

Análise do tempo para realização de endoscopia digestiva alta de urgência

Analysis of the time to perform emergency upper gastrointestinal endoscopy

DOI:10.34117/bjdv7n5-034

Recebimento dos originais: 07/04/2021

Aceitação para publicação: 03/05/2021

Isadora Martins Assunção Rodrigues

Ensino superior em andamento

Instituição de atuação atual: UNIFACID WYDEN

Endereço completo: R. Veterinário Bugyja Brito, 1354 - Horto, Teresina - PI, 64052-410

E-mail: isadoramartins88@gmail.com

Manuella Meneses Chaves

Ensino superior em andamento

Instituição de atuação atual: UNIFACID WYDEN

Endereço completo: R. Veterinário Bugyja Brito, 1354 - Horto, Teresina - PI, 64052-410

E-mail: manuellamenesesc@gmail.com

Maria Eduarda Carvalho Santos de Araújo

Ensino superior em andamento

Instituição de atuação atual: UESPI - Teresina

Endereço completo: R. Olavo Bilac, 2335 - Centro (Sul), Teresina - PI, 64001-280

E-mail: mariaeduardasantosaraujo@hotmail.com

Lucas Palha Dias Parente

Ensino superior em andamento

Instituição de atuação atual: UNINOVAFAPI

Endereço completo: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai, Teresina - PI, 64073-505

E-mail: lucasdparente@hotmail.com

Luiz Ferreira de Freitas Martins Neto

Formação acadêmica mais alta: Ensino superior em andamento

Instituição de atuação atual: UNIFACID WYDEN

Endereço completo: R. Veterinário Bugyja Brito, 1354 - Horto, Teresina - PI, 64052-410

E-mail: luiz_ferreiraneto@hotmail.com

Matheus Augusto de Moraes Araújo

Formação acadêmica mais alta: Ensino superior em andamento

Instituição de atuação atual: UNIFACID WYDEN

Endereço completo: R. Veterinário Bugyja Brito, 1354 - Horto, Teresina - PI, 64052-410

E-mail: matheusaugusto.ma07@gmail.com

Lucas Martins de Moura

Ensino superior completo

Instituição de atuação atual: IMIP

Endereço completo: R. dos Coelhos, 300 - Boa Vista, Recife - PE, 50070-550

E-mail: lucasmartinsm24@gmail.com

Marcelo Martins de Moura

Formação acadêmica mais alta: Ensino superior completo

Instituição de atuação atual: Hospital José de Ramos Oliveira

Endereço completo Av. Rui Barbosa, 62 - Centro, Eunápolis - BA, 45820-280

E-mail: marcelompi@yahoo.com.br

Cristiane Patrícia Ferreira Andrade

Ensino superior completo

Instituição de atuação atual: Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Endereço completo: Rua Artur Vasconcelos - Norte, 3015 - Primavera, Teresina - PI, 64002-530

E-mail: crisxandrade@hotmail.com

Welligton Ribeiro Figueiredo

Mestrado

Instituição de atuação atual: UNIFACID WYDEN

Endereço completo: R. Veterinário Bugyja Brito, 1354 - Horto, Teresina - PI, 64052-410

E-mail: well_figueiredo@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Hemorragia Digestiva Alta é a emergência gastroenterológica mais comum em admissões e apresenta uma mortalidade em torno de 10%. A Endoscopia Digestiva Alta de urgência deve ser realizada com o paciente hemodinamicamente estável, nas primeiras 24 horas de admissão hospitalar. A consecução de um diagnóstico precoce de patologias que cursam com essa clínica pode ajudar a reduzir o número de óbitos. Este estudo avalia o tempo de espera para realização de endoscopia digestiva alta na urgência, definindo as principais indicações, bem como, o perfil epidemiológico dos pacientes. **METODOLOGIA:** A pesquisa foi realizada após submissão do projeto de pesquisa à Plataforma Brasil e apreciação e liberação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com a resolução 466/2012. A pesquisa foi realizada em um hospital de referência na cidade de Teresina-PI, onde foi avaliado 135 prontuários dos pacientes admitidos de julho de 2016 a junho de 2017. Os critérios de inclusão foram: pacientes que apresentam hemorragia digestiva alta na admissão hospitalar e que foram submetidos a Endoscopia Digestiva Alta e excluídos os prontuários sem registros da data, do horário, da admissão no hospital e/ou da realização da Endoscopia Digestiva Alta. Além disso, foram obtidos os seguintes dados: tempo para realização de endoscopia desde a admissão hospitalar, idade, gênero e achados endoscópicos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A epidemiologia dos pacientes atendidos no Hospital de Referência do Piauí condiz com a encontrada na literatura: a maioria dos pacientes com HDA são do sexo masculino – 69,6% – e os principais achados são as úlceras gástricas – 25,2% –, enfermidades varicosas – 18,5% – e erosões gastroduodenais, 17,8% da amostra total. Em relação ao tempo em que foi feito a EDA, quase metade – 46,7% – dos pacientes tiveram a EDA realizada 24 horas após a admissão ao serviço. **CONCLUSÃO:** O atendimento ao

paciente com HDA, no Hospital de Referência de Teresina, está sendo feito de forma insatisfatória e uma boa parte das endoscopias de urgência estão sendo realizadas após o prazo recomendado, podendo acarretar problemas futuros, como maiores custos com internações, medicamentos, condições crônicas e óbitos..

