLORIANÓPOLIS

1999

AGRADECIMENTOS

A Deus,
aos meus pais,
ao meu orientador,
aos funcionários do SPP e
aos meus colegas doutorandos.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVO.....	03
3. MÉTODO.....	04
4. RESULTADOS.....	06
5. DISCUSSÃO.....	10
6. CONCLUSÕES.....	17
7. REFERÊNCIAS.....	18
NORMAS ADOTADAS.....	21
RESUMO.....	22
SUMMARY.....	23
APÊNDICE.....	24

1. INTRODUÇÃO

Hemorragia digestiva alta (HDA) foi definida como todo sangramento digestivo originado por lesão localizada acima do ligamento de Treitz, podendo exteriorizar-se sob a forma de hematêmese, melena, hematoquezia ou por sangue oculto nas fezes¹⁻³.

O sangramento no trato gastro-intestinal superior é uma das emergências mais freqüentes em medicina interna, necessitando, na maioria das vezes, de tratamento hospitalar³⁻⁶. É uma causa comum de admissão hospitalar, morbidade e mortalidade^{5,7-12}. Aproximadamente 300.000 internações por ano nos Estados Unidos da América são motivadas pela HDA¹². Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de um diagnóstico rápido e adequado.

Os objetivos do diagnóstico perante a suspeita de HDA incluem confirmar a sua presença, estimar a intensidade da perda volêmica e localizar precisamente a sua origem³.

Cerca de 20% dos pacientes se queixam equivocadamente de HDA, quando na realidade apresentam vômitos alimentares escuros, ingestão de alimentos como beterraba, de medicamentos contendo ferro ou bismuto, ou são portadores de sangramento nasal prévio³.

A estimativa da intensidade da perda sangüínea deve ser feita o mais rapidamente possível, utilizando-se parâmetros clínicos como queda da pressão arterial e aumento da freqüência cardíaca³.

Após a avaliação da intensidade do episódio sangrante, devem ser iniciadas simultaneamente as medidas terapêuticas de urgência e as investigações objetivando a determinação do local do sangramento. Tal propedêutica engloba a

anamnese, o exame físico, os exames subsidiários e a esofagogastroduodenoscopia ou endoscopia digestiva alta (EDA)³.

A EDA com fibra óptica é atualmente parte integrante do manejo dos pacientes com HDA^{11,13}. Ela identifica o sítio de sangramento em 90-95% dos casos². Além de ser rápida e bem tolerada, ela é um procedimento extremamente seguro e pode ser feita no próprio leito do paciente, mesmo na vigência de hemorragia volumosa¹⁴. Outra grande vantagem da EDA é poder diferenciar lesões hemorrágicas atuais de outras que são apenas potencialmente sangrantes⁶.

O exame endoscópico deve ser realizado preferencialmente nas primeiras horas do início da HDA^{3,6,15,16}. Tal precocidade é importante para aumentar a sensibilidade e especificidade do exame, pois há a possibilidade de existir mais de uma lesão, dificultando a identificação da real etiologia do sangramento^{3,6}.

Como forma de contribuir para análise geral e conhecer a situação local, estudaram-se, tanto clínica quanto endoscopicamente, os pacientes com hemorragia digestiva alta internados no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2. OBJETIVO

Analisar as características clínicas e endoscópicas de pacientes internados com Hemorragia Digestiva Alta (HDA) no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

3. MÉTODO

3.1. AMOSTRA

Foi realizado um estudo retrospectivo, transversal e descritivo de 160 pacientes internados no HU-UFSC, no período de 01 de janeiro de 1993 a 31 de dezembro de 1998, com diagnóstico inicial de Hemorragia Digestiva Alta.

A população do estudo foi composta pelos pacientes internados no HU-UFSC, nas Clínicas Médica Masculina (I e II) e Feminina.

Foram excluídos do estudo os prontuários incompletos e/ou os pacientes que tiveram o diagnóstico inicial de Hemorragia Digestiva Baixa (HDB).

3.2. PROCEDIMENTO

A forma escolhida para esta análise foi a coleta de dados de internação através do livro de registro dos pacientes que internaram nas enfermarias das Clínicas Médica Masculina (I e II) e Feminina.

