

5. DOENÇAS DO APARELHO GASTROINTESTINAL

5.6 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

• Etiologia

Causas mais comuns	Anamnese/Sintomas
Úlcera péptica (gástrica ou duodenal)	História de H.pylori, AINEs, tabaco; dor no epigastro ou no quadrante superior direito
Varizes esôfago-gástricas com ou sem gastropatia portal hipertensiva	Doença Hepática ou etilismo; icterícia, astenia, anorexia, distensão abdominal
Esofagite (Úlcera esofágica)	Odinofagia, RGE, disfagia
Gastrite erosiva/duodenite	Naúsea, dor abdominal
Síndrome Mallory-Weiss	Emese, esforço para vomitar, tosse previamente a hematemese
Angiodisplasia	Doença renal, estenose aórtica, telangiectasia hereditária hemorrágica
Massas (Pólipos/Neoplasias)	História de tabaco, etilismo, H.pylori; (Malignidade) disfagia, saciedade precoce, perda de peso involuntária, caquexia

Causas não comuns: lesão de Dieulafoy, fístula aorto-entérica (história de aneurisma da aorta ou de enxerto da aorta), úlceras marginais (num local de anastomose), hemobilia, hemosuccus pancreaticus.

- História Medicamentosa

AAS, ou outros AINEs	predis põe a úlcera péptica
AAS, doxiciclina, ferro, AINEs, alendronato, risedronato	esofagite por comprimidos
Antiagregantes e anticoagulantes	promovem a hemorragia
Bismuto, ferro (podem tornar as fezes pretas)	podem alterar a apresentação clínica

• Manifestações clínicas

A lavagem naso-gástrica não é feita por rotina, apenas se não é claro se há hemorragia, em casos de dúvidas acerca da localização da lesão e para remover sangue ou coágulos do estômago a fim de facilitar a EDA

• Exames complementares de diagnóstico

Hemograma, ureia, creatinina, ionograma, transaminases, fosfatase alcalina, gama-glutamyltranspeptidase, bilirrubina, albumina, aPTT, TP, tipagem

Se risco de SCA - ECG seriados, enzimas cardíacas

• Estratificação de Risco / Classificação

Score de Rockall

Parâmetros/Score	0	1	2	3
Idade	<60 anos	60-79 anos	> ou = 80 anos	-
Instabilidade hemodinâmica	Não	FC > ou = 100bpm; PAS > 100mmHg	PAS < ou igual a 100 mmHg	-
Comorbilidades	não	-	IC; Cardiopatia isquêmica	I. Renal; I. Hepática; Neoplasia metastizada
Diagnóstico endoscópico	Mallory Weiss; ou sem lesão	Todos os outros diagnósticos	Neoplasia GI	-
Evidência hemorrágica	Não	-	Sangue; coágulo aderente; Vaso visível; Hemorragia activa	-

Score inicial máximo - 7 pontos (0 pontos - mortalidade 0,2%, 7 pontos - mortalidade 50%)

Score final máximo - 11 pontos (<3 - bom prognóstico, > 7 prognóstico reservado)

Doente com Score Rockall pré-endoscópico de 0, poderá ter alta e estudo em ambulatório. Restantes doentes deverão realizar EDA precoce.

Úlcera péptica - Classificação de Forrest

Hemorragia	Forrest	Estigmas endoscópicos
Activa	F I a	Hemorragia em jacto
	F I b	Hemorragia em toalha
Recente	F II a	Vaso visível, não sangrante
	F II b	Coágulo aderente
	F II c	Pigmento hemossidérico

Sem hemorragia activa	F III	Úlcera de base limpa
-----------------------	-------	----------------------

