

343

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

HEMORRAGIA DIGESTIVA NA CRIANÇA

Adriana Maria Ribeiro Alves

Douglas Harder

Florianópolis, janeiro de 1990.

Agradecimentos

**Ao Dr. Luiz Alberto Gastaldi,
aos residentes Sérgio e Júlio do
HIJG e ao João do serviço de arqui-
vo médico do HIJG sem os quais não
seria possível a realização deste
trabalho.**

ÍNDICE

	página
RESUMO.....	1
SUMMARY.....	2
I - INTRODUÇÃO.....	3
II - MATERIAL E MÉTODO.....	6
III - RESULTADOS.....	7
IV - DISCUSSÃO.....	21
V - CONCLUSÕES.....	27
ANEXOS.....	29
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	37

RESUMO

Os autores em estudo analítico e descritivo, abordam diferentes aspectos da hemorragia digestiva na criança, ocorridas no hospital Infantil Joana de Gusmão no período compreendido entre 1980 - 1989.

Os resultados descrevem o perfil do paciente em seus aspectos principais e sugere uma conduta rotina para ordenar o atendimento dos pacientes com hemorragia digestiva.

SUMMARY

The authors in a descriptive and analytical study, have focused different aspects of the case of gastro intestinal hemorrhage in children that occurred in Child Hospital Joana de Gusmão during ten years period (1980 - 1989).

The results describe the patient outline in their most important aspects and suggest a routine conduct to order the attendance of gastro intestinal hemorrhage patients.

I - INTRODUÇÃO

As hemorragias digestivas representam um síndrome clínico que engloba uma gama variada de entidades patológicas e que tem em seu substrato fisiopatológico : (1) uma lesão de mucosa (ulceração péptica, stress, trauma) ou, (2) uma lesão vascular (varizes de esôfago, vaso sangrante em fundo de ulceração, hemangioma, ulceração de pédiculo de pólipó tracionado).

Dependendo de sua localização no trato digestivo podem apresentar semiologia característica : Hematêmese e/ ou melena - Hemorragia digestiva alta (acima do ângulo de Treitz), melena e/ ou Hematoquesia - Hemorragia digestiva média - ângulo de treitz a ângulo esplênico do cólon), enterorragia - hemorragia digestiva baixa (ângulo esplênico do cólon do ânus).

É importante salientar, que em todo sangramento na criança, os pais habitualmente se assustam e temem por uma doença maligna ou até mesmo a morte. (1,2) Porém, na maioria

dos casos de hemorragia digestiva, os sangramentos são facilmente controlados e até param espontaneamente. (1)

A sintomatologia dos sangramentos digestivos deve ser avaliada sob diversos aspectos (PA em pé e deitado, pulso, enchimento capilar sudorese, cor da pele e mucosas, etc) para se estabelecer se há ou não um comprometimento da estabilidade circulatória.

Após a localização do sangramento (através da clínica apresentada pela criança) e a estabilização do paciente, a preocupação com o diagnóstico etiológico e a instituição de um tratamento adequado são importantes visando a não recorrência da hemorragia. Para isso, São necessários : em primeiro lugar o conhecimento da relação etiologia / grupo etário / manifestação clínica do sangramento , em segundo lugar uma ordenação da conduta (É sangue ? É digestivo ? Qual é o volume das perdas ? Qual é a etiologia do processo ?) e finalmente, um plano de investigação pré-estabelecido.

Conscientes destes aspectos os autores se propuseram a estudar o comportamento das hemorragias digestivas no HIJG.

Numa 1ª etapa, conhecer a casuística da hemorragia digestiva do HIJG em seus aspectos globais nesses 10 anos de funcionamento do mesmo : Nº de pacientes, faixa etária, etiologia, manifestações clínicas, gravidade, tratamento, evolução, causas de óbito, plano de investigação, prioridades no atendimento e ordenação dos exames considerando o enfoque pediátrico.

Numa 2ª etapa, tendo em mãos todos estes dados e

após a revisão da literatura sobre hemorragias digestivas na criança, estabelecer um protocolo-rotina (anexo 2) que ordenará o atendimento das hemorragias digestivas posteriormente.

II - MATERIAL E MÉTODO

Em estudo descritivo e analítico, foram avaliados e submetidos a um prontuário de estudo (anexo I) os prontuários do HIJG de pacientes com diagnóstico de hemorragia digestiva.

De cada prontuário foram analisados os seguintes dados : identificação do paciente, condições ambientais, história clínica, exame físico, diagnóstico inicial, conduta terapêutica, plano de investigação terapêutica definitiva, evolução, diagnóstico final e destino final do paciente.

Do total de 154 prontuários, foram descartados 43 (28,0 %), por apresentarem informações incorretas ou incompletas.

Os dados obtidos desses prontuários, além de traduzirem a realidade atual do atendimento das hemorragias digestivas, traçarão a orientação para uma conduta normatizada posterior.

III - RESULTADOS

O N^o de casos de hemorragia digestiva na criança, por faixa etária, ocorridos no HIJG durante o período estudado são mostrados na tabela 1.

TABELA 1 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva, por faixa etária HIJG, 1980 - 1989.

FAIXA ETÁRIA	N ^o DE CASOS	%
Menores de 28 dias	7	6.4
28 dias a 2 anos	51	45.9
2 a 7 anos	32	28.8
7 a 12 anos	21	18.9
TOTAL	111	100.0

Fonte : HIJG.

O Sexo dos indivíduos que apresentaram hemorragia digestiva no período estudado, é mostrado na tabela 2.

TABELA 2 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva, conforme o sexo. HIJG, 1980 - 1989.

SEXO	Nº DE CASOS	%
Masculino	78	70.3
feminino	33	29.7
TOTAL	111	100.0

Fonte : HIJG.

Dos 111 prontuários estudados, 99.1 % dos pacientes eram da raça branca e 0.9 % raça negra.

Um total de 58.5% dos pacientes eram procedentes da grande Florianópolis e 41.5 % de outros locais.

O modo de apresentação da hemorragia digestiva, avaliado através da queixa principal do paciente é mostrado na tabela 3.

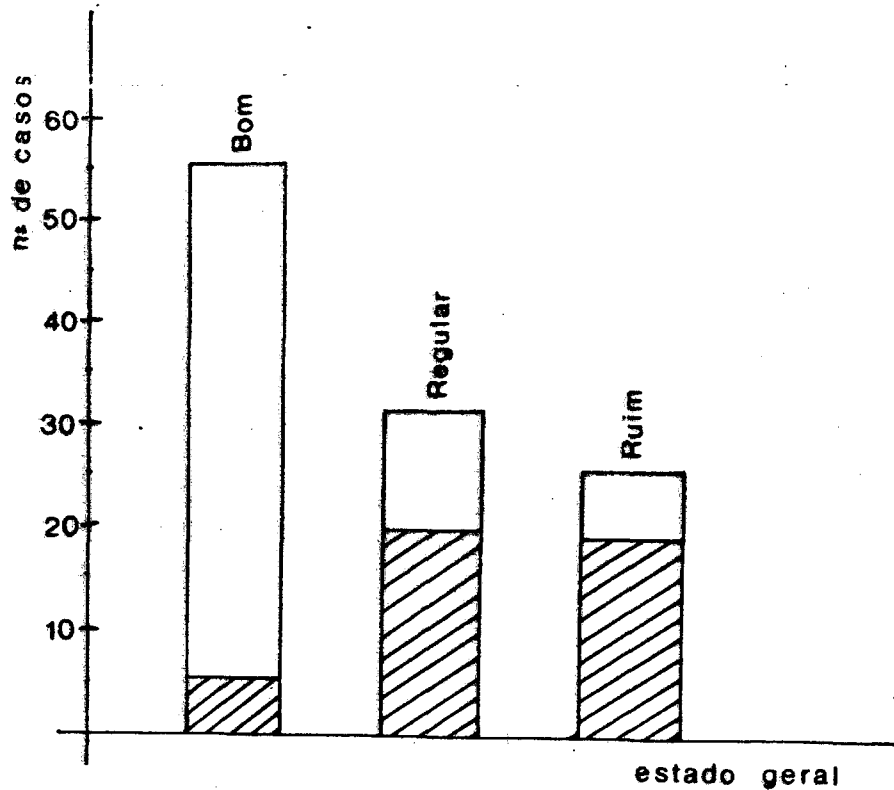
TABELA 3 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva, segundo a queixa principal. HIJG, 1980 - 1989.

QUEIXA PRINCIPAL	Nº DE CASOS	%
Hematênese	46	41.5
Hematênese + melena	14	12.6
Hematênese + enterorragia	2	1.8
Enterorragia	26	23.4
Dor abdominal	1	0.9
TOTAL	111	100.0

Fonte : HIJG.

Uma relação entre o estado geral do paciente e as condições circulatórias do mesmo, é representada graficamente a seguir.

GRÁFICO 1 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva, segundo o estado geral e as condições circulatórias. HIJG, 1980 - 1989.



Fonte: HIJG.

Legenda:

□ Condições circulatórias estáveis

▨ Condições circulatórias instáveis

Para se verificar se a história e o exame físico são bons elementos para se determinar o diagnóstico foi verificado se houve evidência de localização da hemorragia e definição do diagnóstico específico através das mesmas, e mostrados, respectivamente nas tabelas 4 e 5.

TABELA 4 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva, de acordo com a evidência de localização da hemorragia pela história e exame físico. HIJG, 1980 - 1989.

LOCALIZAÇÃO DA HEMORRAGIA	Nº DE CASOS	%
Sim	96	86.4
Não	15	13.6
TOTAL	111	100.0

Fonte : HIJG.

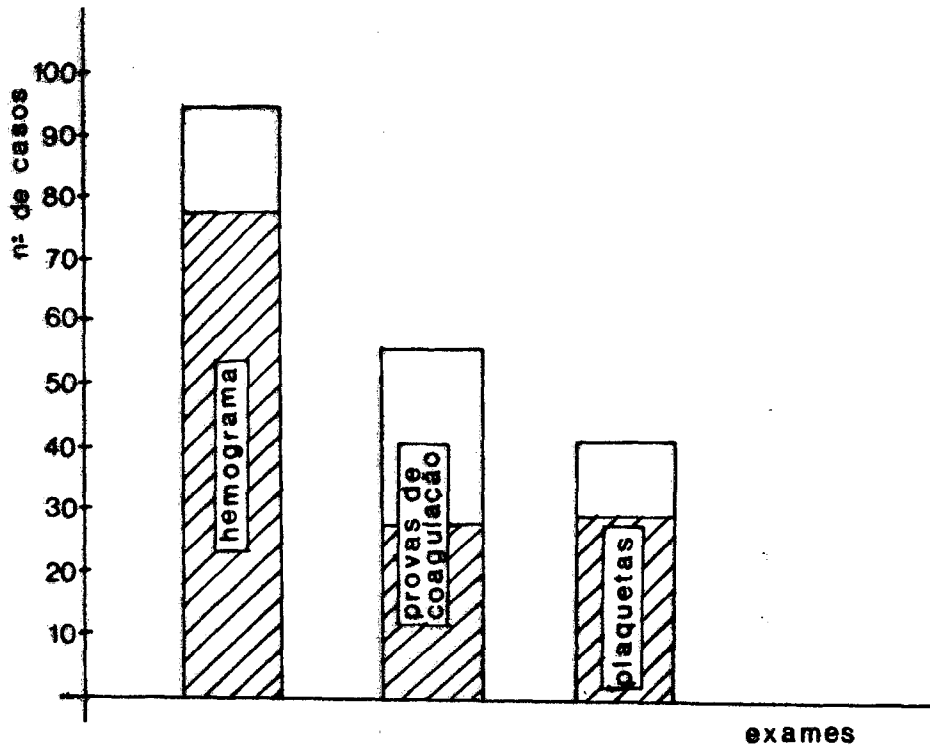
TABELA 5 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva, de acordo com a determinação do diagnóstico específico etiológico pela história e exame físico. HIJG, 1980 - 1989.

DIAGNÓSTICO	Nº DE CASOS	%
Sim	44	39.7
Não	67	60.3
TOTAL	111	100.0

Fonte : HIJG.

Os gráficos 2 e 3, a seguir mostram o plano de investigação utilizado para os casos de hemorragia digestiva, analisando respectivamente, os exames gerais e os exames específicos pedidos.

GRAFICO 2 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva, de acordo com exames gerais pedidos. HIJG, 1980 - 1989.

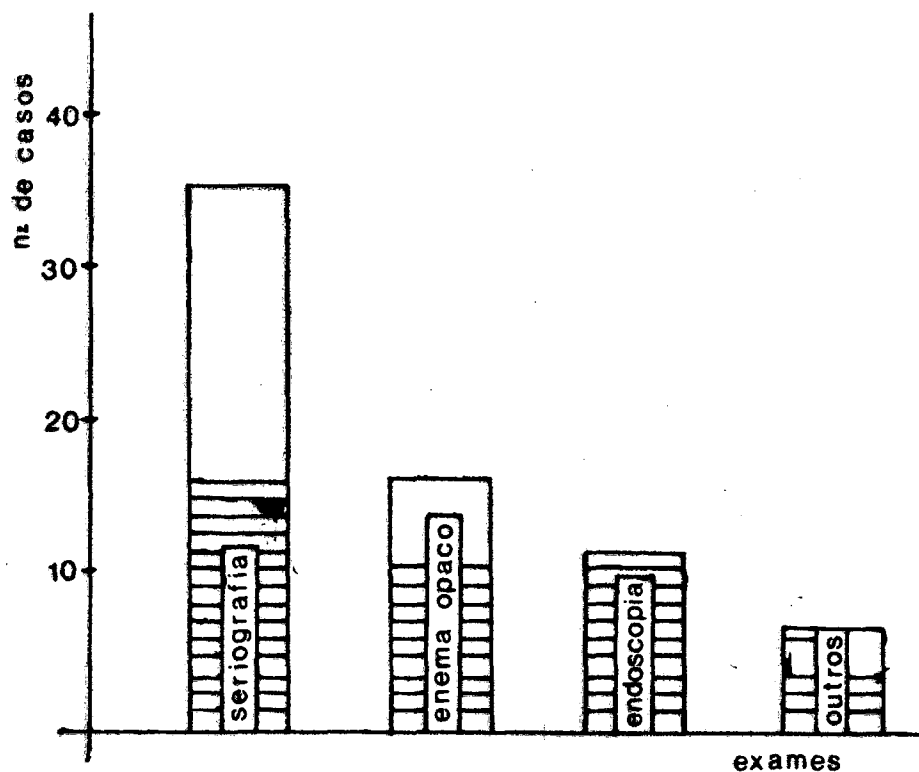


Fonte: HIJG.

Legenda:



- Normal
- ▨ Alterado

GRAFICO 3 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva de acordo com os exames específicos pedidos. HIJG, 1980 - 1989.



Fonte: HIJG.

Legenda:

-  Normal
-  Alterado

Através dos exames específicos pedidos (serigrafia, endoscopia, enema opaco e outros), em Nº de 70, houve definição de diagnóstico em 45.7 % dos exames. Estes diagnósticos estão relacionados na tabela 6.

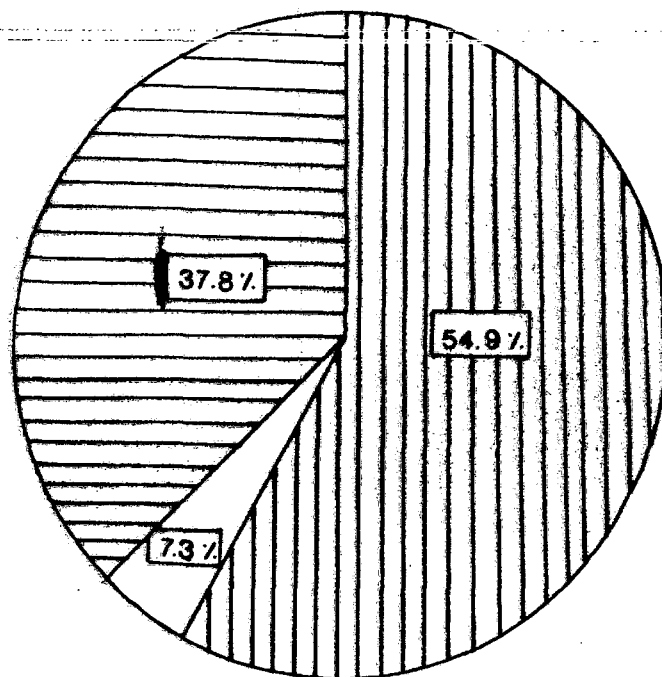
TABELA 6 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva de acordo com o diagnóstico definido pelos exames específicos. HIJG, 1980 - 1989.

DIAGNÓSTICO	No. DE CASOS	%
Varizes de esôfago	7	21.9
Úlcera duodenal	5	15.6
Refluxo/gastro esofágico (esofagite)	9	28.2
Hiperplasia linfóide	5	15.6
Duodenite	2	6.3
Ascaridíase	1	3.1
Obstrução do piloro	1	3.1
Enterocolite necrotizante	1	3.1
Hemorragia digestiva alta	1	3.1
TOTAL	32	100.0

Fonte : HIJG.




As condutas terapêuticas adotadas frente a um caso de hemorragia digestiva são mostradas graficamente a seguir.

GRÁFICO 4 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva de acordo com a conduta terapêutica adotada. HIJG, 1980 - 1989.



Fonte: HIJG.

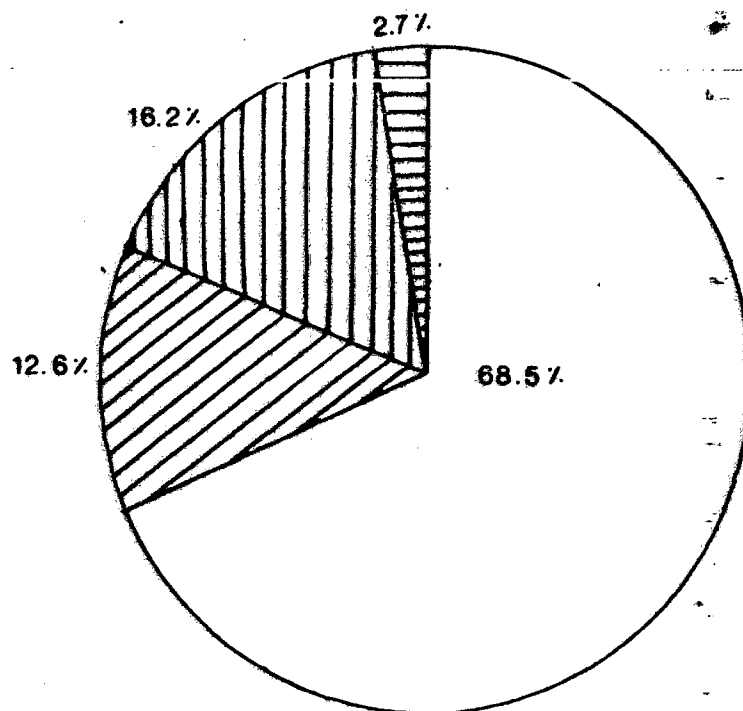
Legenda:

-  Conduta clínica
-  Conduta expectante
-  Conduta cirúrgica

Dentro da conduta terapêutica adotada, 39,7 % dos pacientes necessitaram fazer reposição de volume e 60,3 % não necessitaram.





A evolução dos pacientes com hemorragia digestiva é mostrada graficamente a seguir.

GRÁFICO 5 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva, de acordo com a evolução do paciente. HIJG, 1980 - 1989.



Fonte: HIJG.

Legenda:

-  Cura
-  Recorrência
-  Óbito
-  Alta à pedido

Como vimos no gráfico anterior, 12.6% dos pacientes apresentaram recorrência da hemorragia digestiva. As causas de recorrência estão relacionados na tabela 7.

TABELA 7 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva, de acordo com a causa de recorrência da hemorragia. HIJG, 1980 - 1989.

CAUSA DE RECORRENCIA	Nº DE CASOS	%
Varizes de esôfago	5	35.7
Hematênese + melena de repetição	2	14.3
Enterorragia de repetição	3	21.5
Esofagite	2	14.3
Úlcera péptica	1	7.1
Mucosa gástrica ectópica	1	7.1
TOTAL	14	100.0

Fonte : HIJG.

Dos 111 casos de hemorragia, 41.5% ficaram sem diagnóstico, em 31.5% dos casos o diagnóstico foi apenas presuntivo, ou seja, não foi comprovado por exames, e, 27.0% dos casos tiveram diagnóstico definitivo.

As tabelas 8 e 9, a seguir, mostram respectivamente, a relação dos diagnósticos definitivos e presuntivos.

TABELA 8 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva,
com diagnóstico definitivo. HIJG, 1980 - 1989.

DIAGNÓSTICO	Nº DE CASOS	%
Varizes de esôfago	10	33.4
Úlcera duodenal	5	16.7
Esofagite	5	16.7
Incompatibilidade Rh	3	10.0
Crise aplástica	2	6.7
Leucose aguda	1	3.3
Anemia de Franconi	1	3.3
Hemorróida	1	3.3
Hepatite fulminante	1	3.3
Fissura no seio materno	1	3.3
TOTAL	30	100.0

Fonte : HIJG.

TABELA 9 : Distribuição dos casos de hemorragia digestiva com diagnóstico presuntivo. HIJG, 1980 - 1989.

DIAGNÓSTICO	Nº DE CASOS	%
Úlcera de estrees	16	45.7
Hemorragia por drogas	6	17.1
Síndrome hemorrágico do Rn	3	8.6
Verminose (giardíase)	2	5.8
Hiperplasia linfóide	2	5.8
Duodenite	2	5.8
Fissura anal	1	2.8
Aplasia medular	1	2.8
Enterocolite necrotizante	1	2.8
Intoxicação por organofosfarado	1	2.8
TOTAL	35	100.0

Fonte : HIJG.

Ocorreram óbito em todas as faixas etárias consideradas, como mostramos a seguir, na tabela 10.

TABELA 10 : Distribuição dos casos de óbito por hemorragia digestiva, por faixa etária. HIJG, 1980 - 1989.

FAIXA ETÁRIA	Nº DE CASOS	%
0 a 28 dias	4	22.2
28 dias a 2 anos	6	33.3
2 a 7 anos	6	33.3
7 a 12 anos	2	11.2
TOTAL	18	100.0

Fonte : HIJG.

Dos 18 óbitos por hemorragia digestiva 88.8% dos pacientes apresentavam condições circulatórias instáveis, sendo que 79.9% foram para a UTI.

Foi observado que em 16 (88.8%) dos óbitos o paciente apresentava uma doença base que era condição predisponente para sangramento generalizado e apenas em 2 casos (11.2%) a doença era do tubo digestivo (varizes de esôfago).

O tratamento instituído nos pacientes que foram a óbito foi basicamente : tratamento da doença base, recuperação da crise sanguínea e reposição de volume.

IV - DISCUSSÃO

Na nossa casuística ocorreram casos de hemorragia digestiva em todas as idades estudadas, havendo uma predominância nos primeiros 2 anos de vida (52.3%) WINGER (9) na sua casuística, encontrou um número maior de casos acima de 6 anos de idade (47.4%).

Chama-nos a atenção, o fato do sexo masculino representar 70.3% dos casos, dado que não foi descrito por nenhum autor.

Conforme a localização do sangramento no tubo digestivo, as hemorragias vão apresentar semiologia característica : HDA - hematêmese e/ou melena; HDB - Hematoquesia e/ou enterorragia (1,6,7,9). Analizando o modo de apresentação da hemorragia dos casos estudados, observamos que predomina a hemorragia digestiva alta (54.1%).

Nos casos de hematêmese e/ ou melena é importante a introdução de sonda nasogástrica e aspiração do conteúdo

gástrico. Quando a aspiração é positiva para sangue significa sangramento digestivo alto, quando é negativa significa sangramento digestivo baixo ou sangramento da porção do duodeno acima do ângulo de treitz (neste caso não há sangue no estômago) (10). Além de ser um método que ajuda no diagnóstico, a sonda nasogástrica tem outras funções : monitorização do sangramento, veiculação de medicação, tratamento (lavagem com soro gelado) e preparação do tubo digestivo alto para o exame endoscópico.

Apesar do sangramento digestivo assustar tanto a criança quanto os pais (3 - 10), as hemorragias maciças não são frequentes na criança (7,9). Observamos que 49.5% das crianças estudadas chegaram no hospital com bom estado geral e, em 39.7% havia comprometimento da condição circulatória.

O diagnóstico do paciente com hemorragia digestiva envolve 3 passos separados : primeiro, determinar se o paciente tem ou não sangramento de fato, segundo, distinguir se o sangramento é baixo ou alto (proximal ou distal ao ângulo de treitz); terceiro, determinar qual é a causa do sangramento. Uma história detalhada e um exame físico completo são partes integrantes do diagnóstico (5). Podemos observar, em nossa casuística que, em 86.4% dos casos houve evidência de localização da hemorragia pela história e exame físico, e, em 39.7% dos casos chegou-se ao diagnóstico específico etiológico.

Ao se atender um caso de hemorragia digestiva, a conduta inicial dependerá das condições gerais do paciente, isto é, da gravidade do quadro. Se o estado geral é bom, a consulta segue a rotina clássica, com anamnese, exame físico e

e solicitação de exames complementares. Se o caso é de emergência, com repercussão do sangramento nos sinais vitais, a internação hospitalar é obrigatória e requer imediata conduta diagnóstica e terapêutica (8).

Os exames complementares podem ser divididos em 2 grupos : os gerais e os específicos. Os exames gerais são úteis na avaliação clínica do paciente, principalmente quanto a severidade do sangramento e sua repercussão. Os exames específicos são os que procuram determinar a sua etiologia (8).

O hemograma é o método laboratorial mais simples para se avaliar a perda sanguínea (lembrar que, a queda do hematócrito necessita de 24 a 48 horas para ocorrer (9)).

Dos pacientes estudados, 48.7% realizaram hemograma, dos quais em 81.9% o mesmo estava alterado. Foram analisados também os seguintes exames : próvas de coagulação (em 49.5% dos pacientes) a contagem de plaquetas (em 36.0% dos pacientes), dos quais, 49.1% e 77.7% estavam alterados respectivamente.

O procedimento diagnóstico atual, quanto à etiologia do sangramento é muito mais vigoroso e objetivo. Há vantagens em se definir a causa da hemorragia, para que precocemente se institua o +to adequado. A avaliação diagnóstica não cirúrgica inclui a endoscopia, a seriografia, o enema opaco. Outros exames podem ser utilizados se necessários (cintilografia ou arteriografia são usados para o diagnóstico de sangramentos inaccessíveis aos outros métodos, geralmente estes sangramentos são do intestino médio (5,8)).

A seriografia não é tão útil no sangramento em

atividade na criança. Quando é utilizada primariamente para diagnóstico de sangramento ela não define o local do mesmo em + de 24% dos exames realizados (4,8,9).

A endoscopia é + confiável que a radiografia para identificar a lesão sangrante (4,8,9).

Em + de 90% das endoscopias realizadas pode-se estabelecer o local do sangramento comparado com menos de 50% dos exames radiológicos (5,8,9).

Ao analisarmos os nossos resultados observamos que 50% dos pacientes submetidos à seriografia 54.3% apresentaram alteração, em todos os pacientes que realizaram endoscopia localizou-se sangramento. Dos pacientes que realizaram enema opaco 35.3% apresentaram alteração. Isto mostra que todas as endoscopias mostraram o sangramento e 48.1% dos exames radiológicos sugeriram o local sangrante.

Apesar da endoscopia ser um exame c/ excelentes resultados na investigação da hemorragia digestiva é um procedimento invasivo. Não se justifica sua utilização em todos os pacientes visto que, a maior parte dos sangramentos param espontaneamente e não necessitam de um diagnóstico específico (8).

No HIJG , o exame endoscópico é reservado para os casos de sangramentos severos, recorrentes, rebeldes ao tratamento.

Em relação a causa da hemorragia definida pelos exames específicos, obtivemos resultados um pouco diferentes dos óbitos por WINGER (9). Encontramos como 1ª causa a esofagite, seguida por varizes de esôfago, úlcera duodenal, hiperplasia

linfóide e duodenite. Já o autor teve como primeiras causas a esofagite e duodenite, seguidas por úlcera gástrica, varizes de esôfago e gastrite.

Em 85% dos casos de hemorragia o manejo é clínico e 15 a 20% necessitam de intervenção cirúrgica. (8).

Em nossa casuística, 37.8% dos pacientes tiveram uma conduta expectante, ou seja, não foram submetidos a nenhuma terapêutica específica para a hemorragia digestiva. Em 54.9% dos pacientes a conduta foi clínica e em 73% foi cirúrgica.

Com relação à evolução dos pacientes com hemorragia digestiva a mortalidade é por volta de 10% nas últimas 3 décadas (8). Encontramos uma mortalidade de 16.2%, 68.5% dos casos evoluíram para cura, em 12.6% houve recorrência da hemorragia e 2.7% dos pacientes tiveram alta a pedido ou transferência.

Em nossa casuística, 41.5% dos casos de hemorragia digestiva, ficaram sem diagnóstico específico. Isto ocorreu, porque na maior parte destes casos o sangramento não se repetiu no hospital, a criança apresentava bom estado geral e a conduta foi apenas expectante.

O sangramento gastro-intestinal no Rn tem uma mortalidade muito mais alta que em outras épocas da infância (10). Encontramos uma mortalidade de 22.2% nesta faixa etária; dos óbitos 55.5% estavam na faixa dos primeiros dois anos de vida.

Encontramos uma mortalidade mais alta do que a citada pela bibliografia, porém, em 88.8% dos casos de óbito a causa mortis não foi a hemorragia digestiva, mas sim uma doença base que era condição predisponente para sangramento

generalizado. Em apenas 11.2% dos óbitos a causa, do sangramento
foi uma patologia do tubo digestivo (varizes de esôfago).

V - CONCLUSÕES

1. Pela dificuldade que encontramos em coletar os dados dos prontuários, concluímos que há necessidade de ordenação no preenchimento dos mesmos, visto que, 28.0% dos prontuários estudados não puderam ser incluídos na casuística por apresentarem informações incorretas ou incompletas.

2. A hemorragia digestiva foi mais frequente e mais grave nos primeiros 2 anos de vida.

3. Apesar do sangramento digestivo ser uma condição que assusta, pudemos observar que os sangramentos foram, na maioria das vezes, facilmente controlados e alguns até pararam espontaneamente uma vez cessado o agente agressor. Por isso, não há necessidade absoluta de se fazer o diagnóstico para se instituir um tratamento eficaz.

4. A endoscopia, embora seja um exame bastante confiável para se determinar o diagnóstico, não é um procedimento que deva ser utilizado em todos os casos, uma vez

que é um exame invasivo de alto custo, que requer anestesia geral na maior parte dos casos. O exame endoscópico deve ser reservado para os casos de sangramentos severos, rebeldes ao tratamento, recorrentes ou que desestabilizem o paciente.

5. A maioria dos óbitos foram devidos a uma doença de base de gravidade média para severa e que, por alterar a crase sanguínea, era condição predisponente para sangramentos generalizados.

6. Hemorragia grave, sem uma doença primária que predisponha ao sangramento, ocorreu apenas em 2 casos de varizes de esôfago.

7. Por se tratar de um síndrome clínico que na maioria das vezes é facilmente controlado, concluímos que existe uma necessidade de ordenamento da rotina de atendimento das hemorragias digestivas. A abordagem destes pacientes requer uma anamnese e exame físico detalhados e uma investigação clínica racional. Estamos sugerindo esta rotina em anexo para manuseio das hemorragias digestivas em nosso hospital. (anexo II).

ANEXO I

I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

PRONTUÁRIO: _____

Nome: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Raça: Branca () Parda () Negra ()

Idade: _____ Data da internação: _____

Data do nascimento: _____

Procedência: _____

Bairro: _____

Internações anteriores: _____ Quanto tempo: _____

Onde ficou internado: _____

Unidade de internação (em ordem de ingresso) _____

II. CONDIÇÕES AMBIENTAIS:

Ambiente saudável () Hostil () Stress ()

1. Condições da Moradia:

Tipo de construção: Alvenaria () Madeira () Mista ()

Instalações sanitárias - BWC () Fossa Sanitária ()

Número de pessoas residentes _____ Número de cômodos _____

2. Ambiente Familiar:

Família estruturada () sim () não

Separação () Mãe solteira () Delinquência ()

Desemprego () Brigas familiares () Maus tratos ()

3. Condições Sócio-Econômicas e Culturais

Renda Familiar: _____ Mes/Ano: _____

Nível de Escolaridade - maior da família ou dos residentes

---- grau

Ocupação do pai (profissão): _____

Ocupação da mãe (profissão): _____

III. HISTÓRIA CLÍNICA

1. Motivo da internação: _____

2. H.D.A. (Resumo):

IV. DIAGNÓSTICO INICIAL _____ Sim () Não ()

Descrição: _____

V. CONDOTA TERAPEUTICA

Imediata: _____

Controles: _____

VI. PLANO DE INVESTIGAÇÃO

Exame radiológicos e resultados positivos: _____

Exames laboratoriais: _____

Outros resultados positivos: _____

VII. TERAPEUTICA DEFINITIVA:

Clínica ()

Especificação: _____

Cirúrgica ()

Especificação: _____

3. H.M.P. (Resumo):

VIII. EXAME FÍSICO

1. Condições do paciente ao internar:

Estado Geral: Bom () Regular () Mal ()

2. Condições Circulatórias do paciente:

Estável () Instável () Choque ()

3. Pontos a avaliar:

Cor da pele 1-(+/4), 2(++/4), 3(+++/4), 4-(++++/4)

Extremidades Quentes () Frias ()

Enchimento Capilar Rápido () Lento ()

Sudorese Presente () Ausente ()

Pulsos Cheios () Finos ()

Frequência cardíaca Taqui () Normal () Bradi ()

valor _____

Pressão arterial Hipo () Normal ()

valor _____ x _____

Estado de Consciência Alterado () Normal ()

4. Dados de Sangramento

Classificação clínica: Alta () Baixa () Média ()

Sinais externos de perda:

Melena () Hematêmese () Enterorragia () Hematoquesia ()

5. Sinais Relativos à Doença Base

Indícios de doença ulcerosa (lesão da mucosa) sim () não ()

Descrição:

Indícios de doença hepática (varizes) Sim () Não ()

Descrição:

Outros (que indique diagnóstico específicos) sim () não ()

Descrição:

IX. EVOLUÇÃO:

X. DIAGNÓSTICO FINAL

XI. DESTINO FINAL

ALTA ()

ÓBITO ()

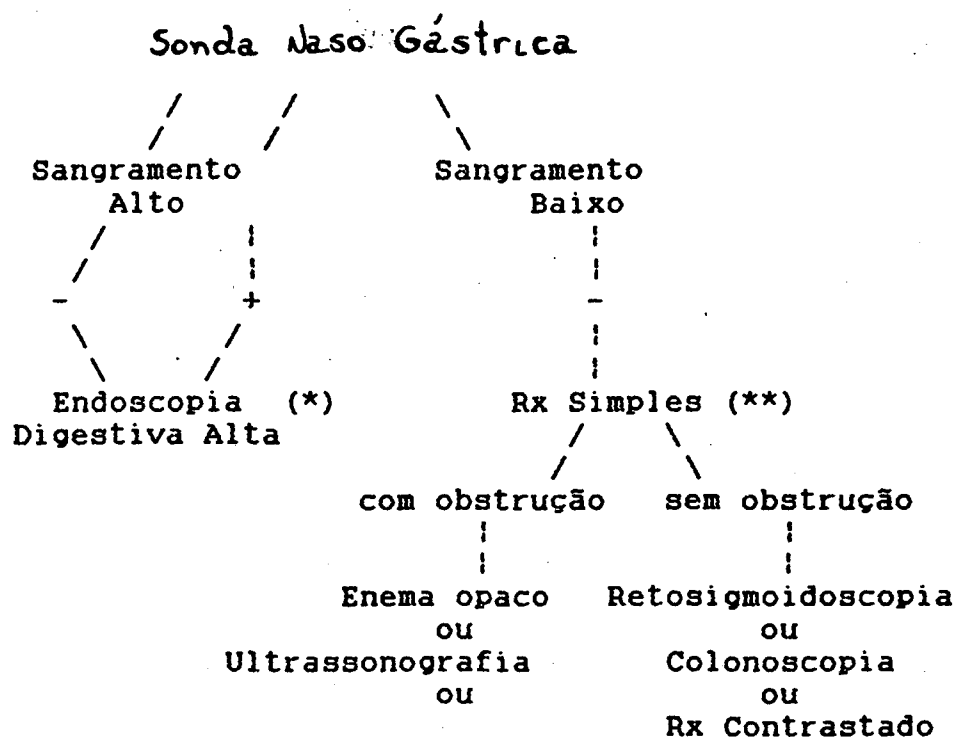
ANEXO II

ROTINA DE ATENDIMENTO DAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS:

1. Determinar se o paciente apresenta hemorragia digestiva de fato.
2. Determinar as condições hemodinâmicas do paciente.
3. Determinar se a hemorragia é alta ou baixa.
4. Quais procedimentos são necessários para determinar a causa da hemorragia?

Hematêmese/Melena

Hematoquesia



(*) Utiliza nos seguintes casos:

- 1) Sangramentos severos.
- 2) Sangramentos recorrentes.
- 3) Sangramentos rebeldes ao tratamento

(**) Rx deitado com raios Horizontais em decúbito ventral e elevação da nádega.

Obs: Sangramentos inacessíveis aos métodos citados acima (ponto de sangramento no intestino médio) se faz arteriografia ou cintilografia.--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERMAN, W.F. et ali - Gastrointestinal hemorrhage. *Pediatr Clin North Am.* 23:885, 1975.
2. COX, K., AMENT, M. Upper gastrointestinal bleeding in children and adolescents. *Pediatrics.* 63:408, 1979.
3. FRAGA FILHO, C. - Do Sintoma ao Diagnóstico em Gastroenterologia. Cap. 6. Editora de Publicação Médicas Ltda, R.J. 1ª edição, 1983.
4. GRYBOSKI, W. - Problemas Gastrointestinales en el Lactentes. Cap. 7. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. 2ª edición, 1985.
5. HYAMS, J.S., et ali - Recent advances in diagnosis and treatment of gastrointestinal hemorrhage in infants and children. *The journal of Pediatrics.* 106:1, 1985.
6. OLDHAM, K.T., LOBE, T.E. - Gastrointestinal hemorrhage in children. *Pediatr Clin North Am.* 32:1247, 1985.
7. SPENCER, R. - Gastrointestinal hemorrhage in infancy and

child - food: 466 cases. Sugery. 55:718, 1964.

8. TORSOLI, A - Gastrointestinal Emergencils. Clinics in Gastroenterology. Vol 10, nº 1, cap. 2,3 e 10. W.B, Saunders Company Ltda, London. Janeiro, 1981.
9. WINGER, J-R. ~~-----~~ Hemorragia digestiva en niños. Rev. Chil. Pediatr. 58(1), 1987.
10. SILVERBERG, Mervin. & DAUM Fredeic. Textbook of pediatric gastroenterology, second edition, year book medical publisher, inc. Jan 1988. CHARTER F.

**TCC
UFSC
PE
0343**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0343

Autor: Alves, Adriana Mar.

Titulo: Hemorragia digestiva na criança.



972816047

Ac. 253948

Ex.1 UFSC BSCCSM