

**DIVISÃO DE GASTROENTEROLOGIA – DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA**  
**DISCIPLINA RCG 0432 – SISTEMA DIGESTIVO**

**TEXTO DE SUPORTE DAS ATIVIDADES NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**  
**CUIDADO EMERGENCIAL NA HEMORRAGIA DIGESTIVA (ALTA E BAIXA)**

Prof. Dr. Ricardo Brandt de Oliveira

A hemorragia digestiva “alta” (HDA) se origina, em sua grande maioria, de lesões a montante do ângulo de Treitz, portanto ao alcance do gastroduodenoscópio. A HDA tem uma incidência anual de 40 a 150 casos por 100.000 habitantes conforme a população. Frequentemente leva a internação hospitalar e tem morbidade e mortalidade expressivas, especialmente em idosos. As causas mais frequentes são úlcera péptica (gástrica ou duodenal) , varizes esofágicas, erosões de mucosa do esôfago, estômago e duodeno, lacerações da junção esôfago-gástrica (síndrome de Mallory-Weiss), malignidade do trato gastrointestinal superior. Em uma minoria expressiva, não é possível definir a causa na primeira endoscopia por diversos motivos : exame normal, grande quantidade de sangue no estômago, presença de restos alimentares). A HDA se expressa clinicamente na forma de melena e/ou hematêmese, mas um certo número de pacientes com sangramento originado em esôfago, estômago ou duodeno apresenta hematoquesia; em geral esses pacientes se apresentam com instabilidade hemodinâmica

A hemorragia digestiva “baixa”(HDB) tem uma incidência anual variável em diferentes populações de 10 a 50 casos por 100.000 habitantes. A incidência da HBA, no Brasil, vem crescendo em virtude do aumento expressivo da população de idosos, na qual tem incidência elevada as suas causas mais frequentes. As causas mais comuns de HDB são: doença diverticular, hemorróidas, doenças inflamatórias intestinais, neoplasias, angiodisplasia e isquemia (colite isquêmica), colite actínica (pós-radioterapia).

## **Sumário do atendimento inicial da hemorragia digestiva**

1. avaliação hemodinâmica (frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, hipotensão postural, )

2. obtenção de informações clínicas pertinentes ao estado hemodinâmico e comorbidades, pelo menos um acesso venoso periférico em membro superior com agulha calibrosa (abocath 16), coleta de sangue hemoglobina, uréia e tipo sanguíneo, iniciar reposição volêmica com cristalóides

3. avaliar gravidade atual e do prognóstico : escalas de Rockall e/ou Glasgow-Blatchford;

Decidir transfusão Cuidados na interpretação da hemoglobinemia.

Decidir endoscopia: alta ou baixa

(British Medical Journal, outubro de 2018)

<https://www.bmj.com/content/363/bmj.k4023/infographic>

Escore de Glasgow-Blatchford

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6036534/table/T1/>

### Escore de Rockall

Variável <sup>[2]</sup>	Escore 0	Escore 1	Escore 2	Escore 3
Idade (anos)	<60	60- 79	>80	
Estado hemodinâmico	PASist>100	FC>100 PASist >100	<u>PASist</u> <100	
Comorbidades	nenhuma		Insufic. Cardíaca, coronariopatia,	Insufic. Renal, Insufic. Hepática, Neoplasia com metástases
Diagnóstico endoscópico	Mallory-Weiss	Outros diagnósticos	Neoplasia	
Evidência de sangramento	Ausente		Sangue,	

Escore total < 3: bom prognóstico, considerar alta hospitalar  
 escore > 3 taxa elevada de re-sangramento; internar

### Rockall inicial (antes da endoscopia)

escore	mortalidade
0/7 =	0.2%
1/7 =	2.4%
2/7 =	5.6%
3/7 =	11%
4/7 =	24.6%
5/7 =	39.6%
6/7 =	48.9%
7/7 =	50%

Adaptado de Vreeburg EM et al.. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Gut 1999; 44 (3): 331-5  
<https://www.gpnotebook.co.uk/simplepage.cfm?ID=x20120712165458871479>