Palavras-chave: Hemorragia Digestiva Alta, Endoscopia, Emergência endoscópica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Upper Digestive Hemorrhage is the most common gastroenterological emergency in admissions and has a mortality rate of around 10%. The emergency Upper Digestive Endoscopy should be performed with the patient hemodynamically stable, in the first 24 hours of hospital admission. Achieving an early diagnosis of pathologies that course with this clinic can help reduce the number of deaths. This study evaluates the waiting time for high digestive endoscopy in the emergency department, defining the main indications, as well as the epidemiological profile of patients. **METHODOLOGY:** The research was conducted after submission of the research project to Plataforma Brasil and its appreciation and release by the Research Ethics Committee, in accordance with resolution 466/2012. The research was conducted in a reference hospital in the city of Teresina-PI, where 135 medical records of patients admitted from July 2016 to June 2017 were evaluated. The inclusion criteria were: patients presenting upper digestive hemorrhage at hospital admission and who underwent Upper Digestive Endoscopy and excluded the medical records without records of the date, time, hospital admission and/or the performance of Upper Digestive Endoscopy. In addition, the following data were obtained: time since hospital admission, age, gender, and endoscopic findings. **RESULTS AND DISCUSSION:** The epidemiology of patients seen at the Referral Hospital of Piauí agrees with that found in the literature: most patients with ADH are male - 69.6% - and the main findings are gastric ulcers - 25.2% -, varicose disease - 18.5% - and gastroduodenal erosions, 17.8% of the total sample. Regarding the time when the EDA was performed, almost half - 46.7% - of the patients had the EDA performed 24 hours after admission to the service. **CONCLUSION:** The care of patients with AGH at the Teresina Referral Hospital is being unsatisfactorily performed, and a good portion of the emergency endoscopies are being performed after the recommended deadline, which may lead to future problems, such as higher costs with hospitalizations, medications, chronic conditions and deaths.

Keywords: Upper Digestive Hemorrhage, Endoscopy, Emergency Endoscopy.

1 INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é definida pela perda de sangue gastrointestinal proximal ao ligamento de Treitz. É uma emergência médica que exige abordagem rápida do paciente, triagem adequada e estabilização (MAIO, 2012).

A HDA é a emergência gastroenterológica mais comum em admissões e apresenta uma mortalidade em torno de 10%. A maioria das diretrizes nacionais e internacionais recomenda que a endoscopia digestiva alta (EDA) na urgência deva ser realizada no prazo de 24h. A EDA pode oferecer um diagnóstico específico e tratamento eficaz, bem como

informações sobre o prognóstico. A terapia endoscopia feita por endoscopistas experientes diminui a chance de um novo sangramento, reduz a necessidade de transfusão, encurta permanência no hospital e reduz a mortalidade (TSOI, 2013).

A HDA apresenta-se clinicamente na forma de hematêmeses ou melenas e, em casos mais graves, pode apresentar-se sobre forma de hematoquezia. Quanto a etiologia, pode ser dividida em varicosas e não varicosa. Entre as causas não varicosas destaca-se a úlcera péptica gastroduodenal, gastrite, duodenite, esofagite, Mallory-Weiss e malformações vasculares (BORGES, 2010).

Tendo em vista o exposto, o trabalho norteia-se pela seguinte premissa: Será que a endoscopia digestiva alta na urgência está sendo realizada em dentro do prazo de 24hs previsto pelas recomendações da literatura?

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo geral determinar o tempo para realização da endoscopia digestiva alta de urgência. Como objetivos específicos deseja-se definir as principais indicações, bem como, o perfil epidemiológico dos pacientes que realizam endoscopia digestiva alta de urgência.

A taxa de mortalidade devido a HDA ainda é alta. A EDA realizada em tempo hábil e o conhecimento das principais etiologias que cursam com essa clínica pode ajudar a reduzir o número de óbitos. Nota-se, então, a importância desse trabalho, visto que, as variáveis supracitadas fazem parte dos objetivos dessa pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 APRESENTAÇÃO CLÍNICA

As apresentações mais comuns de HDA são a hematêmese e a melena. Hematêmese consiste nos vômitos de sangue vivo ou material com aspecto de borra de café. Melena é a eliminação de fezes negras, semelhantes a piche, com odor fétido. A cor negra é derivada da degradação bacteriana do sangue no intestino, com a formação de hematina. A hematoquezia é a passagem de sangue vermelho-vivo ou marrom pelo reto. Apesar da hematoquezia ser um sinal tipicamente de hemorragia digestiva baixa, em hemorragias severas não exclui a possibilidade de uma HDA (LUÍS, S. M. C, 2011).

Os pacientes podem apresentar-se com sinais e sintomas decorrentes da perda sanguínea. Entre eles, podemos citar a hipotensão ortostática, taquicardia, síncope, anemia, angina ou dispneia, dor abdominal em cólica. No exame físico podemos observar sinais de hipoperfusão periférica, dor epigástrica a palpação, icterícia, ascite, eritema palmar. A depender da etiologia pode observar aranhas vasculares na pele, acantose

nigricans, telangiectasia muco cutâneas, lesões pigmentares nos lábios (LUÍS, S. M. C, 2011).

A taxa de mortalidade em pacientes que não possuem comorbidades e menores de 60 anos é de menos de 1% e, geralmente, é devido a descompensação decorrente de outras doenças subjacentes e não da exsanguinação propriamente dita (LONGO, D. L; FAUCI, A. S, 2013).

2.2 ETIOLOGIA

A HDA pode ser classificada em varicosa ou não varicosa. A HDA varicosa corresponde entre 6 a 14% dos casos, sendo menos frequente do que a não-varicosa. A hemorragia de origem varicosa tem pior prognóstico e está associada a uma mortalidade de 10-20% (PRATA, M. A. A, 2011).

Úlcera péptica, gastrite e duodenite são as causas mais frequentes de HDA não varicosa, contribuindo com cerca de 50-75% dos casos. O uso de álcool, o fumo, presença de comorbidades, infecção pela *Helicobacter pylori* e o uso de AINES estão associados a doença péptica ulcerosa. A síndrome de Mallory-Weiss são lesões na mucosa, geralmente situadas na junção gastro-esofágica, que é responsável por 2-7% das hemorragias. Entre as causas menos frequentes de HDA encontram-se as lesões de Dieulafoy, ectasia vasculares, gastropatia hipertensiva portal, neoplasias, erosões gástricas. Como causas raras pode-se citar a úlcera esofágica, duodenite erosiva, fistula aortoentérica, doença de Crohn, síndrome Peutz-jeghers (BORGES, T. M, 2010).

Em virtude do consumo excessivo das bebidas alcoólicas e da obesidade, as varizes esofágicas vêm se tornando cada vez mais frequente. A gravidade da doença hepática e a continuidade do consumo de álcool são preditores para a presença e tamanho das varizes (LUÍS, S. M. C, 2011)

2.3 DIAGNÓSTICO

Nas últimas 4 décadas a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) melhorou, consideravelmente, a abordagem do trato gastrointestinal. Ela permite o estudo da mucosa até a segunda porção do duodeno. Além do estudo direto da mucosa, a EDA permite a realização de biopsia, atos terapêuticos e a investigação da etiologia de sinais e sintomas gastroesofágicos (AFONSO, S. I. S, 2012).

Tabela 1 – Timeframeda endoscopia

Studies	Number of patients (early endoscopy vs control ^a)	Early endoscopy vs control ^a					
		Rebleeding (%)	Surgery (%)	Death (%)	Repeated endoscopy (number of patients)	Mean units of blood transfused	Mean or median days of hospital stay
<i>Early endoscopy defined as ≤2 to 3 h</i>							
Lee et al. (1999) ²⁶	110 (56 vs 54)	3.6 vs 5.6	3.6 vs 1.9	0.0 vs 3.7	4 vs 4	1.2 vs 1.1	1.3 vs 1.5 ^b
Schacher et al. (2005) ²⁸	81 (43 vs 38)	14.0 vs 15.8	9.3 vs 7.9	0.0 vs 0.0	NA	NA	5.9 vs 5.1
<i>Early endoscopy defined as ≤6-8 h</i>							
Bjorkman et al. (2004) ²⁴	93 (47 vs 46)	NA	2.1 vs 2.2	0.0 vs 0.0	4 vs 1	2.1 vs 1.5	4.0 vs 3.3
Targownik et al. (2007) ²¹	169 (77 vs 92)	11.7 vs 8.7	10.4 vs 2.2 ^b	10.4 vs 6.5	10 vs 15	3.3 vs 2.9	4 vs 4
Tai et al. (2007) ³⁰	189 (88 vs 101)	7.1 vs 10.0	0.0 vs 0.0	1.1 vs 5.9	1 vs 1	3.5 vs 3.4	5.1 vs 6.0
<i>Early endoscopy defined as ≤12 h</i>							
Lin et al. (1996) ²⁴	107 (53 vs 54)	5.7 vs 9.3	5.7 vs 7.4	1.9 vs 1.9	NA	NA	NA
<i>Early endoscopy defined as ≤24 h</i>							
Cooper et al. (1998) ²⁷	3,801 (2,240 vs 1,561)	NA	3.8 vs 6.7 ^b	2.9 vs 2.8	NA	NA	4 vs 6 ^b
Cooper et al. (1999) ²⁸	909 (583 vs 326)	NA	NA	3.8 vs 3.4	NA	NA	5 vs 6.4 ^b

Fonte: Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology

Segundo a American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) a EDA de urgência deve ser realizado com o paciente hemodinamicamente estável e nas primeiras 24 horas de admissão hospitalar. É importante que se faça a lavagem gástrica com o objetivo de aumentar a acurácia do exame. A endoscopia precoce tem um impacto maior do que a endoscopia atrasada no tempo de permanência hospitalar e nos requisitos para transfusão sanguínea.

Tsoi, et al (2009), ao analisar o tempo de EDA de urgência, conforme tabela 1, observou que a taxa de sangramento recorrente ou a cirurgia não foi afetada pela endoscopia muito precoce (<12h) em relação a endoscopia precoce (12-24h). Entretanto, constatou-se um menor tempo de permanência hospitalar e, em pacientes de alto risco, foi concebido riscos menores de cirurgia e sangramento recorrente.

2.4 TERAPÊUTICA

2.4.1 Abordagem clinica inicial

Para a ASGE o principal objetivo da avaliação inicial é determinar se o paciente necessita de uma intervenção urgente ou pode esperar um pouco para a realização da endoscopia ou até mesmo ser orientado para um tratamento ambulatorial.

A abordagem inicial da hemorragia gastrointestinal (HGI) começa com avaliação da gravidade clínica e estudo hemodinâmico do doente. Essa avaliação é essencial para guiar nas medidas de ressuscitação, informa prognóstico e contribui para a condução terapêutica mais adequada (BORGES, T. M, 2010; LUÍS, S. M. C, 2011).

Os elementos a serem pesquisados na anamnese são as características do sangramento, início e duração, uso de fármacos, principalmente AINES, AAS,

anticoagulantes e anti-hipertensivos, idade, patologias prévias como doença hepática, cardio-respiratória, renal, coagulopatias, alcoolismo, doença intestinal, ulcera péptica (LUÍS, S. M. C, 2011). Ao exame físico deve-se avaliar o comprometimento hemodinâmico através de alterações dos sinais vitais, como exemplos, hipotensão postural, síncope, oligúria, taquicardia em repouso, taquipneia, dispneia, palpitações, extremidades frias e pálidas, hematêmese, melena. Alguns exames laboratoriais como o hemograma, perfil de coagulação (INR, PTT), eletrólitos, função hepática (TGO, TGP, gamaGT), função renal (ureia, creatinina) devem ser feitas inicialmente na ausência de instabilidade hemodinâmica (BORGES, T. M, 2010; PRATA, M. A. A, 2011).

2.4.2 Reanimação

A reanimação deve preceder a busca pelo diagnóstico e pela terapêutica e ser iniciada junto a avaliação inicial do doente. A prioridade é a correção da hipovolemia, para isso é necessário dois acessos venosos calibrosos e a reposição volêmica de coloides ou soro fisiológico ou hemoderivados, se necessário. A reposição volêmica deve ser orientada pelos níveis pressóricos e pela diurese. Transfusão sanguínea está indicada quando o valor da hemoglobina for igual ou inferior a 7g/dl. Entretanto, a transfusão não deve ser baseada em um valor fixo, e sim, no risco de complicações derivado da hipoperfusão. Idosos com comorbidades cardiovasculares (doença cardíaca isquêmica, cirurgia vascular periférica ou insuficiência cardíaca) tem pouca tolerância a anemia. Esses pacientes podem ser indicados transfusão sanguínea com valores de hemoglobina entre 7 a 10mg/dl (PRATA, M. A. A, 2011; LUÍS, S. M. C, 2011).

Oximetria de pulso, pressão arterial, débito urinário, frequência cardíaca e a pressão venosa central devem ser monitorizados. A administração de oxigênio suplementar por sonda nasal ou máscara está indicada na maioria dos pacientes. Diante de hematêmese ativas, sinais vitais instáveis ou rebaixamento do nível de consciência, a intubação endotraqueal deve ser considerada a fim de evitar broncoaspiração (BORGES, T. M. 2010).

A colocação da sonda nasogástrica deve ser considerada em pacientes selecionados com suspeita de HDA ativa. A presença de sangue vermelho brilhante no aspirado gástrico é útil na identificação de pacientes com lesões de alto risco. Lembrar que a ausência de sangue no aspirado não exclui a presença de HDA ativo, 15% dos doentes com HDA ativa podem ter resultado negativo na lavagem nasogástrica. Além disso, o aspirado gástrico pode nortear o prognóstico do paciente, uma vez que, aspirados

límpidos se associa a uma taxa de mortalidade de 6% enquanto que um aspirado hemático corresponde a 18% de risco (MAIO, A. J. P, 2012).

2.4.3 Estratificação de risco

Em 80% dos pacientes com HDA, o sangramento cessa após a admissão. Os 20% restante compõe aqueles pacientes em que o sangramento é recorrente e não cessa constituindo, assim, a maioria das morbimortalidades por HDA. Diante disso, a estratificação em alto e baixo risco de ressangramento é essencial para a atuação médica (LOURENÇO; OLIVEIRA, 2003).

Idade superior a 65 anos, choque, comorbidades, valor inicial de hemoglobina baixo, melenas, necessidade de transfusão, sepse, sangue vivo no aspirado nasogástrico ou exame retal, ureia ou creatinina ou enzimas hepáticas elevadas são algumas condições clínicas que estão associadas ao maior risco de recidiva hemorrágica (PRATA, M. A. A, 2011).

Entre os sistemas de estratificação de risco mais utilizados está o Score de Rockall (Tabela 2) e o Score de Blatchford (Tabela 3). O Score de Rockall se baseia em dados clínicos e endoscópicos, onde o score clínico é baseado nas variáveis idade, hemodinâmica e comorbidades e o score endoscópico baseado no diagnóstico e estigmas da hemorragia. Esse score prediz a chance de ressangramento e a mortalidade associada a HDA. Pontuações correspondente a ≤ 2 , 3-4 e ≥ 5 são classificados como baixo, intermédio e alto risco respectivamente (LUÍS, S. M. C, 2011; BORGES, T. M, 2010).

Tabela 2 – Score de Rockall

Variáveis	Pontuação			
	0	1	2	3
Idade	<60	60-79	80	-
Estado da volemia	Não	Pulso > 100bpm	PA < 100mmhg	-
Doenças associadas	Não	-	ICC, insuficiência coronariana, outras doenças graves	Insuficiência renal ou hepática, carcinomatose
Diagnóstico	Mallory-Weiss, sem estigma, sem lesões	Todos os outros diagnósticos	Câncer gastrointestinal	-
Estigma endoscópico	Ausente ou coágulo plano	-	Sangue no trato gastrointestinal alto; coágulo aderido; vaso visível ou sangramento ativo	-

Fonte: LOURENÇO (2003)

Tabela 2A – Relação entre mortalidade e o score de Rockall

Score de Rockall (pontos)	Mortalidade
3	3%
4	6%
5	12%
6	17%
7	27%
8	40%

Fonte: LUÍS (2011)

Ao contrário do Score de Rockall, O Score de Blacthford usa dados clínicos e laboratoriais sem a necessidade dos achados endoscópicos. Esse Score prediz a necessidade de intervenção terapêutica. Pacientes com Score máximo de 2 tem alta segurança de alta hospitalar sem necessitar de intervenção terapêutica. Score acima de 6 geralmente requer tratamento. Valor da hemoglobina, ureia, frequência cardíaca, Pressão arterial sistólica, presença de síncope ou melena e presença de doença hepática ou insuficiência cardíaca são as variáveis que compõem o Score de Blacthford (MAIO, A. J. P, 2012; PRATA, M. A. A, 2011).

Tabela 3 – Score Blacthford

VARIÁVEL		PONTUAÇÃO
Ureia (mmol/l)		
≥6.5 e <8		2
≥8 e <10		3
≥10 e <25		4
≥25		6
Hemoglobina (g/dl)		
Homens	Mulheres	
≥12 e <13	≥10 e <12	1
≥10 e <12		3
<10	<10	6
PAS (mmHg)		
100-109		1
90-99		2
<90		3
Outros marcadores		
Pulso > 100bpm		1
Apresentação com melena		1
Apresentação com síncope		2
Doença hepática		2
Insuficiência cardíaca		2

Fonte: LUÍS (2011)

2.4.4 Tratamento de HDA de causa não-varicosa

O uso intravenoso de inibidores de bomba de prótons (IBP) diminui os índices de sangramento. Devem ser administrados antes da endoscopia na dose de 80mg em bolus seguido de infusão contínua de 8mg/h até 72h após hemostasia do paciente (PRATA, M.

A. A, 2011). Além disso, a Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG) afirma que a utilização de IBP via oral em doses dobradas de 12 em 12 horas, também, se mostrou eficaz na prevenção de ressangramento; A somatostatina e o octreotideo pode ser utilizada já que reduz o fluxo esplâncnico, inibe a secreção acida e tem suposta ação citoprotetora.

As modalidades terapêuticas endoscópicas envolvem 3 categorias principais: terapia por injeção ou escleroterapia, térmica e mecânica. A injeção de solução salina ou de epinefrina no local da lesão provocam o tamponamento através da indução de vasoconstricção e agregação plaquetária. Outros agentes como etanol, etanolamina e polidocanol ajudam na hemostasia não por ocasionar o tamponamento, mas sim por promover a trombose dos vasos sanguíneos. Esses agentes podem ser utilizados em combinação. A aplicação de calor transmitida diretamente (sonda térmica) ou indiretamente (laser, sonda bipolar, coagulação por árgonplasma) causa coagulação das proteínas tissulares e contração dos vasos dos tecidos. O uso de cliques metálicos é a forma mecânica e de menores efeitos adversos ,quando comparada as outras modalidades, de se obter a hemostasia (BORGES, T. M, 2010).

A intervenção cirúrgica deve ser pensada quando ocorrer falha na hemostasia após 2 tentativas de tratamento endoscópico ou quando são necessárias 5 ou 6 unidade de sangue para estabilizar o doente (LUÍS, S. M. C, 2011).

2.4.5 Tratamento de HDA de causa varicosa

A FBG recomenda terapia farmacológica com a utilização de agentes que promovem a vasoconstricção esplâncnica como a terlipressina, somatostatina ou octreotídeo. Infecções bacterianas são documentadas em até 66% dos pacientes com HDA de causa varicosa, por isso, é recomendado a antibioticoterapia profilática com norfloxacino via oral.

A laqueação elástica é o método de primeira linha para hemorragia por varizes esofágicas, embora a escleroterapia também possa ser usada quando a laqueação não for possível. Diante de um ressangramento, pode-se optar pela utilização do balão de Sengstaken-Blakemore que consiste em um método de hemostasia temporária. Esse método é uma alternativa viável para o controle de hemorragia quando não estão disponíveis outras técnicas no momento. A permanência do balão por mais de 24 horas pode ocasionar aspiração traqueal, migração, formação de úlceras, necrose e perfuração esofágica. A transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) é uma técnica utilizada em caso de falhas terapêuticas endoscópicas e farmacológicas. Essa técnica consiste em

realizar anastomose do ramo portal intra-hepático e a veia supra-hepática. O objetivo é diminuir a pressão porto-hepática, enquanto mantém perfusão portal suficiente para evitar uma possível insuficiência hepática e encefalopatia portossistêmica (MAIO, A. J. P, 2012; LUÍS, S. M. C, 2011)

Tratamentos alternativos para varizes refratárias incluem shunts de descompressão do sistema portal, transplante hepático e cirurgias de desvascularização. Esses tratamentos estão ligados a uma alta taxa de mortalidade (LUÍS, S. M. C, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 CRITÉRIOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada após submissão do projeto de pesquisa à Plataforma Brasil e apreciação e liberação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACID / DeVry, em consonância com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa científica. Número CAAE: 76095717.0.0000.5211

3.2 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa documental, retrospectiva, caráter descritivo e abordagem quantitativa.

3.3 CENÁRIO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um hospital de referência na cidade de Teresina-PI, onde foi avaliado 135 prontuários dos pacientes admitidos de 01 de julho de 2016 a 31 junho de 2017. Os critérios de inclusão foram: pacientes que apresentam hemorragia digestiva alta na admissão hospitalar e que foram submetidos a Endoscopia Digestiva Alta. Foram excluídos os prontuários que, por algum motivo, não foram registrados a data e horário da admissão no hospital e da realização da Endoscopia Digestiva Alta.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de análise de prontuários, onde foram obtidos os seguintes dados: tempo para realização de endoscopia desde a admissão hospitalar, idade, gênero e achados endoscópicos.

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após coletados, os dados foram organizados na forma de gráficos e tabelas através dos programas Microsoft Excel 2010 e Microsoft Word 2010. Para a análise estatística, o instrumento utilizado foi o StatiscialPackage for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

3.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

Como riscos têm-se a quebra de sigilo e a rasura, extravio ou alteração do prontuário. Para minimizá-los, os participantes da pesquisa não foram identificados e a pesquisa foi feita em um computador, sob supervisão de um funcionário da instituição, onde não se possa editar nem excluir os dados ali presentes.

Como benefício pode-se citar a presença de um estudo atualizado sobre a epidemiologia de patologias que cursam com hemorragia digestiva alta na cidade de Teresina.

4 RESULTADOS

Na Tabela 4 podemos observar que 69,6% dos pacientes com sintomatologia de sangramento digestivo alto e que realizaram EDA foram do sexo masculino (n=94). Do sexo feminino tivemos 41 pacientes, 30,4% da amostra, totalizando 135 pacientes.

