

PATRICIA SILVA DE ANDRADE

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES
SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NO
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
Conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
2001**

PATRICIA SILVA DE ANDRADE

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES
SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NO
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
Conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Dr. Edson José Cardoso
Orientador: Dr. Otávio Galvão Filho
Co-Orientador: Dra. Esther B. Dantas Corrêa**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
2001**

AGRADECIMENTOS

Por todo amor e confiança em mim depositados, pelo esforço e sacrifício decorrentes da distância, e pela paciência em ouvir minhas lamúrias, agradeço com o mais profundo respeito e o mais sincero reconhecimento da infinita generosidade que só poderiam existir em pais como vocês, Ana Maria e Luiz Evandro.

Pelas palavras de encorajamento e pelas mais gostosas risadas diante das dificuldades da vida, agradeço com todo o meu amor às minhas irmãs, Luciana e Mariana.

Pela paciência em me orientar nesta desafiadora missão, apesar de extremamente atarefada, agradeço à Dra. Esther B. Dantas Corrêa pela orientação.

Pela maneira sempre paciente e carinhosa quando se dirigia a mim e aos pacientes gostaria de homenagear meu orientador, Dr. Otávio Galvão Filho, pelo brilhante exemplo no que diz respeito ao tratamento com o próximo.

Ao meu amoroso e compreensivo namorado, Rodrigo Pereira, que soube driblar de maneira muito divertida o mau-humor decorrente do cansaço, o meu eterno reconhecimento.

E finalmente pela enriquecedora oportunidade de escrever um trabalho científico, o meu muito obrigada à Coordenadoria do Curso de Medicina.

ÍNDICE

1 - Introdução	pág. 5
2 - Objetivo	pág. 7
3 - Método	pág. 8
4 - Resultados	pág. 9
5 - Discussão	pág. 13
6 - Conclusão	pág. 16
7 - Referências bibliográficas	pág. 17
Normas adotadas	pág. 20
Resumo	pág. 21
Summary	pág. 22
Apêndice	pág. 23

1 – INTRODUÇÃO

A Hemorragia Digestiva Alta (HDA) tem por definição a perda de sangue procedente do trato gastrointestinal - acima do ângulo de Treitz - através de sua eliminação pela boca e/ou ânus. É considerada uma emergência médica comum responsável por cerca de 250.000 a 350.000 internações por ano (EUA), com uma morbidade variável conforme a sua etiologia e mortalidade média de 2-15%^(1, 2, 4). Esta se modificou pouco, mesmo com todo avanço científico vivenciado nas últimas décadas.

Durante os anos 70 foi introduzida a fibroendoscopia, porém não se obteve grande avanço no manejo terapêutico da HDA, já que se diagnosticava a causa do sangramento, mas não se conseguia intervir diretamente nela. Nos anos 80, com o desenvolvimento de novos aparelhos que possibilitavam a realização de hemostasia e com maior número de estudos a respeito da HDA, iniciou-se a abordagem terapêutica por via endoscópica ⁽²⁾. Esta, além de permitir a visualização direta das lesões, tem mérito de ser facilmente realizada no pronto-socorro e no próprio leito do paciente, possibilitando ainda a realização de manobras terapêuticas adicionais, tais como escleroterapia endoscópica e injeção de soluções hemostáticas nas lesões com sangramento ativo ou recente. Tem ainda a vantagem de poder ser repetida quantas vezes forem necessárias para o controle da hemorragia ⁽³⁾. No entanto, a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) não deve preceder as medidas clássicas habitualmente empregadas em pacientes portadores de HDA, tais como reposição volêmica, uso de drogas bloqueadoras da secreção ácida, correção de distúrbios de coagulação, sondagem nasogástrica, além da realização de exames laboratoriais para monitorização. É recomendável que seja preferencialmente realizada nas primeiras 24 horas após a admissão do doente, considerando a gravidade de cada

caso em particular. Está contra-indicada em pacientes pouco cooperativos ou naqueles com suspeita de abdome agudo perfurativo, e relativamente contra-indicada em pacientes com diminuição do nível de consciência ou com função cardiopulmonar comprometida ⁽⁴⁾.

Muitas doenças de prognóstico variado podem causar sangramentos no trato gastrointestinal, todavia a causa mais comum permanece sendo a úlcera péptica (UP), responsável por mais de 2/3 das HDA, com maior incidência da UP duodenal sobre a gástrica. Outras causas incluem erosões gastroduodenais, varizes esofágicas, esofagites, laceração de Mallory-Weiss e neoplasias malignas, em ordem decrescente de incidência ⁽⁵⁾. Outro fator que vem sendo reconhecido como importante causa de HDA, são as lesões induzidas pelo uso de antiinflamatórios não-esteroidais (AINE), com destaque para o ibuprofeno ⁽⁶⁾. A constatação da ampla variedade de eventos adversos provindos do uso de AINE, tais como dispepsia, úlcera péptica, hemorragia digestiva e perfurações, deveria ter possibilitado a diminuição no número de prescrições dos mesmos, entretanto não é o que se observa. Devido à popularidade destas drogas, elas passaram a ser prescritas de modo indiscriminado no mundo inteiro, aumentando seu uso com a idade devido, principalmente, a sintomas associados com osteoartrite e condições músculo-esqueléticas crônicas ⁽⁶⁾.

Outros aspectos epidemiológicos como hipovolemia representada direta ou indiretamente por ressangramento apresentado pelo paciente durante a mesma internação, necessidade de reposição de sangue, desenvolvimento de insuficiência renal aguda, pressão arterial sistólica < 100 mmHg; além de presença de comorbidades e neoplasias do trato gastrointestinal também têm sua importância na avaliação do paciente com hemorragia digestiva alta no que tange à gravidade do quadro e sua evolução ⁽⁹⁾.

2 - OBJETIVO

Estudar as características epidemiológicas dos pacientes que apresentaram HDA e foram submetidos à avaliação e/ou tratamento endoscópicos, no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Dr. Ernani Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina de Florianópolis, no período de janeiro de 1997 a setembro de 2000.

3 – MÉTODO

No período compreendido entre janeiro/1997 e setembro/2000 foram realizados 3883 exames de endoscopia digestiva alta (EDA) no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da UFSC de Florianópolis-SC. Neste período, foram estudados retrospectivamente 117 prontuários de pacientes, cuja indicação do exame endoscópico foi o sangramento digestivo alto. Os pacientes haviam sido encaminhados ou do setor de emergência com o respectivo quadro ou já estavam internados para tratamento do sangramento digestivo ou apresentaram HDA durante a internação hospitalar por outras doenças. O quadro hemorrágico caracterizava-se clinicamente por hematêmese e/ou melena.

Todos os pacientes foram preparados para o exame com anestesia tópica na orofaringe com xilocaína “spray” e sedação com benzodiazepínicos pela via endovenosa, exceto quando havia alguma contra-indicação. O laudo era anexado a um protocolo onde constavam os dados de idade, sexo, raça, número de internações anteriores, comorbidades e uso de medicamentos, além de dados pertinentes ao quadro hemorrágico propriamente dito (vide apêndice), que era preenchido antes do exame, após leitura do termo de consentimento informado.

4 - RESULTADOS

A idade dos pacientes variou de 14 a 92 anos, predominando a faixa etária dos doentes acima dos 60 anos, conforme mostra a tabela I. Noventa e três pacientes eram do sexo masculino (79,5%) e 24 eram do feminino (20,5%), com relação de 3:1. Em relação à raça, 112 eram brancos (95%) e 5 eram negros (5%).

