

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA- Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala-ISPUNA

Licenciatura em Enfermagem

*Evolução dos pacientes que dão entrada na enfermaria da medicina 1 do HCN com
diagnostico hemorragia digestiva Alta no ano 2023*

Yara Jacinto Jorge

Nacala-Porto, Julho de 2024

Yara Jacinto Jorge

*Evolução dos pacientes que dão entrada na enfermaria da medicina 1 do HCN com
diagnostico hemorragia digestiva Alta no ano 2023*

Monografia apresentada ao Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala (ISPUNA) da UNIVERSIDADE POLITÉCNICA, como requisito para obter o grau de Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Florinda Emília João Macachimbira

Nacala-Porto, Julho de 2024

Índice

Folha de Aprovação	v
Dedicatória	vi
Agradecimentos.....	vii
Parecer do supervisor	viii
Declaração do estudante.....	ix
I. Lista de Tabelas	x
II. Lista de Acrónimos, siglas e seus respectivos significados.....	x
III. Lista de Gráficos	x
Resumo.....	xi
Abstract	xii
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	13
1.1 Tema.....	14
1.2 Delimitações do tema	14
1.3. Problematização	15
1.4. Justificativa.....	16
1.5 Objectivos.....	17
1.5.1 Geral	17
1.5.2 Específicos	17
1.6 Perguntas de Partida	17
CAPITULO II: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2. Conceito	18
2.1 Epidemiologia	19
2.2 Etiologias.....	20
2.3 Abordagem da HDA: propedêutica e terapêutica	22
2.4. Abordagem inicial	23
2.5 Tratamento direcionado.....	26

2.6. Diagnóstico e tratamento de Helicobacter pylori	29
2.7. Tratamento da úlcera péptica	29
2.8. Prognóstico.....	29
3. Metodologia	30
3.1 Tipo de estudo e Abordagem	30
3.2. Do ponto de vista da natureza	30
3.3. Do ponto de vista dos objectivos.....	30
3.4. Do ponto de vista dos procedimentos	30
3.5. Quanto ao método	30
3.6 População e amostra.....	30
3.7 Técnicas e Instrumento de Recolha de Dados.....	31
3.8 Variáveis de estudo	31
3.9 Critérios de inclusão e exclusão	32
CAPÍTULO IV	33
4. Resultados	33
4.1. Apresentação e Discussão dos resultados obtidos no guião de observação	33
Conclusão	38
Referências bibliográficas	39
Anexos: (Credencial).....	41
APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	42

Folha de Aprovação

Nome: Yara Jacinto Jorge

Tema: *Evolução dos pacientes que dão entrada na enfermaria da medicina 1 do HCN com diagnostico hemorragia digestiva Alta no ano 2023*

Trabalho de culminação do curso defendido e aprovado em

____/____/____

O Tutor

O oponente

O presidente

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus Pais família (Pai Abdul Magido Amisse, Pai Jacinto Jorge, Mae Alima Gomes Nihoca).

Agradecimentos

A conclusão desta monografia só foi possível graças ao apoio e a contribuição de muitas pessoas as quais sou profundamente grata.

Primeiramente, agradeço a Deus por me ter dado forças, saúde e sabedoria para superar os desafios desta caminhada. A minha família (Pai Abdul Magido Amisse, Pai Jacinto Jorge, Mae Alima Gomes Nihoca), pelo amor, compreensão e suporte incondicional. Sem eles, esta conquista não teria sido possível.

Ao meu Esposo (Hortência Samuel), cuja paciência, compreensão e apoio inabalável foram fundamentais para que eu pudesse concluir este trabalho. Sua presença foi um pilar de força e motivação durante todo o processo.

A minha Orientadora, Lic. Florinda Emília Joao Macachimbira, pela paciência, orientação e por acreditar no meu potencial. Sua experiência e conselhos forma fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos professores e funcionários do ISPUNA, pelo empenho e dedicação ao ensino, que foram essências para a minha formação acadêmica. Aos meus colegas de curso, pela parceria, amizade e pelo compartilhamento de conhecimentos e experiências que enriqueceram meu aprendizado.

E a todos pacientes e profissionais de saúde que tive oportunidade de conviver durante o estágio em especial os do HCN, que me ensinaram lições valiosas sobre a pratica de Enfermagem.

A todos muito obrigado!

Parecer do supervisor

Florinda Emília João Macachimbira, na competência de supervisor do trabalho de culminação do curso de licenciatura em Enfermagem, que tem como tema ***Evolução dos pacientes que dão entrada na enfermaria da medicina 1 do HCN com diagnóstico hemorragia digestiva Alta no ano 2023***, após de me ter informado sobre o trabalho, confirmo que os requisitos científicos do Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala foram cumpridos.

Nacala-porto, Julho de 2024

(Florinda Emília João Macachimbira)

Declaração do estudante

Yara Jacinto Jorge, declaro pela minha honra que este trabalho de culminação do curso é trabalho de esforço e trabalho próprio, está a ser submetida para a obtenção do grau académico de Licenciatura em Enfermagem no Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala.

Nacala-porto, Julho de 2024

(Yara Jacinto Jorge)

I. Lista de Tabelas

Quadro 1- Distribuição quanto ao sexo.

Quadro 2: Tempo da admissão hospitalar à realização da endoscopia.

Quadro 3: Procedimentos endoscópicos.

II. Lista de Acrónimos, siglas e seus respectivos significados

EDA- Endoscopia Digestiva Alta;

HCN- Hospital Central de Nampula;

HDA- Hemorragia Digestiva Alta;

HDB - Hemorragia Digestiva Baixa;

ISPUNA – Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala;

III. Lista de Gráficos

Gráfico 1: Co-morbidades.

Gráfico 2: Manifestações clínicas da HDA.

Gráfico 3: Distribuição quanto aos achados endoscópicos

Gráfico 4: Distribuição quanto à evolução

Resumo

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência médica comum com importante morbimortalidade. Trata-se do sangramento gastrointestinal que tem origem acima do ângulo de Treitz, no esôfago, estômago ou duodeno. Esse estudo teve por objetivo avaliar a evolução dos pacientes que deram entrada na enfermaria da medicina do HCN com diagnóstico hemorragia digestiva alta. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 30 processos clínicos de pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos com queixas sugestivas de hemorragia digestiva alta no HCN, no período de janeiro a dezembro de 2023. Os dados foram coletados dos processos clínicos armazenados no arquivo do HCN a partir de um instrumento de coleta desenvolvido pela pesquisadora. O estudo em questão é do tipo transversal, observacional, retrospectivo, descritivo de natureza quantitativa. Observou-se que 63% (n=19) dos pacientes eram do sexo masculino, enquanto que 37% (n=11) eram do sexo feminino. A maioria dos indivíduos eram idosos com uma média de 64 anos de idade. Quanto à procedência, cerca de 50% (n=15) dos pacientes atendidos eram do bairro Muahivire, seguido de bairro Namutequeliua (30%; n=9) e Mutawanha (20%; n=6). As principais comorbidade encontrada nos pacientes desse estudo foi a hipertensão arterial, presente em 40% (n=12) dos casos, seguida Anemia severa em 17% dos casos (n=5), diabetes mellitus (27%; n=8), hepatopatia (10%; n=3), e da Ascite em 6% dos casos equivalente a 2 casos. No que diz respeito às manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes, a hematêmese foi a mais prevalente, presente isoladamente em 63% (n=19) dos casos, enquanto que 17% (n=5) apresentavam apenas melena. Um total de 20% (n=6) dos indivíduos da amostra apresentaram ambas as manifestações.

Palavras-chave: hemorragia digestiva alta; endoscopia digestiva; úlcera péptica.

Abstract

Upper gastrointestinal bleeding (ADH) is a common medical emergency with significant morbidity and mortality. This is gastrointestinal bleeding that originates above the angle of Treitz, in the esophagus, stomach or duodenum. This study aimed to evaluate the evolution of patients who were admitted to the HCN medicine ward with a diagnosis of upper gastrointestinal bleeding. The research was carried out with a sample of 30 clinical files of patients of both sexes, aged 18 years or over, treated with complaints suggestive of upper gastrointestinal bleeding at the HCN, from January to December 2023. The data were collected from clinical files stored in the HCN archive using a collection instrument developed by the researcher. The study in question is cross-sectional, observational, retrospective, descriptive and quantitative in nature. It was observed that 63% (n=19) of the patients were male, while 37% (n=11) were female. The majority of individuals were elderly with an average of 64 years of age. Regarding origin, around 50% (n=15) of the patients treated were from the Muahivire neighborhood, followed by the Namutequeliua neighborhood (30%; n=9) and Mutawanha (20%; n=6). The main comorbidities found in patients in this study were high blood pressure, present in 50% (n=15) of cases, followed by diabetes mellitus (30%; n=9) and liver disease (20%; n=6). Regarding the clinical manifestations presented by the patients, hematemesis was the most prevalent, present alone in 63% (n=19) of cases, while 17% (n=5) presented only melena. A total of 20% (n=6) of the individuals in the sample presented both manifestations.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding; digestive endoscopy; peptic ulcer.

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

Como requisito parcial para a elaboração do trabalho de culminação do curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Politécnica-ISPUNA, objectivando uma investigação científica com o propósito de desenvolver a construção de uma postura ideal perante a procura constante da ciência ao longo da carreira profissional com determinação, objectividade e clareza. Para tal, o tema escolhido é: ***Evolução dos pacientes que dão entrada na enfermaria da medicina do HCN com diagnostico Hemorragia Digestiva Alta no ano 2023.***

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma apresentação comum e desafiante no serviço de urgência por representar um potencial risco de vida. É definida como hemorragia proximal ao ligamento de Treitz para a diferenciar da hemorragia digestiva baixa que envolve o cólon.

A Hemorragia Digestiva Alta (HDA) é uma doença de alta prevalência e mortalidade. Nos últimos anos, vários centros e fundamental para o manejo dos pacientes com HDA é sociedades médicas de todo o mundo buscam a padronização a realização da EDA.

A HDA apresenta-se frequentemente sob a forma de hematémeses ou melenas, embora em casos graves e mais raros, possa cursar com hemorragia profusa e apresentar-se sob a forma de hematoquézia. Distinguir inicialmente uma hemorragia digestiva alta de uma aparente perda hemática do trato gastrointestinal inferior pode ser difícil, pois aproximadamente 75% destas perdas têm origem proximal ao ângulo de Treitz. A incidência de HDA é 60 a 90% maior do que a hemorragia digestiva baixa e a mortalidade por HDA é 2 a 3 vezes superior quando comparada com esta (Araújo et al., 2016).

Apesar dos avanços alcançados nos métodos de diagnóstico e terapêuticos, e do melhor conhecimento da patofisiologia da úlcera péptica, sua principal etiologia, as taxas de incidência e morbimortalidade associadas à HDA têm-se mantido praticamente inalteradas na última década. Dados recentes indicam que uma grande percentagem dos casos fatais relacionada com DUP não é consequência directa da hemorragia da própria úlcera, mas sim de falência multiorgânica, patologia cardiopulmonar ou neoplasias em estágio terminal, sugerindo, desta forma, que melhorias no tratamento podem ter um impacto limitado na mortalidade. Com o reconhecimento desta possibilidade, a implementação de estratégias de rápido reconhecimento do doente de risco, medidas suporte eficazes e prevenção de complicações, constituem importantes áreas de intervenção associadas ao tratamento da etiologia da HDA (Martins et al., 2019).

1.1 Tema

Na perspectiva de Lakatos & Marconi (2003) tema “é o assunto que se deseja provar ou desenvolver, pode surgir de uma dificuldade pratica enfrentada pelo coordenador, da curiosidade científica bem como de desafios encontrados na leitura de outros trabalhos”.

Durante o estágio integral profissional, verificou-se incidência de caso de Hemorragia digestiva alta, portanto, foi por desta que surgiu a motivação para desenvolver um estudo com o seguinte tema: *Evolução dos pacientes que dão entrada na enfermaria da medicina do HCN com diagnostico hemorragia digestiva Alta no ano 2023.*

1.2 Delimitações do tema

Segundo Lakatos & Marconi (2003, p. 161) delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação. Partindo deste conceito este estudo será desenvolvido no Distrito de Nampula, Província de Nampula, no Hospital Central de Nampula no ano 2023 (Janeiro a Dezembro), que visa compreender qual tem sido a evolução dos pacientes que dão entrada na enfermaria da medicina do HCN com diagnostico hemorragia digestiva alta. A preferência deste local é de trata-se do local de realização do Estágio Integral Rural.

1.3. Problematização

As hemorragias digestivas estão entre as urgências mais frequentes em serviços de saúde, com necessidade de hospitalização numa elevada percentagem dos doentes, sendo as hemorragias digestivas altas mais prevalentes que as hemorragias digestivas baixas e, apesar dos avanços na área diagnóstica e terapêutica, mantém-se com alta taxa de mortalidade (Melo, 2015).

A hemorragia digestiva alta (HDA) pode ser definida como todo sangramento do trato digestivo de sítios proximais ao ligamento de Treitz, que geralmente se manifestam através de hematémese (vómitos de sangue vivo ou em borra de café), de melena (fezes negras), de hematoquezia (eliminação de sangue vermelho vivo, ou de coágulos pelo reto) ou, ainda, de sangue oculto pelas fezes.

A HDA permanece como uma urgência comum e grave, resultando em significativa morbidade e mortalidade, conforme a literatura universal. Apesar de avanços nas unidades de terapia intensiva, na terapia farmacológica e na tecnologia endoscópica, a taxa de mortalidade não modificou nos últimos anos. Acredita-se que seja devido ao aumento da expectativa de vida e da existência de doenças concomitantes nessa população.

A hipotensão e o choque são sinais de agravamento do quadro clínico, os quais podem até desencadear infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e hepática. Cerca de 80-85% das HDA são autolimitadas necessitando apenas de tratamento suporte. Porém os outros 15- 20% não param espontaneamente ou ainda apresentam recidiva do sangramento o que constitui um aumento do risco da taxa de morbi-mortalidade. A estratificação da gravidade é baseada apenas no quadro clínico.

Principalmente, pelo facto de que o prognóstico do paciente se encontra intimamente relacionado com a conduta hospitalar inicial, fazendo-se necessário ter um perfil epidemiológico regional definido.

O desconhecimento prévio do perfil epidemiológico e das etiologias frequentemente relacionadas a HDA, bem como a ausência de um protocolo de conduta para esta patologia, torna lento o diagnóstico e tratamento específico, interferindo directamente no prognóstico destes pacientes, assim como no tempo de internação e custos. ”

Conforme descrito acima, a presente pesquisa será guiada pela seguinte pergunta de partida: *Será que os pacientes que dão entrada na enfermaria da medicina do HCN com diagnóstico hemorragia digestiva Alta tem tido uma boa evolução?*

1.4. Justificativa

A hemorragia digestiva alta é uma situação extremamente prevalente nas emergências hospitalares e o manejo precoce e adequado dessa afecção muda de forma importante o prognóstico desses pacientes. As medidas de ressuscitação volumétrica são prioridade no atendimento inicial de um paciente com quadro de hemorragia digestiva aguda, ficando para um momento posterior a investigação etiológica deste sangramento.

Durante o percurso do curso, especificamente o trabalho em campo, em unidades sanitárias, notamos vários casos relacionados hemorragia digestiva alta em crianças assim como em adultos, na qual deu-se melhoras assim como óbitos, portanto, para nós, essa tornou-se uma questão preocupante que carece o indispensável estudo para a reversão desta situação através das propostas ou sugestões que poderão ser apresentados durante o estudo para o controlo e prevenção deste problema. O fenómeno da incidência e do não conhecimento do perfil clinico-epidemiológico dos pacientes atendidos nos serviços de urgências e reanimação da hemorragia digestiva alta notada durante o meu estágio profissional naquele estabelecimento hospitalar galvanizou-me para a pesquisa do tema.

O trabalho surge no âmbito da conclusão do curso de Enfermagem Geral, para a obtenção do grau de Licenciada pela Universidade Politécnica.

A realização desta pesquisa visa determinar o perfil clinico-epidemiológico dos pacientes atendidos com queixas sugestivas à hemorragia digestiva alta no sector de Urgências e Reanimação do Hospital Central de Nampula para melhorar a assistência prestada à pacientes com hemorragia digestiva alta. A pesquisa torna-se relevante na medida em que ajudará os profissionais de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem prestada em casos de hemorragia digestiva alta, fazendo com que, deste modo, haja redução das taxas de incidência e mortalidade por hemorragia digestiva alta.

A preocupação em estudar esta problemática surge mediante a ocorrência de altas incidências de casos de hemorragias digestivas altas que na maioria das vezes resultaram em complicações (choque hipovolêmico, hipotensão, o distúrbio do equilíbrio acidobásico com acidose metabólica e consequentemente morte do paciente).

Diante da alta incidência e da relevância quanto a morbimortalidade dos portadores de HDA, torna-se conveniente que os hospitais possuam protocolos específicos para o atendimento desta co-morbidades.

1.5 Objectivos

Segundo o PILETTI (2004: 80), "o termo objectivo diz respeito a um fim que se pretende atingir; é uma descrição clara dos resultados que desejamos alcançar numa certa actividade".

1.5.1 Geral

Para FINDLAY et al (2006: 15) o objectivo geral "relaciona-se directamente ao problema. Ele esclarece e direcciona o foco central da pesquisa de maneira ampla".

A pesquisa tem como objectivo geral: *Avaliar a evolução dos pacientes que deram entrada na enfermaria da medicina do HCN com diagnostico hemorragia digestiva alta.*

1.5.2 Específicos

Traçou-se como objectivos específicos os seguintes:

- ❖ Caracterizar os pacientes quanto às variáveis sócio-demográficas;
- ❖ Identificar as principais manifestações clínicas associadas ao sangramento no trato gastrointestinal alto;
- ❖ Descrever as etiologias da hemorragia digestiva alta após avaliação endoscópica;
- ❖ Mencionar a assistência de enfermagem prestada, tratamentos clínicos e endoscópicos instituídos.

1.6 Perguntas de Partida

As perguntas de partida para o presente estudo são:

- ❖ Quais são as características dos pacientes quanto às variáveis sócio-demográficas?
- ❖ Quais são as principais manifestações clínicas associadas ao sangramento no trato gastrointestinal alto?
- ❖ Quais são as etiologias da hemorragia digestiva alta após avaliação endoscópica?
- ❖ Qual é a assistência de enfermagem prestada, tratamentos clínicos e endoscópicos instituídos?

CAPITULO II: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2. Conceito

Martins et al., (2019), afirma que a Hemorragia digestiva alta (HDA) refere-se ao sangramento que se origina de lesões do trato gastrointestinal proximais ao ângulo de Treitz e pode se manifestar por hematêmese, melena ou enterorragia.

Estudos evidenciam que a frequência das manifestações clínicas mais rotineiras de HDA corresponde a 50% sob a forma de hematêmese, 30% de melena e 20% de hematêmese associada a melena.

Segundo Melo (2015), Hematêmese é caracterizada por vômitos de sangue não digerido ou em forma de coágulos. Por sua vez, a melena é a nomeação de fezes escurecidas, de consistência pastosa e odor fétido, resultado da digestão de, ao menos, 100 ml de sangue após percorrer do duodeno ao intestino delgado. A enterorragia, eliminação de sangue vivo via retal, é a manifestação mais comum em casos de hemorragia digestiva baixa (HDB), distais ao ângulo de Treitz. Entretanto, esta apresentação pode ocorrer devido à exteriorização de uma HDA de grandes volumes (no mínimo 1000 ml) e velocidade, assim como a melena pode ocorrer em HDB.

As hemorragias digestivas estão entre as urgências mais frequentes em serviços de saúde, com necessidade de hospitalização numa elevada percentagem dos doentes, sendo as hemorragias digestivas altas mais prevalentes que as hemorragias digestivas baixas e, apesar dos avanços na área diagnóstica e terapêutica, mantém-se com alta taxa de mortalidade (Melo, 2015).

A diferenciação entre hemorragia digestiva alta (HDA) e hemorragia digestiva baixa (HDB) é feita de acordo com a origem deste sangramento, tendo como parâmetro divisor o ligamento de Treitz. Caso a lesão que cause o sangramento seja proximal ao ligamento de Treitz (esôfago, estômago ou duodeno) caracteriza-se uma hemorragia digestiva alta, caso o motivo do sangramento seja distal ao ligamento de Treitz (intestino delgado, intestino grosso, reto e anus) caracteriza-se uma hemorragia digestiva baixa (Martins et al., 2019).

Assim, a hemorragia digestiva alta é definida como um sangramento derivado de lesões no trato gastrointestinal superior, podendo serem classificadas em HDA varicosa, quando o sangramento ocorre devido a rupturas de varizes presentes no TGI, provocadas por hipertensão portal decorrente de complicações hepáticas; e em HDA não-varicosa, que representam cerca de 80-90% dos casos de HDA e tem como principal etiologia as úlceras pépticas ou vasculares, associadas ou não com infecção bacteriana (Martins et al., 2019).

O sangramento que ocorre no trato digestivo é um problema presenciado nos serviços de atendimentos emergenciais em todo o mundo, sendo evidenciado de forma frequente e comum. Contudo, a presença geral desta enfermidade não é muito conhecida, apesar de que a sua incidência anual varia entre 100-150 casos para cada 100.000 habitantes, que precisam ser hospitalizados de imediato por este motivo. Embora possa ser mais comum em homens, esta ocorrência pode-se presenciar em qualquer grupo demográfico, onde aumenta progressivamente com o avançar da idade (Araújo et al., 2016).

Aproximadamente 25% dos atendimentos nos serviços de emergência brasileiras correspondem a ocorrências de HDA, aliada a uma mortalidade que tem se mantido elevada, com taxas entre 4% e 10% nos casos não varicosos e 18% e 30% nos casos de origem varicosa, e mesmo com os significativos avanços na área diagnóstica e terapêutica, o risco pode ser aumentado em até 70% num episódio recorrente (Araújo et al., 2016).

As manifestações clínicas e laboratoriais da HDA dependem da velocidade e extensão da perda sanguínea, além da presença ou não de doenças concomitantes. Sinais sistêmicos raramente são apresentados numa perda inferior a 500 mL de sangue. Já em idosos e anêmicos, um pequeno sangramento já poderá produzir alterações hemodinâmicas (Wannmacher, 2007).

Tais manifestações consistem, em quase totalidade de casos, em hematêmese (eliminação de sangue por vômito), podendo também apresentar melena (eliminação de sangue digerido junto às fezes) e em caráter de exceção poderá estar presente hematoquezia (eliminação de sangue vivo junto às fezes) (Martins et al., 2019).

Hemorragias digestivas são manifestações clínicas desafiadoras mediante o seu tratamento. Faz-se necessário a determinação de um diagnóstico adequado e rápido, para prevenir o desenvolvimento de complicações que possibilitam acarretar em óbito. Por isso, a comunicação entre os profissionais de saúde especializados e a correta utilização das tecnologias avançadas são de grande importância, bem como fatores determinantes no tratamento de pacientes, evitando assim, grandes cirurgias que podem ter o aumento dos custos e elevada mortalidade (Jiménez et al., 2019).

2.1 Epidemiologia

Araújo et al., (2016), afirmam que a incidência de HDA é estimada em 50 a 150 casos em 100.000 anualmente. Se comparada com HDB, sua frequência é quatro vezes maior. Considerando sua morbimortalidade em todo o mundo, pode ser considerada uma emergência

médica e um evento dramático. A taxa de mortalidade é alta, variando de 0,9 a 26,5%, assim como os custos da assistência hospitalar aos pacientes com HDA aguda.

Há relatos de que 35% a 45% dos casos de HDA ocorrem em pacientes com 60 ou mais anos e, nesse grupo, 60% ocorre em mulheres. Nas outras faixas etárias, há predomínio do sexo masculino, com frequência duas vezes maior. Em geral, sua frequência é mais elevada em estratos sociais mais baixos.

O desfecho clínico dos pacientes com HDA não varicosa não mudou significativamente nas últimas décadas e as taxas de mortalidade apresentaram declínio desprezível. Apesar das melhorias nas abordagens clínica e endoscópica e na intervenção cirúrgica o envelhecimento da população e as comorbidades que o acompanham podem justificar esses índices. Além disso, vale destacar o aumento do consumo de antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) e de antiplaquetários (Araujo et al., 2016).

Por outro lado, a mortalidade por hemorragia varicosa diminuiu bastante nas últimas duas décadas, com queda nos índices de 40 a 50% para 15 a 20%. Esse fato pode ser explicado pela melhor assistência médica e endoscópica (Martins et al., 2019).

Nesse contexto, é importante destacar que grande parcela dos doentes com HDA não morre em decorrência do episódio de hemorragia, mas pela descompensação de outras doenças.

2.2 Etiologias

Ao considerar a divisão das etiologias em varicosas (por varizes esofágicas) e não varicosas, pode-se observar que a grande maioria - 80% a 90% - é secundária a causas não varicosas.

A etiologia mais prevalente é a úlcera péptica, com frequência aproximada de 40 a 60%. Em sequência, 14% é justificado por sangramento por varizes esofágicas 8 a 15% erosões gastroduodenais, 5 a 15% esofagite erosiva, 8 a 15% Mallory Weiss e 5% malformações arteriovenosas. Entre outras causas, estão neoplasias do trato gastrointestinal superior, lesão de Dieulafoy, pólipos, hemobilia e hemosucus pancreaticus.

A úlcera péptica confere alta taxa de mortalidade. Em geral, os episódios de hemorragia originam-se predominantemente de úlceras duodenais posteriores e grandes, por erosão da artéria gastroduodenal, e de úlceras na pequena curvatura gástrica, envolvendo ramos da artéria gástrica esquerda. Sintomas dispépticos não estão presentes na maioria dos casos e é frequente a associação ao uso de aspirina e AINEs, além da infecção por *Helicobacter pylori*.

O *H. pylori* deve ser erradicado, principalmente em pacientes com indicação de uso de AINEs cronicamente. Dessa forma, é importante que seja pesquisado na EDA. Porém, é baixa a sensibilidade da biópsia para seu diagnóstico na vigência de sangramento da úlcera péptica. O diagnóstico, então, pode ser obtido após um período de tempo ou com base em sorologias positivas.

Quanto aos pacientes em tratamento com antagonistas da vitamina K, há um maior risco de hemorragia gastrointestinal, 2,3 a 4,9 vezes superior aos que não os recebem. A Varfarina pode precipitar HDA ao uso de longa data, não por causar úlceras, mas por exacerbar as preexistentes. Novos anticoagulantes orais também aumentam o risco de HDA.

O uso de antiagregantes plaquetários traz evidente benefício no tratamento de doenças cardiovasculares, porém eleva o risco de HDA, que duplica com doses diárias de 75mg e quadruplica com doses de 300mg. Parece não existir uma dose de aspirina sem risco. Segundo alguns estudos, está comprovado que o consumo de corticosteróides e o abuso de álcool também aumentam o risco de HDA, assim como o tabagismo.

Quanto às varizes esofagogástricas, elas constituem causa menos comum de HDA que pode ser bastante grave. Em geral, há doença hepática subjacente e/ou história de uso abusivo de álcool, com consequente cirrose. Em áreas endêmicas, uma importante etiologia a ser considerada é a esquistossomose.

As varizes são geradas por hipertensão no sistema porta, com pressão portal maior de 10-12 mmHg, a qual é responsável também pela maioria das complicações graves da cirrose, como ascite, encefalopatia hepática e a HDA por varizes.

Correlacionando com o escore prognóstico de Child-Pugh, que inclui variáveis clínicas, as varizes estão presentes em 40% dos doentes do grupo A, que prediz melhor evolução, e 80% do grupo C, de maior gravidade. Outro escore de gravidade utilizado para classificar os pacientes cirróticos é o MELD (Model for EndStage Liver Disease).

O mais importante preditor de hemorragia é o tamanho das varizes, com relação diretamente proporcional ao seu calibre. Também são fatores que influenciam a presença de sinais vermelhos à endoscopia, os pacientes em descompensação da cirrose e os classificados em Child-Pugh B ou C. Ao fim de dois anos, a frequência de recidiva de HDA varicosa é de 100%.

A probabilidade de um quadro de descompensação da cirrose é maior em pacientes com varizes esofagogástricas, o que leva às diferenças entre suas taxas de mortalidade, a qual é de 3% ao ano nos portadores de varizes e quase nula entre os não portadores.

2.3 Abordagem da HDA: propedêutica e terapêutica

2.3.1 Anamnese

A história clínica do paciente deve incluir inicialmente os sinais e sintomas principais que levam à suspeita clínica de HDA, como hematêmese, melena e enterorragia. Os mesmos devem ser detalhados quanto a início, duração, intensidade, episódios anteriores semelhantes e sintomas associados. Além disso, devem ser obtidos dados para direcionar a etiologia da hemorragia.

A HDA nos idosos pode se apresentar com algumas peculiaridades. Em geral, dispepsia e dor abdominal tem menor frequência, e está se comporta de forma atípica e mal definida, tendo em vista a alteração na percepção da dor nessa faixa etária. São comumente as primeiras manifestações de HDA nos idosos: perfuração, anemia e sangramento.

Deve-se questionar sobre a presença de antecedentes patológicos, como hepatopatia, cardiopatia e distúrbios da coagulação. Além disso, o uso concomitante de medicações como AINEs e anticoagulantes orais deve ficar claro.

São fatores identificados na anamnese que conferem maior risco aos pacientes a idade maior que 60 anos, presença de comorbidades, alcoolismo crônico, uso de medicações anticoagulantes, antiplaquetários e AINE, presença de *H. pylori*, história de ressangramento em pacientes já tratados endoscopicamente, hematêmese ou enterorragia volumosas, melena persistente e hemorragia em pacientes internados.

2.3.2. Exame físico

Ao exame físico, deve-se avaliar o estado geral do paciente, nível de consciência, a presença de palidez cutâneo-mucosa, cianose de extremidades e perfusão periférica. A perda sanguínea pode ser estimada com base em parâmetros clínicos como pressão arterial e frequência cardíaca em ortostase e em decúbito.

O exame proctológico deve fazer parte do exame físico completo para confirmar a presença de melena ou sangue vivo via retal, assim como descartar patologias decorrentes de afecções orificiais.

As hemorragias provenientes da cavidade oral, das vias aéreas, epistaxe e as fezes escuras por uso de sais de ferro são quadros que podem gerar a hipótese diagnóstica de HDA, mas devem ser descartados.

São fatores identificados nos exames clínico que conferem maior risco aos pacientes: instabilidade hemodinâmica e hipotensão arterial, principalmente se houver necessidade de transfusão sanguínea, sepse, aspirado nasogástrico ou toque retal com sangue vivo. Nos pacientes cirróticos devem ser considerados também a classificação de Child-Pugh,

hemorragia ativa na endoscopia digestiva alta (EDA), pressão no sistema porta e a presença de carcinoma hepatocelular.

2.3.3. Exames laboratoriais e complementares

Exames laboratoriais devem ser colhidos à admissão e de forma seriada para seguir a evolução dos pacientes. São necessários hemoglobina, hematócrito, plaquetas e coagulograma, além de sódio, potássio, ureia, creatinina e provas hepáticas.

A monitorização da perfusão sistêmica e da volemia no hepatopata crítico é habitualmente feita pelo lactato arterial, que se encontra elevado mesmo na ausência de hipoperfusão periférica, devido à redução na sua depuração hepática. Sua avaliação deve ser feita, portanto, a partir do seu comportamento dinâmico, ou seja, ao avaliar sua queda durante a ressuscitação inicial.

Deve-se ainda, realizar um eletrocardiograma, o qual está indicado principalmente em casos de hemorragia grave em coronariopatas⁵.

2.4. Abordagem inicial

Para o atendimento inicial de um paciente com HDA é necessário convocar uma equipe multidisciplinar, a qual deve conter gastroenterologistas, endoscopistas, intensivistas e cirurgiões, além de uma preparada equipe de suporte em enfermagem. Os pacientes devem ser transferidos para unidades de terapia intensiva para adequada monitorização hemodinâmica e adoção de medidas de suporte.

2.4.1. Estabilização hemodinâmica

O grande alvo inicial da abordagem frente ao paciente com HDA é a estabilização hemodinâmica. A ressuscitação agressiva precoce de pacientes hemodinamicamente instáveis pode reduzir a mortalidade da HDA.

É importante ressaltar que, na HDA varicosa, a ressuscitação volêmica deve ser mais criteriosa uma vez que a distribuição do volume oferecido tende a ser direcionada preferencialmente para o território esplâncnico, com elevação da pressão portal, formação de ascite e pouco impacto sobre a pressão arterial.

Preferencialmente deve ser realizada com cristaloides. A sondagem vesical também está indicada para adequada monitoração de diurese, hidratação e balanço hídrico do paciente¹.

No manejo do choque hipovolêmico devido a sangramento maciço em HDA varicosa, nos casos de falha após reposição volêmica adequada, pode ser utilizado o balão de Sengstaken Blakemore, como ponte para tratamento definitivo, por um período de 24 horas.

2.4.1.1 Indicações e contraindicações de hemoderivados

A transfusão de sangue na HDA não varicosa é indicada a pacientes em choque hemodinâmico e com sangramento ativo. Também deve ser considerada se níveis de hemoglobina inferiores a 7 g/dl, devido a sua repercussão cardiovascular.

Está sendo considerada uma estratégia mais restritiva de hemotransfusão visando um alvo de hemoglobina entre 7 e 9 g/dl e hematócrito 21 a 27%, com incremento das taxas de sobrevida e maior redução do sangramento⁴.

Assim como citado sobre a reposição de cristaloides em casos de HDA varicosa, devido ao aumento na pressão venosa portal e maior risco de ressangramento, recomenda-se cautela na reposição de sangue e hemoderivados nesse grupo. Há benefícios restritos aos pacientes com cirrose hepática de menor severidade, classificadas em Child-Pugh A e B.

Faltam recomendações definidas para a transfusão de plaquetas⁴, assim como a comprovação do seu real benefício. Alguns autores sugerem que os níveis plasmáticos sejam mantidos acima de 50.000, ou 100.000 em caso de suspeita de disfunção plaquetária.

Plasma fresco congelado também pode ser transfundido em pacientes com coagulopatia importante, embora também não haja evidência certa do seu benefício.

Suas principais indicações são: pacientes cirróticos, pacientes que estejam medicados com anticoagulantes orais ou transfundidos em mais de 10 unidades de concentrados de hemácias.

Nos pacientes cirróticos, o tempo de protombina, INR e o tempo parcial de tromboplastina ativado não se correlacionam de forma clara com o risco de sangramento. Os distúrbios de coagulação, em geral, não são corrigidos por transfusão de hemoderivados, os quais geram alto custo e, pela falta de comprovação do seu benefício, não são indicados como tratamento de primeira linha e devem ser considerados em casos selecionados.

2.4.2. O papel da endoscopia digestiva alta

A EDA exerce papel essencial no diagnóstico, prognóstico e terapêutica dos pacientes com HDA tendo em vista que o tratamento efetivo do sangramento depende da investigação de sua causa e aplicação rápida do tratamento adequado. Entre seus benefícios podem ser destacados a redução da mortalidade, das taxas de ressangramento, da necessidade de hemotransfusão, da internação hospitalar e dos custos dos cuidados à saúde.

A EDA é o exame de escolha na investigação por sua acurácia, baixa taxa de complicações e possibilidade de intervenção terapêutica¹⁰ e deve ser realizada após ressuscitação volêmica ideal alcançada.

A hemostasia endoscópica é indicada e efetiva na maioria das causas de HDA, como úlcera péptica, varizes gastroesofágicas, lesões Mallory Weiss e malformações vasculares. Dessa forma, é recomendado que a EDA seja realizada com urgência, idealmente dentro de 24 horas da admissão hospitalar.

Segundo o 1º Consenso da Sociedade Brasileira de Hepatologia, a EDA deve ser realizada precocemente em pacientes com HDA varicosa, preferencialmente nas primeiras 12 horas da admissão, tanto para o diagnóstico do sangramento varicoso quanto para realização de terapêutica endoscópica.

É importante enfatizar que pacientes hemodinamicamente instáveis, que, apesar da expansão volêmica, mantêm quadro de taquicardia, hipotensão e sinais de hemorragia ativa, devem ser submetidos ao exame endoscópico de emergência.

A EDA tem importante função terapêutica tendo em vista que cerca de 80% dos pacientes com sangramento ativo observado na EDA permanecerão com a hemorragia ou apresentarão recidiva do sangramento apesar da abordagem clínica inicial.

Após homeostase endoscópica, os preditores de ressangramento são instabilidade hemodinâmica, sangramento ativo na EDA, tamanho da úlcera maior que 2 cm, localização da úlcera gástrica em região alta da curvatura menor ou duodeno posterior, nível de hemoglobina menor que 10 g/dL e a necessidade de hemotransfusão.

O risco de ressangramento em HDA por úlcera também pode ser indicado pela classificação de Forrest, à visualização pela EDA, em baixo ou alto. Estigmas de alto risco correspondem a Forrest Ia (sangramento ativo, em jato), Ib (sangramento ativo, em gotejamento ou babando), IIa (vaso visível não sangrante) e IIb (coágulo aderido na base da lesão), enquanto que os estigmas de baixo risco incluem Forrest IIc (pigmentações planas pretas, marrons ou avermelhadas ou uma mancha plana grande e escura sobre o leito ulceroso, que correspondem a hematina na base a lesão) e III (úlcera com base limpa, sem evidências de sangramento). As taxas de ressangramento são, aproximadamente: Forrest Ia e Ib de 55%, IIa de 43%, IIb de 22%, IIc de 10% e III de 5%.

2.5 Tratamento direcionado

Aproximadamente 80% dos casos de HDA não requerem uma intervenção terapêutica específica, uma vez que são autolimitadas e de resolução espontânea, diferente dos restantes 20%, que se apresentam como quadros severos e com altas taxas de mortalidade.

2.5.1 HDA varicosa

2.5.1.1 Medidas gerais

Medicamentos nefrotóxicos, como AINEs, diuréticos e outros fármacos que podem agravar a hipoperfusão devem ser evitados.

Recomenda-se antibioticoterapia para reduzir a incidência de peritonite bacteriana espontânea, bacteremia, infecção do trato urinário e pneumonia, que complicam cerca de 42% dos casos de cirrose em pacientes internados por HDA. Como consequência, pode-se diminuir a recidiva hemorrágica e a mortalidade.

2.5.1.2 Fármacos vasoativos

Fármacos vasoativos devem ser administrados o mais precocemente possível nos pacientes em que há suspeita de HDA por varizes gastroesofágicas. O objetivo é reduzir a pressão portal e, dessa forma, controlar a hemorragia e diminuir a frequência de recidiva.

Para esse fim, estão disponíveis a terlipressina, somatostatina, octreotide e vasopressina. Os mesmos devem ser combinados com a terapia endoscópica, pois essa associação é superior a cada uma das modalidades terapêuticas isoladas. Seu uso deve preceder a abordagem por EDA e devem ser administradas durante um período de 2 a 5 dias.

Apenas a combinação de terlipressina com terapêutica endoscópica é que parece se associar a uma redução significativa da mortalidade. Por ser um potente vasoconstrictor, está contraindicada em pacientes portadores de doença cardíaca isquêmica e insuficiência vascular periférica. Dessa forma, exceto nessas situações, ela deve ser o agente de escolha.

2.5.1.3 Hemostasia endoscópica

A terapêutica endoscópica está recomendada a todos os pacientes que apresentam HDA varicosa⁷ e consiste em terapias locais, sem efeito em qualquer fluxo portal ou de resistência.

O tratamento das varizes esofágicas é realizado por eleição pela ligadura elástica das varizes, com menor índice de complicações locais e sistêmicas, menor mortalidade e menor número de sessões necessárias para obliteração das mesmas. Porém, a escleroterapia também pode ser utilizada na fase aguda da HDA caso a ligadura seja de difícil execução técnica. A terapia que inclui ligadura e escleroterapia em conjunto não é recomendada.

Quanto às varizes gástricas, o tratamento pode ser realizado com ligadura elástica ou escleroterapia, naquelas que se apresentam como um prolongamento das varizes esofágicas para a pequena ou grande curvatura, ou com cianoacrilato como método de escolha às que se apresentam com uma forma pseudotumora.

A aplicação precoce de TIPS (Derivação Intra-hepática Portossistêmica Transjugular) deve ser considerada em doentes com alto risco de recidiva ou falência terapêutica após o tratamento farmacológico inicial e endoscópico. O TIPS é uma técnica bastante efetiva no controle da hemorragia (95%), porém, devido ao agravamento da função hepática e da encefalopatia, a mortalidade permanece elevada.

Atualmente, Cirurgia tem pouco lugar na gestão das varizes esofagogástricas.

2.5.1.4. Conduta pós hemorragia

As profilaxias secundária, farmacológica e endoscópica, devem ser indicadas antes da alta hospitalar e iniciadas preferencialmente ao 6º dia após o episódio agudo. A combinação de beta-bloqueadores com ligadura elástica das varizes é a terapia profilática de escolha, que resulta numa menor taxa de recidiva hemorrágica.

2.5.2. HDA não varicosa

2.5.2.1. Inibidor de bomba de prótons (IBP)

Recomenda-se administração de doses altas de IBP endovenoso em pacientes com HDA não varicosa enquanto aguardam a EDA para reduzir a secreção ácida basal. Embora a dose ótima não esteja estabelecida, utiliza-se um bolus de omeprazol de 80 mg, seguido de infusão contínua de 8 mg/h.

Já foi demonstrado em metanálise que essa prática reduz hemorragias de alto risco e necessidade de hemostasia endoscópica, porém não altera mortalidade, necessidade de cirurgia ou taxa de ressangramento. Dessa forma, não deve substituir a terapia de reanimação ou atrasar a EDA. A análise do custoefetividade evidencia que seu uso pré-endoscópico é mais eficaz e menos oneroso do que placebo.

Essa terapia deve ser mantida por 72 horas após hemostasia endoscópica e, após esse período, de acordo com a etiologia e duração da hemorragia, deve ser prescrito via oral.

Na eventual falta de formulações endovenosas, a utilização de doses dobradas de IBP, de 12 em 12 horas, por via oral apresenta bons resultados.

2.5.2.2 Hemostasia endoscópica

Deve ser realizada hemostasia endoscópica em todos os pacientes com estigmas de alto risco à ED, principalmente classificados em Forrest Ia, Ib e IIa1.

Há queda significativa das taxas de ressangramento, cirurgia e mortalidade nesses pacientes. Dada à reduzida probabilidade de recidiva, essa terapêutica não está indicada aos doentes com estigmas de baixo risco endoscópico.

Coágulos aderidos, característicos da classificação de Forrest IIb, devem ser sempre irrigados para expor possível sinal de hemorragia recente e permitir o tratamento adequado. Se considerados aderidos não há consenso quanto ao seu tratamento e alguns autores sugerem benefício da intervenção endoscópica quando há elevado risco de recidiva. Já nos casos de baixo risco, é indicado apenas o uso de IBPs.

As modalidades utilizadas são: térmica, mecânica ou injeção de fármacos. A farmacoterapia é inferior entre as demais e, se utilizada, deve ser feita combinada com a terapia térmica ou aplicação de clipe. Não há evidências suficientes para recomendar o uso de um método hemostático em detrimento de outro, isoladamente ou em combinação. O método mais indicado é aquele com o qual o endoscopista está mais familiarizado e tenha bons resultados.

O tratamento endoscópico é capaz de conter a hemorragia em 90% dos casos, porém, há recorrência em 10 a 25% dos pacientes⁷. Os doentes com hemorragia refratária são candidatos a angiografia ou cirurgia.

2.5.2.3. Second look

A repetição planejada da EDA, geralmente 16 a 24 horas após a endoscopia inicial, deve ser considerada em pacientes de alto risco de ressangramento, como em caso de instabilidade hemodinâmica, baixo nível de hemoglobina, EDA com sangramento ativo ou vaso visível não sangrante, úlceras maiores que 2 cm ou em locais que sugerem o envolvimento de grandes artérias.

É importante ressaltar que os benefícios dessa prática foram relatados antes da utilização de altas doses intravenosas de IBP⁴ e que os estudos de custoefetividade não suportam o second look endoscópico como rotina.

2.5.2.4. Ressangramento

A recidiva hemorrágica ocorre, principalmente, nas primeiras 72 horas. Dessa forma, os pacientes devem ser mantidos em observação durante, no mínimo, três dias. É considerado quadro de recidiva a presença de hematêmese ou melena associada a choque ou a uma queda na concentração de hemoglobina de pelo menos 2 g/dL em 24 horas.

Tendo em vista que os pacientes podem voltar a sangrar mesmo 3 dias após a endoscopia, os mesmos devem ter alta acompanhados da prescrição de IBP oral em dose única diária, com início 72 horas após a hemostasia e durante período a ser estabelecido de acordo com a causa

da hemorragia. Normalmente, é recomendada a administração de IBPs durante 6 a 8 semanas ou mais se o doente for portador de *H. pylori* ou fizer uso contínuo de aspirina ou AINEs.

2.6. Diagnóstico e tratamento de *Helicobacter pylori*

A infecção por *H. pylori* deve ser procurada em todos os pacientes com HDA por úlcera, para seu tratamento, pelo teste da urease ou pela histologia. Além disso, deve ser realizado, na sequência, o controle de erradicação. Essa prática resulta em menor taxa de ressangramento em longo prazo.

Devido à alta taxa de falso-negativo para testes de *H. pylori* no contexto da HDA aguda, é justificada sua repetição em outro momento.

2.7. Tratamento da úlcera péptica

Aos pacientes de baixo risco, é oferecida a opção de intervenção cirúrgica. Aos de alto risco, a embolização arterial transcater é uma alternativa. A cirurgia é reservada principalmente para aqueles em que o tratamento endoscópico falhar, mais comumente em hemorragia maciça não controlada por endoscopia e ressangramento depois de várias tentativas endoscópicas. O número adequado de tentativas endoscópicas antes da cirurgia deve ser ainda definido, apesar de haver a recomendação de repetir por apenas uma ocasião no ressangramento.

2.8. Prognóstico

Pacientes sem doença hepática, em geral, evoluem com maior gravidade e a óbito por descompensação de comorbidades pré-existentes em decorrência do sangramento gastrointestinal. Raramente a comorbidade é a causa do sangramento.

Hemorragias volumosas podem levar a falência cardíaca e a eventos cerebrovasculares em pacientes com doença cardiovascular de base. Pacientes que apresentam ressangramento tem taxa de mortalidade dez vezes maior.

A EDA fornece importante informação prognóstica. A presença de sangue no trato gastrointestinal superior, úlcera com hemorragia ativa e um vaso visível são sinais de pior prognóstico. Em caso de úlcera com sangramento ativo, há risco entre 80 e 90% de permanência da hemorragia e ressangramento. O vaso visível ou com coágulo aderido, está associada com risco de 50% de ressangramento.

O prognóstico dos pacientes com doença hepática e HDA varicosa está relacionado com a gravidade da hepatopatia de base. A taxa de mortalidade do primeiro episódio de sangramento é 30 a 50%, variando de 10% a 50% de acordo com a classificação Child-Pugh.

3. Metodologia

3.1 Tipo de estudo e Abordagem

O estudo é do tipo Observacional Descritivo transversal e retrospectivo com abordagem quantitativa pois, cingiu-se apenas no registo e descrição dos factos que foram observados e apontados. E como referência Gil (2010), estudos descritivos têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então o estabelecimento de relações entre variáveis.

3.2. Do ponto de visto da natureza

A pesquisa foi básica. Lakatos e Marconi (2002) afirmam que a pesquisa básica visa a construção de conhecimentos uteis para o avanço da ciência sem aplicação pratica prevista.

3.3. Do ponto de vista dos objectivos

No referente aos objectivos do estudo, há que enfatizar que este estudo é conforme referido anteriormente Observacional, Descritivo, Transversal e retrospectivo, pois, cingiu-se apenas no registo e descrição dos factos que foram observados e apontados a ocorrência prevalente da HDA sem interferência alguma sobre eles

3.4. Do ponto de vista dos procedimentos

O estudo é tipo pesquisa documental, que recorrei ao uso da técnica de documentação indirecta por análise documental, isto é, análise dos livros de registo e processos clínicos do Arquivo dos serviços de medicina 1 do HGN do ano de 2023 com posterior descrição dos dados de pacientes que tiveram diagnóstico de HDA.

3.5. Quanto ao método

Utilizou-se o método indutivo, que segundo o autor supracitado, o método indutivo parte do particular e coloca a generalização como um produto posterior do trabalho de colecta de dados particulares.

3.6 População e amostra

O universo ou a população-alvo é o conjunto dos seres animados e inanimados que apresenta pelo menos uma característica em comum, sendo N o número total de elementos do universo ou da população (Lakatos; e Marconi, 2003). Conforme levantamento prévio do

hospital, a população do estudo será composta por todos os prontuários de pacientes atendidos entre janeiro e Dezembro de 2023.

A amostra é uma parcela convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo (Lakatos; e Marconi, 2003, pag. 162). De acordo com o cálculo amostral, considerando um intervalo de confiança de 95% com erro amostra de 5%, farão parte da amostra 30 prontuários de pacientes atendidos com queixas sugestivas de hemorragia digestiva alta no serviço de medicina 1 do HCN.

A amostra foi aleatória simples. O que quer dizer que, a seleção se faz de forma que cada membro da população tinha a mesma probabilidade de ser escolhido. Esta maneira permitiu a utilização de tratamento estatístico que possibilita compensar erros amostra e outros aspectos relevantes para a representatividade e significância da amostra (Lakatos e Marconi, 2003, pag. 163).

3.7 Técnicas e Instrumento de Recolha de Dados

Foi realizada a observação directa nos Processos de Internamento de todos os Pacientes atendidos com queixas sugestivas de hemorragia digestiva alta no serviço de Urgência e Reanimação do HCN, observando o perfil clinico-epidemiológico, as assistências que foram neles prestados.

A observação directa também conhecida como observação passiva. O pesquisador não se integra ao grupo observado, permanecendo de fora. Presencia o facto, mas não participa dele, não se deixa envolver pelas situações, faz mais o papel de espectador. O procedimento tem carácter sistemático. Esse tipo de observação é usado em pesquisas que requerem uma descrição mais detalhada e precisa dos fenómenos ou em testes de hipóteses. Na técnica de colecta de dados, presume-se que o pesquisador saiba exactamente que informações são relevantes para atingir os objectivos propostos. Nesse sentido, antes de executar a observação directa, há necessidade de se elaborar um plano para sua execução.

3.8 Variáveis de estudo

Variável é um conceito que contém ou apresenta valores, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços etc., sendo o conceito um objecto, processo, agente, fenómeno, problema etc. (Lakatos e Marconi, 2003, pag. 244).

As variáveis analisadas no estudo incluem variáveis quantitativas, como idade (em anos), tempo de permanência hospitalar (em dia), tempo transcorrido entre a admissão e a realização da endoscopia digestiva alta (em horas). Além de variáveis qualitativas, como sexo (feminino ou masculino), procedência (cidade), co-morbidades (diabetes, hipertensão, hepatopatia crônica), manifestações clínicas (hematémese ou melena), achados e procedimentos endoscópicos realizados.

3.9 Critérios de inclusão e exclusão

3.9.1 Critérios de inclusão

- ❖ Prontuários de pacientes atendidos no serviço com queixas sugestivas de hemorragia digestiva alta, como hematémese ou melena;
- ❖ Prontuários de pacientes atendidos no período de Janeiro a Dezembro de 2023;
- ❖ Prontuários de pacientes com 18 anos completos ou mais;
- ❖ Prontuários de pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta.

Critérios de exclusão

- ❖ Prontuários incompletos;
- ❖ Prontuários de pacientes com primeiro exame endoscópico normal.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

4.1. Apresentação e Discussão dos resultados obtidos no guião de observação

Foram analisados 30 prontuários de pacientes atendidos no HCN no período de janeiro a dezembro de 2023.

Observou-se que 63% (n=19) dos pacientes eram do sexo masculino, enquanto que 37% (n=11) eram do sexo feminino (quadro 1). A maioria dos indivíduos eram idosos com uma média de 64 anos de idade. Quanto à procedência, cerca de 50% (n=15) dos pacientes atendidos eram do bairro Muahivire, seguido de bairro Namutequeliua (30%; n=9) e Mutawanha (20%; n=6).

Os dados demográficos desse estudo corroboram com os achados descritos na literatura atual. Um estudo desenvolvido por Haro e Fey (2010) em um hospital de emergência brasileiro avaliou 65 pacientes com hemorragia digestiva alta não varicosa (HDANV), sendo a maioria do sexo masculino, com idade superior a 60 anos. Além disso, Forgerini et al. (2021) conduziu um estudo em um hospital brasileiro terciário de referência, no qual avaliou 178 pacientes com diagnóstico de HDANV secundária à úlcera péptica. A maioria dos pacientes avaliados eram homens (72,8%); idosos (56,7%); diagnosticados com hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus.

Quadro 1 - Distribuição quanto ao sexo.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	11	37
Masculino	19	63

Fonte: Fonte: Autora (2024)

As principais comorbidade encontrada nos pacientes desse estudo foi a hipertensão arterial, presente em 40% (n=12) dos casos, seguida Anemia severa em 17% dos casos (n=5), diabetes mellitus (27%; n=8), hepatopatia (10%; n=3), e da Ascite em 6% dos casos equivalente a 2 casos. No que diz respeito às manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes, a hematêmese foi a mais prevalente, presente isoladamente em 63% (n=19) dos casos, enquanto que 17% (n=5) apresentavam apenas melena. Um total de 20% (n=6) dos indivíduos da amostra apresentaram ambas as manifestações, vide como foi ilustrado no gráfico abaixo.

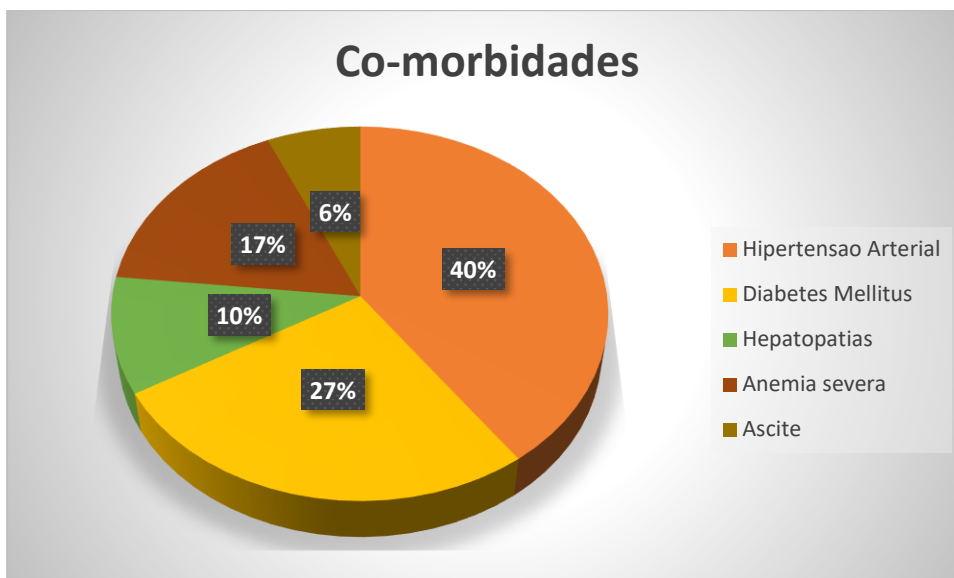


Gráfico 1: Co-morbidades, Fonte: Autora (2024)

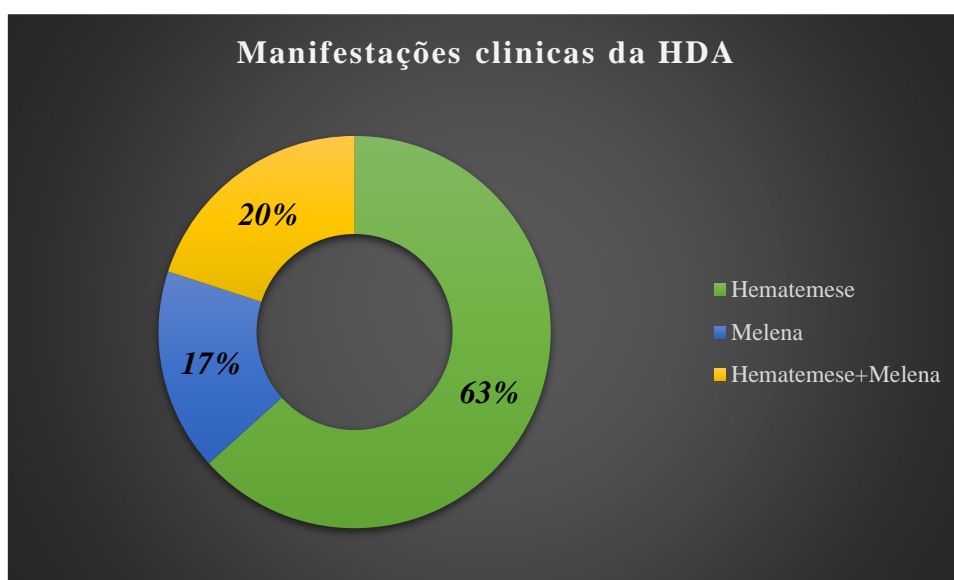


Gráfico 2: Manifestações clínicas da HDA, Fonte: Autora, 2024

Todos os pacientes do estudo foram submetidos a endoscopia digestiva alta. Em 83% (n=25) dos casos a endoscopia foi realizada de maneira precoce, dentro das primeiras 24h, como preconiza a literatura atual. O tempo médio transcorrido entre a admissão hospitalar e a realização da EDA foi de 10h.

Quadro 2 - Tempo da admissão hospitalar à realização da endoscopia.

Tempo em horas	n	%
<24	25	83
>24	5	17

Fonte: Autora, 2024

Referente aos achados endoscópicos, 36% (n=14) dos pacientes avaliados apresentaram varizes de esôfago, enquanto que em 23% (n=9) foi evidenciado doença ulcerosa péptica, destacando-se a úlcera gástrica, presente em 15% (n=6). Outros achados de HDA não varicosa presentes no estudo incluem esofagite (13%; n=5), síndrome de Mallory-Weiss (8%; n=3), e outros (5%; n=2) (angiodisplasia, Gastropatia hemorrágica, neoplasia gástrica). Os achados deste estudo se assemelham aos descritos na literatura, divergindo apenas na principal etiologia que neste caso foram as varizes esofagogástricas.

As pesquisas apontam a úlcera péptica como etiologia mais prevalente, assim como mostra estudo desenvolvido por Garg et. al (2017) em uma base de dados dos Estados Unidos com mais de 1.000.000 de pacientes, na qual a doença ulcerosa péptica foi a maior causa de sangramento no trato gastrointestinal alto, sendo responsável por quase 50% dos casos.

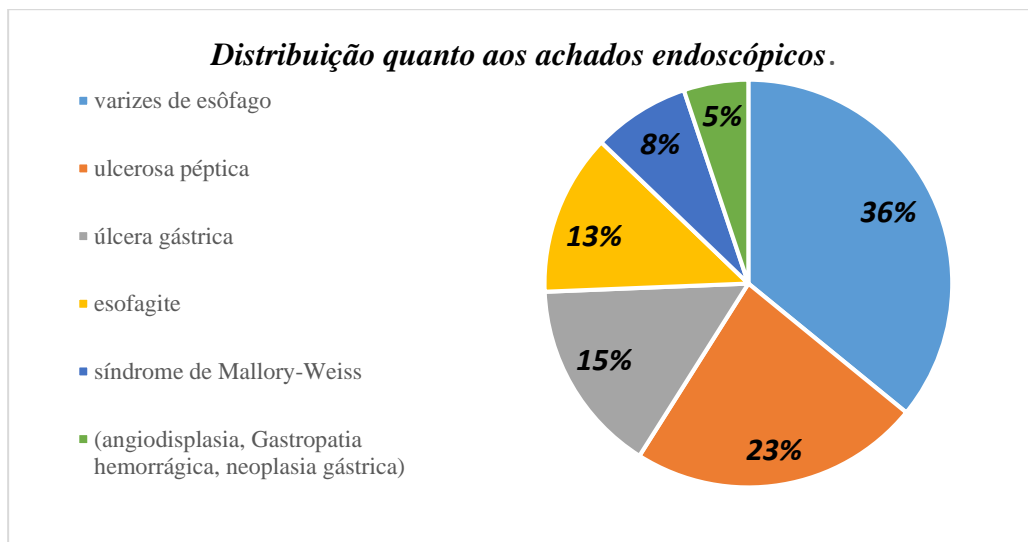


Gráfico 3: Distribuição quanto aos achados endoscópicos, **Fonte:** Autora,2024

No que diz respeito ao tratamento clínico instituído, os pacientes fizeram uso do IBP (Inibidores de Bomba de Prótons, ex: Omeprazol, etc.), antagonistas de histamina (ex.: Ranitidina), ácido tranexâmico, sal ferroso e ácido fólico, soro fisiológico, vitamina k, complexo B, metronidazol, ceftriaxona, Lactato de Ringer.

A maioria dos pacientes atendidos (50%; n=15) não realizaram nenhum tratamento endoscópico. Dentre os que sofreram alguma intervenção endoscópica devido a varizes esofagogástricas, a escleroterapia foi a principal terapia instituída (20%; n=6), seguida da ligadura elástica (13%; n=4) e colocação de balão de Sengstaken-Blakemore (7%; n=2). Apesar da literatura recomendar a ligadura elástica como terapia de eleição, observou-se neste estudo que ela não foi a mais utilizada.

Já quanto a terapia endoscópica na HDA não varicosa, a hemostasia com injeção de adrenalina e glicose foi a principal terapia instituída (10%; n=3). A terapia endoscópica no tratamento da úlcera péptica hemorrágica pode variar de acordo com a classificação de Forrest, ausente na maioria dos laudos endoscópicos, prejudicando a análise da necessidade de terapia endoscópica dupla ou apenas escleroterapia, como foi observado (GRALNEK et al., 2021).

Quadro 3 - Procedimentos endoscópicos.

<i>Variáveis</i>	n	%
<i>HDA varicosa</i>		
<i>Escleroterapia</i>	6	20
<i>Ligadura elástica</i>	4	13
<i>Balão de Sengstaken-Blakemore</i>	2	7
<i>HDA não varicosa</i>		
<i>Hemostasia com injeção de adrenalina e glicose</i>	3	10

Fonte: Autora, 2024

O tempo médio de permanência hospitalar neste estudo foi de 3-7 dias. Em um estudo retrospectivo chileno com 195 pacientes, a média de internação hospitalar foi de 7 dias (PINTO et. al, 2020). Já outro trabalho que analisou 44 prontuários de pacientes com HDA em um hospital terciário em São Paulo, o tempo médio foi de 12 dias (CASTRO, 2014).

O menor tempo de permanência hospitalar deste estudo comparado a literatura atual, se deve, provavelmente, ao facto do hospital receber muitos pacientes de outro serviço apenas para realizar a EDA, retornando em seguida para o serviço de origem.

Referente à evolução, 90% (n=27) dos indivíduos atendidos no serviço evoluíram para alta, enquanto que 10% (n=3) vieram a óbito, vide o gráfico abaixo. De acordo com Scherdin et al., (2021) a mortalidade associada a HDA varia entre 2% a 14%, aumentando com a idade.

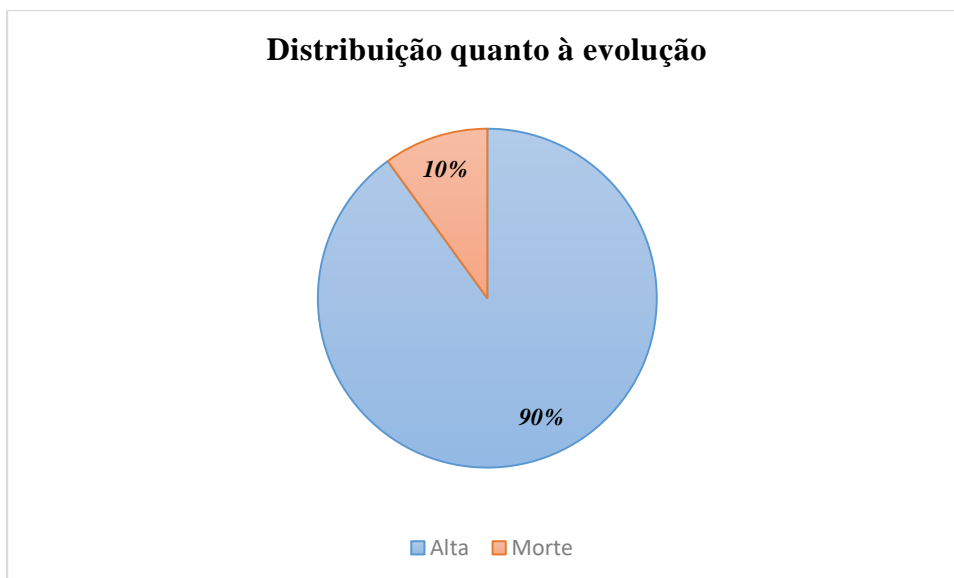


Gráfico 4: Distribuição quanto à evolução, **Fonte:** Autora, 2024

Conclusão

A abordagem do paciente com HDA deve por isso ser precoce, multidisciplinar e executada numa perspectiva mais ampla, de modo a poder valorizar as várias patologias do doente. A estabilização hemodinâmica e aplicação de medidas de suporte, a correta estratificação de risco do doente, a realização de esofagogastroduodenoscopia precoce, nas primeiras 24h e a associação de IBP, em bólus ou perfusão, revelam-se etapas essenciais na abordagem do doente com HDA, apresentando reduções significativas do número de recidivas hemorrágicas e do tempo de internamento hospitalar.

Mediante o exposto, ao analisar o perfil clínico, ao avaliar a evolução dos pacientes que deram entrada na enfermaria da medicina do HCN com diagnóstico hemorragia digestiva alta, observou-se que existe prevalência sobre o sexo masculino, sendo a maioria dos pacientes com idade superior a 60 anos e procedentes da capital do estado. As principais comorbidades relatadas foram a hipertensão arterial, a hepatopatia e o diabetes mellitus. Além disso, a hematêmese foi a principal manifestação clínica da HDA.

Vale ressaltar ainda que a EDA foi realizada de maneira precoce e a etiologia mais frequentemente associada ao sangramento no trato gastrointestinal alto foram as varizes esofagogástricas, sendo a escleroterapia o principal tratamento endoscópico instituído.

No que diz respeito ao tratamento clínico instituído, os pacientes fizeram uso do IBP (Inibidores de Bomba de Prótons, ex: Omeprazol, etc.), antagonistas de histamina (ex.: Ranitidina), ácido tranexâmico, sal ferroso e ácido fólico, soro fisiológico, vitamina K, complexo B, metronidazol, ceftriaxona, Lactato de Ringer. O tempo médio de permanência hospitalar foi menor comparado a outros estudos semelhantes na literatura e a maioria dos pacientes evoluíram para alta do serviço.

Uma história clínica completa facilita o estabelecimento dos diagnósticos, os quais, quando realizados de acordo com o sistema de classificação NANDA, contribuem para a determinação dos resultados esperados e estes, por sua vez, com as estratégias de assistência adequada à situação. A avaliação da assistência, que deve ter como base os resultados esperados, contribuem para a identificação de outras necessidades que precisam ser sanadas e para que os profissionais possam se certificar de que o problema foi resolvido ou se ainda permanece. Para atingir uma assistência com qualidade, deve haver ainda, prioritariamente, um preparo da equipe no sentido de conhecer os factores que interferem no sangramento e suas consequências.

Referências bibliográficas

1. CASTRO, M. X. F. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos com queixas sugestivas de hemorragia digestiva alta no setor de emergência de hospital terciário de São Paulo**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Clínica Médica) - Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, 2014.
2. Consenso Brasileiro em Endoscopia Digestiva da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED). *Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva*, Vol.21, Nº 1 - Jan/Fev, 2002
3. FORGERINI, M. et al. Epidemiological profile of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding secondary to peptic disease in a tertiary referral Brazilian hospital. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 58, n. 2, p. 202-209, Set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202100000-36>. Acesso em: 21 jan. 2024.
4. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. Hemorragias Digestivas. Projeto Diretrizes, 2008.
5. Guideline Recommendations From the International Consensus Group. **Annals of internal medicine**, v. 171, n. 11, p.805-822, Jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M19-1795>. Acesso em: 31 out. 2021.
6. HARO, C. P.; FEY, A. Análise do perfil epidemiológico, tratamento e evolução dos pacientes com hemorragia digestiva alta atendidos no pronto socorro do Hospital Regional Alto Vale. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n. 3, p. 51-56, 2010. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/816.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.
7. LAKATOS, L. et al. Incidence, Predictive Factors, Clinical Characteristics and Outcome of Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding - A Prospective Population-based Study from Hungary. **Journal of gastrointestinal and liver diseases : JGLD**, v. 30, n.3, p.327-333, Set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15403/jgld-3495>. Acesso em: 28 jan. 2024.
8. PEREIRA, T.J.F. Hemorragia Digestiva Alta em Idosos e não Idosos. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia, Universidade Da Beira Interior, Portugal, 2012.
9. PINTO, C. et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidade intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). **Revista medica de Chile**, v. 148, n.3, p.288-294, Mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000300288>. Acesso em: 25 jan. 2024.

10. KHAMAYSI, I; GRALNEK, IM. Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB) - Initial evaluation and management. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 27 (2013) 633-638.
11. LU, Y et al. Multidisciplinary management strategies for acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *British Journal of Surgery*, 2014; 101: e34-e50.
12. HEARNshaw, SA et al. Use of endoscopy for management of acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: results of a nationwide audit. *Gut* 2010;59:1022e1029. doi:10.1136/gut.2008.174599
13. PRATA. MAA. Hemorragia Digestiva Alta Aguda. Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Portugal, 2011.
14. SKALTSAS, S; KANAKOPOULOS, D. Upper Gastrointestinal Bleeding from the Endoscopist's View. *Hellenic Journal of Surgery* 2010; 82: 1.
15. TAMMARO, L et al. Endoscopic findings in patients with upper gastrointestinal bleeding clinically classified into three risk groups prior to endoscopy. *World Journal of Gastroenterology*, 2008 August 28; 14(32): 5046-5050
16. ALEMA, ON; MARTIN, DO; OKELLO, TR. Endoscopic findings in upper gastrointestinal bleeding patients at Lacor hospital, northern Uganda. *African Health Sciences*, Vol 12, Issue 4, December, 2012
17. LOURENÇO, KGA; DE OLIVEIRA, RB. ABORDAGEM DO PACIENTE COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA. Simpósio: Urgências E Emergências Digestivas, Medicina, Ribeirão Preto, 36: 261-265, Abr./Dez. 2003
18. PALMER, K. Acute upper gastrointestinal bleeding. *GI Emergencies. Medicine* 39:2, 2010.
19. ARAUJO, CC; DA SILVA, ML. Caracterização de pacientes portadores de hemorragia digestiva e conduta inicial aplicada na emergência de um hospital público do agreste pernambucano. Trabalho de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade do Vale do Ipojuca, 2011.
20. COUTO, G; MACEDO, G; RIBEIRO, F. Hemorragia digestiva alta associada ao consumo de ácido acetilsalicílico e de anti-inflamatórios não-esteróides em Portugal. Resultados do estudo PARAINES. *Jornal Português de Gastroenterologia*, Vol 17, Setembro/Outubro 2010.

Anexos: (Credencial)

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F () M	Procedência: _____
Idade: _____	
Período de Internação: ____ dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
() Hematêmese	() Melena () Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
() DM () HAS () Hepatopatia () Outros: _____	
SINAIS VITAIS	
PA: _____ / FC: _____ / FR: _____ T°: _____	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada () Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
TRATAMENTO	
Clinico	_____

Endoscópico	_____

EVOLUÇÃO	
() ALTA	() ÓBITO



**Universidade Politécnica
A POLITÉCNICA**

INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO DE NACALA - ISPUNA

CREDECIAL

Serve a presente para credenciar a Estudante **Yara Jacinto Jorge** do **Curso de Licenciatura em Enfermagem**, com código n° 129295, do **Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala (ISPUNA)**, a apresentar-se no Hospital Central de Nampula, no Sector da Medicina, com objectivo de realizar colecta de dados no âmbito do seu Trabalho de Conclusão de Curso.

Nacala - Porto aos, 17 de Abril de 2024



Prof. Doutor Felismino Ernesto Tocoli

HUMANISMO, RIGOR E PROFISSIONALISMO

*Ao Departamento
de Medicina para
processar.*

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F () M	Procedência: <u>Mulherana</u>
Idade: <u>65A</u>	
Período de Internação: <u>4</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
<input checked="" type="checkbox"/> DM () HAS <input checked="" type="checkbox"/> Hepatopatia () Outros: _____	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>120/90 mmHg</u> / FC: <u>85 b/min</u> / FR: <u>17 c/min</u> / T°: <u>37,8°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Varizes do esôfago</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>Omeprazol, ácido bauxâmico, soro fisiológico</u> <u>vitamina K e complexo B e co-trimoxol</u></p>	
<p>Endoscópico</p>	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>muahivire</u>
Idade: <u>66A</u>	
Período de Internação: <u>5</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
() Hematêmese (X) Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
(X) DM () HAS () Hepatopatia () Outros: <u>ascite II</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>120/90mmHg</u> FC: <u>80b/min</u> / FR: <u>20cr/m</u> T°: <u>38°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada (X) Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>ulcera gastrica</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>Omeprazol, Acido tetracímico, vitemina K, complexo B, metronidazol e cothiaxona.</u>	
Endoscópico 	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F () M	Procedência: <u>Mulheranca</u>
Idade: <u>80A</u>	
Período de Internação: <u>7</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese	() Melena () Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
() DM (X) HAS (X) Hepatopatia () Outros: _____	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>133/85 mmHg</u> FC: <u>85 b/min</u> / FR: <u>13 Cr/min</u> T°: <u>35,5°</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Varizes de esofago</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>omeprazol, acido tranexamico, complexo B, meto</u> <u>nidazol, ceftriaxonos e L.B.</u>	
Endoscópico 	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA	() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>Naimu Tequeriva</u>
Idade: <u>79A</u>	
Período de Internação: <u>4</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
(X) Hematêmese	() Melena () Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
() DM	(X) HAS () Hepatopatia () Outros: _____
SINAIS VITAIS	
PA: <u>140/159 mmHg</u> FC: <u>90b/min</u> / FR: <u>20c/min</u> T°: <u>36°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada () Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>varizes de esôfago</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>omeprazol, ácido tranexâmico, complexo B, metro</u> <u>nidazol e ceftriaxona</u>	
Endoscópico 	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA	() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: () F (X) M

Procedência: Mucavivir

Idade: 45A

Período de Internação: 4 dia(s)

PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

(X) Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese

CO-MORBIDADES

(X) DM () HAS () Hepatopatia () Outros: Anemia Severa

SINAIS VITAIS

PA: 119/75 mmHg FC: 95/min FR: 22/min T°: 36,5°C

EXAMES DE IMAGEM

Endoscopia Digestiva Alta: (X) Realizada () Não Realizada

ACHADOS ENDOSCÓPICOS

Úlcera péptica, úlcera gástrica

TRATAMENTO

Clinico

Omeprazol, ácido fólico, Sulfato de Ferro e ácido fólico, Soro Fisiológico, Vitamina B, complexo vitamínico, ceftriaxona e lactato de ringel.

Endoscópico

Escleroterapia

EVOLUÇÃO

() ALTA

(X) ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: () F (X) M

Procedência: Natural epreliua

Idade: 38A

Período de Internação: 6 dia(s)

PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

(X) Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese

CO-MORBIDADES

() DM (X) HAS () Hepatopatia () Outros: _____

SINAIS VITAIS

PA: 138/110mmHg / FC: 92b/min / FR: 15c/min T°: 36°C

EXAMES DE IMAGEM

Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada () Não Realizada

ACHADOS ENDOSCÓPICOS

ulcerosa péptica (angiiodisplasia gastrópática hemorrágica, neoplasia gástrica).

TRATAMENTO

Clinico

omeprazol, ácido tranexâmico, sal ferroso, ácido felico, vitamina K, complexo B, metronidazol e esfenicaxona.

Endoscópico

EVOLUÇÃO

(X) ALTA

() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F () M	Procedência: <u>Univ. Federal de Uberlândia</u>
Idade: <u>55A</u>	
Período de Internação: <u>7</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
<input type="checkbox"/> DM	<input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Hepatopatia <input type="checkbox"/> Outros: _____
SINAIS VITAIS	
PA: <u>130/85 mmHg</u>	FC: <u>72 bpm</u> / FR: <u>20 / min</u> / T°: <u>36,2°</u>
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: <input type="checkbox"/> Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Varizes de esôfago</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>Omeprazol, ácido tranexâmico, soro fisiológico, vitamina K, complexo B e ceftriaxona.</u>	
Endoscópico _____ _____ _____	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F <input checked="" type="checkbox"/> M	Procedência: <u>Muc hi Vire</u>
Idade: <u>61A</u>	
Período de Internação: <u>4</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
() Hematêmese () Melena <input checked="" type="checkbox"/> Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
<input checked="" type="checkbox"/> DM () HAS () Hepatopatia () Outros: <u>Anemia</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>130/83 mmHg</u> / FC: <u>85 b/min</u> / FR: <u>16 c/min</u> / T°: <u>37,8°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Úlcera gástrica</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>Omeprazol, ácido tranexâmico, sal ferro e ácido felico, vitamina K, canproxa B, metonidazol, ceftriaxona e Toralato de Klinger.</u></p> <p>Endoscópico</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F () M	Procedência: <u>Namur Equiviva</u>
Idade: <u>63A</u>	
Período de Internação: <u>6</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
() DM <input checked="" type="checkbox"/> HAS () Hepatopatia () Outros: _____	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>130/90 mmHg</u> FC: <u>90b/min</u> FR: <u>18cr/min</u> T°: <u>36°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>varizes do esôfago</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>Omeprazol, vitamina K, Ranitidina, complexo B,</u> <u>metformidazol, ceftriaxona e lactato de Ringer</u>	
Endoscópico 	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>Muqui Viré</u>
Idade: <u>67A</u>	
Período de Internação: <u>5</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
(X) Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
() DM () HAS () Hepatopatia () Outros: <u>Anemia Severa</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>110/73 mmHg</u> FC: <u>99b/min</u> / FR: <u>17c/min</u> T°: <u>36.3°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: (X) Realizada () Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Úlcera péptica e esofagite</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>omeprazol, ácido fólico, sal ferroso e ácido</u> <u>ascórbico, S.7, vitamina K, complexo B e cálcio</u> <u>zona</u>	
Endoscópico <u>Esoleotomia</u>	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: F () M

Procedência: Naum Tequehua

Idade: 49A

Período de Internação: 6 dia(s)

PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

() Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese

CO-MORBIDADES

() DM () HAS () Hepatopatia () Outros: _____

SINAIS VITAIS

PA: 140/99mmHg / FC: 93b/min / FR: 20cr/min T°: 35,4°C

EXAMES DE IMAGEM

Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada () Não Realizada

ACHADOS ENDOSCÓPICOS

Varizes de esôfago

TRATAMENTO

Clinico

Omeprazol, ácido fólico, xamoxanico, Soro fisiológico, vitamina K, Panitidina, complexo B e calcitonina.

Endoscópico

EVOLUÇÃO

ALTA

() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: () F (X) M

Procedência: NCIMU-EEQUE

Idade: 75A

Período de Internação: 4 dia(s)

PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

(X) Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese

CO-MORBIDADES

() DM (X) HAS () Hepatopatia () Outros: _____

SINAIS VITAIS

PA: 142/100mmHg FC: 70b/min / FR: 17cr/min T°: 37,2°C

EXAMES DE IMAGEM

Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada (X) Não Realizada

ACHADOS ENDOSCÓPICOS

varizes de esofágica

TRATAMENTO

Clinico

omeprazol, ácido tranexâmico, vitamina K, complexo B, metronidazol, co-trimoxona e lactato de Ringer.

Endoscópico

EVOLUÇÃO

(X) ALTA

() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: () F (X) M

Procedência: Muamvite

Idade: 69A

Período de Internação: ___ dia(s)

PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

() Hematêmese (X) Melena () Melena + hematêmese

CO-MORBIDADES

(X) DM () HAS () Hepatopatia () Outros: Anemia severa

SINAIS VITAIS

PA: 129/90 mmHg FC: 70b/min / FR: 12v/min T°: 37,2°C

EXAMES DE IMAGEM

Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada (X) Não Realizada

ACHADOS ENDOSCÓPICOS

úlcera gástrica

TRATAMENTO

Clinico

omeprazol, ácido fólico, sal Ferro e ácido fólico, Soro fisiológico, vitamina B, complexo B, mabonidazol e cetirizina

Endoscópico

EVOLUÇÃO

(X) ALTA

() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F () M	Procedência: <u>Namuleque Uva</u>
Idade: <u>22A</u>	
Período de Internação: <u>3</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese	() Melena () Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
<input checked="" type="checkbox"/> DM	<input checked="" type="checkbox"/> HAS () Hepatopatia () Outros: _____
SINAIS VITAIS	
PA: <u>140/100mmHg</u> FC: <u>79b/min</u> FR: <u>19cr/min</u> T°: <u>38,2°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Varizes de esôfago</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>Omeprazol, ácido tranexâmico, soro fisiológico, vitamina K, complexo B, metronidazol e Cetriaxona.</u></p> <p>Endoscópico</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA	() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>Muachivire</u>
Idade: <u>76A</u>	
Período de Internação: <u>3</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
() Hematêmese (X) Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
(X) DM () HAS () Hepatopatia () Outros: <u>Anemia Severa</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>126/93mmHg</u> FC: <u>116b/min</u> FR: <u>20cpm</u> T°: <u>36.3c</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada (X) Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Úlcera gástrica</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>Omeprazol, ácido tranexâmico, sal ferro e ácido fólico, Sól. fisiológico, vitamina K, complexo B, metformina e colinaxona.</u></p> <p>Endoscópico</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F <input checked="" type="checkbox"/> M	Procedência: <u>NOVA LICEU</u>
Idade: <u>65A</u>	
Período de Internação: <u>7</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese	() Melena () Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
() DM <input checked="" type="checkbox"/> HAS () Hepatopatia () Outros: _____	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>155/120mmHg</u> FC: <u>86/min</u> FR: <u>20cr/min</u> T°: <u>37°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>ulcerosa péptica</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>omeprazol, ácido clorídrico, vitamina K, complexo B, meloxicam, cálcio citrato e lactato de Ringier.</u></p> <p>Endoscópico</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA	() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F () M	Procedência: <u>mãe wanka</u>
Idade: <u>32A</u>	
Período de Internação: <u>4</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
<input checked="" type="checkbox"/> DM <input checked="" type="checkbox"/> HAS () Hepatopatia () Outros: _____	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>165/99</u> mmHg / FC: <u>75</u> /min / FR: <u>12</u> /min T°: <u>37.3</u> °C	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>varizes do esôfago</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>omeprazol, ácido tranexâmico, vitamina K, comple-</u> <u>xos B, metforminalzol, co-trinoxona e lactato de</u> <u>flange.</u></p> <p>Endoscópico</p>	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F <input checked="" type="checkbox"/> M	Procedência: <u>Mulawangka</u>
Idade: <u>28A</u>	
Período de Internação: <u>7</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese	() Melena () Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
<input checked="" type="checkbox"/> DM <input checked="" type="checkbox"/> HAS	() Hepatopatia () Outros: _____
SINAIS VITAIS	
PA: <u>139/112 mmHg</u> FC: <u>106/min</u> / FR: <u>21/min</u> T°: <u>36°</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Varizes do estômago</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>omeprazol, ácido tranexâmico, Vitamina K, Comple-</u> <u>xo B, metronidazol, ceftriaxona.</u>	
Endoscópico 	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA	() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>Mulherine</u>
Idade: <u>65A</u>	
Período de Internação: <u>7</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
() Hematêmese () Melena (X) Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
() DM () HAS () Hepatopatia () Outros: <u>Ascite</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>131/85mmHg</u> FC: <u>96b/min</u> / FR: <u>19c/min</u> T°: <u>37.2</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada () Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Síndrome melby weiss</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>omeprazol, ácido fólico, vitamina K, complexo B, metformina e cathecolina.</u>	
Endoscópico <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: F () M

Procedência: mutawanha

Idade: 48A

Período de Internação: 5 dia(s)

PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese

CO-MORBIDADES

() DM HAS Hepatopatia () Outros: _____

SINAIS VITAIS

PA: 145/100mmHg FC: 100b/min FR: 12c/min T°: 38°C

EXAMES DE IMAGEM

Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada Não Realizada

ACHADOS ENDOSCÓPICOS

Varizes do esôfago

TRATAMENTO

Clinico

omeprazol, ácido fólico, vitamina B12, canfitaxo B, micobanidazol e ceftazoxima

Endoscópico

EVOLUÇÃO

ALTA

() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F () M	Procedência: <u>Mulawanka</u>
Idade: <u>25A</u>	
Período de Internação: <u>4</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
() DM <input checked="" type="checkbox"/> HAS () Hepatopatia () Outros: _____	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>129/94mmHg</u> FC: <u>110b/min</u> / FR: <u>20/min</u> T°: <u>38,1°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Varizes do esôfago</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>omeprazol, ácido tranexâmico, soro fisiológico, vitamina C, complexo B, metronidazol, cotrimoxol e lactato de bânfer.</u></p> <p>Endoscópico</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F <input checked="" type="checkbox"/> M	Procedência: <u>MUQUIÇABA</u>
Idade: <u>76-A</u>	
Período de Internação: <u>6</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
() DM () HAS () Hepatopatia () Outros: <u>Ascite</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>120/80 mmHg</u> FC: <u>80/min</u> FR: <u>14/min</u> T°: <u>35.5°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>ESÔFAGO</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>omeprazol, ácido tetracíclico, vitamina B12, complexo B, metformina e ceftriaxona.</u>	
Endoscópico 	
EVOLUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>Namur-Tequelixa</u>
Idade: <u>69A</u>	
Período de Internação: <u>5</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
(X) Hematêmese () Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
() DM (X) HAS () Hepatopatia () Outros: _____	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>139/86</u> mmHg FC: <u>100</u> /min FR: <u>12</u> /min T°: <u>37,8</u> °C	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada (X) Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Varizes do esôfago</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>omeprazol, ácido tranexâmico, vitamina K, comple</u> <u>xo B, metronidazol e cotinaxona.</u>	
Endoscópico 	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>puahivie</u>
Idade: <u>40A</u>	
Período de Internação: <u>6</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
() Hematêmese (X) Melena () Melena + hematêmese	
CO-MORBIDADES	
() DM () HAS () Hepatopatia () Outros: <u>Anemia grave</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>98/70 mmHg</u> / FC: <u>75/min</u> / FR: <u>15/min</u> T°: <u>38°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada (X) Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>úlcera gástrica</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>omeprazol, ácido bariocármico, sal ferro e ácido fólico</u> <u>sal fisiológico, vitamina K, complexo B, metem</u> <u>folaz e cotinaxona.</u></p> <p>Endoscópico</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA () ÓBITO	

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: () F M

Procedência: Mua hiviã

Idade: 60A

Período de Internação: 4 dia(s)

PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

() Hematêmese () Melena Melena + hematêmese

CO-MORBIDADES

() DM () HAS Hepatopatia () Outros: _____

SINAIS VITAIS

PA: 119/80mmHg FC: 70/min FR: 18/min T°: 35,2°C

EXAMES DE IMAGEM

Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada () Não Realizada

ACHADOS ENDOSCÓPICOS

Úlcera péptica e síndrome de Mallory Weiss

TRATAMENTO

Clinico

omeprazol, ácido bauxêmico, soro fisiológico, com prolo B, vitamina K, metoclopridol, e cotin
axona

Endoscópico

Escleroterapia

EVOLUÇÃO

ALTA

() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>muahivire</u>
Idade: <u>85A</u>	
Período de Internação: <u>4</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
(X) Hematêmese	() Melena () Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
() DM () HAS () Hepatopatia () Outros: <u>Anemia grave</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>120/83</u> mmHg / FC: <u>80</u> bpm / FR: <u>19</u> / min T°: <u>36.4</u> °C	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada (X) Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>úlcera péptica, angio displasia, gastropatia hemorrágica neoplásia gástrica]</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>omeprazol, ácido tranexâmico, Soro Fisiológico, vitamina K, complexo B, metronidazol, ranitidina, Sal Ferroso e ácido fólico, ceftriaxona e U.R.</u></p> <p>Endoscópico</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA	() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>Muchivire</u>
Idade: <u>40A</u>	
Período de Internação: <u>4</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
() Hematêmese	() Melena (X) Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
() DM (X) HAS () Hepatopatia () Outros: <u>Anemia Severa</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>139/98 mmHg</u> FC: <u>86/min</u> / FR: <u>18/min</u> T°: <u>37,8°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: () Realizada (X) Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>Úlcera gástrica</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>omeprazol, ácido tranexâmico, cal ferroso e ácido folico, ranitidina, Vitamina K, complexo B, metronidazol, ceftriaxona e lactato de Ringer.</u></p> <p>Endoscópico</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA	() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>Mucilvíre</u>
Idade: <u>70A</u>	
Período de Internação: <u>6</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
() Hematêmese	() Melena (X) Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
() DM () HAS (X) Hepatopatia () Outros: _____	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>110/70 mmHg</u> FC: <u>88 b/min</u> FR: <u>19 a/min</u> T: <u>36,5°C</u>	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: (X) Realizada () Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>ulcera gástrica, síndrome de Mallory Weiss</u>	
TRATAMENTO	
Clinico <u>omeprazol, ácido taloxâmico, sal ferroso e ácido fólico, vitamina B, complexo B, soro fisiológico metronidazol e ceftriaxona</u>	
Endoscópico <u>Escleroterapia</u>	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA	() ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: () F (X) M

Procedência: Mua Miri

Idade: 73A

Período de Internação: 4 dia(s)

PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

() Hematêmese () Melena (X) Melena + hematêmese

CO-MORBIDADES

() DM () HAS (X) Hepatopatia () Outros: _____

SINAIS VITAIS

PA: 120/80mmHg / FC: 106b/min / FR: 20cc/min T°: 37°C

EXAMES DE IMAGEM

Endoscopia Digestiva Alta: (X) Realizada () Não Realizada

ACHADOS ENDOSCÓPICOS

Úlcera péptica e esofagite

TRATAMENTO

Clinico

omeprazol, soro fisiológico, vitamina K, ranitidina, complexo B, metformina, co-trimoxol e lactato de níquel

Endoscópico

ligadura elástica

EVOLUÇÃO

() ALTA

(X) ÓBITO

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: () F (X) M	Procedência: <u>Muamviúe</u>
Idade: <u>85</u>	
Período de Internação: <u>5</u> dia(s)	
PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	
(X) Hematêmese	() Melena () Melena + hematêmese
CO-MORBIDADES	
() DM () HAS (X) Hepatopatia	() Outros: _____
SINAIS VITAIS	
PA: <u>130/90 mmHg</u> / FC: <u>100</u> /min / FR: <u>18</u> /min T°: <u>36,5</u> °C	
EXAMES DE IMAGEM	
Endoscopia Digestiva Alta: (X) Realizada () Não Realizada	
ACHADOS ENDOSCÓPICOS	
<u>úlcera péptica e esofagite</u>	
TRATAMENTO	
<p>Clinico <u>omeprazol, ácido tranexâmico, sal ferroso e ácido fólico, Panitidina, vitamina K, complexo B, metionidazol, ceftriaxona e lactato de Ringer.</u></p> <p>Endoscópico <u>Esoteroterapia</u></p>	
EVOLUÇÃO	
(X) ALTA	(X) ÓBITO