

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

PRISCILA GONÇALVES PEREIRA

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA:** manejo  
na emergência

Paracatu

2020

PRISCILA GONÇALVES PEREIRA

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA:** manejo na emergência

Monografia apresentada ao curso de Residência Médica como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Clínica Médica.

Área de Concentração: Medicina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Dayane Quintino Vasconcelos

Paracatu

2020

P436h Pereira, Priscila Gonçalves.

**Hemorragia digestiva alta não varicosa:** manejo na emergência. / Priscila Gonçalves Pereira. – Paracatu: [s.n.], 2020.  
24 f. il.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Msc. Dayane Quintino Vasconcelos.  
Trabalho de conclusão de curso (residência em clínica médica) UniAtenas.

1. Hemorragia digestiva alta. 2. Hemorragia digestiva alta não varicosa. 3. Diagnóstico. 4. Tratamento. I. Pereira, Priscila Gonçalves. II. UniAtenas. III. Título.

CDU: 61

## **HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA: manejo na emergência**

Monografia apresentada ao curso de Residência Médica como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Clínica Médica.

Área de Concentração: Medicina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Dayane Quintino Vasconcelos

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, 20 de fevereiro de 2020.

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Priscilla Itatianny de Oliveira Silva  
Centro Universitário Atenas

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Dayane Quintino Vasconcelos  
Centro Universitário Atenas

---

Prof<sup>a</sup>. Brenna Pinheiro Zuttion  
Centro Universitário Atenas

## RESUMO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma das emergências médicas mais comuns, além de uma complicação séria em pacientes gravemente enfermos dentro do hospital. Gera grande morbidade, mortalidade e altos custos, possuindo, por isso, relevância clínica e epidemiológica. A HDA varicosa deve-se às varizes esofágicas/gástricas e gastropatia da hipertensão portal, já a HDA não varicosa tem como principal causa a úlcera péptica. O manejo da HDA não varicosa se difere das de origem varicosa, sendo o objetivo deste trabalho descrever as formas principais da HDA não varicosa, discriminar as causas destas hemorragias e detalhar os aspectos do diagnóstico e tratamento, com enfoque nas condutas adotadas na emergência.

**PALAVRAS-CHAVE:** hemorragia digestiva alta; hemorragia digestiva alta não varicosa; diagnóstico; tratamento.

## **ABSTRACT**

*Upper gastrointestinal bleeding (HDA) is one of the most common medical emergencies, as well as a serious complication in critically ill patients within the hospital. It generates great morbidity, mortality and high costs, therefore having clinical and epidemiological relevance. Varicose HDA is due to esophageal / gastric varices and portal hypertension gastropathy, whereas non-varicose HDA is mainly caused by peptic ulcer. The management of non-varicose HDA differs from those of varicose origin, the objective of this study is to describe the main forms of non-varicose HDA, to discriminate the causes of these hemorrhages and to detail the aspects of diagnosis and treatment, focusing on the procedures adopted in the emergency.*

**KEYWORDS:** *upper gastrointestinal bleeding; non-varicose upper gastrointestinal bleeding; diagnosis; treatment.*

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AAS	Ácido acetilsalicílico
AINES	Anti-inflamatórios não esteroidais
COX-2	Ciclooxigenase 2
EDA	Endoscopia digestiva alta
HDA	Hemorragia digestiva alta
IBP	Inibidor de bomba de prótons
SPED	Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ângulo de Treitz.....	9
----------------------------------	---



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escore de Rockall.....	13
Tabela 2 - Escore de Glasgow- Blatchford.....	14
Tabela 3 - Classificação de Forrest para úlcera péptica.....	17

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>2 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 ABORDAGEM E DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>11</b>
<b>3 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 MANEJO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA.....</b>	<b>16</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As chamadas hemorragias digestivas alta (HDA) são as hemorragias que decorrem de lesões proximais ao ligamento de Treitz (figura 1). As hemorragias distais a esse ligamento são chamadas hemorragias digestivas baixa (FERREIRA; EISIG, 2008).