Fia, FIIb, FIIa, FIIb - terapêutica endoscópica

FIIc, FIII - sem necessidade de terapêutica endoscópica

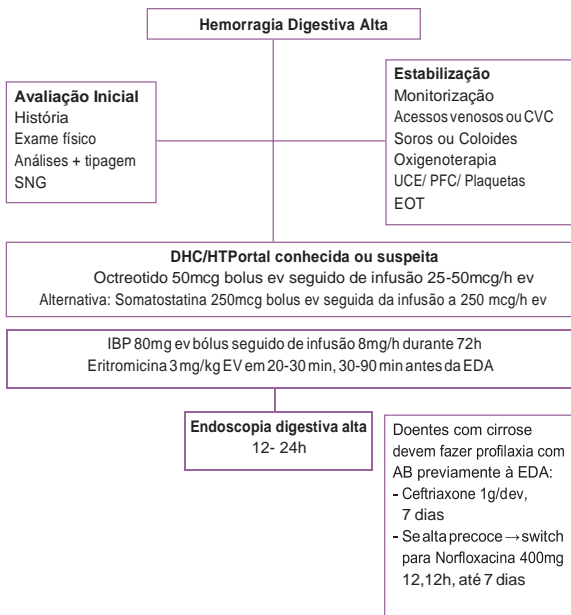
• Terapêutica

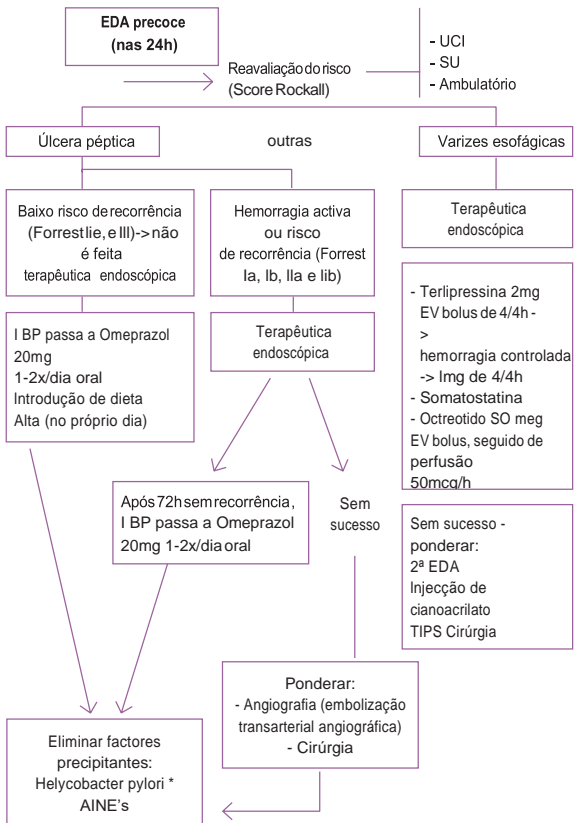
- **Medidas gerais:** oxigenoterapia, 2 acessos venosos periféricos de largo calibre (16G ou mais) ou 1 CVC, EOT electiva - em doentes com hematemeses e função respiratória ou estado de consciência alterados. Monitorização invasiva deve ser considerado em doentes com instabilidade hemodinâmica ou que necessitem de monitorização apertada durante a reanimação.
- **Reanimação com fluidos:** Hemorragia activa -> fluidos EV (ex: NaCl 500ml ou Lactato de Ringer, durante 30 min), enquanto é feita a tipagem do sangue.
- **Transfusões de CE:** se Hb <7g/dl - para a maioria dos doentes (incluindo os que têm angina estável); nos doentes com comorbilidades graves (ex. angina instável) limiar Hb <9g/dl.
Evitar a sobretransusão na suspeita de varizes esofágicas.
Considerar 1U de PFC por cada 4UCE.
O nível de Hb deve ser controlado cada 2-8h, dependendo da gravidade da hemorragia.
- **Transfusões de PFC:** se INR > 1,5 e <3 administrar PFC e iniciar EDA em simultâneo. Se INR > 3 corrigir INR previamente e iniciar EDA.
Se estigmas de elevado risco hemorrágico recente ou se foi realizada terapêutica endoscópica e INR > 1,5 deve continuar-se a administrar PFC.
- **Transusão de plaquetas:** se trombocitopenia (<50.000/microL); transfundir doentes com hemorragia com risco de vida, em doentes que receberam antiagregantes.

- **Terapêutica prévia:** anticoagulantes e antiagregantes se possível devem ser mantidos (pesar o risco trombótico vs risco de hemorragia contínua).

Se história de colocação de stent recente ou SCA (menos de 1 ano) consultar Cardiologista previamente a parar a medicação ou a dar PFC (se possível).

• Abordagem/ Tratamento Imediato





• Tratamento secundário

• Erradicação *Helicobacter pylori*

Fármacos	Dose	Duração
Terapêutica tripla		
Inibidor bomba H ⁺ Clarithromicina Amoxicilina (ou Metronidazol)	Dose standard 12/12h 500mg 12/12h 1g 12/12h (500mg 12/12h)	2 semanas
Terapêutica quádrupla		
Inibidor bomba H ⁺ (ou ranitidina) Salicilato de bismuto Metronidazol Tetraciclina	Dose standard 12/12h (150mg 12/12h) 525mg 6/6h 250mg 6/6h 500mg 6/h	2 semanas; Anti-ácido 4 semanas

• Varizes esofágicas (pequenas <5mm, grandes >5mm)

Dimensões	Outros factores	Hemorragia	Terapêutica
Pequenas	Child A; sem pontos vermelhos	Não	EDA 2/2 anos ou x-bloqueantes
Pequenas	Child B ou C; com pontos vermelhos	Não	x-bloqueantes
Médias/ grandes		Não	x-bloqueantes (1ª linha) Terapêutica endoscópica se intolerância
Qualquer		Sim	Terapêutica endoscópica + x-bloqueantes x-bloqueantes+ mononitrato de isossorbido (se não elegível para EDA)

x-bloqueantes: começar com dose baixa e aumentar até dose máxima tolerada ou frequência cardíaca >55bpm (Doses iniciais: Propanolol 20mg 12/12h, Nadolol 40mg/d).

- Doentes com cirrose e sem varizes não têm indicação para terapêutica dirigida (x-bloqueantes), devendo manter vigilância com EDA cada 3 anos
- Doentes com hemorragia recorrente após optimização terapêutica devem ser considerados para TIPS ou transplante.