Tabela 4- Gênero dos pacientes que realizaram EDA, em um Hospital de Referência do Piauí, no período de junho de 2016 a julho de 2017

		N	%
Gênero	Masculino	94	69,6%
	Feminino	41	30,4%
Total		135	100%

Tabela 5 - Número de EDAs realizadas em um Hospital de Referência do Piauí, em relação ao tempo de admissão, no período de julho de 2016 a julho de 2017

		N	%
Idade	< 40 anos	25	18,5%
	41 a 60 anos	41	30,4%
	61 a 80 anos	45	33,3%
	Acima de 81 anos	24	17,8%
Total		135	100%

Na Tabela 5 temos a idade dos pacientes submetidos a EDA. Cerca de 63% tinham de 41 a 80 anos.

Tabela 6 - Número de EDAs realizadas em um Hospital de Referência do Piauí, em relação ao tempo de admissão, no período de julho de 2016 a julho de 2017

	N	%	
Tempo	0 a 6h	18	13,3%
	6 a 12h	11	8,1%
	12 a 24h	43	31,9%
	Acima de 24h	63	46,7%
	Total	135	100%

Quanto ao tempo para se realizar a EDA, após a admissão do paciente, dos 135 pacientes que realizaram o procedimento, 63 (46,7%) esperaram mais que 24 horas, 43(31,9%) aguardaram entre 12 e 24 horas e apenas 29 (21,4%), realizaram a EDA em menos de 12 horas após a admissão.

Tabela 7 -Principais achados na EDA dos pacientes atendidos em um Hospital de Referência do Piauí, no período de junho de 2016 a julho de 2017

	N	%	
Achados	Úlcera gástrica	34	25,2%
	Varizes esôfago-gástricas	25	18,5%
	Erosões Gastroduodenais	24	17,8%
	Úlcera Duodenal	19	14,1%
	Neoplasias	10	7,4%
	Esofagite	9	6,7%
	Mallory Weiss	8	5,9%
	Não identificado	4	3%
	Úlcera esofágica	1	0,7%
	Dieulafoy	1	0,7%
Total	135	100%	

Na Tabela 7 temos os principais achados, em ordem crescente, dos pacientes que realizaram a EDA. A Úlcera gástrica foi a enfermidade mais encontrada – 25,2%, seguida pela varizes esôfago-gástricas e erosões gastroduodenais. Não foi identificado achados em 4 pacientes, 3% da amostra total.

Tabela 8 – Principais achados dos pacientes submetidos a EDA em um Hospital de Referência de Teresina, em relação a idade, no período de junho de 2016 a julho de 2017

I D A D E	ACHADOS																			
	UG		MW		DLY		NI		UD		EG		EV		EG		ESO		NEO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 40	5	3,7	5	3,7	1	0,7	0	0,0	6	4,4	1	0,7	2	1,5	2	1,5	2	1,5	1	0,7
41 a 60	10	7,4	2	1,5	0	0,0	2	1,5	0	0	0	0	11	8,1	10	7,4	2	1,5	4	3,0
61 a 80	13	9,6	1	0,7	0	0,0	1	0,7	10	7,4	0	0,0	11	8,1	6	4,4	1	0,7	2	1,5
> 81	6	4,4	0	0,0	0	0,0	1	0,7	3	2,2	0	0,0	1	0,7	6	4,4	4	3,0	3	2,2

Na Tabela 8 temos que o principal achado em menos de 40 anos foi a úlcera duodenal – 6 pacientes -, em pacientes com idade entre 41 e 60 anos, o principal achado foi a enfermidade varicosa – 11 pacientes -, seguido pela úlcera gástrica e erosões gastroduodenais, com 10 pacientes cada. Foi encontrado úlceras gástricas em 13 pacientes com idade entre 61 e 80 anos, sendo esse o principal achado dessa faixa etária. Acima de 81 anos a úlcera gástrica também foi o principal achado, sendo encontrada em 6 pacientes.

Tabela 9 – Principais achados dos pacientes submetidos a EDA em um Hospital de Referência de Teresina, em relação ao gênero, no período de junho de 2016 a julho de 2017

G E N E R O	ACHADOS																			
	UG		MW		DLY		NI		UD		UE		EV		EG		Eso		NEO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculin o	22	16,3	7	5,2	0	0,0	1	0,7	13	9,6	1	0,7	21	15,6	14	10,4	6	4,4	9	6,7
Feminin o	12	8,9	1	0,7	1	0,7	3	2,2	6	4,4	0	0,0	4	3,0	10	7,4	3	2,2	1	0,7

Na tabela 9 podemos ver que o principal achado em ambos os sexos é a úlcera gástrica: 22 no sexo masculino e 12 no sexo feminino.

5 DISCUSSÃO

A epidemiologia dos pacientes atendidos no Hospital de Referência do Piauí condiz com a encontrada na literatura: a maioria dos pacientes com HDA são do sexo masculino – 69,6% - e os principais achados são as Úlceras gástricas – 25,2% -, enfermidades varicosas – 18,5% - e erosões gastroduodenais, 17,8% da amostra total.

Em relação ao tempo em que foi feito a EDA, temos um grande problema no Hospital de Referência do Estado. Como já discutido, a endoscopia é o padrão ouro em caso de hemorragia digestiva alta na emergência, tanto para o diagnóstico, quanto para o tratamento.

Não há estudos mostrando benefícios em se fazer a endoscopia nas primeiras 6 horas após a admissão, como foi realizado em 18 pacientes, 13,3% da amostra. Porém, considerando-se que 25 pacientes possuíam enfermidade varicosa à EDA e, nesse caso, a EDA deve ser realizada nas primeiras 12 horas, 29 pacientes tiveram a endoscopia realizada nas primeiras 12 horas: os que realizaram nas primeiras 6 horas e 11 que realizaram entre 6 e 12 horas, 8,1% da amostra.

O mais preocupante do resultado é que quase metade dos pacientes tiveram a EDA realizada 24 horas após a admissão ao serviço. 63 pacientes, 46,7% da amostra, é o total de pacientes que aguardaram mais que 24 horas para realizar a endoscopia digestiva alta no Hospital de Referência do Estado. A EDA realizada anteriormente as 24 horas, além de diagnosticar e tratar o paciente, evita um novo episódio de sangramento, diminui custos a internação e evita maiores problemas.

Além disso, a endoscopia nas primeiras 24 horas pode evitar um dos maiores medos da população: a mortalidade (CHO, LEE, KIM et al, 2017). Um estudo realizado em Seul mostrou que a endoscopia urgente foi relacionada a menor mortalidade, ou seja, os pacientes atendidos no Hospital do estudo, além dos já discutidos problemas, também estão sujeitos a óbitos por uma falha no tempo de realização da EDA.

Esse problema no “timing” entre a admissão do paciente e a realização da EDA é grave, porém pode ser evitado. Um protocolo do hospital com a apresentação dos dados desse TCC e um fluxograma de como lidar frente a um paciente com HDA pode ser uma boa solução. Além disso, a capacitação da equipe e mostrar a importância da EDA para os governantes também é uma solução viável e útil para o problema em questão.

6 CONCLUSÃO

O atendimento ao paciente com HDA, no Hospital de Referência de Teresina, está sendo feito de forma insatisfatória e uma boa parte das endoscopias de urgência estão sendo realizadas após o prazo recomendado comprometendo a vida do paciente. Um protocolo poderia ser criado pela instituição que administra o Hospital e uma capacitação dos médicos, enfermeiros e funcionários deveria ser realizada para um melhor atendimento ao público com HDA.

A não realização da EDA nas primeiras 24 horas, como está acontecendo em 46,7% dos casos, pode acarretar em problemas futuros, como maiores custos com internações, medicamentos, doenças futuras, re-sangramentos e óbitos, muitas vezes evitados com o tratamento feito por meio da endoscopia.

REFERÊNCIAS

AFONSO, S. I. S. Endoscopia digestiva alta: análise de 100 exames. 2012. 33 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de coimbra, coimbra. 2012.

AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY. Guidline on the role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc*, v. 75, n. 6, p. 1132-1138, 2012. Disponível em: <http://www.asge.org/assets/0/71542/71544/b4349a10-9b72-463e-ac70-f394c7aa20b4.pdf>

BORGES, T. M. Hemorragia gastro-intestinais: tratamento. 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra. 2010.

CHO, S.-H.; LEE, Y.-S.; KIM, Y.-J.; et al. Outcomes and Role of Urgent Endoscopy in High-Risk Patients With Acute Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, v. 29, n. 0, p. 827–833, 2017. The American Gastroenterological Association. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28634135>>. .

LONGO, D. L.; FAUCI, A. S. *Harrison's gastroenterology e hepatology*. 2. ed. Mirela Favaretto, 2013.

LOURENÇO, K. G.; OLIVEIRA, R. B. Abordagem do paciente com hemorragia digestiva alta não varicosa. *Medicina, Ribeirão Preto*, 36: 261-265. abr./dez. 2003.

LUÍS, S. M. C. Hemorragias digestivas altas: revisão da abordagem diagnóstica e terapêutica. 2011. 41 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2011.

MAIO, A. J. P. Hemorragia digestiva alta. 2012. 38 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de Porto, Porto, 2012.

PRATA, M. A. A. P. Hemorragia digestiva alta aguda. 2011. 42 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade de Porto, Porto, 2011.

PROJETO DIRETRIZES. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB), CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Hemorragia digestivas. São Paulo: AMB/CFM; 2002. Disponível em: http://www.cidmed.com.br/pdf/hemorragia_digestiva.pdf

TSOI, K. K. F. et al. Endoscopy for upper gastrointestinal bleeding: how urgent is it?. *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*. 2009;6:463-469.