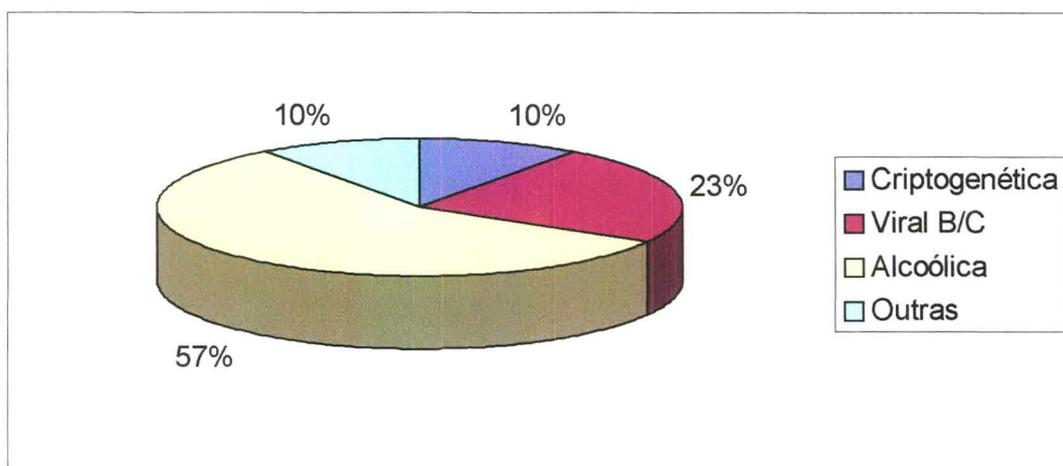
TABELA I – Distribuição etária dos pacientes:

Faixa etária	número	%
< 20 anos	2	1.7
20 – 29 anos	12	10.3
30 – 39 anos	13	11.1
40 – 49 anos	23	19.6
50 – 59 anos	22	18.8
≥ 60 anos	45	38.5

Fonte: Serviço Arquivos Médicos – HU – jan/97 a set/2000.

No que diz respeito ao tempo de início do sangramento até a realização do exame endoscópico constatou-se que 19 pacientes tinham iniciado sangramento até 12 horas antes do exame (16%), outros 19 haviam iniciado 12 a 24 horas antes do exame (16%), 20 deles de 24 a 48 horas antes (17%) e os 59 restantes tinham começado a sangrar há mais de 48 horas antes da EDA (51%).

Dentre os doentes analisados, 18 eram tabagistas (15%), 21 eram etilistas (18%), 22 eram etilistas e tabagistas (19%) e 58 deles negavam adição ao tabaco ou álcool (48%). Trinta pacientes eram portadores de hepatopatia crônica (25%). No gráfico I, observa-se a etiologia das hepatopatias.

GRÁFICO I – Principais causas de hepatopatia:

Fonte: Serviço de Arquivos Médicos – HU – jan/97 a set/2000.

Quarenta e sete pacientes (40%) fizeram uso prévio de antiinflamatórios não-esteroidais.

A hematemese ocorreu na mesma proporção que a melena, ou seja, 34 pacientes cada (33,3%), assim como a ocorrência de ambos simultaneamente nos outros 34 doentes (33,3%).

Na tabela II são mostrados os resultados do exame endoscópico, podendo ser observado que o somatório da ocorrência de úlcera péptica gástrica e duodenal (52%) foi a causa mais prevalente de HDA, seguida pelo sangramento proveniente das varizes esofageanas (28%), principalmente as médio calibre (79%). De acordo com a etiologia do sangramento, deu-se prosseguimento à terapêutica endoscópica com injeção de soluções esclerosantes em 36 pacientes (31%).