A data inicial do trabalho foi estipulada pelo início dos registros, que datam de 01.01.93. O tempo de estudo foi escolhido aleatoriamente, sendo a data final em 31.12.98, ao completar 6 anos de pesquisa.

Foram analisados 9.650 registros de internação, selecionando-se as que tiveram diagnóstico presuntivo de Hemorragia Digestiva (HD) ou Hemorragia Digestiva Alta (HDA) ou citados apenas os sinais : hematêmese e/ou melena e/ou hematoquezia e/ou enterorragia.

Optou-se pela escolha de pacientes com hematoquezia e enterorragia, apesar de estarem mais relacionados com HDB, considerando-se um possível caso de HDA associado a um desses sinais. Como a denominação do sinal é controversa, optou-se pela manutenção dos dois termos.

As variáveis selecionadas para o estudo foram as seguintes :

- sexo
- idade : os pacientes foram distribuídos por décadas
- diagnóstico etiológico : resultado obtido por Endoscopia Digestiva Alta
- óbito : pacientes que foram a óbito durante a internação e cuja declaração de óbito contenha a HDA como uma das 3 causas de morte (PARTE I, letras “a”, “b” e “c”).

4. RESULTADOS

4.1. Perfil dos Pacientes :

Dos 160 pacientes internados com HDA no HU-UFSC no período de 01.01.93 a 31.12.98, 130 eram do sexo masculino (81,2%) e 30 do sexo feminino (18,8%)

TABELA I - Distribuição de 160 pacientes internados com HDA no HU no período de 01.01.93 a 31.12.98, segundo o sexo.

SEXO	Número	Percentil
masculino	130	81,2
feminino	30	18,8
Total	160	100,0

Fonte : SPP (Serviço de prontuário do paciente) - HU - UFSC.

4.2. Sinais e sintomas :

Os pacientes internados com HDA apresentaram como sinal diagnóstico a melena e/ou a hematêmese. 2 pacientes apresentaram hematêmese como sinal de entrada, mas foram excluídos do trabalho pois na investigação constatou-se que era hemoptise, sendo o diagnóstico final de tuberculose (em ambos os casos). Somente 5 pacientes apresentaram sinal isolado de enterorragia e todos foram excluídos pois conclui-se durante a investigação hospitalar que o diagnóstico era de HDB.

Dos diagnósticos de entrada, nesse período, nenhum paciente teve a hemoquezia citada como sinal de internação.

Dos 160 pacientes, 117 apresentaram melena (73,1%) e 114 apresentaram hematêmese (71,2%). Como outros sinais/sintomas mais comuns aparecem epigastralgia (45,0%), fraqueza (27,5%) e vômitos alimentares (21,2%).

TABELA II - Sinais/Sintomas mais comuns encontrados em 160 pacientes com HDA internados no HU no período de 01.01.93 a 31.12.98.

SINAIS / SINTOMAS	Número	Percentil
Melena	117	73,1
Hematêmese	114	71,2
Epigastralgia	72	45,0
Fraqueza	44	27,5
Vômitos alimentares	34	21,2
Tontura	16	10,0
Náuseas	16	10,0
Síncope	08	5,0
Emagrecimento	08	5,0
Asterix	07	4,4
Anorexia	04	2,5
Febre	04	2,5

Fonte : SPP (Serviço de prontuário do paciente) - HU - UFSC.

4.3. Óbitos :

Dos 160 pacientes internados com HDA, 24 foram a óbito durante a internação (15,0%). Destes, somente 10 possuíam como uma das 3 causas de morte, citadas na "PARTE I" da Declaração de Óbito, o sangramento digestivo ou a hemorragia digestiva alta.

TABELA III - Número de óbitos encontrado nos 160 pacientes internados com HDA no HU no período de 01.01.93 a 31.12.98

	Número	Percentil
Óbito com HDA na D.O.*	10	6,2
Óbito sem HDA na D.O.*	14	8,8
Alta Hospitalar	136	85,0
Total	160	100

Fonte : SPP (Serviço de prontuário do paciente) - HU - UFSC.