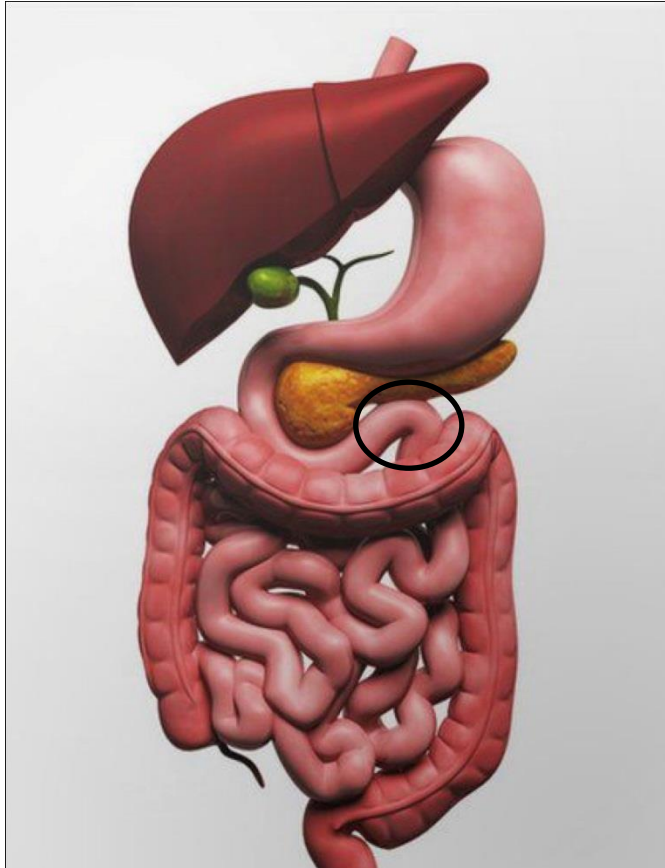
Comumente, a hemorragia digestiva alta apresenta-se como hematêmese e/ou melena, e a hemorragia digestiva baixa tem como principal manifestação a enterorragia. A hemorragia digestiva alta de grande magnitude pode produzir enterorragia; e lesões do cólon direito ou delgado terminal podem apresentar-se como melena (FERREIRA; EISIG, 2008).

Nos Estados Unidos da América, as hemorragias digestivas alta são importantes situações de emergência, com incidência, a cada ano, de 90 a 108 casos por 100.000 habitantes, no ano de 2013. Cada incidente resulta em alta morbidade, mortalidade e custos altos com os cuidados de saúde (HREINSSON, 2013).

As hemorragias digestivas alta continuam sendo altamente prevalentes na prática clínica, apesar dos avanços tecnológicos e endoscópicos, e da criação de variados agentes farmacológicos nos últimos anos. Sua taxa de mortalidade permanece a mesma desde 1945: em torno de 10%. A esses dados é possível atribuir o aumento da expectativa de vida, e por consequência a maior prevalência de comorbidades (CARVALHO FILHO, *et al.*, 2004).

Devido à alta prevalência da hemorragia digestiva alta, principalmente em pacientes idosos e gravemente enfermos, e pela alta morbidade e mortalidade associadas à essa patologia, este artigo objetiva uma revisão de literatura acerca do tema, com foco nas hemorragias altas não varicosas, apontando os fatores de risco para a patologia, bem como o processo diagnóstico, o prognóstico e a abordagem terapêutica.

Figura 1. Ângulo de Treitz.



Fonte: Pinterest, 2020.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever, através de uma revisão bibliográfica, o manejo da hemorragia digestiva alta não varicosa.

### 1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar as formas das hemorragias digestivas;
- b) Discriminar as causas da hemorragia digestiva alta não varicosa;
- c) Detalhar aspectos do diagnóstico e tratamento das hemorragias digestivas alta não varicosa;

### 1.3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de revisão bibliográfica realizada nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), MEDLINE, PUBMED. Na efetivação da busca foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “hemorragia digestiva alta”; “hemorragia digestiva alta não varicosa”; “úlcera péptica perfurada”; “tratamento de hemorragia digestiva alta não varicosa”.

Os artigos e outros materiais foram selecionados de acordo com a relevância do tema sendo selecionadas inicialmente 23 publicações. Após a seleção inicial, foram realizadas leitura e análise do material, obedecendo-se as seguintes etapas: leitura exploratória, a fim de conhecer o material disponível; leitura seletiva, através da qual foram selecionados os trechos utilizados na construção dos tópicos; leitura analítica dos textos: momento de apreciação e julgamento das informações, evidenciando-se os principais aspectos abordados sobre o tema.

Foram excluídos artigos com texto completo indisponível. Os critérios de inclusão foram artigos em língua portuguesa e inglesa com texto completo disponível. Após aplicar os critérios de exclusão e inclusão, foram utilizadas 14 publicações.

## **2 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

A HDA possui como manifestação clínica a exteriorização de hematêmese (vômito com sangue vivo, escuro, ou coágulo), melena (fezes muito escuras, pastosas, de odor fétido) ou enterorragia (sangue vivo ou coágulo expelido pelo reto) (FERREIRA; EISIG, 2008). Segundo Castro (2014), as manifestações clínicas mais rotineiras correspondem a 50% em forma de hematêmese; 30% de melena; e 20% de hematêmese associada a melena. A hemorragia digestiva alta é uma das emergências médicas mais comuns, além de uma complicação séria em pacientes gravemente enfermos dentro do hospital (SOARES; BROLLO; KUPSKI, 2014).

As hemorragias digestivas podem ser de dois tipos: varicosas, que não se devem a sangramento de varizes esofágicas; e do tipo não-varicosa, que possui outra causa que não o sangramento dessas varizes. Considerando essa divisão em etiologias, a grande maioria, de 80 a 90%, é secundária a causas não-varicosas (CASTRO, 2014). A HDA não-varicosa, por sua vez, tem como causa mais comum a doença ulcerosa péptica, responsável por 50% a 70% dos casos (LOURENÇO; OLIVEIRA, 2003).

### **2.1 ABORDAGEM E DIAGNÓSTICO**

Para abordar o sangramento digestivo, sugere-se a caracterização da hemorragia por via de anamnese, exame físico minucioso e avaliação da estabilidade hemodinâmica – com estimativa de perdas volêmicas. Em geral, o paciente com hemorragia digestiva alta apresenta-se com hematêmese e/ou melena. A enterorragia acontece quando há sangramentos profusos (SOARES; BROLLO; KUPSKI, 2008).

Para o diagnóstico das hemorragias digestivas, recomenda-se que na anamnese deve-se questionar o paciente quanto ao uso de medicações como AINES, aspirina, anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, como forma de excluir possíveis etiologias e orientar o diagnóstico. Da mesma maneira, devem ser investigados: doença hepática; coagulopatias; uso de álcool, e sangramento digestivo prévio. Tontura, confusão, angina e extremidades frias anunciam quadro severo – assim, a investigação dos sintomas é parte da avaliação da gravidade do sangramento e avaliação de suas fontes (SOARES; BROLLO; KUPSKI, 2008).

É necessária a avaliação da estabilidade hemodinâmica, que será determinada pelo exame físico. O examinador deve se voltar aos sinais clínicos de hipovolemia que incluem: a) taquicardia ao repouso – indica hipovolemia leve a moderada; b) hipotensão ortostática – indica perda de volume de 15% a 20%, no mínimo; c) toque retal – avaliação da cor das fezes e etiologias associadas (enterorragia/melena); d) palpação abdominal – dor abdominal aguda com rigidez e sinais de irritação peritoneal – indicam perfuração de víscera oca (SOARES; BROLLO; KUPSKI, 2008).

Como fatores indicativos de maior gravidade, Martins *et al.* (2019) elencam: idade avançada; comorbidades; histórico prévio de enterorragia; instabilidade hemodinâmica; taquicardia; e hemoglobina menor que 8g/L. O diagnóstico da hemorragia digestiva alta inclui métodos como: endoscopia digestiva alta; colonoscopia óptica; cápsula endoscópica; cintilografia; angiografia digital e tomografia computadorizada.

A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é o método de maior sensibilidade e especificidade no diagnóstico da HDA, sendo considerado exame de prioridade nesta condição, devendo ser realizada assim que possível (nas primeiras 24 horas), com o paciente já estável hemodinamicamente. Com esse exame, é possível a identificação precisa e definitiva da origem do sangramento, bem como sinais de hemorragia recente e outros locais com potencial hemorrágico, e pode fornecer informação de prognóstico importante sobre o risco de ressangramento iminente. Pode-se ainda realizar o tratamento com terapias hemostáticas específicas em lesões com sangramento e passíveis de sangramento. Pacientes de alto risco devem imperativamente realizar endoscopia precoce (primeiras 12 ou 24 horas após admissão), logo que se alcançar a estabilidade hemodinâmica. Nos pacientes de baixo risco, o exame deve ser realizado antes da 24 horas, para estratificação de risco e diminuição da permanência no hospital, necessidade de hemotransfusões, custos, indicações cirúrgicas e ressangramento (MARTINS *et al.*, 2019).

A estimativa do risco de ressangramento e óbito pode ser feita através de escores numéricos. Existem escalas para aplicação antes da realização da endoscopia ou depois desse procedimento. As escalas aplicadas antes da endoscopia permitem identificar os pacientes com baixo risco de complicações, e que poderiam até mesmo ser acompanhados ambulatorialmente, sem a necessidade de endoscopia de urgência, e aqueles com alto risco, que necessitam

endoscopia e internação. Por outro lado, as escalas aplicadas após a realização da endoscopia podem auxiliar na identificação de pacientes que podem receber alta precoce, ou aqueles de alto risco que necessitam monitorização mais intensa. As escalas prognósticas mais utilizadas são o escore de Rockall (tabela 1) e o escore de Blatchford (tabela 2) (LIMA, 2013).

Tabela 1: Escore de Rockall.

<b>ESCORE DE ROCKALL PRÉ- ENDOSCOPIA</b>				
VARIÁVEIS	PONTUAÇÃO			
	0	1	2	3
IDADE (anos)	<60	60 - 79	≥80	–
ESTADO HEMODINÂMICO	PAS ≥ 100 mm Hg FC < 100 bat/min Estável	PAS ≥ 100 mm Hg FC > 100 bat/min Taquicardia	PAS < 100 mm Hg FG > 100 bat/min Hipotensão+Taquicardia	–
DOENÇAS ASSOCIADAS	–	–	ICC, Insuficiência coronariana, outras doenças graves	Insuficiência renal, hepática, neoplasia, disseminada
<b>ESCORE DE ROCKALL COMPLETO</b>				
As mesmas variáveis do score de Rockall pré-endoscopia mais:				
DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	Síndrome de Mallory-Weiss ou Ausência de lesões	Todos os outros diagnósticos	Câncer gastrintestinal	–
ESTIGMAS DE HEMORRAGIA RECENTE	Ausentes ou apenas hematina	–	Sangue no TGI alto, coágulo aderente, vaso visível, sangramento ativo	–

Fonte: Lima, 2013.



Tabela 2: Escore de Glasgow-Blatchford

VARIÁVEL	MARCADORES DE RISCO	PONTUAÇÃO
Ureia Sérica mg/dl	< 39	0
	39 < 48	2
	48 < 60	3
	60 < 150	4
	≥ 150	6
Hemoglobina g/dl (Homens)	≥ 13	0
	≥ 12 < 13	1
	≥ 10 < 12	3
	< 10	6
Hemoglobina g/dl (Mulheres)	≥ 12	0
	≥ 10 < 12	1
	< 10	6
Pressão Arterial sistólica (mmHg)	>110	0
	100 – 109	1
	90 – 99	2
	< 90	3
Outros marcadores	Frequência cardíaca ≥ 100 bpm	1
	Presença de melena	1
	Presença de síncope	2
	Insuficiência hepática	2
	Insuficiência cardíaca	2

Fonte: Lima, 2013.

### 3 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA

Pelas diferenças fisiopatológicas, a hemorragia digestiva alta é classificada em varicosa quando a causa tem relação com a hipertensão portal (varizes esofágicas e/ou gástricas, e gastropatia da hipertensão portal), e não varicosa, quando possui outras causas.

Quanto à epidemiologia, um estudo retrospectivo de 1999 (PATRÍCIO *et al.*, 1999 *apud* LIMA, 2013) analisou 462 lesões de HDA não varicosa, e encontrou-se como principal causa a úlcera péptica, que correspondeu a 90% dos casos; na razão de sexos, encontrou-se predomínio de homens, correspondente a 74% da população estudada, e idade média de 57,8 anos. Os índices de ressangramento após terapia endoscópica e mortalidade fora de 11,8% e 14%, respectivamente, sendo que não foram analisados fatores de risco associados ao óbito (LIMA, 2013).

A úlcera péptica como causa responde por 35-75% dos casos de HDA não varicosa em todo o mundo, com taxa de mortalidade entre 0,9 e 26% (LIMA, 2013; HOLSTER; KUIPERS, 2012). Outras causas menos frequentes apontadas são: úlcera péptica gastroduodenal, laceração aguda da transição esôfago-gástrica (Mallory-Weiss), lesão aguda de mucosa gastroduodenal, câncer gástrico e esofagites. Entre as causas mais raras estão lesões vasculares (angiodisplasias, lesão de Dieulafoy, fístula aorto-duodenal), hemobilia, pólipos, e *hemosuccus pancreaticus* (sangramento do ducto pancreático, de ocorrência muito rara) (FERREIRA; EISIG, 2008; YU; GONG, 2018).

Segundo Lima, (2013) a infecção pelo *Helicobacter pylori*, o uso de anti-inflamatórios não esteroidais e o uso da aspirina são os principais agentes etiológicos da úlcera péptica, sendo esses fatores de grande importância, porque aumentam, independentemente, o risco de sangramento por úlcera. Se associados, podem ter efeito colaborativo para elevação da taxa de sangramento. Embora a erradicação do *H. pylori* tenha sido extensiva, a incidência da úlcera péptica mantém-se ainda em torno dos 40-60 caso por 100.000 habitantes por ano – que se associam à úlcera péptica relacionada a AINEs e úlcera péptica idiopática. Apesar de variações nos números, grande parte da literatura demonstra ser importante a associação entre infecção pelo *H. pylori* e hemorragia por úlcera péptica (LIMA, 2013).

Cerca de 80% das HDA de etiologia não varicosa cessam espontaneamente, mas é sempre necessária uma abordagem diagnóstica dinâmica, com associação de cuidados terapêuticos, para preservar o equilíbrio hemodinâmico e a vida do paciente. Nem sempre a importância do sangramento indica a etiologia, que se associa mais, principalmente, à idade do paciente, ao uso de medicamentos lesivos à mucosa ou anticoagulantes, e às comorbidades (FERREIRA; EISIG, 2008).

### **3.1 MANEJO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA**

Em 2010, o Jornal Português de Gastroenterologia publicou a revisão das normas relativas ao processamento de pacientes com HDA não varicosa, publicadas em 2003. Os autores separaram as recomendações em cinco partes: ressuscitação, avaliação do risco e processamento pré-endoscópico; processamento endoscópico; processamento farmacológico; processamento intra-hospitalar não endoscópico e não farmacológico; e pós-alta, que serão abordadas a seguir (SPED, 2010).

Sobre a “Ressuscitação, avaliação do risco e processamento pré-endoscópico”, como mais elevado grau de recomendação, estão listados (SPED, 2010): a imediata avaliação e início da ressuscitação, a utilização das escalas de prognóstico para estratificação de pacientes em alto e baixo risco de reincidência de sangramento, e mortalidade; colocação de sonda naso-gástrica para possível recolhimento de achados com valor prognóstico; administração de transfusão quando o valor de hemoglobina é igual ou inferior a 7g/dl; alta imediata após a endoscopia para doentes com hemorragia aguda causada por úlcera com baixo risco de reincidência hemorrágica (baseado em critérios clínicos e endoscópicos); tratamento pré-endoscópico com Inibidores de Bomba de Prótons para melhorar estágio da lesão e evitar a necessidade de intervenção endoscópica, sem atraso da endoscopia (SPED, 2010; BARKUN *et al.*, 2010).

Como menos elevado grau de recomendação, recomenda-se (SPED, 2010): correção da coagulopatia sem prejuízo no tempo para a endoscopia, em pacientes que estão sendo tratados com anti-coagulantes; recomenda-se a não utilização rotineira de agentes procinéticos antes da endoscopia, para melhora da acuidade diagnóstica (SPED, 2010; BARKUN *et al.*, 2010).

Sobre o “Processamento endoscópico”, como mais elevado grau de recomendação, estipula-se (SPED, 2010): desenvolvimento, pelos hospitais, de

protocolos específicos para processamento multidisciplinar, devendo incluir a disponibilidade de gastroenterologista treinado em hemostase endoscópica; disponibilidade de pessoal treinado para auxílio na endoscopia urgente; para doentes com hemorragia gastrointestinal alta aguda, a endoscopia precoce (dentro de 24h após a apresentação) é altamente recomendada; em pacientes com estigmas endoscópicos de baixo risco, como os com base de úlcera limpa ou mancha pigmentada não proeminente no leito da úlcera, não é indicada hemostase endoscópica, enquanto que em pacientes que apresentam estigmas de alto risco, como sangramento ativo ou vaso visível no leito da úlcera, a realização da hemostase endoscópica é indicada; alerta-se que a injeção de adrenalina deve ser combinada com outro método, visto que isolada tem eficácia reduzida; os métodos térmicos são equivalentes em eficácia; para doentes com lesões de alto risco, os clips, a termocoagulação ou injeção esclerosante devem ser usadas isoladamente, ou combinados à injeção de adrenalina; em caso de reincidência hemorrágica, recomenda-se segunda tentativa de terapêutica endoscópica (SPED, 2010; BARKUN *et al.*, 2010).

Em relação ao sangramento por úlcera péptica, pode se utilizar a classificação de Forrest (tabela 3) para orientar quanto à necessidade de tratamento endoscópico, bem como para classificação de risco (LIMA, 2013).

Como menos elevado grau de recomendação, aponta-se: que encontrar coágulo no fundo de uma úlcera é justificativa para sua irrigação, deslocação e do tratamento da lesão subjacente; alerta-se que o tratamento endoscópico para úlcera com coágulos aderentes é controverso, sendo a terapêutica endoscópica passível de utilização, embora somente o tratamento intensivo com IBP seja suficiente; não se recomenda a endoscopia “second-look” (SPED, 2010; BARKUN *et al.*, 2010).

Tabela 3: Classificação de Forrest para úlcera péptica

CLASSIFICAÇÃO DE FORREST	ACHADO ENDOSCÓPICO
Hemorragia ativa	
Ia	Hemorragia em jato
Ib	Hemorragia em "lençol"
Hemorragia recente	
IIa	Protuberância pigmentada ou não, sem sangramento
IIb	Coágulo aderido
IIc	Cobertura plana de hematina
Sem sinais de sangramento	
III	Base clara ou com fibrina

Fonte: Lima, 2013.

Para o “Processamento Farmacológico”, como mais elevado grau de recomendação, coloca-se (SPED, 2010): que os antagonistas de receptores H<sub>2</sub> de histamina para pacientes com hemorragia ativa por úlcera não estão recomendados; também não são recomendados a somatostatina e o octreotide em paciente com hemorragia ativa por úlcera; bólus intravenoso seguido de perfusão contínua de IBP deve ser utilizado para diminuição da recorrência hemorrágica e mortalidade em doentes com estigmas de alto risco, desde que tenham sido alvo de tratamento endoscópico com êxito; pacientes devem ter alta, medicados com IBP oral, uma vez ao dia em dose padrão, por período que será ditado pela etiologia e situação clínica (SPED, 2010; BARKUN *et al.*, 2010)..

Para o “Processamento Intra-Hospitalar Não Endoscópico e Não Farmacológico”, como mais elevado grau de recomendação, aponta-se (SPED, 2010): pacientes com baixo risco podem, nas primeiras 24 horas, dar início à alimentação oral; a maior parte dos doentes que foram submetidos à hemóstase endoscópica, depois de avaliados com lesões de sinais endoscópico de alto risco hemorrágico, deve ter período de internação de ao menos 72 horas; nos pacientes em que a terapêutica endoscópica falhar, deve ser solicitada observação cirúrgica; pacientes com úlcera péptica com sangramento devem ser submetidos a teste para *Helicobacter pylori* e, se resultado positivo, a terapêutica de erradicação, devendo a erradicação ser confirmada; teste de diagnóstico de infecção por *Helicobacter pylori*, obtido na fase aguda, devem ser confirmados (SPED, 2010; BARKUN *et al.*, 2010).

Como menos elevado grau de recomendação, aponta-se: embolização percutânea, quando disponível, considerada como alternativa à cirurgia em doentes cuja terapia endoscópica não teve êxito (SPED, 2010; BARKUN *et al.*, 2010).

Em relação ao “Após a Alta; AAS e AINE”, com mais alto grau de recomendação, lista-se (SPED, 2010): em pacientes com história prévia de hemorragia por úlcera com indicação de terapêutica com AINE, alerta-se a reconhecer que tratamentos com AINE tradicional associado a IBP, ou AINE inibidor seletivo da COX-2 em monoterapia, associam-se a um substantivo risco de recorrência de hemorragia por úlcera; para pacientes com histórico de hemorragia ulcerosa, com indicação a tratamento com AINE, combinar IBP com inibidor seletivo da COX-2 é recomendada para reduzir risco de recorrência hemorrágica, em comparação com inibidores seletivos da COX-2 em monoterapia; pacientes com

hemorragia digestiva por úlcera péptica, e medicamentos com AAS em dose baixa, recomenda-se reiniciar terapêutica com AAS logo que o risco de complicações cardiovasculares ultrapasse o risco de hemorragia; em pacientes com indicação de profilaxia cardiovascular e histórico de hemorragia digestiva por úlcera péptica, é indicado reconhecer que o clopidogrel em monoterapia associa-se a maior risco de recidiva hemorrágica que a terapêutica com AAS associada a um IBP (SPED, 2010; BARKUN *et al.*, 2010).

Segundo Barkun *et al.* (2019), o manejo das hemorragias digestivas altas tem avançado com novas técnicas de endoscopia; além disso, o quadro farmacológico também mudou. Terapias anticoagulantes e antiagregantes, e suas combinações, têm se tornado cada vez mais frequentes, aumentando o risco para essa patologia. Por isso, os autores empreenderam uma revisão das diretrizes estabelecidas em 2010, com foco nas publicações em língua inglesa, classificando as recomendações em relação à sua consistência junto às evidências mais atuais em pesquisas. Os autores consideram e explicam detalhadamente os critérios de escolha de fontes, a pesquisa de literatura e revisões sistemáticas; bem como o critério para avaliação da qualidade da evidência, e esclarecem questões de supervisão e revisão. Tal publicação, embora não tenha trazido nenhuma mudança crucial no que já é estabelecido em conduta para tratamento de hemorragias, é um documento produzido com bastante esmero e com nível de detalhamento indispensável para os especialistas na área.

Cada recomendação foi acrescida, quando necessário, de uma classificação (que considerou vários fatores): recomendável/sugerível, bem como da fundamentação minuciosa pela escolha entre um e outro. Neste artigo, trabalhamos as recomendações do Jornal Português, que tem grande semelhança com a publicação anterior dos mesmos autores, sendo Barkun *et al.* (2010), citados como referência na produção das diretrizes. Não sendo o propósito deste trabalho estender a discussão em detalhes, está aqui enfatizada a qualidade e importância de tal publicação para trabalhadores da área.

Segundo Lima (2013), a literatura é concordante em apontar que a maior parte das mortes em pacientes com hemorragia digestiva alta não varicosa não compreendem consequência direta da lesão hemorrágica isoladamente, mas das comorbidades dos pacientes, geralmente idosos e enfermos, como insuficiência cardíaca e pulmonar. Assim, pode-se prever que avanços na terapêutica do episódio

hemorrágico não terão efeitos substanciais sobre os índices de mortalidade da patologia. Enfatiza-se, portanto, a necessidade dos tratamentos paralelos para fatores de risco extra-gastrointestinais dos pacientes, com intensivo monitoramento e cuidados da equipe multiprofissional.

A idade avançada, assim, é fator de risco para pacientes com HDA, sendo este fato relacionado às comorbidades comuns nessa faixa etária, principalmente as alterações cardiopulmonares. Estudos internacionais e Lima (2013), atestaram o prognóstico terapêutico dos pacientes idosos semelhante ao dos jovens, embora os primeiros façam uso mais frequente de antiagregantes plaquetários, e convivam com mais comorbidades. Indica-se assim os mesmos princípios de tratamento para a hemostasia de lesões hemorrágicas em pacientes idosos e jovens, sendo também necessário suporte clínico para a população mais jovem (LIMA, 2013).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento da população como fenômeno comum aos países desenvolvidos e em desenvolvimento e as causas variadas associadas à hemorragia digestiva alta não varicosa, bem como o fato de ser uma emergência médica comum foram os principais motivos para a escolha deste tema.

Uma vez que há várias causas de hemorragias digestivas alta não varicosa, o estudo sobre o tema é importante para que haja avanço constante no diagnóstico e tratamento.

No Brasil, principalmente no que se refere ao serviço público, enfrentamos dificuldades, como a falta de medicamentos para abordagem do paciente, bem como a indisponibilidade na maioria dos serviços de urgência do equipamento endoscópico e médico especialista para tratamento precoce das hemorragias. É importante salientar a necessidade de adequado conhecimento médico, afim de oferecer atendimento baseado em evidências.

A partir do momento que conseguirmos atingir todos os passos para uma abordagem adequada ao paciente com quadro de hemorragia digestiva alta não varicosa é possível manter baixas taxas de mortalidade.

Por fim, ressalto a necessidade de mais investigações epidemiológicas no Brasil, a fim de conhecermos a realidade desta emergência médica em nosso país.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA *et al.* **Etiologia da hemorragia digestiva alta em hospital de emergência em Recife – Pernambuco.** GED gastroenterol. endosc. dig. v. 32, n. 3, p. 76-81, 2013.

BARKUN A. N. *et al.* **International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group.** International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med, v. 152, p; 101-113, 2010.

BARKUN, A. N. *et al.* **Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding.** Guideline Recommendations From the International Consensus Grup. Annals of Internal Medicine, v. 171, n. 11, dez, 2019.

CARVALHO FILHO, R. J. **Hemorragia Digestiva Alta.** Revista Médica Oficial do Hospital Universitário da UFJF, v. 30, n. 1, jan-abr, 2004.

CASTRO, M. F. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos com queixas sugestivas de hemorragia digestiva alta no setor de emergência de hospital terciário de são Paulo.** TCC (Residência em Clínica Médica) - Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo-HSPM. São Paulo, 46 p., 2014.

FERREIRA, R. P. B.; EISIG, J. N. **Projeto diretrizes: Hemorragia digestiva.** Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. São Paulo, Brasília – AMB/CFM, 2008.

HOLSTER I. L.; KUIPERS, E. J. **Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding:** current policies and future perspectives. World J Gastroenterol, v. 18, p. 1202-1207, 2012.

HREINSSON, J. P. *et al.* **Upper gastrointestinal bleeding:** incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. Scandinavian Journal of Gastroenterology, v. 48, p. 439-447, 2013.

LIMA, J. C. **Hemorragia digestiva alta não varicosa:** experiência do gastrocentro-unicamp. Características dos pacientes idosos. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP. Campinas, 129 p., 2013.

LOURENÇO, K. G. A.; OLIVEIRA, R. B.. **Abordagem do paciente com hemorragia digestiva alta não varicosa.** Simpósio: Urgências e Emergências Digestivas. Medicina, Ribeirão preto, v. 36, abr-dez, p. 261-265, 2003.

PATRÍCIO, C. E. *et al.* **Hemorragia digestiva alta não varicosa:** estudo retrospectivo. AnnPaul Med Cir, v. 126, p. 75-80, 1999.

SOARES, D.C.; BROLLO, F. M.; KUPSKI, C. **Hemorragia digestiva alta.** Acta méd. (Porto Alegre), v. 35, n. 5, 2014.

SPED. **Recomendações para o tratamento de doentes com hemorragia digestiva**

**alta de causa não varicosa.** Jornal Português de Gastreenterologia - Recomendação SPED. v. 17 , set-out, 2010.

YU, P. GONG, J. **Hemosuccus pancreaticus:** A mini-review. Ann Med Surg (Lond), v. 28, p. 45-48, abr., 2018.