



ACHADOS ENDOSCÓPICOS EM USUÁRIOS ACOMETIDOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

ENDOSCOPIC FINDINGS IN PATIENTS AFFECTED BY UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN EMERGENCY SITUATION

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES AFECTADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Suelayne Martins Araujo¹, Ana Carla Silva Alexandre², Ana Paula Santos Albuquerque³

RESUMO

Objetivo: identificar os principais diagnósticos endoscópicos de usuários portadores de hemorragia digestiva alta atendidos em situação de emergência. **Método:** estudo documental, prospectivo e exploratório com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi realizada entre agosto e novembro de 2014, por meio de formulário contendo questões sociodemográficas e clínicas, com a utilização de 76 prontuários de atendimento. **Resultados:** destacou-se o predomínio de pacientes do sexo masculino (63,2%), na faixa etária entre 61 aos 80 anos (48,7%), tendo como manifestação clínica mais comum a hematêmese (53,9%). O diagnóstico endoscópico prevalente foi úlceras pépticas (34,3%). O período de internação predominante foi entre quatro e 10 dias (40,8%) e 21% dos pacientes foram a óbito. **Conclusão:** o conhecimento das lesões que causam hemorragia digestiva alta e as características deste tipo de paciente podem auxiliar os gestores no planejamento de ações que repercutam na qualidade do tratamento empregado. **Descritores:** Hemorragia Gastrointestinal; Endoscopia Gastrointestinal; Emergência.

ABSTRACT

Objective: to identify the main endoscopic diagnoses in patients with gastrointestinal bleeding cared for in emergency situation. **Method:** documentary, prospective and exploratory study with a quantitative approach. Data collection was conducted between August and November 2014 using a form containing sociodemographic and clinical aspects from 76 medical records. **Results:** there was predominance of male patients (63.2%) aged 61 to 80 years (48.7%). Hematemesis was the most common clinical manifestation (53.9%). The prevalent endoscopic diagnosis was peptic ulcers (34.3%). The predominant length of hospital stay was between four and 10 days (40.8%) and 21% of the patients died. **Conclusion:** knowledge about the lesions that cause upper gastrointestinal bleeding and the characteristics of this type of patients can assist managers in planning actions that improve the quality of the treatment prescribed. **Descriptors:** Gastrointestinal Bleeding; Gastrointestinal Endoscopy; Emergency.

RESUMEN

Objetivo: identificar los principales diagnósticos endoscópicos de pacientes con hemorragia digestiva alta en situación de emergencia. **Método:** estudio documental, prospectivo y exploratorio con enfoque cuantitativo. La recolección de datos se realizó entre agosto y noviembre de 2014, a través de un formulario conteniendo aspectos socio-demográficos y clínicos, con el uso de 76 registros médicos. **Resultados:** se destacó el predominio de pacientes masculinos (63.2%), de entre 61 a 80 años de edad (48,7%). Hematemesis fue la manifestación clínica más común (53,9%). El diagnóstico endoscópico más frecuente fue de úlceras pépticas (34,3%). El período predominante de hospitalización fue de entre cuatro y 10 días (40,8%) y el 21% de los pacientes falleció. **Conclusión:** el conocimiento de las lesiones que causan la hemorragia digestiva alta y las características de este tipo de pacientes pueden ayudar a los gerentes en la planificación de acciones que repercutan en la calidad del tratamiento usado. **Descritores:** Hemorragia Gastrointestinal; Endoscopia Gastrointestinal; Emergencia.

¹Enfermeira, Especialista em Emergência Geral na modalidade de Residência em Enfermagem, Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Brasil. E-mail: suelaynemartins@hotmail.com; ²Enfermeira, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Urgência e Emergência, Docente do Instituto Federal de Pernambuco - Campus Pesqueira (IFPE), Mestranda em Ciências da Saúde, Instituto Universitário Italiano de Rosário (IUNIR). Pesqueira, PE, Brasil. E-mail: anacarlalalexandre@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Hebiatria, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Ipojuca (UNIFAVIP/DEVRY), Coordenadora da Residência de Enfermagem, Hospital Regional do Agreste (HRA), Membro da Comissão de Ética do HRA. Caruaru, PE, Brasil. E-mail: paulabuique@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) tem sido definida como todo sangramento intraluminal que esteja localizado entre o esôfago superior e o ângulo de Treitz.¹ Geralmente, os sintomas se manifestam através de hematêmese (vômitos de sangue vivo ou em borra de café), melena (fezes enegrecidas) e hematoquezia (eliminação pelo reto de sangue vivo).²

A HDA pode ser causada por uma variedade de condições patológicas e constitui a principal urgência gastroenterológica. Ela é classificada em: hemorragia de origem não varicosa, que tem etiologia predominantemente péptica ou vascular, como úlcera gastroduodenal responsável por cerca de 46% das HDAs; lesões agudas da mucosa; laceração de Mallory-Weiss; lesão de Dieulafoy; ectasia vascular; e hemorragia de origem varicosa, decorrente de hipertensão portal, como as varizes esofágicas, gástricas ou duodenais.^{3,4}

Essas manifestações hemorrágicas são frequentes nas emergências brasileiras e correspondem a aproximadamente 25% dos atendimentos.⁵ A incidência anual da HDA nos países ocidentais varia entre 100 e 150 casos por 100.000 habitantes. Apesar dos avanços na área do diagnóstico e terapêutica, a mortalidade tem se mantido elevada com taxas entre 4% e 10% nos casos não varicosos e 18% e 30% nos casos de origem varicosa.⁶ A população masculina de baixo poder socioeconômico apresenta duas vezes mais riscos de desenvolver episódios de HDA.⁷ No entanto, a mortalidade ocorre com mais frequência nos idosos devido à comorbidades inerentes a este grupo.⁸

Cerca de 80% dos episódios sangrantes são autolimitados e requerem apenas tratamento de suporte. Porém, os 20% restantes têm sangramento persistente cursando com quadro de instabilidade hemodinâmica e aumentando a taxa de morbimortalidade.² Por isso, a realização do diagnóstico precoce é de suma importância, pois permite uma intervenção terapêutica que atenda às necessidades do paciente e, assim, possibilite a sobrevivência dos mesmos.⁹

Por meio dos avanços tecnológicos é possível o realizar exame direto da mucosa do esôfago até a segunda porção do duodeno através da endoscopia digestiva alta (EDA) ou esofagogastroduodenoscopia.⁵ Esse exame é o método de eleição para o diagnóstico das HDAs por apresentar alta sensibilidade e especificidade com possibilidade terapêutica,

como também, permite estratificar risco e estabelecer prognóstico.¹⁰

Identificar a origem do sangramento é primordial, pois direciona as condutas terapêuticas a serem instituídas. Sendo assim, o exame deve ser realizado dentro das primeiras 24 horas, logo após o paciente ter recebido ressuscitação volêmica, se for o caso, e estar hemodinamicamente estável.¹

Assim, torna-se evidente que a conduta terapêutica adotada para estes pacientes nas emergências necessitam de um correto manejo, associado ao exame de EDA para que as ações sejam, então, direcionadas com a finalidade de se reduzir os índices de morbimortalidade que há tanto tempo estão atrelados à história da HDA.^{1,2}

É importante ressaltar também a atuação da enfermagem neste processo. Suas ações estarão presentes em todas as etapas desenvolvidas durante a hospitalização desse paciente, inclusive na realização da EDA. Também dependerão dessas ações o sucesso de seu tratamento.¹¹ Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi identificar os principais diagnósticos endoscópicos de usuários portadores de HDA atendidos em situação de emergência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, prospectivo e exploratório com abordagem quantitativa. Foi realizado em um hospital geral de grande porte que presta seus serviços por meio do Sistema Único de Saúde. Dispõe de um serviço próprio de endoscopia digestiva que atende à demanda de emergências endoscópicas da região. Encontra-se localizado em Caruaru, Pernambuco, Brasil.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2014, com 76 prontuários atendendo a uma precisão de 8% quando analisamos a proporção de atendimentos de emergência em portadores de HDA. A amostra foi do tipo amostragem por critérios e fizeram parte do estudo os que atenderam aos critérios de inclusão: paciente admitido pela emergência; realização da EDA dentro das primeiras 24 horas da admissão; apresentação de diagnóstico endoscópico; e prontuários legíveis. Desta forma, foram excluídos da pesquisa aqueles que não tiveram diagnóstico inicial de HDA na admissão.

Para coleta das informações analisou-se diariamente, através do livro de registro de admissão do setor de endoscopia, a quantidade de pacientes que haviam realizado EDA. Posteriormente, realizou-se uma busca na unidade pelo referido prontuário. Utilizou-se para coleta dos dados um instrumento do

Araujo SM, Alexandre ACS, Albuquerque APS .

Achados endoscópicos em usuários acometidos...

tipo formulário contendo questões diretas. Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, como: idade; raça; sexo; e procedência, e clínicas, como: manifestações clínicas; hábitos agressores da mucosa gástrica; comorbidades; uso de ressuscitação volêmica; drogas de ataque; diagnóstico endoscópico; terapia endoscópica; drogas de manutenção; ressangramento; necessidade de cirurgia; período de internação; e tipo de alta.

Os dados foram computados em um banco de dados usando o programa Excel (Microsoft® Windows) versão 2007, com duas revisões. Após o processamento, os dados foram analisados pelo Programa Estatístico SPSS versão 20.0 e estão expostos através de tabelas.

Antecedente a coleta dos dados a anuência do diretor da instituição hospitalar e o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 32417214.4.0000.5203. Estando em consonância com os princípios éticos e legais que norteiam a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) obteve parecer favorável sob nº 747.440.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos no estudo, observou-se uma maior frequência de HDA em pacientes do sexo masculino (63,2%), com idade entre 61 e 80 anos (48,7%), de raça parda (85,5%) e procedentes dos municípios pertencentes à IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES), a qual é uma unidade administrativa composta por um agrupamento de municípios limítrofes (51,3%). Esses dados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil epidemiológico dos pacientes. Caruaru, PE, 2014.

Variáveis	Pacientes	
	n	%
Faixa etária (anos)		
≤ 16	1	1,3
21 a 40	9	11,8
41 a 60	20	26,3
61 a 80	37	48,7
≥ 81	9	11,8
Total	76	100
Sexo		
Feminino	28	36,8
Masculino	48	63,2
Total	76	100
Raça		
Branco	9	11,8
Pardo	65	85,5
Negro	2	2,6
Total	76	100
Procedência		
Caruaru	20	26,3
Município pertencente à IV GERES	39	51,3
Município não pertencente à IV GERES	17	22,4
Total	76	100

Todos os pacientes que fizeram parte da amostra haviam procurado o serviço de emergência por apresentar alguma manifestação macroscópica de sangramento com prevalência de hematêmese (53,9%)

seguido por hematêmese e melena associadas (36,8%), conforme disposto na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo manifestações clínicas. Caruaru, PE, 2014.

Manifestações clínicas	Pacientes	
	n	%
Hematêmese	41	53,9
Melena	6	7,9
Hematoquezia	1	1,4
Hematêmese e melena	28	36,8
Total	76	100

Quanto aos hábitos de vida agressores da mucosa gástrica, em apenas 24 (31,6%) dos prontuários havia relato de algum deles,

sendo 21 (87,5%) por ingestão/uso de álcool e/ou cigarro e três (12,5%) por consumo de anti-inflamatórios não esteroideais (AINE).

Araujo SM, Alexandre ACS, Albuquerque APS .

Achados endoscópicos em usuários acometidos...

Sobre o conhecimento da existência de alguma comorbidade no momento da admissão hospitalar, em apenas 22 (28,9%) havia alguma comorbidade relatada, sendo 19 (86,4%) hepatopatas, seguidos de dois (9,1%) com alteração cardiorrespiratória e um (4,5%) com insuficiência renal crônica.

Relativo à conduta terapêutica inicial, apenas 23 (30,2%) haviam recebido alguma droga de ataque: nove (39,1%) haviam feito uso de inibidor de bomba de prótons (IBP) em bomba de infusão contínua (BIC); 11 (47,8%) haviam utilizado terlipressina; e três (13,1%) haviam usado associadamente IBP e terlipressina. Quanto à necessidade de reposição volêmica, 75 (98,7%) haviam feito uso. Destes, 51 (68%) haviam utilizado

cristaloides e 24 (32%) cristaloides e hemoderivados associados.

Sobre os achados endoscópicos da amostra pesquisada, observa-se na Tabela 3 que houve uma variedade de condições patológicas, porém, com prevalência das úlceras pépticas (34,3%), seguidas das varizes esofágicas (28,9%). Quanto à intervenção terapêutica endoscópica, apenas 32 (42,1%) havia recebido algum tipo de intervenção. Com relação ao uso das drogas de manutenção após diagnóstico endoscópico, apenas 23 (30,2%) haviam feito uso. Destes, 12 (52,2%) haviam utilizado IBP em BIC e 11 (47,8%) haviam feito uso de terlipressina. Salienta-se que os pacientes que haviam recebido as drogas de ataque não foram os mesmos que receberam as drogas de manutenção.

Tabela 3. Percentual dos diagnósticos endoscópicos encontrados nos pacientes submetidos ao exame. Caruaru, PE, 2014.

Diagnóstico endoscópico	Pacientes	
	n	%
Úlcera péptica	26	34,3
Gástrica	17	65,5
Duodenal	7	26,9
Esofágica	1	3,8
Gastroduodenal	1	3,8
Enfermidade varicosa	22	28,9
Esofágica	22	28,9
Enfermidade erosiva	13	17,1
Gastrite	8	61,5
Esofagite	4	30,8
Duodenite	1	7,7
Lesão maligna gástrica	8	10,5
Gastropatia hipertensiva	4	5,3
Mallory-Weiss	2	2,6
Pólipo de cárdia	1	1,3
Total	76	100

Após a realização da EDA, apenas cinco (6,5%) pacientes haviam apresentado algum episódio de ressangramento. Não houve nenhum caso com necessidade de intervenção cirúrgica. O período de internação necessário

para tratamento na maioria dos pacientes havia sido entre quatro e 10 dias (40,8%). Durante o seguimento do tratamento, 21% dos pacientes haviam ido a óbito, conforme pode-se observar na Tabela 4.

Tabela 4. Período de internação e o motivo da alta. Caruaru, PE, 2014.

Variáveis	Pacientes	
	n	%
Período de internação (dias)		
< 1	11	14,5
Até 3	18	23,7
4 a 10	31	40,8
≥ 11	16	21,0
Total	76	100
Tipo de alta		
Óbito	16	21,0
Cura/melhora	43	56,5
Abandono	2	2,7
Transferência	14	18,5
Ambulatório	1	1,3
Total	76	100

DISCUSSÃO

Diante da problemática existente em relação à morbimortalidade de pacientes acometidos por HDA e de seu impacto na emergência clínica, torna-se necessário que esforços sejam gerados com a finalidade de se garantir políticas de prevenção e promoção da saúde.^{2,6,12,13}

O perfil epidemiológico encontrado no estudo em apreço, assim como pesquisas nacionais e internacionais, apontam uma prevalência de HDA em pacientes do sexo masculino com idade superior a 60 anos.^{2,3,8,14,15} Concernente à raça, percebe-se relação variando entre a raça parda e branca.²

O motivo que havia levado os pacientes a procurarem o serviço de emergência havia sido manifestação macroscópica de sangramento, prevalecendo a manifestação de hematêmese, seguida por melena e hematêmese associadas e, em terceiro lugar, a melena. Sobre o sinal mais prevalente na suspeição da HDA e nas pesquisas pertinentes ao tema os resultados são variados. Porém, os dois mais encontrados são a hematêmese e a melena.^{2,7}

Esses pacientes podem se apresentar estáveis ou instáveis hemodinamicamente, o que indica a severidade do sangramento. O atendimento na sala de emergência aos que apresentam comprometimento hemodinâmico é independente da etiologia do sangramento e tem como objetivo compensar as perdas sanguíneas. Deve-se, inclusive, preceder medidas diagnósticas e terapêuticas.^{3,5} Portanto, observou-se que a conduta terapêutica inicial adotada havia sido o uso de cristaloides (68%), seguido da associação de hemoderivados e cristaloides (32%). Estes dados permitem observar que um número considerável de pacientes havia necessitado de estabilização hemodinâmica para que pudessem ser submetidos ao exame endoscópico.^{6,15}

É sabido que uma série de fatores (estresse emocional, fumo, álcool, AINE, dentre outros) contribuem para o surgimento de lesões da mucosa gástrica.^{16,18} Com relação à utilização de álcool/cigarro/AINE, evidenciou-se que apenas 31,6% dos pacientes haviam relatado fazer uso, número este bem inferior ao encontrado por outros autores, os quais relataram que 73,8% dos pacientes apresentavam um destes hábitos agressores.² Sobre a existência de comorbidades, esta esteve presente em 28,9% dos pacientes que compuseram o presente estudo. Resulta de suma importância o reconhecimento da

presença de comorbidades significativas como cardiorrespiratórias, hepáticas e renais, pois estas compõem um grupo de alto risco após um episódio hemorrágico.^{1,19}

A aplicação de monoterapia (clínica, endoscópica e/ou cirúrgica) não repercutiu positivamente no tratamento da HDA, sendo necessário um tratamento precoce e combinado.^{3,7} No contexto dos dados obtidos, apenas 30,2% dos pacientes havia recebido alguma droga de ataque (inibidor de bomba de prótons e/ou terlipressina) e 30,2% drogas de manutenção. Este resultado é bem inferior quando comparado com o de um estudo no qual mais de 90% dos pacientes havia recebido tratamento combinado, sendo refletido, inclusive, no índice de mortalidade, o qual havia sido menor que 1%.³

A terapêutica endoscópica havia sido utilizada em apenas 42,1% dos pacientes. Este número foi inferior ao encontrado em uma pesquisa que analisou o perfil dos exames endoscópicos de emergência, a qual evidenciou o uso de intervenção em 80% dos pacientes.²¹ A utilização da intervenção endoscópica tem por objetivo obter hemostase precoce, diminuir o período de internação, necessidade menor de hemotransfusões, diminuição nas taxas de ressangramento, bem como a necessidade de abordagem cirúrgica.⁹

Quanto à etiologia dos sangramentos, há anos a úlcera péptica se mantém no topo como a principal causa da HDA. Mesmo havendo um declínio na sua prevalência nas duas últimas décadas, esta ainda se mantém elevada.^{3,16} Logo, os achados do estudo em discussão não foram diferentes, encontrando 34,3% de casos de úlcera péptica. Em seguida, as varizes esofágicas se apresentaram com maior prevalência. Estas são apontadas pela literatura como sendo a segunda causa mais comum de sangramento digestivo alto. As varizes são decorrentes da formação de vasos colaterais que se originam da hipertensão portal e o seu rompimento apresenta uma mortalidade de 20 a 40% nas primeiras semanas, dado alarmante considerando a prevalência das mesmas.^{9,17}

As lesões erosivas da mucosa gástrica foram responsáveis por 17,1% dos casos. Normalmente, este tipo de lesão decorre de uma agressão à mucosa, seja por uso de medicamentos, álcool ou excesso de secreção ácido-péptica. Sua prevalência varia, ficando em segundo ou terceiro lugar como etiologia de sangramentos digestivos.^{6,18} Apesar de estudos epidemiológicos apontarem uma incidência mundial decrescente do câncer gástrico, esta doença ainda corresponde a

Araujo SM, Alexandre ACS, Albuquerque APS .

Achados endoscópicos em usuários acometidos...

uma das neoplasias com maiores taxas de incidência e mortalidade em todo o mundo.¹⁹ Ele esteve presente em 10,5% dos pacientes, número alto ao compararmos com outros estudos que encontraram, respectivamente, 4,5% e 3,0% de casos de neoplasia.^{2,8}

Outras etiologias menos comuns encontradas foram a gastropatia hipertensiva (5,3%) e o pólipo de cárdia (1,3%) que pelo baixo índice corroboram com a literatura. A laceração de Mallory-weiss esteve presente em 2,6% dos pacientes. Este tipo de lesão possui uma relação estreita com a ingestão prévia de álcool, sendo uma causa comum de HDA. Porém, não foi um achado comum neste estudo.¹

O período de internação necessário para recuperação na maioria dos pacientes havia sido entre quatro e 10 dias (40,8%); no entanto, em um estudo os autores relataram uma média de três dias de hospitalização.² Entretanto, é importante ressaltar que o sangramento digestivo muitas vezes culmina com a descompensação de outros sistemas, como o respiratório e o cardiovascular, principalmente nos idosos. Isso leva ao agravamento do quadro clínico, refletindo no período necessário para recuperação.¹⁵

O índice de ressangramento encontrado foi de 6,5%. Este valor está próximo ao evidenciado em outra pesquisa que encontrou 6,1% e bem menor do encontrado por outro autor, o qual relatou um ressangramento de 11%. Porém, destes, três haviam ido a óbito, o que mostra a gravidade deste tipo de episódio.^{2,6} Durante o seguimento do presente estudo, a mortalidade encontrada foi de 21%, valor alto quando comparado com outros autores.^{2,8,14,15}

No que diz respeito à intervenção cirúrgica, esta não se havia sido necessária. Este tipo de procedimento depende da etiologia do sangramento e do volume perdido. Os mais recentes estudos têm demonstrado uma necessidade cada vez menor deste tipo de intervenção, sendo reflexo da utilização em tempo oportuno de medicações e endoscopia intervencionista.^{3,6,8}

CONCLUSÃO

Considerando o impacto que a HDA tem na emergência clínica, salienta-se a relevância do presente estudo. O mesmo apresenta os achados endoscópicos que acometem os usuários, bem como a conduta terapêutica adotada para este tipo de cliente. Considera-se que o conhecimento dessas características respalda a atuação dos profissionais de saúde que atuam nesta instituição. Permitir-se-á o ajuste de condutas adotadas no intuito de se

melhorar o atendimento a estes pacientes, bem como a prevenção dessas lesões.

O conhecimento dessas características pode, ainda, servir aos gestores como ferramenta para favorecer a compreensão de particularidades que podem estar diretamente relacionadas ao bom prognóstico. Logo, a análise dessas características permite o planejamento de ações para melhorar o atendimento e manejo desses pacientes, refletindo na qualidade da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Santos MSC, Neto RAB, Lopes RA. Hemorragia Digestiva Alta. IN: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. Pronto-socorro: medicina de emergência. 3rd ed. Barueri, SP: Manole, 2013, P1266-76.
2. Haro CP, Fey A. Análise do perfil epidemiológico, tratamento e evolução dos pacientes com hemorragia digestiva alta atendidos no pronto socorro do Hospital Regional Alto Vale. Arq Catarinenses de Medicina [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 21];39(3):51-6. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/816.pdf>
3. Maldonado MAC , Rojas PG, Paredes EAB, López RCG, Mercado-Tenorio JH, Ochoa YS et al. Factores de Riesgo Asociados a la Mortalidad por Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes de un Hospital Público. Estudio Caso control. Rev Gastroenterologia Perú [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 12]; 33(3):223-9. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n3/a04v33n3.pdf>
4. Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH). Relatório do 1º Consenso da Sociedade Brasileira de Hepatologia sobre Hemorragia Digestiva Alta Varicosa. GED gastroenterol endosc DIG [Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 21];30(supl 2):10-28. Available from: http://www.sbhhepatologia.org.br/pdf/consenso_s/consenso1.pdf
5. Matuguma SE, Ide E, Moura EGH, Filho FM. Endoscopia e colonoscopia no Pronto-socorro. IN: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. Pronto-socorro: medicina de emergência. 3rd ed. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 86-92.
6. Aguayo O, Torres A, Sosa K, Ramírez A, Rodríguez C, Fernández A et al. Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. Cir Parag [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 21];37(1):15-18. Available from: <http://www.sopaci.org.py/v2/uploads/Aguayo%200mar%20jun13.pdf>
7. Araujo EA, Torres FSC, Carneiro FS, Costa KV, Guiotti MTG, Lopes RD et al. Profilaxia dos sangramentos gastrintestinais em Medicina de Urgência. Rev Bras Clin Med [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 25]; 8(4):333-7. Available from:

Araujo SM, Alexandre ACS, Albuquerque APS .

Achados endoscópicos em usuários acometidos...

<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a009.pdf>

8. Uribe CHM, Sierra S, Hernández AM, Durango AFA, Lopez GA. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2011 [cited 2013 Feb 25];103(1):20-4. Available from:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082011000100004&script=sci_arttext&tlng=es

9. Alatise OI, Aderibigbe AS, Adisa AO, Adekanle O, Agbakwuru AE, Arigbabu AO. Management of overt upper gastrointestinal bleeding in a low resource setting: a real world report from Nigeria. *BMC Gastroenterology* [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 24]; 14(210):1-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/14/210>

10. Sakae TM, Sakae GRFM, Ruzon RFL. Perfil epidemiológico dos exames de Endoscopia Digestiva Alta no Hospital Nossa Senhora da Conceição de 2007 a 2010. *Arq Catarin Med* [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 21];41(4):38-41. Available from:

<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1141.pdf>

11. Selhorst ISB, Bub MBC, Girondi JBR. Protocolo de acolhimento e atenção para usuários submetidos a endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 29];67(4):575-80. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0575.pdf>

12. Crooks CJ, Card TR, West J. Excess Long-Term Mortality following Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: A Population-Based Cohort Study. *PLOS Medicine* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 24]; 10(4): 01-15. Available from:

<http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.1001437&representation=PDF>

13. Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Canova JCM, Rodrigues CDS, Cesarino CB, Júnior OLS. Permanência e desfecho do paciente clínico e cirúrgico no serviço de emergência. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 24];7(9):5426-32. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4886/pdf_3388

14. Oliveira LCM, Lima OS, Martins BR. Frequência das Causas de Hemorragia Digestiva Alta em Pacientes com Cirrose Hepática Atendidos em um Hospital Universitário. *GED Gastroenterol Endosc Dig* [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 21];31(1):19-24. Available from:

<http://files.bvs.br/upload/S/0101-7772/2012/v31n1/a3651.pdf>

15. Varela RA, Suárez FP, Elías JOD, Hernández JAM. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en El Hospital Universitario Calixto García. *Rev Cubana de Cirugía* [Internet]. 2011

[cited 2014 Nov 16];50(1):40-53. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol50_1_10/cir05111.htm

16. Oliveira AF, Carvalho JR, Costa MFS, Lobato LCP, Silva RS, Schramm JMA. Estimativa da prevalência e da mortalidade por complicações da úlcera péptica, Brasil, 2008: uma proposta metodológica. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 12]; 24(1):145-54. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00145.pdf>

17. Fagundes EDT, Roquete MLV, Ferreira AR, Penna FJ. Fatores preditivos de varizes esofágicas em pacientes com hipertensão porta. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 06];20(1):107-14. Available from:

<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewArticle/214>

18. Olmos I, Daners M, Olmos V, Giachetto G. Consultas por sangrados relacionados con medicamentos en el Servicio de Emergencia de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. *Rev Med Urug* [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 12];27(1):5-11. Available from:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v27n1/v27n1a02.pdf>

19. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 24];48(4):439-47. Available from:

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/00365521.2012.763174>

20. Milhomem LM, Cardoso DMM, Mota ED, Fraga-Júnior AC, Martins E, Mota OM. Frequência e fatores preditivos relacionados a metástase linfática em câncer gástrico precoce. *Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 03];25(4):235-39. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000400005

21. Carbonari APC, Assef MS, Marioni F. Endoscopia Digestiva Alta: Perfil dos Exames Eletivos e Emergenciais Realizados em um Hospital Terciário. *Gastroenterol endosc Dig* [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 05];31(3):83-8. Available from:

<http://files.bvs.br/upload/S/0101-7772/2012/v31n3/a3918.pdf>

Submissão: 29/11/2015

Aceito: 29/03/2016

Publicado: 01/05/2016

Correspondência

Suelayne Martins Araujo
Rua Venustriano Correia, 447
Bairro Santa Rosa
CEP 55026-270 – Caruaru (PE), Brasil