* D.O. = declaração de óbito

4.4. Etiologia da HDA :

Dos 154 pacientes que realizaram EDA, 36 apresentaram como diagnóstico etiológico a úlcera gástrica (23,4%). A seguir, vieram 29 pacientes com Lesões Agudas da Mucosa Gastro Duodenal - LAMGD (18,8%), 27 com varizes de esôfago (17,5%) e 26 com úlcera duodenal (16,9%). Os demais resultados encontram-se na Tabela IV.

TABELA IV - Distribuição de 154 pacientes internados no HU com HDA no período de 01.01.93 a 31.12.98, segundo o sexo e a EDA.

ETIOLOGIA	SEXO					
	masculino		feminino		total	
	número	%	número	%	número	%
Úlcera Gástrica	31	24,6	05	17,9	36	23,4
LAMGD*	26	20,6	03	10,7	29	18,8
Varizes de Esôfago	22	17,5	05	17,9	27	17,5
Úlcera Duodenal	22	17,5	04	14,2	26	16,9
Esofagite	09	7,1	02	7,1	11	7,1
S. Mallory-Weiss	07	5,6	00	0	07	4,5
Câncer Gástrico	02	1,5	00	0	02	1,3
Hérnia Hiatal	00	0	02	7,1	02	1,3
Telangiectasias	00	0	01	3,6	01	0,7
Inconclusivo	00	0	01	3,6	01	0,7
Normal	07	5,6	05	17,9	12	7,8
TOTAL	126	100,0	28	100,0	154	100,0

Fonte : SPP (Serviço de prontuário do paciente) - HU - UFSC.

* LAMGD = lesões agudas da mucosa gastro-duodenal

4.5. Faixa Etária :

Dos 154 pacientes internados com HDA e que realizaram EDA, 35 tinham entre 41-50 anos de idade (22,7%), sendo esta a faixa etária mais acometida.

Com relação à etiologia, a maioria dos pacientes com úlcera gástrica estavam entre 41-50 anos (6,5% do total). As LAMGD incidiram igualmente na sexta e oitava década de vida (4,5% em ambas). Já as varizes de esôfago foram predominantes na quinta década (5,8%).

As demais etiologias e suas respectivas faixas etárias de incidência encontram-se na Tabela V.

TABELA V - Distribuição dos 154 pacientes internados com HDA no HU-UFSC no período de 01.01.93 a 31.12.98 e que realizaram EDA, segundo a faixa etária e etiologia.

Faixa Etária / Etiologia	11-20a n.(%)	21-30a n.(%)	31-40a n.(%)	41-50a n.(%)	51-60a n.(%)	61-70a n.(%)	71-80a n.(%)	81-90a n.(%)
Úlcera Gástrica	0 (0)	02(1,3)	02(1,3)	10(6,5)	08(5,2)	06(3,9)	07(4,5)	01(0,7)
LAMGD	01(0,7)	01(0,7)	02(1,3)	04(2,6)	07(4,5)	05(3,2)	07(4,5)	02(1,3)
Varizes Esôfago	0 (0)	02(1,3)	04(2,6)	09(5,8)	07(4,5)	04(2,6)	01(0,7)	0 (0)
Úlcera Duodenal	01(0,7)	05(3,2)	06(3,9)	06(3,9)	03(1,9)	02(1,3)	02(1,3)	01(0,7)
Esofagite	0 (0)	01(0,7)	02(1,3)	03(1,9)	03(1,9)	02(1,3)	0 (0)	0 (0)
Mallory-Weiss	0 (0)	0 (0)	01(0,7)	01(0,7)	02(1,3)	02(1,3)	0 (0)	01(0,7)
Câncer Gástrico	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	01(0,7)	0 (0)	01(0,7)	0 (0)
Hérnia Hiatal	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	02(1,3)	0 (0)
Telangiectasias	0 (0)	01(0,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Inconclusivo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	01(0,7)	0 (0)
Normal	0 (0)	01(0,7)	03(1,9)	02(1,3)	0 (0)	02(1,3)	02(1,3)	02(1,3)
TOTAL	02(1,3)	13(8,5)	20(13,0)	35(22,7)	31(20,1)	23(14,9)	23(14,9)	07(4,6)

Fonte : SPP (Serviço de prontuário do paciente) - HU - UFSC.

5. DISCUSSÃO

A hemorragia digestiva alta é motivo de preocupação para todo médico que trabalha numa emergência hospitalar. Frequentemente, defronta-se com pacientes que, apresentando sangramento digestivo evidenciado através de melena ou hematêmese, necessitam de um atendimento adequado tanto na manutenção da volemia quanto no diagnóstico etiológico desta entidade.

Segundo o sexo, trabalhos mostraram que dos pacientes estudados com HDA 71,4% são homens e 28,6% são mulheres¹¹. Outros estudos apresentaram uma relação entre homens e mulheres mais estreita, numa proporção de 1,5:1,0, respectivamente^{12,17}. Nesta série, o sexo masculino foi predominante (81,2%). Dos 160 pacientes, 130 eram homens e 30 eram mulheres (18,8%).

A literatura mostrou uma incidência de melena em 45-87% dos casos de HDA e hematêmese em 58-62%^{11,12}. Dos sinais e sintomas citados pelos pacientes no presente estudo, a melena foi encontrada em 117 pacientes (73,1%) e a hematêmese em 114 (71,2%). As manifestações clínicas do sangramento gastrointestinal dependem da extensão, da localização e da velocidade da hemorragia, bem como da presença de doenças concomitantes¹.

Relatou-se ainda a presença de epigastralgia (45,0%), fraqueza (27,5%), vômitos alimentares (21,2%), tontura (10,0%) e náuseas (10,0%). Nota-se a relação destes sinais e sintomas com o trato gastro-intestinal e a perda de sangue.

A taxa de mortalidade de pacientes com HDA varia entre 7,7 a 19,0%, dependendo do meio^{8,11}. Dos 160 pacientes estudados, 24 foram a óbito (15%). Destes, somente 10 pacientes continham na Declaração de Óbito a HDA como uma das causas da morte (6,2%).

Trabalhos americanos creditam esta alta taxa de mortalidade a dois fatores principais. O primeiro é a população cuja fatia de idosos na pirâmide etária é muito grande, os quais possuíam marcadamente mais doenças. A segunda causa seria o avanço nas técnicas de terapia intensiva, mantendo vivos pacientes com múltiplos traumas ou doenças por um longo período de tempo; muitos destes pacientes acabam desenvolvendo HDA, que pode ser fatal¹³.

Como nesta série os pacientes foram selecionados através da AIH com diagnóstico de HDA na entrada hospitalar, não foram observados casos que desenvolveram sangramento digestivo após a internação. Este fato parece ter influência na baixa taxa de mortalidade encontrada (6,2%) quando comparada com a literatura mundial.

Ressalta-se que 6 pacientes não realizaram a EDA (3,8%). Isto deve-se ao fato deste exame apresentar algumas contra-indicações. Dentre as absolutas, destacam-se o choque, infarto agudo do miocárdio em fase aguda ou evolução menor que duas semanas, hipóxia severa, coma (exceto se o paciente estiver entubado), convulsões, perfuração digestiva e subluxação atloaxoídea. As contra-indicações relativas incluem a não colaboração do paciente, coagulopatia grave, divertículo de Zenker, estenose esofágica alta, cardiopatia isquêmica, aneurisma de aorta torácica e cirurgia abdominal há menos de 20 dias¹⁹.

Entretanto, alguns autores consideram que não existem contra-indicações absolutas da endoscopia em paciente com HDA, devendo somente ter cuidado com o “furor diagnóstico”, tão comum hoje em dia⁶.

De qualquer forma, a endoscopia digestiva alta é uma arma poderosa na detecção etiológica do sangramento, sendo por vezes usada no próprio tratamento, através de escleroterapia, laserterapia, termocauterização e agentes tópicos^{2,7,9,11}.

Em trabalhos publicados, observou-se que a EDA alcança o sucesso no diagnóstico etiológico das HDA em 90 a 95% dos casos^{2,11,18}. Nesta série, dos 160 pacientes internados no HU com HDA no período de 01.01.93 a 31.12.98, 154 realizaram EDA. Destes, 12 tiveram resultado normal e 01 foi inconclusivo. Chegou-se a um diagnóstico etiológico da HDA através da EDA em 141 casos, representando uma precisão diagnóstica de 91,6 %, equivalente a da literatura mundial.

As causas de HDA variam suas freqüências em decorrência do local estudado (p. ex., regiões endêmicas de *S. mansoni*) e metodologia estudada (p. ex., endoscopia digestiva alta), entre outros³.

Num trabalho norte-americano, realizado com 469 pacientes em Michigan entre os anos de 1984 a 1987, as causas de HDA mais comuns foram LAMGD (24%), varizes de esôfago (22%), úlcera gástrica (19%) e úlcera duodenal (14%)¹¹.

Em outra série norte-americana, realizada com 291 pacientes em Mineapolis nos anos de 1994 e 1995, as etiologias de HDA mais encontradas foram úlcera duodenal (31,6%), úlcera gástrica (27,5%), varizes de esôfago (13,0%) e LAMGD (13,0%)⁵.

Esta discrepância nos resultados dos trabalhos publicados vem sendo observada há muito tempo. Na década de 80, em uma revisão de sangramento gastrointestinal alto, Broughan¹³ já comparava os trabalhos de Sugawa (de Detroit) e Halmagyi (de Toronto), os quais apresentavam resultados opostos. Enquanto o grupo estadunidense tinha como etiologias mais comuns as LAMGD (42%), úlcera gástrica (18%), Mallory-Weiss (15%) e úlcera duodenal (11%), o grupo canadense apresentava como causas mais comuns de HDA a úlcera duodenal (41%), úlcera gástrica (11%), varizes de esôfago (7%) e Mallory-Weiss (6%).

Na busca da etiologia das HDA pela EDA, a úlcera gástrica foi encontrada no presente trabalho em 36 pacientes (23,4%). As LAMGD apareceram em seguida, como diagnóstico de 29 pacientes (18,8%). Na ordem, sucederam as varizes de esôfago (17,5%) e a úlcera duodenal (16,9%).

Essas diferenças corroboram a hipótese de que o meio em que a análise foi feita tem fundamental importância nos resultados. Num Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina, em que foram estudadas 541 fichas de protocolos de endoscopia digestiva do HU de pacientes com quadro de HDA, no período de janeiro de 1982 a dezembro de 1993, foram encontradas as seguintes causas de sangramento : úlcera gástrica (22,36%), LAMGD (19,40%), úlcera duodenal (19,40%) e varizes de esôfago (13,12%)²¹. A mesma tendência nos resultados da EDA é evidenciada neste trabalho atualmente, apesar das metodologias aplicadas terem sido diferentes.

De uma maneira geral, a quinta década de vida (22,7%) foi a mais atingida pelas hemorragias digestivas altas. A seguir, as faixas etárias superiores são as mais acometidas, observando-se 20,1% dos pacientes na sexta, 14,9% na sétima e 14,9% na oitava década de vida.

Como as doenças gastroduodenais que causam HDA costumam, em geral, ocorrer em faixas etárias mais altas, parece evidente que a frequência do sangramento digestivo seja menor em crianças, adolescentes e adultos jovens.

As úlceras gástricas atingiram principalmente os pacientes da quinta década (6,5%), seguida pelos da sexta (5,2%) e oitava década de vida (4,5%). A incidência máxima da úlcera gástrica, em geral, se dá na sexta década de vida²². Entretanto, alguns casos em pacientes mais idosos também podem ser observados.

À luz dos conhecimentos atuais, existem duas formas mais comuns de úlcera péptica (gástrica e duodenal): as associadas ao microorganismo *Helicobacter pylori* e as associadas ao consumo de antiinflamatórios não-hormonais (AINH),

incluindo a aspirina²³. Assim, parece que a faixa etária pode ser ampliada conforme a ingestão de determinadas drogas, como os AINH.

As LAMGD apareceram igualmente na sexta e oitava década de vida (4,5%), seguida pela faixa dos 61-70 anos (3,2%).

As LAMGD compreendem lesões agudas que encontramos na mucosa do estômago e do duodeno. São caracterizadas por múltiplas lesões hemorrágicas, puntiformes, associadas com alterações da superfície epitelial e edema³. Através da exata fisiopatologia destas desordens, sabe-se que as lesões atingem apenas a mucosa, não penetrando na muscular da mucosa¹³.

Essas erosões da mucosa parecem resultar do estresse (como trauma neurológico, queimaduras extensas, septicemia, peritonite, politraumatismo ou grandes cirurgias) ou por agentes ulcerogênicos, como o álcool e os AINH. Em geral, ocorre a lesão da barreira da mucosa gástrica, que representa uma das defesas do estômago. O mecanismo usado por esses medicamentos é a inibição da atividade da ciclooxigenase da mucosa gástrica, assim reduzindo as prostaglandinas endógenas, que desempenham importante papel na defesa da mucosa^{3,13}.

As varizes de esôfago acometeram preferencialmente a quinta (5,8%), sexta (4,5%), sétima e quarta década de vida (igualmente com 2,6% dos casos).

A hipertensão portal resulta de um bloqueio ao fluxo sanguíneo do leito portal à via cava. Tal bloqueio pode ocorrer em vários níveis da circulação portal, e os principais fatores a ele relacionados são a cirrose, a hepatite, os tumores e a esquistossomose. Esta hipertensão portal é um pré-requisito para o desenvolvimento de varizes esofágicas³.

Em geral, pacientes alcoolistas evoluem com hipertensão portal e hepatopatia crônica. Conseqüentemente, é comum a presença de varizes esofágicas. A faixa etária, nesses casos, depende das características pessoais de resistência ao álcool, tempo de evolução e consumo diário.

As úlceras duodenais atingiram faixas etárias mais jovens. Elas predominaram da mesma maneira na quarta e quinta década de vida (3,9%), sendo seguidas pela faixa dos 21-30 anos (3,2%).

As úlceras duodenais, assim como as úlceras gástricas, fazem parte das úlceras pépticas. Entretanto, de forma geral, incidem no máximo até na quinta década de vida²², o que foi constatado nos resultados citados.

A esofagite pode ser causada por refluxo gastroesofágico, infecções (viral, bacteriana ou fúngica), radiação, corrosão, drogas ou doenças sistêmicas²⁴. Dessa forma, a faixa etária que pode ser acometida por esofagites é ampla. Neste série, as esofagites incidiram principalmente na quarta e quinta década de vida (1,9% em ambas).

A Síndrome de Mallory-Weiss habitualmente apresenta um quadro hemorrágico que se instala após vômitos repetidos, especialmente em alcoólatras. Sua patogenia parece resultar de elevados gradientes pressóricos que promovem a laceração da mucosa da junção esofagogástrica. Na maioria dos pacientes, o sangramento cessa espontaneamente^{3,24}.

Assim como a gastrite erosiva, a Síndrome de Mallory-Weiss, que antes passava despercebida nos estudos radiológicos, atualmente são diagnosticadas com uma frequência maior através da EDA²⁴. Neste trabalho, 7 pacientes apresentaram esta doença, representando 4,5% dos casos. As faixas etárias de maior incidência foram a da sexta e sétima década de vida (1,3% dos casos em ambas).

O câncer gástrico representa uma das principais causas de morte por neoplasia no mundo. Entretanto, dificilmente se manifesta com sangramento digestivo alto evidente (por hematêmese ou melena). Os cânceres gástricos, quando superficiais e cirurgicamente curáveis, não costumam causar sintomas. Assim, eles geralmente manifestam-se em pacientes que se encontram em faixas etárias mais avançadas^{25,26}.

Neste estudo, foram encontrados 2 pacientes com HDA por câncer gástrico (1,3%), sendo que 01 estava na faixa dos 51-60 anos e o outro na faixa dos 71-80 anos (0,7%).

Como outras causas menos freqüentes de HDA foram encontrados 02 casos de hérnia hiatal (1,3%) na oitava década de vida e 01 caso de telangiectasia (0,7%) na terceira década de vida.

Cabe salientar a dificuldade encontrada na busca dos dados de entrada dos pacientes no HU. Por vezes, os livros estavam incompletos e preenchidos de forma errônea e ininteligível. Este fato limita a real amostra de qualquer trabalho científico que busque seus pacientes através do diagnóstico inicial.

Sugerimos a realização de um banco de dados dos diagnósticos de entrada dos pacientes internados no HU, preferencialmente informatizado.

6. CONCLUSÕES

1. As causas mais freqüentes de HDA no HU-UFSC no período de 01.01.93 a 31.12.98 foram : úlcera gástrica (23,4%), LAMGD (18,8%), varizes de esôfago (17,5%) e úlcera duodenal (16,9%).
2. O sexo masculino foi o mais acometido entre os pacientes portadores de HDA (81,2%).
3. Independente da etiologia, a quinta década foi o período de maior incidência da HDA.
4. Quanto a faixa etária, a úlcera gástrica apresentou maior incidência na quinta década, as LAMGD nas sexta e oitava décadas, as varizes de esôfago na quinta década e a úlcera duodenal nas quarta e quinta décadas.
5. A EDA apresentou uma elevada precisão diagnóstica (91,6%).

7. REFERÊNCIAS

1. Richter JM, Isselbacher KJ. Sangramento gastrointestinal. Em : Harrison - Medicina Interna. 13. ed. México: McGraw-Hill; 1994.
2. Lancaster JR. Upper gastrointestinal bleeding. Prim Care 1988; 15(1):31-41.
3. Coelho LGV. Hemorragia digestiva. Em : Dani R, Castro LP. Gastroenterologia Clínica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1993.
4. Ribeiro ECS. Hemorragia digestiva. Em : Manual de Terapêutica - Cirurgia. 1. ed. Florianópolis: ACM; 1997.
5. Whitmer DI, Allen JI, Kaplan AP, Smith CI, Stone BG, Chally CH. Emergency upper gastrointestinal bleeding. Management and outcomes in speciality private practice. Minn Med 1998; 81(7):21-27.
6. Moraes J. Gastroenterologia I. 1. ed. São Paulo: Sarvier; 1987.
7. Dudnick R, Martin P, Friedman LS. Management of bleeding ulcers. Med Clin North Am 1991; 75(4):947-65.
8. Dertinger SH, Vestner H, Müller K, Merz M, Hahn EG, Altendorf-Hofman A, et al. Prospective study of diagnosis, therapy and follow-up of acute gastrointestinal hemorrhage in 397 patients. Wien Klin Wochenschr 1996;108(22): 717-21.
9. Schaffner JA. Acute upper gastrointestinal bleeding. Drugs 1989; 37(1):97-104.
10. Friedman LS, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am 1993; 22(4):717-21.
11. Sugawa C, Steffes CP, Nakamura R, Sferra JJ, Sferra CS, Sugimura Y, et al. Upper GI bleeding in an urban Hospital. Etiology, recurrence and prognosis. Ann Surg 1990; 212(4):521-26.
12. Quirk DM, Barry MJ, Aserkoff B, Podolsky DK. Physician specialty and variations in the cost of treating patients with acute gastrointestinal bleeding. Gastroenterology 1997; 113(5):1443-48.

13. Broughan TA, Vogt DP. Upper gastrointestinal bleeding: a review. *Cleve Clin Q* 1982; 49(2):97-105.
14. Pasricha PJ, Fleischer DE, Kaloo AN. Endoscopy perforations of the upper digestive tract : a review of their pathogenesis, preventions, and management. *Gastroenterology* 1994; 106(3):782-802.
15. Graham DY. Limited value of early endoscopy in the management of acute upper gastrointestinal bleeding. Prospective controlled trial. *Am J Surg* 1980; 140(2):284-90.
16. Laine L, Cohen H, Brodhead J, Cantor D, Garcia F, Mosquera M. Prospective evaluation of immediate versus delayed refeeding and prognostic value of endoscopy in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 1992; 102(1):314-16.
17. Cooper GS, Chak A, Harper DL, Pine M, Rosenthal GE. Care of patients with upper gastrointestinal hemorrhage in academic medical centers: a community-based comparison. *Gastroenterology* 1996; 111(2):385-90.
18. Management of gastrointestinal bleeding. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981 15; 283(6289):456-57.
19. Gentil AA, Saporiti LN. Hemorragia digestiva alta. Em : *Manual de Terapêutica - Clínica Médica*. 1. ed. Florianópolis: ACM; 1997.
20. Lygidakis NJ. Upper gastrointestinal bleeding [editorial]. *Hepatogastroenterol* 1991; 38(3):195-96.
21. Sousa EJ. Etiologia das hemorragias digestivas altas no HU. Trabalho de Conclusão no Curso de Medicina - UFSC. Florianópolis;1993.
22. McGuigan J. Úlcera péptica e gastrite. Em : *Harrison - Medicina Interna*. 13. ed. México: McGraw-Hill; 1994.
23. Silva EP. Úlcera péptica. Em : *Manual de Terapêutica - Clínica Médica*. 1. ed. Florianópolis: ACM; 1997.
24. Goyal RK. Doenças do esôfago. Em : *Harrison - Medicina Interna*. 13. ed. México: McGraw-Hill; 1994.
25. Mayer RJ. Neoplasias do esôfago e do estômago. Em : *Harrison - Medicina Interna*. 13. ed. México: McGraw-Hill; 1994.

26. Fleischer D. Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1983; 84(3):538-43.

NORMAS ADOTADAS

Foram adotadas as normas editadas pelo Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo a resolução n. 001/97

RESUMO

Finalidades: A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma freqüente causa de hospitalização. O objetivo deste trabalho é traçar um paralelo entre os dados obtidos no estudo ora realizado e a literatura e, ao mesmo tempo, fornecer estatística própria do HU-UFSC.

Método: Um estudo retrospectivo de 160 pacientes admitidos no HU com hemorragia digestiva alta no período de 01 de janeiro de 1993 a 31 de dezembro de 1998. Os pacientes foram distribuídos segundo sexo, idade e etiologia da HDA.

Resultados: 81,2% dos pacientes eram homens. 22,7% dos pacientes estavam na quinta década de vida. 23,4% dos casos de sangramento foram causados por úlcera gástrica.

Conclusões: A maioria dos pacientes eram do sexo masculino. Quando analisamos o período de maior incidência da HDA, independente de causa, verificamos que este se deu mais na quinta década de vida. A causa principal de sangramento visto endoscopicamente foi a úlcera gástrica. Na seqüência, apareceram as LAMGD, varizes de esôfago e úlcera duodenal.

SUMMARY

Background & Aims: Upper gastrointestinal tract bleeding is a frequent cause of hospitalization. The purpose of the present work is to take a parallel line between the collected information and the results in the literature, and give an statistic score to the hospital.

Methods: A retrospective study of 160 patients admitted with acute upper gastrointestinal hemorrhage was performed. Patients were stratified by male/female, age and etiology of upper GI bleeding.

Results: 81,2% were male. 22,7% of all patients were in the fifth decade. 23,4% of causes bleeding has been gastric ulcer.

Conclusions: The most of patients were male. When we searched the main period's incidence of upper GI bleeding, without to take into consideration the cause, we find out the fifth decade. With endoscopically observation, the major cause bleeding has been gastric ulcer, followed up acute gastric mucosal lesions, esophagous varices and duodenal ulcer.

APÊNDICE

FICHA DE COLETA DE DADOS :

Nome : _____

N. Prontuário :

Data Nasc : / / Sexo : masc () fem ()

Principais sintomas associados :

- () melena
- () hematêmese
- () síncope
- () lipotímia
- () fraqueza
- () epigastralgia
- () náuseas
- () vômitos
- () emagrecimento
- () _____
- () _____

Realizou EDA : sim () não ()

Data :

Resultado da EDA :

- () úlcera gástrica
- () úlcera duodenal
- () LAMGD
- () varizes de esôfago
- () esofagite
- () hérnia hiatal
- () tumores
- () Mallory Weiss
- () inconclusivos
- () normal
- () _____

**TCC
UFSC
CM
0408**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0408

Autor: Hohl, Alexandre

Título: Hemorragia digestiva alta : aná



972807095

Ac. 253557

Ex.1 UFSC BSCCSM