

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CURSO DE MEDICINA

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE TRANSFUÇÃO EM
PACIENTES SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
POR SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

FLORIANÓPOLIS, JANEIRO de 1994

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CURSO DE MEDICINA

**AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE TRANSFUSÃO EM
PACIENTES SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
POR SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR**

DDA: MÁRCIA REGINA PAIM BRAGA

ORIENTADOR: Dr. OTÁVIO GALVÃO FILHO

AGRADECIMENTOS

- ao meu querido amigo Luiz pela prova de grande amizade.
- ao Dr. Galvão e Dr. Cunha pela orientação dada.
- 'a Dra. Esther Dantas pela prestatividade desinteressada e total desprendimento.
- aos funcionários da Biblioteca e Banco de Sangue pela cooperação e solicitude.
- aos meus familiares pela dedicação e carinho

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
OBJETIVOS.....	7
MATERIAL E MÉTODO.....	8
RESULTADOS.....	10
DISCUSSÃO.....	18
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) constitui um problema importante da atualidade, sendo responsável por 50 a 150 / 100.000 internações hospitalares por ano nos EUA⁽⁷⁾. Cerca de metade das admissões em Unidades de Terapia Intensiva por HDA se deve a úlcera péptica⁽⁸⁾.

Até o início da década de 80, a HDA tinha no exame endoscópico unicamente a localização da fonte de sangramento e sua etiologia. Entre outros autores, Graham julgou-a de valor limitado quando realizada de emergência, pouco ou nada alterando a evolução dos pacientes avaliados⁽⁹⁾.

Entretanto, o exame endoscópico ocupa hoje lugar de destaque na conduta da HDA, sendo crucial para definição do tratamento e monitorização, baseada nos conhecidos sinais de sangramento recente, e possibilitando a hemostasia terapêutica em muitos casos⁽⁹⁾.

Morrissey recomenda que a avaliação endoscópica seja realizada em todos pacientes cujo os sinais de sangramento do trato gastrointestinal superior se façam presentes, exceção feita a pacientes jovens que apresentem hematêmese de pequena monta associada a alguma condição aguda, como por exemplo gastroenterite viral ou uso abusivo de álcool. Até mesmo pacientes anticoagulados devem ser avaliados endoscopicamente.

A despeito de todos os avanços alcançados neste campo e na abordagem como um todo do paciente com sangramento digestivo alto, a taxa de mortalidade manteve-se estacionada em 10 a 20 % desde do início do século⁽⁶⁾. Isso provavelmente se deve a crescente proporção de idosos, onde a concomitância de outras patologias, existência de complicações, a dificuldade de debelar a hemorragia e a recorrência do sangramento são mais frequentes, elevando a morbiletalidade^(2,6,10,11,14,15). Somente dados mais recentes têm revelado 3 a 5 % em determinados centros⁽¹⁹⁾.

Muito se tem discutido a respeito dos sinais endoscópicos de sangramento recente e seu valor preditivo quanto à probabilidade de ressangramento. Borman e cols. vão mais além, afirmando que tanto o dado isolado de sangramento recente, como a presença de choque hipovolêmico têm valor prognóstico, mas a associação dos dois é de valor preditivo significativamente mais forte quanto à possibilidade de ressangramento⁽²⁾.

Outro critério que nos permite a avaliação prognóstica quanto à evolução do paciente (não exatamente quanto à probabilidade de ressangramento) é a necessidade de transfusão sangüínea e volume transfundido. Um estudo prospectivo americano realizado durante quinze anos mostrou uma taxa de mortalidade duas vezes maior em pacientes que receberam de 5 a 10 unidades de concentrado de hemáceas em relação à mortalidade do grupo que recebeu até 4 unidades⁽¹⁴⁾.

Sabemos, enfim, que estes importantes fatores comentados nos orientam quanto à abordagem dos pacientes que apresentam o quadro de hemorragia digestiva alta, tanto do ponto de vista diagnóstico como terapêutico imediato e a longo prazo.