TABELA II – Achados endoscópicos dos pacientes com hemorragia digestiva alta:

Patologia	Número	%
Varizes do esôfago	33	28
Pequeno calibre	3	9
Médio calibre	26	4
Grande calibre	4	12
UP gástrica	32	27
UP duodenal	29	25
Telangiectasias	5	4.5
Gastrite/esofagite	3	2.5
Neoplasia maligna	3	2.5
Laceração de Mallory-Weiss	2	1.5
Pólipos	2	1.75
Gastropatia congestiva	2	1.75
Sínd. Rendu-Osler-Weber	2	1.75
UP esofageana	1	1.3
UP de anastomose	1	1.3
Lesão vascular de Dieulafoy	1	1.3

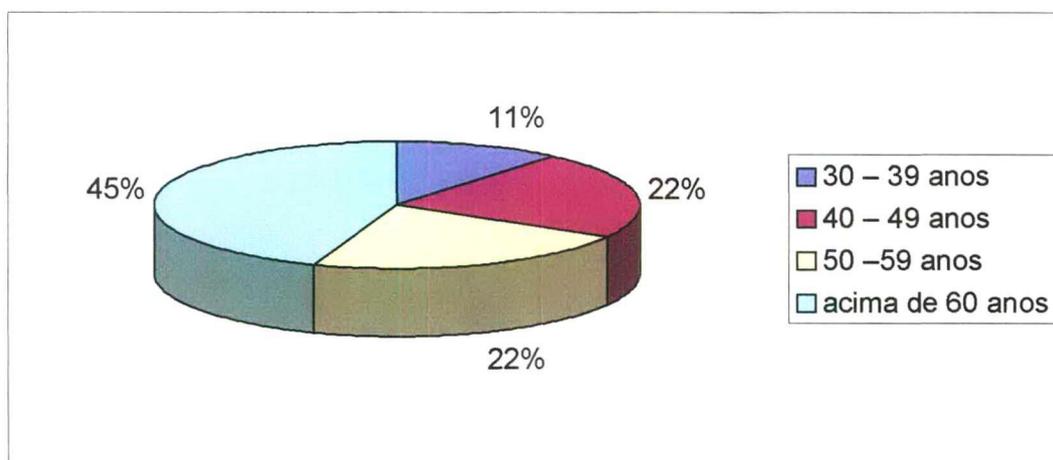
Fonte: Serviço de Arquivos médicos – HU – jan/97 a set/2000.

Dentre os 36 pacientes que foram submetidos à terapia endoscópica, em apenas três não se obteve sucesso (8%). O ressangramento ocorreu em 16 pacientes (14%) e, destes, somente seis foram submetidos a novo exame endoscópico, com 50% deles vindo a falecer. Dos outros 10 pacientes que ressangraram e não realizaram novo exame endoscópico, 70% evoluiu favoravelmente.

Dezoito pacientes foram a óbito (15%), observando-se que em 14 deles havia outras comorbidades além das hepatopatias, como Hipertensão Arterial Sistêmica (42%), Diabetes *mellitus* (17%), Insuficiência Renal (8%), Doença Broncopulmonar Obstrutiva Crônica (8%), Neoplasias malignas (17%) e

Cardiopatias (8%). A faixa etária mais atingida foi a dos pacientes com 60 anos ou mais (44%), como pode ser observado no gráfico II.

GRÁFICO II – Distribuição da mortalidade em pacientes com HDA:



Fonte: Serviço de Arquivos Médicos – HU – jan/97 a set/2000.

5 - DISCUSSÃO

Durante o curso de uma HDA, cerca de 80% dos episódios são autolimitados e 20 a 30 % apresentam-se como sangramento de maior volume, necessitando intervenção ⁽²⁾. Os dados vitais são os indicadores clínicos mais importantes na HDA: se forem normais, haverá 2% de recorrência; se ocorrer taquicardia, haverá 18% de recorrência e se houver choque hipovolêmico, a recidiva será de cerca de 50%. Outros fatores prognósticos clínicos são: presença de síndromes consultivas ou doenças graves associadas (a mortalidade chega a 70% se houver quatro ou mais doenças associadas) ⁽²⁾; sangramento que ocorre durante a internação (a taxa de mortalidade é maior do que quando esse ocorre antes da hospitalização) ⁽⁴⁾; ocorrência de ressangramento; idade avançada (a morbimortalidade aumenta três a quatro vezes acima dos 60 anos) ^(2,4,6); coagulopatias; uso de hemoderivados; ocorrência de úlceras gigantes (com diâmetro > 2cm) ⁽⁴⁾ e pacientes que requerem intervenção cirúrgica de emergência. A grande maioria destes dados foi também encontrada no presente estudo.

Observa-se que mesmo após a introdução da endoscopia intervencionista a mortalidade permaneceu a mesma havendo mais prevalência de óbito acima de 60-70 anos de idade devido à maior ocorrência de comorbidades ⁽⁶⁾. Neste estudo, sessenta por cento dos pacientes acima dos 60 anos tiveram no mínimo uma doença crônica, e a maioria teve duas. Somou-se a este fato um acréscimo no consumo de medicamentos, entre eles os AINE. Em diversos estudos foi possível observar que o risco de sangramento digestivo em idosos é cinco vezes maior do que em pacientes jovens, sendo este fato decorrente de dosagem e frequência de uso de AINE maiores naqueles do que nestes, ocorrência de

múltiplas comorbidades, além de múltiplos medicamentos em uso simultâneo, e queda nos níveis de prostaglandinas na mucosa gástrica e diminuição da integridade vascular, promovendo um maior impacto destas drogas, sobre o trato digestivo ⁽⁶⁾. Nesta casuística, dos 18 pacientes que foram a óbito, catorze possuíam uma ou mais doenças associadas e oito deles tinham 60 anos ou mais, não diferindo muito da mortalidade média encontrada noutros estudos (variando de 6 a 25%). Além disso, 40% dos doentes utilizaram AINE previamente ao sangramento.

A literatura revela que a hemorragia digestiva secundária à úlcera péptica varia de 24 a 55% e em algumas foi a causa mais freqüente, sendo responsável por 50% dos episódios de sangramentos graves ⁽³⁾. Porém outros autores demonstram que as lesões agudas da mucosa gastroduodenal (LAMGD), como as esofagites, gastrites e duodenites, são as causas mais freqüentes de HDA. Dentre as outras causas podem ser citados rotura de varizes esofageanas ou gástricas, lacerações de Mallory-Weiss, neoplasias malignas do trato gastrintestinal e outras causas mais raras como as lesões de Dieulafoy, as fistulas aortoentéricas, as hemobílias e as malformações arteriovenosas gastroduodenais ⁽¹⁵⁾. No Serviço de Gastroenterologia do HU, o sangramento secundário à úlcera péptica ocupou a primeiro lugar em freqüência, havendo discreta diferença entre o local da úlcera (Úlcera duodenal – 25% e Úlcera gástrica – 27%) e contrapondo-se a publicações que enfatizaram a maior freqüência da úlcera duodenal como principal etiologia.

Não é incomum ainda a associação de úlcera péptica com outros achados endoscópicos, principalmente as LAMGD. É relatado também que a úlcera péptica comumente afeta hepatopatas crônicos portadores de varizes esofageanas, causando sangramento em aproximadamente 7 a 30% ⁽³⁾. Em nosso estudo foram observados 17 hepatopatas crônicos com erosões em variados graus em esôfago, estômago e/ou duodeno (56%).

Pôde-se observar também que a quase totalidade dos pacientes com sangramento era da raça branca (95%). Isto muito provavelmente deveu-se à marcante presença da colonização européia na população loco-regional, uma vez que os brancos compõem 89,6% da população ilhéu e catarinense, segundo os dados do IBGE (1991).

6 - CONCLUSÕES

Conclui-se com este estudo que:

- A HDA predominou em pacientes do sexo masculino, de idade avançada (acima dos 60 anos), portadores de uma ou mais comorbidades;
- A etiologia mais freqüente da HDA foi doença péptica ulcerosa;
- A taxa de mortalidade foi semelhante à observada na literatura;
- Houve uma freqüência de quarenta por cento de usuários de AINE;
- Em 2/3 dos casos, o sangramento cedeu sem intervenção endoscópica terapêutica.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Terdiman JP. Update on upper gastrointestinal bleeding – basing treatment decisions on patients' risk level. *Postgrad Med* 1998; 103(6): 43-64.
2. Gomes GF, Pisani JC, Macedo ED, Carneiro JH, Salvalaggio PRO, Kiatkoski D, *et al.* Hemorragia digestiva alta não varicosa: estudo prospectivo dos fatores prognósticos. *Gastroenterol Endoscopic Dig* 2000; 19(4): 147-50.
3. Papini JW, Andreollo NA, Santos JOM, Montes CG, Almeida JRS, Guerrazzi F, *et al.* A hemorragia digestiva alta na úlcera péptica – experiência do Gastrocentro-Unicamp. *Gastroenterol Endoscopic Dig* 1998; 17(3): 87-92.
4. Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T, editors. *Gastroenterology*, 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1995. P. 671-85.
5. Cello JP. Hemorragia digestiva. In: Bennet JC, Plum F, *et al*, editors. *Trat Med Int*, 20ª ed. Brasil: Guanabara-Koogan; 1997. P. 709-13.
6. Farrel JJ, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in older people. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29(1): 1-36.
7. Rollhauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: update. *Endoscopy*, 1997; 29(2): 91-105.
8. Longstregh GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Gastroenterology J Am*, 1995; 90(2): 206-10.

9. Malluta EF, Corrêa EBD, Filho OG, Hallal AL, Borini O. Fatores preditivos de óbito em hemorragia digestiva alta no Hospital Universitário-Universidade Federal de Santa Catarina. *Gastroenterol Endoscopic Dig*, 2001; 20(1): 7-10.
10. Nagaoka MS, Balan RG, Spinosa SR, Menoli R, Leite PHP, Muraguchi EMO, *et al.* Hemorragia digestiva por fistula aorto-entérica: relato de dois casos e revisão da literatura. *Gastroenterol Endoscopic dig*, 1996; 15(1): 31-5.
11. Allegretti C, Ejima FH, Martinez R, Módena JLP. Análise dos achados endoscópicos e da evolução de pacientes adécticos com hemorragia digestiva alta. *Gastroenterol Endoscopic DIG*, 1994; 13(4): 153-6.
12. Thomopoulos K, Katsakoulis E, Vagianos C, Mimidis K, Margaritis V, Nikolopoulou V. Causes and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding: a prospectiva analysis of 1534 cases. *Int J Clin Pract*, 1998; 52(8): 547-50.
13. Wara P. Incidence, diagnosis and natural course of upper gastrointestinal hemorrhage – prognostic value of clinical factors and endoscopy. *Scand J Gastroenterol*, 1987; 22(137): 26-27.
14. Hochberg MC. Association of nonsteroidal antiinflammatory drugs with upper gastrointestinal disease: epidemiologic and economic considerations. *J Rheumatol*, 1992; 19 (36): 63-7.
15. Katz PO, Salas L. Less frequent causes of upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*, 1993; 22(4): 875-89.
16. Carvalho DG, Mendes CMC, Carvalho SC, Tanure JC, Soares JMA, Wainstein AJA. Lesão de Dieulafoy: uma causa da hemorragia digestiva. *Gastroenterol Endoscopic Dig*, 1997; 16(1): 9-13.
17. Diaz SH, Rodriguez LAG. Association between nonsteroidal antiinflammatory drugs and upper gastrointestinal tract

- bleeding/perforation. Arch Intern med, 2000; 160: 2093-9.
18. Fagundes RB, Schultz A, Garcez VN, Santos R, Minuzzi RS. Hemorragia digestiva alta não-varicosa – avaliação de risco através de um sistema de escores. JBM, 2000; 79(3): 32-8.
 19. Lázló A, Kelly JP, Kaufman DE, Sheehan JE, Rétsági G, Wiholm BE, *et al.* Clinical aspects of upper gastrointestinal bleeding associated with the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs. Gastroenterology J AM, 1998; 93(5): 721-5.
 20. American Society for gastrointestinal endoscopy. The role of endoscopy in the management of non-variceal acute upper gastrointestinal bleeding: guidelines for application. Gastrointest Endosc, 1992; 38: 760-4.
 21. Friedman LS, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am, 1993; 22(4): 717-21.
 22. Dados epidemiológicos do IBGE – Florianópolis-SC.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi digitado segundo as normas da resolução número 003/00 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência comum, sendo responsável por cerca de 350.000 internações anuais nos EUA e importante fator de morbimortalidade. Este trabalho objetiva a avaliação de ocorrência, etiologia, manejo e mortalidade da HDA na população atendida no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Estudaram-se retrospectivamente os prontuários dos pacientes submetidos à Endoscopia Digestiva Alta neste serviço, que portavam sangramento digestivo, no período de janeiro de 1997 a setembro de 2000. Foram estudados 117 pacientes, predominando os da raça branca, do sexo masculino e idade igual ou superior a 60 anos (38,5%); quarenta e sete por cento utilizaram antiinflamatório não-esteroidal antes do episódio hemorrágico e 30% portavam hepatopatia crônica. As formas clínicas de apresentação (hematêmese e melena) ocorreram em iguais proporções. A maioria dos sangramentos cedeu espontaneamente (69%), fazendo-se necessária intervenção endoscópica terapêutica em 1/3 dos casos. A úlcera péptica permaneceu como a causa mais prevalente de sangramento digestivo alto (52%). O óbito ocorreu em somente 15% dos casos e a faixa etária mais acometida foi a dos idosos (44%). Conclui-se com este estudo que apesar do avanço tecnológico médico, a HDA permanece como importante fator obituário, essencialmente em homens idosos portadores de uma ou mais comorbidades.

SUMMARY

Upper gastrointestinal bleeding (upper GI) is a common emergency. It is responsible for about 350,000 annual hospitalizations in the USA, and it is an important factor for morbidity and mortality. This study aims at assessing incidence, etiology, and management in the population assisted by the gastroenterology service at the school hospital at the Santa Catarina Federal University. Records of patients who presented with upper GI from January 1999 to September 2000 were analyzed. A hundred seventeen (117) patients were studied. In the majority, they were white, male, and sixty years old or over (38%); forty seven per cent used nonsteroidal antiinflammatory drug before the bleeding episodes; and 30% presented with chronic hepatopathy. Clinical forms of presentation (hematemesis and melena) occurred in equal rate. Most bleeding stopped spontaneously. Therapeutic endoscopy was needed in one third of the cases. Peptic ulcer was the main causes for upper GI (52%). Death occurred in only 15% of the cases, and the elderly showed the most accessed age group. It was concluded that despite advances in medical technology, the upper GI remains as a significant factor for mortality, especially in the elderly man presented with more than one comorbid factor.

APÊNDICE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

PROTOCOLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Nome: Registro:

Idade: Cor: Sexo:

Profissão:

Naturalidade:

Endereço:

Telefone:

Número de internações:

Comorbidades/ Medicações:

Etilismo:

Tabagismo:

Uso de AAS, AINE?

Sintomas gastrointestinais prévios? Quais?

Estigmas de hepatopatia:

Início do sangramento: () até 12 horas

() 12 – 24 horas

() 24 – 48 horas

() > 48 horas

Volume:

Forma de Exteriorização:

PA:

FC:

FR:

T:

Ht admissão:

Transfusão? sim não

Especificar:

Endoscopia digestiva alta: imediata

< 12 horas

12 – 24 horas

24 – 48 horas

> 48 horas

Achados endoscópicos:

Procedimento endoscópico terapêutico: sim não

Qual?

Solução:

Volume:

Resultado:

Ressangramento: sim

não

TCC
UFSC
CM
0472

N.Cham. TCC UFSC CM 0472

Autor: Andrade, Patricia

Título: Avaliação epidemiológica dos pac



972811060

Ac. 253621

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM