

| | | | |
|--|---------------------------|----------------|-------------------------------|
| PLANO DE AULA | | MÓDULO: | PERÍODO LETIVO: 2022/2 |
| TEMA | Hemorragia Digestiva Alta | | |
| CARGA HORARIA | 2 | | |
| PROFESSOR (A) | | | |
| Gisele S. B. Salci | | | |
| OBJETIVO GERAL | | | |
| Explorar a hemorragia digestiva alta, incluindo suas causas, manifestações clínicas, métodos diagnósticos e abordagens terapêuticas, capacitando os alunos a reconhecer, avaliar e tratar essa condição de forma eficaz. | | | |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Compreender a fisiopatologia e as principais causas de hemorragia digestiva alta. • Identificar os sinais e sintomas clínicos associados à hemorragia digestiva alta. • Conhecer os métodos diagnósticos utilizados na investigação da hemorragia digestiva alta. • Explorar as opções terapêuticas disponíveis para o tratamento da hemorragia digestiva alta. • Discutir as complicações e o manejo pós-tratamento da hemorragia digestiva alta. | | | |
| DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aula Expositiva e Dialogada | | | |
| Bibliografia Básica | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • CURRENT cirurgia : diagnóstico e tratamento [recurso eletrônico]/Gerard M. Doherty ... [et al.] ; tradução: Ademar Valadares Fonseca ... [et al.] ; revisão técnica: [Cleber Dario Pinto Kruehl ... et al.]. – 14. ed. – Porto Alegre : AMGH, 2017. | | | |



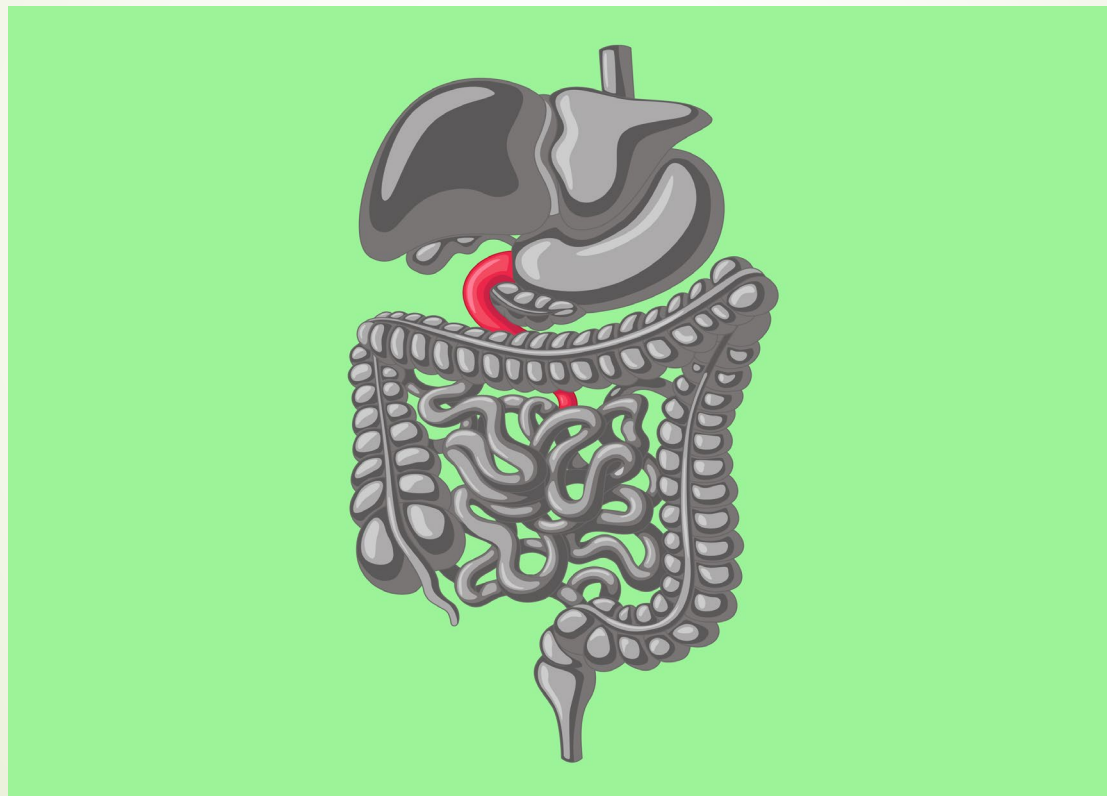
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Gisele da Silva Bozeli Salci

2022

Hemorragia Digestiva Alta

sangramento acima do ângulo de Treitz.





Definições:

- Hematêmese – vômitos com sangue.
- Melena- evacuação de sangue digerido, “ borra de café”.

Queixas:

Vômitos ou evacuação com sangue

Conduta?

Anamnese, exame físico e exames complementares

- ABC - via aérea, respiração, controle hemorrágico
- MOV- monitorização, oxigênio e veia
- Avaliar graus do choque

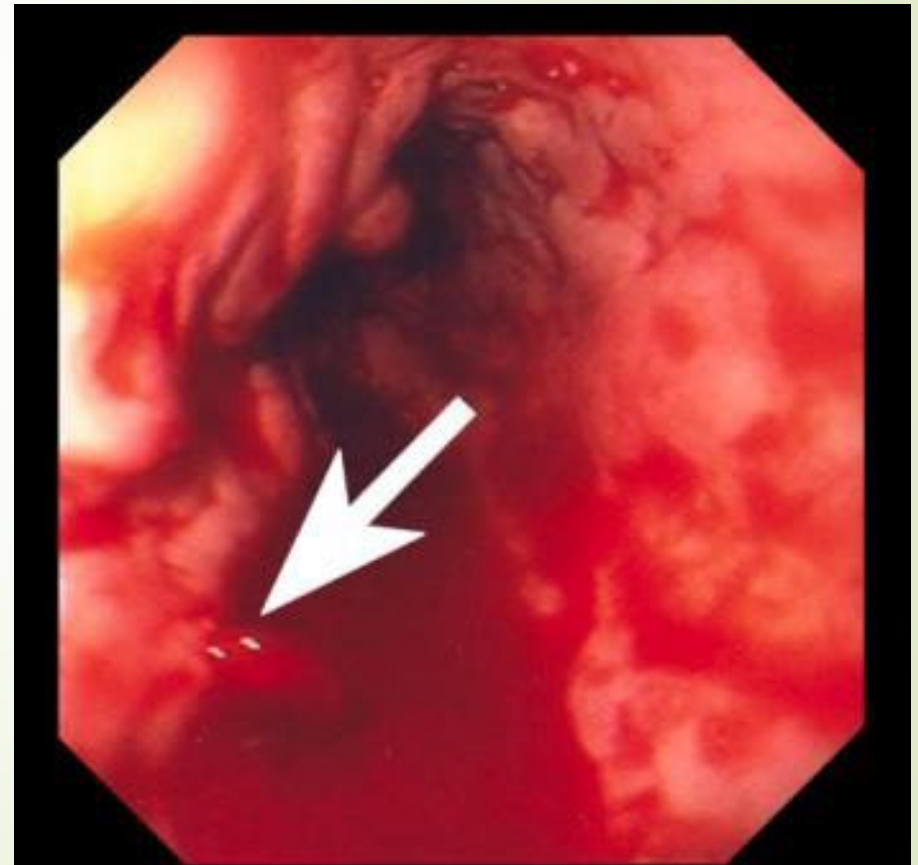
Graus do Choque:

- Grau 1 – Hipovolemia
- Grau 2 – Choque hipovolêmico sem hipotensão
- Grau 3 - Choque hipovolêmico com hipotensão e com repercussão nível de consciência
- Grau 4 – Regra dos 4:
Perda maior de 40% volemia; FR > 40 irpm; FC >140 bpm.

Causas:

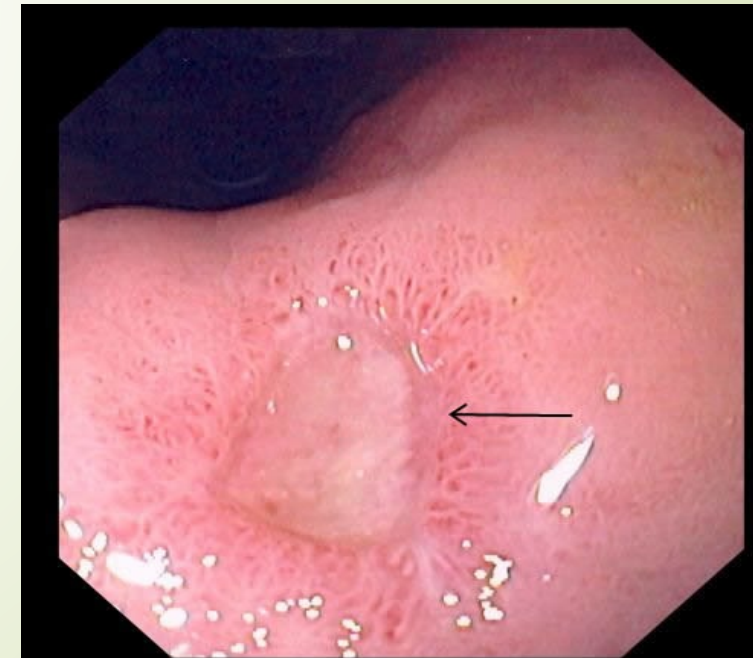
1- Varicosas:

- Varizes gastresofágicas – hipertensão portal



2- Não varicosas

- Úlceras pépticas -**50% casos** !- H. pylori.
- Erosões –álcool, estresse, AAS, AINES, tabagismo, etilismo,
- Esofagite;
- Lesão Mallory-Weiss – laceração mucosa na junção gastresofágica ocasionada por vômitos;
- Gastrite Hemorrágica – paciente IOT;
- Lesão Dieufaloy – sangramento volumoso, incomum.
- Câncer gástrico / esôfago



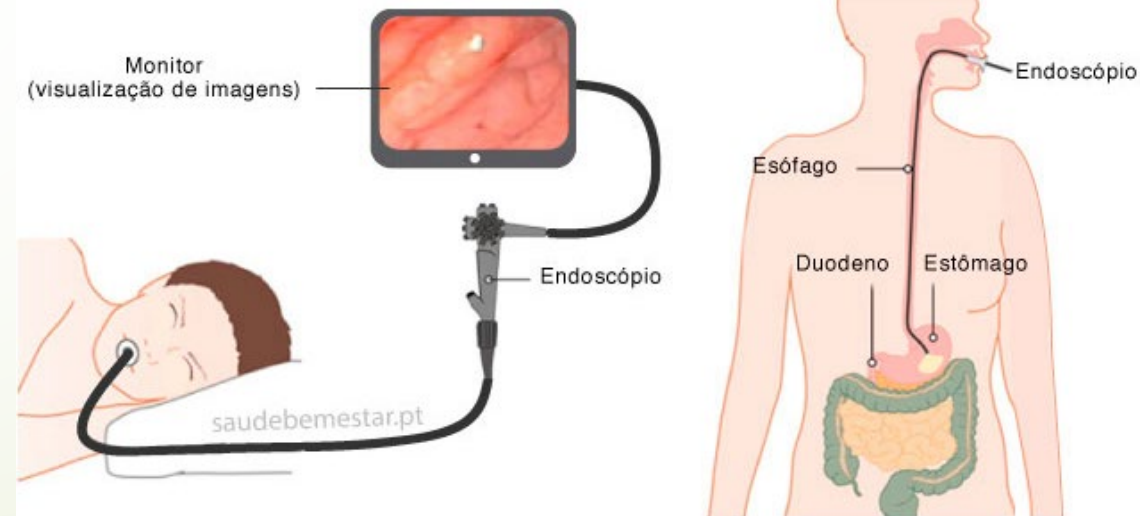
Exames Complementares:

Laboratoriais:

- Hemograma completo
- Tipagem sanguínea e fator Rh.
- Coagulograma
- Ureia e Creatinina

Diagnóstico e Tratamento:

- Endoscopia Digestiva Alta



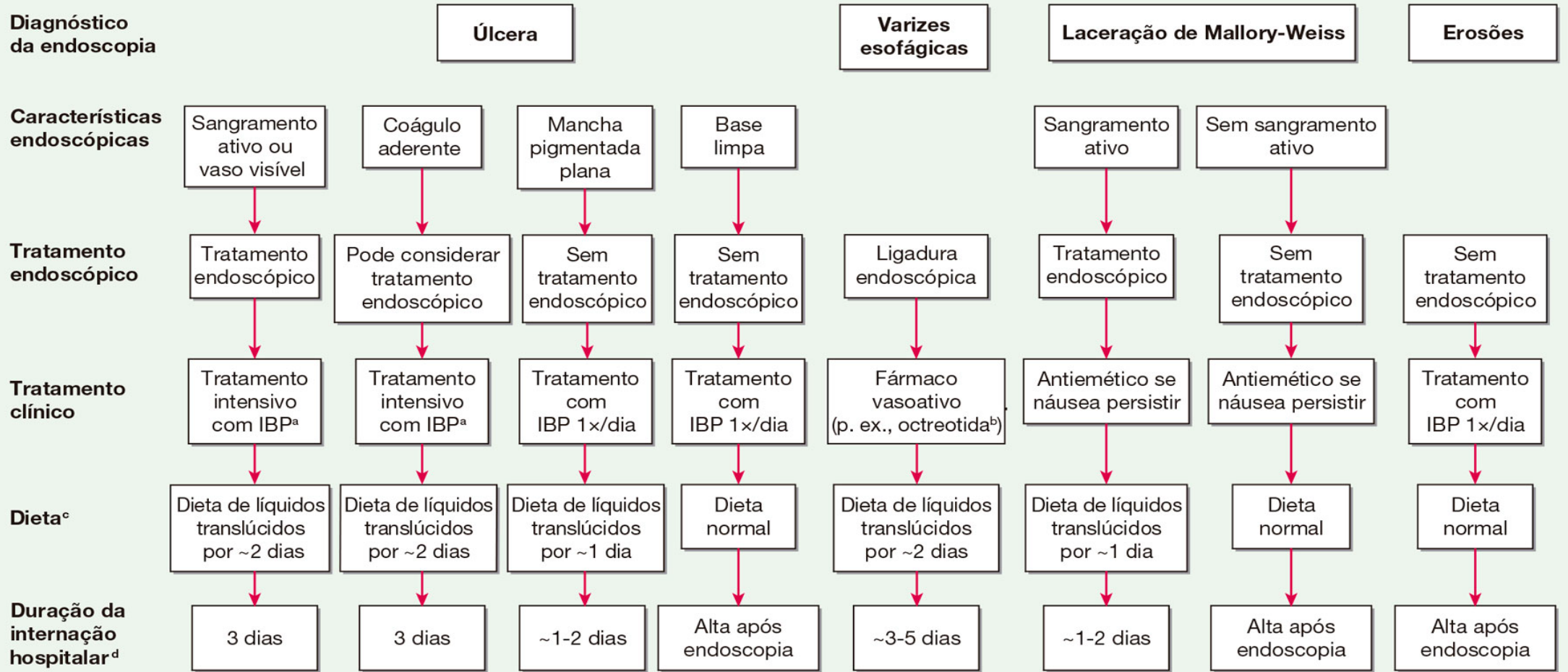
Classificação de Forrest – indicador risco sangramento

| Tipo de lesão | | Ressangramento | |
|----------------------------------|----------------------------|----------------|-----------|
| Sangramento ativo | | | |
| IA | Sangramento em jato | 100% | |
| IB | Sangramento em porejamento | 55% | (17-100%) |
| Sangramento recente | | | |
| IIA | Vaso visível | 43% | (8-81%) |
| IIB | Coágulo aderido | 22% | (14-36%) |
| IIC | Mancha de hematina plana | 10% | (0-13%) |
| Sem sinais de sangramento | | | |
| III | Úlcera com fundo limpo | 5% | (0-10%) |

Indicações Tratamento Endoscópico:

- Todas as úlceras com sangramento ativo devem ser tratadas (Forrest IA e IB).
- Todas as úlceras com vaso visível, mesmo sem sangramento, devem ser tratadas (Forrest IIA).
- O tratamento de úlceras com coágulos firmemente aderidos (Forrest IIB) que não são removidos após a lavagem vigorosa é controverso. Neste caso a conduta deve ser individualizada.
- As lesões com manchas hematóxicas planas (Forrest IIC) não necessitam tratamento endoscópico.
- As úlceras de base fibrinosa limpa (Forrest III) não necessitam tratamento endoscópico.

Endoscopia Digestiva Alta – Dx e tratamento



^aBolus IV (80 mg) seguido de infusão (8 mg/h) por 3 dias; ou bolus oral ou IV (p. ex., 80 mg), seguido de doses altas intermitentes (p. ex., 40-80 mg, 2x/dia, ou 40 mg, 3x/dia), por 3 dias. Após, IBP, 2x/dia, nos dias 4-14, seguido de IBP, 1x/dia.

^bBolus IV (50 µg), seguido de infusão de 50 µg/h por 2-5 dias.

^cDieta após endoscopia, assumindo ausência de náusea ou vômito.

^dDuração após a endoscopia, assumindo um paciente estável sem sangramento subsequente ou condições médicas paralelas que requeiram hospitalização.

Considerações Finais

- A grande maioria resolve espontaneamente;
- 20 % evoluem com instabilidade hemodinâmica; com necessidade de EDA urgência;
- A gravidade do sangramento está vinculada principalmente à idade, às comorbidades e ao uso prévio de medicamentos lesivos a mucosa ou anticoagulantes.

Fim!

Perguntas?

quickmeme.com