Dada a alta prevalência da HDA na atualidade, julgamos de interesse buscar informações sobre o perfil de nossos pacientes no Hospital Universitário. Este é um estudo descritivo e retrospectivo de todas endoscopias digestivas altas realizadas pelo Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário em pacientes que apresentavam quadro de HDA por um período de 44 meses enfocando a presença de sinais endoscópicos de sangramento recente e a necessidade de transfusão sangüínea.

OBJETIVOS

1. Traçar o perfil idade x sexo dos pacientes examinados.
2. Investigar a relação destas variáveis com a necessidade transfusão sangüínea e volume transfundido.
3. Levantar as causas em que mais se fez necessária a transfusão sangüínea.
4. Investigar a relação dos achados endoscópicos das lesões com a necessidade de transfusão e o volume transfundido.
5. Investigar a relação do tipo sangüíneo com a necessidade de transfusão e o volume transfundido.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudou-se retrospectivamente as endoscopias digestivas altas (EDA) realizadas no período de Junho/88 a Dezembro/92 no Hospital Universitário/UFSC, em pacientes não selecionados, com quadro de HDA, internos ou externos, procedentes de todo Estado de Santa Catarina.

Considerou-se a idade, sexo, lesões visualizadas, se houve ou não transfusão sangüínea, o volume de sangue e/ou derivados transfundido, o tipo sangüíneo dos pacientes transfundidos e a presença ou não de sinais endoscópicos de sangramento recente.

As patologias encontradas à endoscopia foram distribuídas em quatro grupos, a saber: varizes, úlcera péptica, lesão aguda de mucosa e neoplasia. Não se considerou a gravidade, extensão, localização, e número das lesões. Os exames considerados normais assim o foram do ponto de vista da integridade da mucosa do tubo digestivo alto. As lesões ditas neoplásicas concordam com a impressão endoscópica, não se tendo buscado a confirmação anatomo-patológica.

Os dados sobre transfusão foram obtidos junto aos arquivos do banco de sangue do HU, sendo avaliados os sete dias que antecederam e os sete dias que se seguiram à data da realização da EDA, exceção feita àqueles pacientes cuja necessidade de transfusão persistiu além da primeira

semana após a realização do exame, só sendo interrompida a pesquisa quando cessava a necessidade da mesma.

RESULTADOS

Foram realizados 349 exames endoscópicos em pacientes com quadro clínico de hemorragia digestiva alta, dos quais 247 (70,7 %) eram homens e 102 (29,3 %) eram mulheres. O grupo etário de até 20 anos foi responsável por 18 (5,2 %) das endoscopias, ficando o restante distribuído de forma similar nas demais faixas etárias, com pequeno predomínio dos pacientes acima de 60 anos (36,4 %).

TABELA 1 - Frequência da idade

Idade*	Freq.	Perc.	Cumul.
A	18	5.2%	5.2%
B	95	27.2%	32.4%
C	109	31.2%	63.6%
D	127	36.4	100%
Total	349	100%	

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

* Idade: A - <20 anos C - 41 a 60 anos
 B - 20 a 40 anos D - >60 anos

TABELA 2 - Frequência do sexo

Sexo	Freq.	Perc.	Cumul.
F	102	29.3%	29.3%
M	247	70.7%	100
Total	349	100%	

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

No cruzamento dos dados idade x sexo a frequência do sexo feminino não ultrapassou 35,4 %, índice este do grupo com idade acima de 60 anos, com exceção dos pacientes jovens (com 20 anos ou menos) onde a distribuição foi igual para ambos.

TABELA 3 - Relação entre idade e sexo

Idade*	Fem.	Masc.	Total
A	9	9	18
B	18	77	95
C	29	80	109
D	45	82	127
Total	101	248	349

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

* Idade: A - <20 anos C - 41 a 60 anos
 B - 20 a 40 anos D - >60 anos

Foram transfundidos 166 pacientes (47,6 %) dos quais 46 eram mulheres e 120 homens, 27,7 e 72,3 % respectivamente, dos pacientes transfundidos. A proporção de transfusão entre os sexos foi de 45 % das mulheres e 48,6 % dos homens.

TABELA 4 - Relação entre sexo e transfusão de sangue

Sexo	Transfusão		Total
	Sim	Não	
Fem.	46	55	101
Masc.	120	128	248
Total	166	183	349

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

O maior índice de transfusão pertence ao grupo de pacientes acima de 60 anos, com 42,8 % do total de transfundidos. Quatro pacientes com até 20 anos receberam transfusão, o que correspondeu a 2,4 % do total de transfusões e 22,2 % dos pacientes deste grupo etário.

TABELA 5 - Relação entre idade e transfusão

Idade*	Transfusão		Total
	Sim	Não	
A	14	4	18
B	55	40	95
C	58	51	109
D	56	71	127
Total	183	166	349

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

* Idade: A - <20 anos C - 41 a 60 anos
 B - 20 a 40 anos D - >60 anos

Quarenta e sete por cento dos pacientes transfundidos possuíam tipo sanguíneo "O" , seguido pelo grupo sanguíneo "A" com 45,2 %. O fator Rh "+" esteve presente em 145 pacientes (87,3 %). Ao associarmos estas duas variáveis observamos que dos pacientes transfundidos 70 (42,2 %) possuíam sangue tipo "A+".

TABELA 6 - Freqüência de tipo sanguíneo entre os transfundidos

Tipo de Sangue	Freq.	Perc.	Cumul.
A+	68	42.2%	42.2%
A-	5	3.1%	45.3%
AB+	2	1.2%	46.6%
B+	7	4.3%	50.9%
B-	2	1.2%	52.2%
O+	64	39.8%	91.9%
O-	13	8.1%	100%
Total	161	100%	

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

Transfusões pequenas, de até duas unidades (600 ml), foram necessárias em 52 (31,3 %) pacientes; 46 (27,7 %) receberam um volume de 600 a 1.200 ml. Os politransfundidos responderam por 9,6 % do total de transfusões.

TABELA 7 - Freqüência de quantidade de sangue transfundido

Quantidade Transfundida	Freq.	Perc.	Cumul.
A	52	31.3%	31.3%
B	46	27.7%	59.0%
C	21	12.7%	71.7%
D	9	5.4%	77.1%
E	6	3.6%	88.6%
F	7	4.2%	84.9%
G	6	3.6%	88.6%
H	1	0.6%	89.2%
I	2	1.2%	90.4%
J	16	9.6%	100%
Total	166	100%	

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

*Quantidade transfundida:

A- ≤ 600 ml	F- >3000 e ≤ 3600 ml
B- >600 e ≤ 1200 ml	G- >3600 e ≤ 4200 ml
C- >1200 e ≤ 1800 ml	H- >4200 e ≤ 4800 ml
D- >1800 e ≤ 2400 ml	I- >4800 e ≤ 5400 ml
E- >2400 e ≤ 3000 ml	J- >5400 ml

O volume transfundido em pacientes abaixo de 20 anos não ultrapassou 1.800 ml. Dos 16 pacientes politransfundidos nenhum possuía menos de 20 anos; 2 (12,5 %) estavam entre 21 e 40 anos; 5 (31,25 %) entre 41 e 60 anos; e 9 (56,25 %) pacientes possuíam mais de 60 anos.

TABELA 8 - Relação entre quantidade de sangue transfundido e grupo de idade

Quantidade* Transfundida	**				TOTAL
	A	B	C	D	
A	1	15	12	24	52
B	1	16	13	16	46
C	2	4	8	7	21
D	0	0	4	5	9
E	0	0	4	2	6
F	0	1	3	3	7
G	0	1	1	4	6
H	0	0	1	0	1
I	0	1	0	1	2
J	0	2	5	9	16
TOTAL	4	40	51	71	166

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

*Quantidade transfundida: F- >3000 e <=3600ml
 A- <=600 ml G- >3600 e <=4200ml
 B- >600 e <=1200ml H- >4200 e <=4800ml
 C- >1200 e <=1800ml I- >4800 e <=5400ml
 D- >1800 e <=2400ml J- >5400ml
 E- >2400 e <=3000ml

** Grupo de Idade: A- <=20 anos B-20-40 anos
 C- 41-60 anos D- >60 anos

Dos 52 pacientes transfundidos cujo volume não excedeu 600 ml, 47 (90,4 %) eram homens e 5 (9,6 %) mulheres. Essa relação tende a se equilibrar na vigência de transfusões de maior monta, chegando a 5 mulheres (45,4 %) dos pacientes politransfundidos.

A patologia que mais esteve associada à transfusão foi lesão aguda da mucosa esôfagogastroduodenal, seguida da úlcera péptica. Dos 470 diagnósticos 225 (47.9%) estiveram associados à transfusão sanguínea, sendo que LAMEGD e úlcera péptica responderam por 56.8%. Dos 25 diagnósticos de neoplasia, 17 (68%) estiveram associados à transfusão sanguínea. Dos 25 diagnósticos normais (num total de 37 casos) estiveram associados à transfusão de sangue.

TABELA 9 - Relação entre patologia e transfusão de sangue

Patologia	Transfusão		Total
	Sim	Não	
LAMEGD	81	116	197
Úlcera Péptica	47	64	111
Varizes	34	20	54
Neoplasia	17	8	25
Inconclusivo	31	12	43
Ex. Normal	12	25	37
Outros	3	0	3
Total	225	245	470

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

Em 2 pacientes não foi possível visualizar ou descrever lesões pela existência de estenose esofágica impedindo a passagem do aparelho.

Quanto aos aspectos endoscópicos das lesões, 92 pacientes transfundidos (55.4%) não tinham sinais de sangramento recente. A transfusão sanguínea foi necessária em quase 70% dos pacientes que apresentaram sangramento ativo. Praticamente metade dos pacientes que apresentavam coágulo sobre a lesão foram transfundidos o que corresponde a aproximadamente 20% do total de transfusões. A ausência de sinais de sangramento recente correspondeu a 64.6% do total de amostras avaliadas. Em nenhuma lesão foi constatada a presença de vaso visível. Coágulo sobre lesão, sangramento ativo e coágulo na luz do órgão acometido estiveram presentes em 20.5, 9.5 e 5.5% dos pacientes avaliados respectivamente.

TABELA 10 - Relação entre aspecto endoscópico e transfusão de sangue

Aspecto * endoscópico	Transfusão		TOTAL
	sim	não	
1	132	92	224
2	37	34	71
3	10	23	33
4	3	16	19
total	182	165	347

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

* Aspecto endoscópico:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| 1 - Sem sinais de sangramento recente | 3 - Sangramento ativo |
| 2 - Coágulo sobre a lesão | 4 - Coágulo na luz |

Dos politransfundidos 6 (37.5%) não apresentavam sinais de sangramento recente. No grupo de pacientes cujas lesões apresentavam sangramento ativo, apenas 2 (8.7%) foram politransfundidos, 4 (17%) receberam entre 3600 e 4200 ml e 1 recebeu de 4200 a 4800 ml.

TABELA 11 - Relação entre quantidade transfundida e aspecto endoscópico

Quantidade* Transfundida	Aspecto** endoscópico				TOTAL
	1	2	3	4	
A	39	8	3	2	52
B	28	9	5	3	45
C	11	4	4	2	21
D	3	2	3	1	9
E	4	1	0	1	6
F	0	5	1	1	7
G	0	0	4	2	6
H	0	0	1	0	1
I	1	1	0	0	2
J	6	4	2	4	16
TOTAL	92	34	23	16	165

Fonte: banco de sangue e registro de endoscopia do HU

*Quantidade transfundida: F- >3000 e <=3600ml
 A- <=600 ml G- >3600 e <=4200ml
 B- >600 e <=1200ml H- >4200 e <=4800ml
 C- >1200 e <=1800ml I- >4800 e <=5400ml
 D- >1800 e <=2400ml J- >5400ml
 E- >2400 e <=3000ml

**Aspecto endoscópico:

1 - Sem sinais de sangramento recente 3 - Sangramento ativo
 2 - Coágulo sobre a lesão 4 - Coágulo na luz

DICUSSÃO

Morrissey recomenda a avaliação endoscópica em todos os pacientes cujos os sinais de sangramento do trato gastrointestinal superior (TGIS) se façam presentes, exceção feita a pacientes jovens que apresentem hematêmese de pequena monta associada a uma condição aguda, como por exemplo, gastroenterite viral ou uso abusivo de álcool⁽¹³⁾. Até mesmo pacientes anticoagulados devem ser avaliados endoscópicamente⁽¹⁶⁾.

Os fatores de risco para mortalidade de HDA estão amplamente documentados e dividem-se em duas principais categorias : aspectos clínicos e endoscópicos.

Nossos pacientes foram analisados à luz desses estudos, na tentativa de traçar um perfil prognóstico baseado em algumas das características consideradas de risco.

Notou-se que o número de pacientes do sexo masculino foi superior ao número de mulheres em cerca de 2.5 vezes. Observamos um aumento crescente da participação do sexo feminino com o avançar da idade, a partir dos 20 anos, onde os sexos masculino e feminino estão equilibrados. Os maiores riscos caem sempre sobre os pacientes acima dos 60 anos. Embora a tendência seja a mesma nos dois sexos quanto a frequência de HDA, mulheres idosas parecem sobreviver melhor à hematêmese e à melena do que os homens idosos⁽¹⁴⁾.

Quase 50 % da amostra analisada recebeu transfusões sanguíneas. Embora haja predomínio de pacientes do sexo masculino, notamos que proporcionalmente não houve diferença significativa entre os sexos.

No estudo de Schiller aproximadamente 80% dos pacientes foram transfundidos, contra os 47% transfundidos no estudo de Henriksson⁽¹⁴⁾.

Os 4 pacientes com menos de 20 anos que receberam sangue perfazem 22.2% deste grupo etário, mas dada a pequena amostra, não foi possível verificar tal prevalência. O predomínio de idosos no grupo de pacientes transfundidos confirma dados já bem estabelecidos da literatura^(6,10,15).

Há controvérsias quanto aos critérios de transfusão e quanto ao tempo esperado para que ela seja realizada. A prática inglesa é liberal sendo a transfusão realizada precocemente na evolução do caso⁽¹⁹⁾. Os australianos são mais cautelosos sendo o paciente transfundido em último caso (hemoglobina abaixo de 10 gr/dl ou quando em choque)⁽¹¹⁾. A base dessas diferenças encontra-se no fato de que é gerada uma resposta de hipercoagulabilidade na vigência de um quadro hemorrágico^(1,5). A transfusão seria parcialmente responsável pela reversão desta resposta, retardando e até impedindo a hemostasia aumentando, dessa forma, a mortalidade⁽¹⁾.

O tipo sanguíneo mais freqüente dos pacientes transfundidos foi A+ sendo este tipo o mais freqüentemente encontrado nas pessoas em geral.

Sessenta por cento das transfusões sanguíneas correspondem ao volume de até 1200 ml. Apesar do pequeno número de politransfundidos a distribuição é claramente direcionada para pacientes idosos. Em todas as idades nota-se predomínio de transfusões inferiores à 600ml, mas observamos que a medida que se aumenta a faixa etária, a distribuição se faz mais para a direita da tabela.

Lesões agudas da mucosa EGD, seguida por úlcera péptica foram as patologias mais comumente associadas à transfusão, coincidindo com dados estatísticos recentes sobre as causas

mais comuns de HDA⁽¹⁷⁾. Porém, a frequência relativa teve índices maiores nos diagnósticos de varizes, exames inconclusivos e neoplasias.

De todos os pacientes transfundidos mais da metade não tinham sinais de sangramento recente. Estes dados, de certa forma, contrariam a literatura no sentido de que esta refere uma taxa de ressangramento de zero a 5%⁽⁴⁾. Por outro lado, em pacientes com sangramento ativo e em pacientes que apresentavam coágulo sobre a lesão houve concordância quanto ao índice de ressangramento^(4,15).

Não observamos relação definida entre o aspecto endoscópico das lesões e o volume transfundido.

CONCLUSÃO

- Neste estudo a idade teve influência importante na prevalência da HDA em proporção direta.
- O sexo masculino apresentou maior prevalência de HDA, contudo tal tendência não foi observada com relação à necessidade de transfusão.
- Dos pacientes em que foi realizada transfusão sanguínea 59% receberam volume inferior ou igual à 1200 ml.
- Os politransfundidos encontraram-se preferentemente na faixa etária superior a 60 anos.
- Por ordem de frequência as patologias mais associadas a transfusão sanguínea foram LAMEGD e ulcera péptica. Entretanto, a frequência relativa das transfusões foi maior em pacientes que apresentaram varizes, exame inconclusivo e neoplasia.
- De todos os pacientes transfundidos mais da metade não tinham sinais de sangramento recente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BLAIR, S.D. et al: Effect of early blood transfusion on gastrointestinal haemorrhage.
Br J Surg. vol 73,p.783-785, oct.1986.
- 2- BORNMAN, P.C. et al : Importance of hypovolaemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration : a prospective evaluation. Br Med J. vol. 291, p. 245-247, 1985.
- 3- BOWN, S.: Bleeding peptic ulcers. BMJ. vol. 302, p.1417-1418, 1991.
- 4- DUDNICK, R.; MARTIN, P.; FREDMAN, L.S.: Manegement of Bleeding Ulcers.
Clin North Amer. vol. 75(4), p. 947-965, 1991.
- 5- EGEBERG, O.: Changes in coagulation system following major surgical operation.
Acta Med. Scand. vol. 171, p. 679-685, 1962.
- 6- FREEMAN, M.L.: The current endoscopic diagnosis and intensive care unit management of severe ulcer and other non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. /gastroint. Endosc. Clin. North Amer. vol. 1(2), p. 209-239, 1991.

- 7- GILBERT, D. A.: Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest. Endosc. vol. 36 (suppl.) S8-S13, 1990.
- 8- GRAHAM, D.Y.: Limited value of early endoscopy in the management of acute upper gastrointestinal bleeding : prospective controlled trial. Am. J. Surg. vol. 140, p. 284, 1980.
- 9- GUPTA, P. K.; FLEISCHER, D.E.: Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Med. Clin. North Am. vol 77(5), p. 973-992, 1993
- 10- HENRIKSSON, A.E.; SUENSSON, J.O.: Upper gastrointestinal bleeding, with special reference to blood transfusion. Eur. J. Surg. vol. 157, p. 193-6, 1991.
- 11- HUNT, P.S.; CLARKE, G.: Perforation in patients with bleeding ulcer. Aust.N.Z.J. Surg. vol.61, 183-185, 1991.
- 12- MILLS, P.R.: Upper gastrointestinal hemorrhage. Current Opinion in Gastroent. vol.7, p. 920-4, 1991.
- 13- MORRISSEY, J.F.: Clinical approach to diagnostic endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding. Dig. Dis. Sci. vol. 26, p. 6S, 1981.
- 14- SCHILLER, K.R.; TRUELOVE, S.C.; WILLIAMS, D.G.: Haematemesis and melaena with special reference to factors influencing the outcome. BMJ. vol 2, p. 7-14, 1970.
- 15- SUGAWA, C.; JOSEPH, A.L.: Endoscopic interventional management of bleeding duodenal and gastric ulcers. Surg. Clin. North. Am. vol 72 (2), p.317-34, 1992.
- 16- TABIBIAN, N.: Acute gastrointestinal bleeding in anticoagulated patients: a prospective evaluation. Am. J. Gastroenterol. vol 84, p. 10, 1989.

- 17- TIERNEY, L.M.; McPHEE, S.J.; PAPADAKIS, M.A.: Current Medical Diagnosis and Treatment . Prentice-Hall International, 33 ed., p. 1417, 1994.
- 18- WHITEHEAD, S.M.; THOMPSON, M.R.: Management of gastrointestinal haemorrhage. Update. vol 11, p. 955-64, 1985.
- 19- YOUNG, A.E.: Stopping the haemorrhage from peptic ulcers. Br. Med. J. vol. 284, p. 530, 1982.

TCC
UFSC
CM
0292

N.Cham. TCC UFSC CM 0292

Autor: Braga, Márcia Regi

Título: Avaliação da necessidade de tran



972801398

Ac. 253462

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM