



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

JONATHANS BRITO DOS SANTOS COSTA

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: PERSPECTIVA DE UM HOSPITAL NO
INTERIOR DO NORDESTE DO BRASIL**

**LAGARTO-SE
2025**

JONATHANS BRITO DOS SANTOS COSTA

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: PERSPECTIVA DE UM HOSPITAL NO
INTERIOR DO NORDESTE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Medicina de Lagarto da Universidade
Federal de Sergipe, Campus Prof. Antônio
Garcia Filho, como requisito para obtenção
do grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique
Sena Santos.

LAGARTO-SE

2025

JONATHANS BRITO DOS SANTOS COSTA

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: PERSPECTIVA DE UM HOSPITAL NO
INTERIOR DO NORDESTE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Medicina de Lagarto da Universidade
Federal de Sergipe, Campus Prof. Antônio
Garcia Filho, como requisito para obtenção
do grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique
Sena Santos.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador – Prof. Dr. Eduardo Henrique Sena Santos

Primeira examinadora – Prof.^a Dra. Aline de Siqueira Alves Lopes

Segunda examinadora – Prof.^a Msc. Rosiane Santana Andrade Lima

PARECER

RESUMO

Introdução: A Hemorragia Digestiva Alta (HDA) é o sangramento com origem proximal ao ângulo de Treitz. Ela pode ser de etiologia varicosa e não varicosa, sendo que a segunda mais comum. É mais comum em homens e com idade mais avançada. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é o principal exame complementar pra diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** Descrever as características clínico-epidemiológicas dos pacientes com suspeita de HDA no serviço de endoscopia do Hospital Universitário de Lagarto (HUL) em um período de 6 meses. **Materiais e métodos:** Estudo transversal, que teve como amostra todos os pacientes, maiores de 18 anos, atendidos no Serviço de Endoscopia do HUL em um período de 6 meses com suspeita de HDA. A coleta de dados foi feita por meio de questionário impresso, aplicado pelo pesquisador. **Resultados:** Foram realizadas 361 endoscopias digestivas altas no período do estudo, com 317 pessoas diferentes, 75 delas com suspeita de HDA. Após algumas perdas foram avaliados 41 pacientes. A principal etiologia de sangramento foi as varizes esofágica, responsável por 39,1% dos casos confirmados. O sexo masculino foi mais acometido, com uma proporção aproximada de 8:2. Quanto à idade, a média encontrada foi de 61,8 anos nos pacientes com suspeita e 62,6 nos pacientes com hemorragia confirmada. **Conclusão:** Percebeu-se uma maior incidência de HDA em idosos do sexo masculino, sendo a principal etiologia encontrada as varizes esofágicas, seguido da doença ulcerosa péptica. Por fim, sugere-se futuras pesquisas, com amostras maiores e de maior tempo de duração, que possam incluir novas variáveis, como mortalidade intra e extra-hospitalar.

Palavras-chave: Endoscopia; Hemorragia Digestiva Alta; Hemorragia gastrointestinal.

ABSTRACT

Introduction: Upper Gastrointestinal Bleeding (UGIB) is bleeding originating proximally to the Treitz angle. It can be of variceal or non-variceal etiology, with the latter being more common. It is more frequent in men and in older individuals. Upper Gastrointestinal Endoscopy (UGE) is the main complementary exam for diagnosis and treatment. **Objective:** To describe the clinical and epidemiological characteristics of patients with suspected UGIB in the endoscopy service of the Lagarto University Hospital (HUL) over a period of six months. **Materials and Methods:** A cross-sectional study, which included all patients over 18 years old treated at the HUL Endoscopy Service over a six-month period with suspected UGIB. Data collection was conducted through a printed questionnaire applied by the researcher. **Results:** A total of 361 upper gastrointestinal endoscopies were performed during the study period, involving 317 different patients, 75 of whom had suspected UGIB. After some losses, 41 patients were evaluated. The main cause of bleeding was esophageal varices, responsible for 39.1% of confirmed cases. Males were more affected, with an approximate ratio of 8:2. Regarding age, the average was 61.8 years for patients with suspected UGIB and 62.6 years for those with confirmed bleeding. **Conclusion:** A higher incidence of UGIB was observed in elderly male patients, with esophageal varices being the main etiology, followed by peptic ulcer disease. Finally, future studies with larger samples and longer study periods are suggested, including new variables such as in-hospital and out-of-hospital mortality.

Keywords: Endoscopy; Upper Gastrointestinal Bleeding; Gastrointestinal hemorrhage.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos pacientes submetidos a Endoscopia Digestiva Alta, Lagarto, Sergipe, 2024.....	18
Figura 2- Proporção de motivos de solicitações de EDA em pacientes internados no HUL, Lagarto, Sergipe, 2024.....	19
Figura 3- Proporção de motivos de solicitações de EDA em pacientes de ambulatório no HUL, Lagarto, Sergipe, 2024.....	19
Figura 4- Gráfico boxplot com a distribuição interquartil das idades dos participantes com suspeita de HDA, Lagarto, Sergipe, 2024	20
Figura 5- Comparação entre a idade dos participantes com e sem Hemorragia Digestiva Alta confirmada, Lagarto, Sergipe, 2024.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Análise descritiva das doenças prévias, sintomas, e confirmação de HDA nos participantes da pesquisa com solicitação de EDA por suspeita de HDA, Lagarto, Sergipe, 2024.....	20
Tabela 2- Comparação entre a idade dos participantes com e sem Hemorragia Digestiva Alta, Lagarto, Sergipe, 2024.	21
Tabela 3- Análise descritiva dos sinais, sintomas e tratamentos realizados nos participantes da pesquisa com confirmação de Hemorragia Digestiva Alta, Lagarto, Sergipe, 2024.....	23

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AINES	Anti-Inflamatórios Não Esteroidais
DM	Diabetes Mellitus
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
GAVE	Ectasia Vascular Antral Gástrica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
HUL	Hospital Universitário de Lagarto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 DEFINIÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	11
3.2 ARTÉRIAS ACOMETIDAS NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	11
3.4 EPIDEMIOLOGIA	11
3.5 ETIOLOGIAS	13
3.6 IMPORTÂNCIA DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	13
4 MATERIAIS E MÉTODOS	15
4.1 DESENHO DO ESTUDO	15
4.2 POPULAÇÃO ALVO	15
4.3 LOCAL DA PESQUISA	15
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E CASUÍSTICA	15
4.5 AMOSTRA	15
4.6 COLETA DOS DADOS	16
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	16
4.8 QUESTÕES ÉTICAS	16
5 RESULTADOS	18
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	32
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO	33

1 INTRODUÇÃO

A Hemorragia Digestiva Alta (HDA) é definida como um sangramento do esôfago, estômago ou duodeno. Sua apresentação clínica envolve melena, hematoquezia e/ou hematêmese (Laine *et al.*, 2021). As etiologias da HDA podem ser divididas em não varicosas e varicosas, sendo aquelas as mais frequentes (Almadi *et al.*, 2021; Rațiu *et al.*, 2022). A principal causa de HDA é a úlcera péptica, representando por volta de 50% dos casos (Castro, 2014; Haro; Fey, 2010; Van Leerdam, 2008). Por sua vez, vários são os fatores de risco considerados importantes para o desenvolvimento de úlcera péptica, que incluem o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) a longo prazo e a infecção pela bactéria *Helicobacter pylori* (Tielleman; Bujanda; Cryer, 2015). Com relação à distribuição por sexo e idade, a HDA é mais comum em pacientes do sexo masculino e idosos (Haro; Fey, 2010). Ademais, algumas comorbidades são bastante associadas a esses pacientes, incluindo Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças cardíacas e, nos casos de HDA varicosa, cirrose hepática (Leal; Bianchini; Totti, 2014).

Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é considerada o principal exame complementar no manejo dos pacientes com HDA. A EDA auxilia na determinação da fonte do sangramento e desempenha um papel crucial no diagnóstico, no tratamento e prognóstico desses pacientes (Van Leerdam, 2008). Pacientes internados ou em observação com suspeita de HDA devem realizar o procedimento endoscópico em até 24 horas da internação (Laine *et al.*, 2021). O objetivo da EDA, nesses casos, é diagnosticar e tratar ativamente o sangramento, além de impedir sua recorrência (Holster; Kuipers, 2012).

Essa pesquisa tem como objetivo descrever as características clínico-epidemiológicas dos pacientes com suspeita clínica de HDA no HUL além da taxa de positividade da suspeita clínica, bem como as etiologias de HDA, em um período de 6 meses. Existem poucos dados epidemiológicos no Brasil, bem como, no nosso conhecimento, não há dados epidemiológicos em Sergipe sobre o tema. Esse estudo se justifica, na medida que esses dados podem auxiliar o médico sobre a importância e a extensão da HDA como problema de saúde. Além disso, os resultados contribuirão para um melhor gerenciamento de recursos destinados a esses pacientes, possibilitarão a identificação da necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e qualidade do atendimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes com suspeita de HDA atendidos no serviço de endoscopia do HUL, em um período de 6 meses.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever características clínicas e sociais dos pacientes atendidos no serviço de endoscopia do HUL
- b) Avaliar a taxa de confirmação diagnóstica da suspeita clínica através da EDA;
- c) Caracterizar as principais causas de HDA nos pacientes atendidos no serviço de endoscopia do HUL;
- d) Relatar as terapêuticas endoscópicas empregadas em pacientes atendidos no serviço de endoscopia do HUL.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEFINIÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

A HDA é definida como o sangramento que é oriundo do trato digestivo localizado acima do ângulo de Treitz, isso é, do esôfago, do estômago ou do duodeno (Feinman; Haut, 2014; Laine *et al.*, 2021). O *guideline do American Journal of Gastroenterology* considera sintomas de HDA: melena, hematoquezia e hematêmese (Laine *et al.*, 2021).

3.2 ARTÉRIAS ACOMETIDAS NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Várias artérias são responsáveis pelo suprimento sanguíneo para os órgãos que podem sangrar na HDA. A artéria tireóidea inferior é a responsável por suprir a porção cervical do esôfago e seu esfíncter superior. A parte torácica do esôfago é suprida por artérias esofágicas aórticas ou pelos ramos das artérias brônquicas. Por sua vez, a porção distal, assim como o esfíncter esofágico inferior, é irrigado pela artéria gástrica esquerda e artéria frênica esquerda (Feinman; Haut, 2014).

O estômago é perfundido por múltiplas artérias. Entre elas, as artérias gastroepiplóicas direita e esquerda, responsáveis por irrigar a região da curvatura maior, e as artérias gástricas direita e esquerda, que suprem a porção da curvatura menor. O fundo gástrico é irrigado pelas artérias gástricas curtas (Feinman; Haut, 2014).

O duodeno, por fim, é perfundido por ramos do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior. Esses ramos incluem a artéria gastroduodenal, a artéria pancreaticoduodenal superior e a artéria pancreaticoduodenal inferior (Feinman; Haut, 2014).

3.4 EPIDEMIOLOGIA

A HDA é uma importante emergência médica, com sua incidência variando de acordo com a localização geográfica de 48 a 160 casos por 100.000 pessoas por ano, e mortalidade variando de 6-10% (Feinman; Haut, 2014; Rotondano, 2014). Essa diferença epidemiológica pode ser explicada pelas diferenças clínicas e sociais

população, da qualidade e disponibilidade dos serviços médicos, da disponibilidade da endoscopia e dos diferentes manejos terapêuticos (Van Leerdam, 2008).

Os principais sintomas de hemorragia digestiva alta são melena, hematoquezia e/ou hematêmese (Laine *et al.*, 2021). De acordo com estudo realizado no Hospital Regional do Vale, Santa Catarina, a melena foi o sinal mais frequente nesses pacientes, seguido de hematêmese e hematoquezia, com 21% dos pacientes apresentando ambos os sinais (Haro; Fey, 2010).

Com relação à distribuição por sexo e idade, a HDA é mais prevalente em homens com idades mais avançadas (Castro, 2014; Haro; Fey, 2010; Leal; Bianchini; Totti, 2014). Em uma pesquisa na Irlanda, a média de idade dos pacientes com sangramento digestivo alto clinicamente relevante foi de 67 anos, com desvio padrão de ± 17 anos. O mesmo estudo traz ainda informações sobre fatores de risco importantes para a HDA, entre eles o uso de AINES, anticoagulantes e aspirina em baixa dose (Hreinsson *et al.*, 2013). Outros fatores incluem ainda o uso de antiplaquetários e a infecção por *H. pylori* (Rațiu *et al.*, 2022).

Ademais, há, também, fatores que podem estar relacionados a maiores taxas de sangramento, como mostrado em um estudo observacional realizado em serviços terciários de saúde, que aponta que idade maior que 60 anos e, principalmente, anemia severa foram associados com maiores taxas, tanto em HDA varicosa quanto em não varicosa. A anemia severa está associada, também, com maiores taxas de mortalidade nesses pacientes, sendo o seu principal preditor (Rațiu *et al.*, 2022).

Ainda, algumas comorbidades são frequentes em pacientes que apresentam episódio de HDA. Entre elas, a HAS e o DM estiveram presentes em 55% dos pacientes com HDA. Por sua vez, nos pacientes com causas varicosas, a cirrose hepática é uma causa prevalente (Leal; Bianchini; Totti, 2014).

A HDA pode ainda ser confundida com outras fontes de sangramento, como a epistaxe e o sangramento da cavidade oral. Um estudo realizado no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo apontou que a HDA foi confirmada pela EDA em 59% dos casos, sendo que, além de diagnósticos diferenciais já citados, algumas causas não foram identificadas (Castro, 2014).

3.5 ETIOLOGIAS

As etiologias podem ser divididas em causas varicosas e não varicosas, sendo as não varicosas mais comuns (Almadi *et al.*, 2021; Rațiu *et al.*, 2022). A principal causa de hemorragia digestiva alta é a doença ulcerosa péptica, de acordo com estudos epidemiológicos realizados em hospitais brasileiros (Castro, 2014; Haro; Fey, 2010; Leal; Bianchini; Totti, 2014), o que está em concordância também com a literatura internacional (Tielleman; Bujanda; Cryer, 2015; Van Leerdam, 2008). Outras causas incluem gastrite, lesão de Dieulafoy, síndrome de *Mallory-Weiss*, esofagite e varizes gastroesofágicas, essa última principalmente em pacientes com cirrose hepática. Causas menos comuns envolvem câncer, hemobilia, fístula aortoduodenal, ectasia vascular, entre outras (Feinman; Haut, 2014; Hreinsson *et al.*, 2013).

3.6 IMPORTÂNCIA DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

A EDA é o principal procedimento diagnóstico e terapêutico para HDA. Dessa forma, seus objetivos incluem reconhecer o local de hemorragia e realizar sua hemostasia, além de reconhecer a possibilidade de ressangramento (Federação Brasileira De Gastroenterologia, 2008). É recomendado que a EDA seja realizada em até 24 horas após ressuscitação hemodinâmica inicial do paciente (Gralnek *et al.*, 2021; Laine *et al.*, 2021). Essa ressuscitação inicial inclui a avaliação das vias aéreas e estado hemodinâmico do paciente, sendo necessário, em alguns casos, transfusão sanguínea (Feinman; Haut, 2014). Pacientes que não foram totalmente estabilizados hemodinamicamente têm maior risco durante o procedimento da EDA, como aspiração sanguínea e dessaturação de oxigênio (Holster; Kuipers, 2012). No entanto, nem todos os pacientes com HDA precisam ficar internados ou necessitam de EDA em 24 horas. Esses pacientes, classificados como de muito baixo risco pelo escore de *Glasgow-Blatchford*, podem ter alta com acompanhamento apenas ambulatorial (Laine *et al.*, 2021).

As recomendações da terapêutica endoscópica a ser utilizada varia entre as causas varicosas e não varicosas. A principal causa de HDA varicosa é a úlcera péptica. Dessa forma, pode-se controlar o sangramento por meio de diferentes técnicas hemostáticas, que envolvem a injeção de epinefrina ou trombina ou

hemostasia térmica para os casos não varicosos, principalmente em úlceras pépticas e lesões de Dieulafoy (Townsend *et al.*, 2015; Feinman; Haut, 2014). Nesses casos, a escolha da terapia, assim como a decisão por não tratar de forma endoscópica, leva em consideração a classificação da úlcera de acordo com a classificação de Forrest (Gralnek *et al.*, 2021). Em casos de sangramentos varicosos, as principais técnicas incluem ligadura, hemostasia mecânica com uso de cliques e técnicas esclerosantes (Feinman; Haut, 2014). Nesses pacientes, o índice de ressangramento é maior (Rațiu *et al.*, 2022).

A EDA é capaz, ainda, de avaliar a probabilidade de ressangramento da lesão e prognóstico do paciente, por meio da visualização de estigmas, como sangramento ativo, vaso visível e coágulo aderido, que têm grandes chances de recidiva, ou de baixa possibilidade de ressangramento, como em casos de coágulo plano e úlceras com base limpa (Dani; Passos, 2011). A visualização de sangramento ativo ou de um vaso visível, por exemplo, está associada a uma mortalidade de 11% (Feinman; Haut, 2014). Dessa forma, pacientes com estigmas de ressangramento necessitam de terapia endoscópica hemostática, enquanto aqueles que têm características de baixo risco não precisam desse tratamento (Holster; Kuipers, 2012).

Antes da realização da endoscopia, pode ser feita administração de agente pró-cinético, para se ter uma melhor visualização durante o procedimento (Laine *et al.*, 2021). Após o tratamento endoscópico é necessário ainda a administração de medicações para controle clínico adequado do paciente. A principal classe de medicamento é a dos inibidores da bomba de prótons a depender do risco de sangramento do paciente. Outrossim, em pacientes que a causa do sangramento foi úlcera péptica e que apresentem *H. pylori*, a terapia de erradicação desta bactéria é recomendada, assim como uma reavaliação para identificar se o tratamento foi eficaz, pois isso diminui a chance de ressangramento (Holster; Kuipers, 2012).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de pacientes com suspeita de HDA que foram submetidos à EDA no HUL em um período de 6 meses.

4.2 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo do estudo incluiu todos os pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta por indicação de suspeita de HDA, de acordo com requisição do exame, atendidos no HUL no período de 6 meses, tempo compreendido entre 18 de junho de 2024 à 18 de dezembro de 2024.

4.3 LOCAL DA PESQUISA

O serviço de endoscopia do HUL foi instituído em novembro de 2019. Atualmente conta com três médicas endoscopistas e uma equipe de enfermagem. Tem seu funcionamento das 7 às 19 horas, de segunda a sexta-feira. A sua estrutura é composta por três salas, sendo uma para a realização dos exames, uma sala de recuperação e uma sala de higienização dos aparelhos.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E CASUÍSTICA

Foram incluídos todos os pacientes submetidos ao procedimento de EDA, com idade ≥ 18 anos, no HUL, com hipótese diagnóstica de HDA, e que foi possível e permitiram o preenchimento do questionário (APÊNDICE B) por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos pacientes após preenchimento do questionário, não realizaram a EDA por qualquer motivo.

4.5 AMOSTRA

A amostra foi realizada por conveniência e incluiu todos os pacientes submetidos à EDA no período de seis meses, de 18 de junho a 18 de dezembro de

2024, com indicação para investigação de HDA. Durante esse intervalo, houveram 75 requisições por suspeita de HDA. Desses, 34 não puderam ser incluídos devido à recusa em participar, indisponibilidade do pesquisador para acompanhamento integral no campo de estudo e/ou instabilidade clínica sem a presença de um responsável legal. No total, foram coletados dados de 41 participantes.

4.6 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados pelo pesquisador no serviço de EDA no HUL. Isso foi feito por meio do preenchimento do questionário impresso (APÊNDICE B), o qual contém perguntas sobre informações gerais de todos os pacientes submetidos à EDA. Além disso, foram registrados detalhes mais específicos daqueles com suspeita de hemorragia digestiva alta de acordo com a solicitação do exame, incluindo, ainda, informações diagnósticas e terapêuticas obtidas durante a realização do procedimento. As perguntas foram feitas antes da realização da EDA, já os dados dependentes do exame foram preenchidos após o procedimento.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos resultados do estudo foi conduzida uma estatística descritiva e inferencial dos resultados. A variável quantitativa idade foi apresentada por meio de média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil. As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio da frequência absoluta e relativa (n;%). Para verificar a diferença de idade entre pessoas com e sem HDA confirmada foi conduzido o teste de Mann-Whitney. Para todos os testes inferenciais foi considerado o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas por meio do software Jamovi versão 2.3.28.

4.8 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, Campus Professor Antônio Garcia Filho, sob o CAAE 77829124.1.0000.0217, respeitando os termos da Resolução 466/12. A população alvo foi convidada a participar da pesquisa através da assinatura do TCLE. Aqueles

que se recusaram a assinar não foram inseridos na pesquisa e não sofreram qualquer tipo de tratamento diferenciado dos que participaram. O participante de pesquisa que, após assinar o TCLE, quis se retirar da mesma por qualquer motivo teve seu direito preservado, com todos os seus dados excluídos da pesquisa sem qualquer prejuízo a ele.

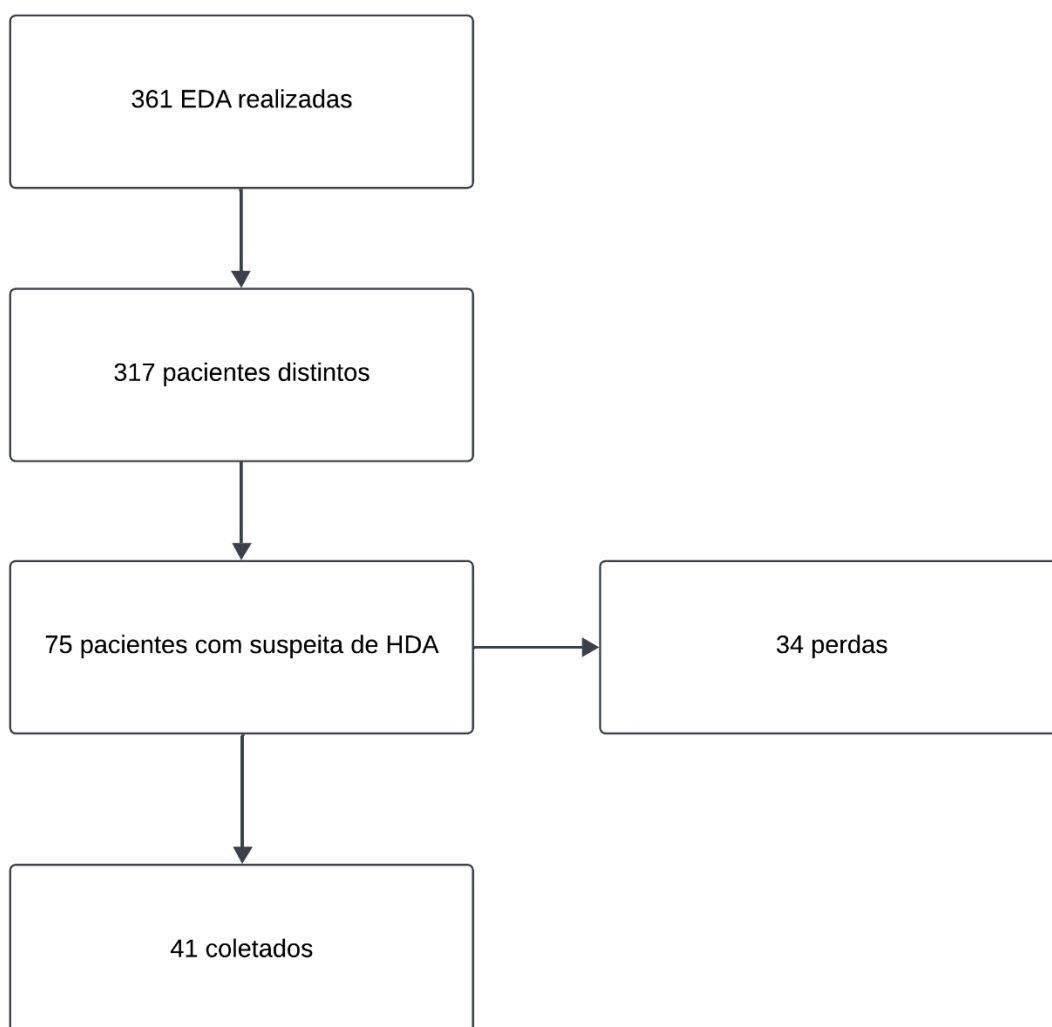
Os dados foram utilizados apenas para a pesquisa em questão, mantendo o sigilo e a privacidade de todos os entrevistados, sem coleta de seus nomes ou qualquer outro meio de identificá-los.

Os riscos do estudo são diminutos, visto que se trata de uma abordagem apenas observacional, destacando-se apenas o possível constrangimento ao responder algumas perguntas. Para minimizar essa questão, o questionário foi preenchido em local adequado, para que haja privacidade para o paciente.

5 RESULTADOS

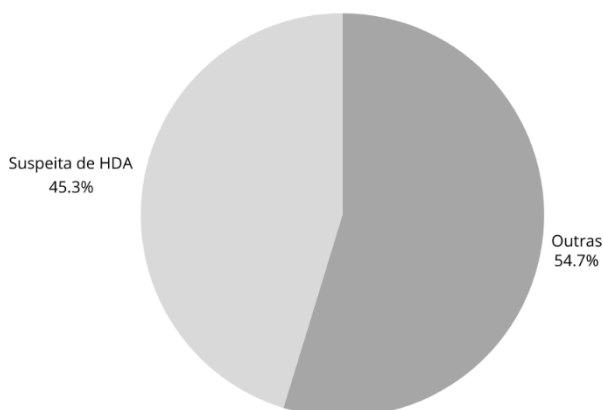
No período de 18 de junho a 18 de dezembro de 2024 foram realizadas 361 endoscopias digestivas altas, sendo 317 pacientes distintos. Desse total, 75 pacientes realizaram EDA por suspeita de HDA. No total, houve 34 perdas nesses grupos, acarretando uma amostra final de 41 sujeitos de pesquisa (**figura 1**). Do total de pacientes com EDA solicitadas, 148 pacientes estavam internados no HUL, e, entre eles, 67 tiveram o procedimento solicitado por suspeita de HDA, como mostrado na **figura 2**. Entre os pacientes classificados como de ambulatório, tiveram 66 pacientes que realizaram EDA, sendo 7 por suspeita de hemorragia digestiva alta (**figura 3**). Em pacientes externos, houve apenas 1 solicitação por suspeita de HDA.

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos pacientes submetidos a Endoscopia Digestiva Alta, Lagarto, Sergipe, 2024.



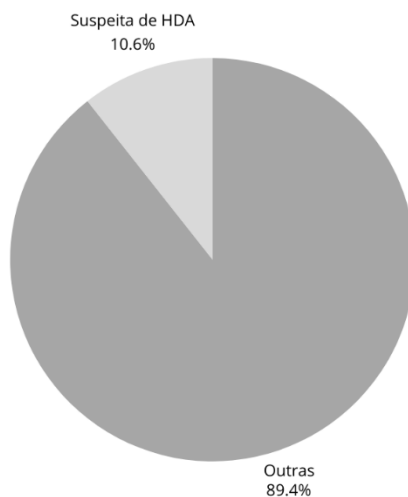
Fonte: Autoria própria (2025).

Figura 2 - Proporção de motivos de solicitações de EDA em pacientes internados no HUL, Lagarto, Sergipe, 2024.



Fonte: Autoria própria (2025).

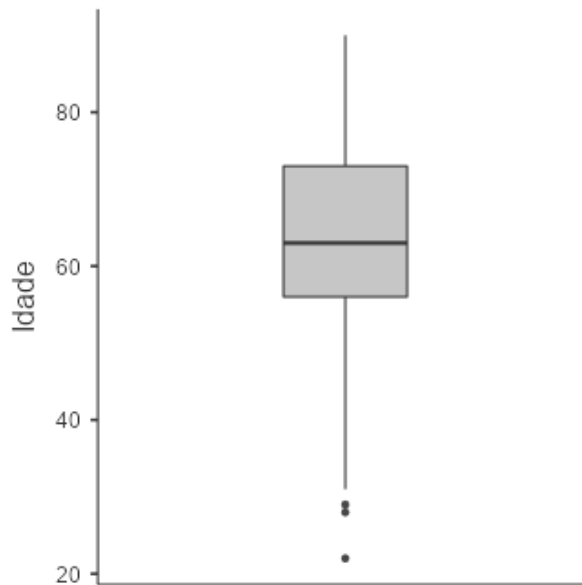
Figura 3 - Proporção de motivos de solicitações de EDA em pacientes de ambulatório no HUL, Lagarto, Sergipe, 2024.



Fonte: Autoria própria (2025)

Das 41 pessoas coletadas, 8 (19,5%) foram do sexo feminino e 33 (80,5%) do sexo masculino. A média de idade foi de 61,8 anos (de 22 a 90 anos), com mediana de idade de 63 anos e desvio padrão de 16,6 anos. A **figura 4** apresenta a distribuição da idade por meio do intervalo interquartil, média e mediana.

Figura 4- Gráfico boxplot com a distribuição interquartil das idades dos participantes com suspeita de HDA, Lagarto, Sergipe, 2024.



Fonte: Autoria própria (2025).

Entre os participantes do estudo, a maioria (28; 68,3%) não apresentava doenças prévias relatadas, 08 (19,5%) apresentavam uma doença prévia e 05 (12,2%) apresentavam duas ou mais. A doença prévia mais frequente foi a cirrose hepática (07; 17,1%) e varizes esofágicas (05; 12,2%). Quanto aos sintomas, os mais comuns foram hematêmese isoladamente (19; 46,3%), melena (09; 22,0%), seguido pela combinação de hematêmese e melena (08; 19,5%). A HDA foi confirmada em 23 participantes (56,1% dos casos) (**tabela 1**).

Tabela 1- Análise descritiva das doenças prévias, sintomas, e confirmação de HDA nos participantes da pesquisa com solicitação de EDA por suspeita de HDA, Lagarto, Sergipe, 2024.

(continua)

Dados de saúde relacionados à HDA	N (%)
Doenças Prévias (n=41)	
Uma doença prévia	08 (19,5%)
Duas ou mais doenças prévias	05 (12,2%)
Ausente	28 (68,3%)
Tipo de doenças prévias*	
Cirrose hepática	07 (17,1%)
Malignidade esofágica	02 (4,9%)
Malignidade gástrica	01 (2,4%)
Varizes esofágicas	05 (12,2%)
Esquistossomose	02 (4,9%)
Úlcera gástrica	02 (4,9%)

Tabela 2- Análise descritiva das doenças prévias, sintomas, e confirmação de HDA nos participantes da pesquisa com solicitação de EDA por suspeita de HDA, Lagarto, Sergipe, 2024. (conclusão)

Dados de saúde relacionados à HDA	N (%)
Sintomas da HDA (n=41)	
Hematoquezia	02 (4,9%)
Hematêmese	19 (46,3%)
Melena	09 (22,0%)
Hematoquezia e Melena	02 (4,9%)
Hematêmese e Melena	08 (19,5%)
Nenhum	01 (2,4%)
HDA confirmada (n=41)	
Não	18 (43,9%)
Sim	23 (56,1%)

Fonte: Autoria própria (2025).
Legenda: HDA- Hemorragia Digestiva Alta; N- frequência absoluta; %- frequência relativa; * indica que o somatório pode ser maior do que 100% pela coexistência de mais de uma ocorrência.

Ao comparar a idade entre as pessoas com e sem diagnóstico de HDA confirmada, o teste de *Mann-Whitney* não identificou diferença estatisticamente significativa (**tabela 2 e figura 5**).

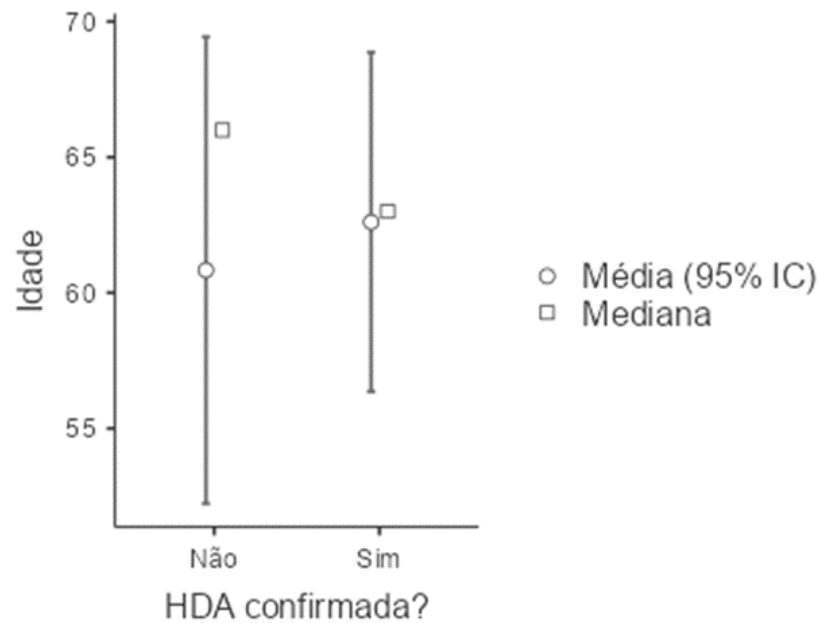
Tabela 3- Comparação entre a idade dos participantes com e sem Hemorragia Digestiva Alta, Lagarto, Sergipe, 2024.

	HDA	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	U de Mann-Whitney* e p-valor
Idade	Não	18	60,8	66,0	18,6	202; p-valor= 0,91
	Sim	23	62,6	63,0	15,3	

Fonte: Autoria própria (2025).
Legenda: HDA- Hemorragia digestiva alta; *teste não paramétrico pois não apresenta distribuição normal segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov (p=0,6).

Especificamente em pacientes com confirmação de HDA (n= 23 pessoas), 20 (87,0%) foram do sexo masculino e 03 (13,0%) do feminino, com média de idade de 62,6, desvio padrão de 15,3, mediana de 63 anos (**figura 5**).

Figura 5 - Comparação entre a idade dos participantes com e sem Hemorragia Digestiva Alta confirmada, Lagarto, Sergipe, 2024.



Fonte: Autoria própria (2025).

A **tabela 3** apresenta as características dos pacientes com HDA confirmada. A comorbidade de maior prevalência foi a cirrose hepática (06; 26,1%), seguido de varizes esofágicas (05; 21,3%). A principal etiologia do sangramento foram as varizes esofágicas (09; 39,1%) e a principal terapêutica endoscópica realizada foi a hemostasia mecânica (11; 47,8%).

Tabela 3- Análise descritiva dos sinais, sintomas e tratamentos realizados nos participantes da pesquisa com confirmação de Hemorragia Digestiva Alta, Lagarto, Sergipe, 2024.

(continua)

Dados de saúde relacionados à HDA	N (%)
Doenças Prévias (n=23)	
Uma doença prévia	08 (34,8%)
Duas ou mais doenças prévias	05 (21,7%)
Ausente	10 (43,5%)
Tipo de doenças prévias*	
Cirrose hepática	06 (26,1%)
Malignidade esofágica	02 (8,7%)
Malignidade gástrica	01 (4,3%)
Varizes esofágicas	05 (21,3%)
Esquistossomose	02 (8,7%)
Úlcera gástrica	02 (8,7%)
Sintomas da HDA (n=23)	
Hematêmese	13 (56,5%)
Melena	03 (13,0%)
Hematêmese e Melena	06 (26,1%)
Nenhum	01 (4,3%)

Tabela 3- Análise descritiva dos sinais, sintomas e tratamentos realizados nos participantes da pesquisa com confirmação de Hemorragia Digestiva Alta, Lagarto, Sergipe, 2024.

(conclusão)

Dados de saúde relacionados à HDA	N (%)
Frequência da causa do sangramento (n=13)	
Esofagite erosiva	01 (4,3%)
GAVE	01 (4,3%)
Gastrite erosiva	01 (4,3%)
Lesão esofágica	01 (4,3%)
Malignidade esofágica	02 (8,7%)
Varizes esofágicas	09 (39,1%)
Varizes gástricas	01 (4,3%)
Úlcera duodenal	03 (13,0%)
Úlcera gástrica	01 (4,3%)
Úlcera em anastomose	01 (4,3%)
Mallory-Weiss	02 (8,7%)
Tipo de hemostasia (n=23)	
Escleroterapia + hemostasia mecânica	01 (4,3%)
Hemostasia esclerosante	01 (4,3%)
Hemostasia mecânica	11 (47,8%)
Não necessário	09 (39,1%)
Não realizado por falta de material	01 (4,3%)
Tratamento específico para as pessoas com HDA (n=13)	
Adrenalina	01 (7,7%)
Adrenalina + clipe hemostático	01 (7,7%)
Hemostasia mecânica não descrita	01 (7,7%)
Ligadura elástica	10 (76,9%)

Fonte: Autoria própria (2025).

Legenda: HDA- Hemorragia Digestiva Alta; GAVE- ectasia vascular antral gástrica; N- frequência absoluta; %- frequência relativa; * indica que o somatório pode ser maior do que 100% pela coexistência de mais de uma ocorrência.

6 DISCUSSÃO

Nesse estudo, em conformidade com os dados disponíveis na literatura brasileira e internacional, observou-se que os pacientes mais frequentemente acometidos por HDA foram do sexo masculino (Haro; Fey, 2010; Vora *et al.*, 2020; Hreinsson, 2013). É sabido que homens tendem a ter doenças associadas à HDA com maior frequência do que mulheres, como cirrose hepática e úlcera péptica, além do maior consumo de álcool (Oliveira, *at al.*, 2008; Tan, *et al.*, 2023; Abu-Freha *et al.*, 2021). Isso, entre outras possibilidades, pode justificar a maior incidência nessa população.

A respeito da idade, a média observada foi de 61,8 anos, com intervalo de 22 a 90 anos. A HDA tende a acometer indivíduos mais idosos, e a faixa etária avançada está relacionada a pior prognóstico, sendo este o principal fator independente de mortalidade em um seguimento de três anos, como mostrado no estudo de Roberts, Button e Williams (2012). No entanto, a mortalidade intra-hospitalar não foi diferente entre grupos de idosos e jovens, de acordo com Nahon *et al.* (2008).

Nesse contexto, as comorbidades desempenham um papel significativo no aumento do risco de HDA. Neste estudo foram identificadas nove doenças com relação bem estabelecida como fatores de risco para HDA. Entre elas, a cirrose hepática, a qual destaca-se devido à hipertensão portal, que pode levar à formação de varizes esofagogástricas, causa frequente de sangramento (Guixé-Muntet; Quesada-Vasquez; Gracia-Sancho, 2024).

Considerando exclusivamente os pacientes que apresentavam uma das nove doenças identificadas, mais de um terço foi diagnosticado com cirrose hepática como comorbidade. Esse achado destaca a importância dessa condição no contexto dos pacientes da nossa região, especialmente porque a HDA é uma das complicações mais relevantes da cirrose hepática. Além disso, em todos os pacientes com HDA confirmada e com diagnóstico prévio de cirrose, a etiologia foi atribuída ao sangramento de varizes esofágicas (Lu *et al.*, 2020).

No entanto, é essencial ressaltar que o diagnóstico de cirrose hepática não implica, necessariamente, que o sangramento tenha origem varicosa. Outras causas, como a úlcera péptica, também possuem grande relevância epidemiológica e devem ser consideradas na abordagem inicial (Lu *et al.*, 2020). Ainda assim, devido à gravidade, à frequência e a maior taxa de ressangramento na etiologia varicosa em

comparação ao não varicoso em pacientes cirróticos, recomenda-se que o tratamento empírico inicial inclua medidas para controle dessa etiologia, para que seja garantido uma abordagem adequada (Laine *et al.*, 2021; Rațiu *et al.*, 2022).

A maior parte da literatura aponta a doença ulcerosa péptica como principal causa de HDA (Castro, 2014; Haro; Fey, 2010; Van Leerdam, 2008). No entanto, apesar da importância epidemiológica confirmada nesse estudo, ela não foi a principal causa nessa pesquisa. Foi identificada uma incidência mais elevada de pacientes com varizes esofagogástricas como causa do sangramento, em comparação com a maioria dos dados descritos na literatura (Castro, 2014; Haro; Fey, 2010). Essa discrepância pode ser explicada por fatores como as características específicas da população estudada, incluindo maior frequência de comorbidades como cirrose hepática, que está intimamente associada à hipertensão portal.

Com relação às úlceras, as localizadas no duodeno foram as mais frequentemente associadas ao sangramento, em comparação com outras localizações, como as gástricas. Também foi identificada úlcera em local menos comuns, como em anastomoses de cirurgia gástrica prévia.

Outras causas menos frequentes descritas na literatura também foram identificadas neste estudo como causa de HDA confirmada, como síndrome de *Mallory-Weiss*, sangramento por ectasia vascular antral gástrica (GAVE), suspeita de malignidade esofágica e esofagite erosiva. Embora não sejam as etiologias mais importantes, essas condições, em conjunto, representaram uma parcela significativa dos casos, atingindo cerca de $\frac{1}{3}$ dos casos neste trabalho. Dentre elas, a suspeita de malignidade merece atenção especial, tanto pela sua prevalência, quanto por episódios de HDA poderem ser o ponto inicial para o diagnóstico de câncer nesses pacientes (Schatz; Rockey, 2016).

Os principais sintomas da HDA incluem melena, hematêmese e, com menor frequência, hematoquezia, que é mais comum nos casos de hemorragia digestiva baixa (Laine *et al.*, 2021; Kim *et al.*, 2014). Neste estudo, a hematêmese foi a manifestação clínica mais comum entre os casos analisados. No entanto, há divergências na literatura nacional quanto ao sintoma predominante nesses pacientes. Enquanto a maioria dos trabalhos aponta a melena como o achado mais frequente, em uma análise conduzida por Castro (2014) no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo identificou a hematêmese como a principal apresentação em pacientes com HDA de causa varicosa, diferentemente dos pacientes com etiologia

não varicosa. Esse achado pode explicar a alta incidência dessas manifestações na presente pesquisa (Leal; Bianchini; Totti, 2014; Castro, 2014; Haro; Fey, 2010). A ocorrência de múltiplos sintomas também foi observada, com destaque para a associação dos dois principais, além da combinação de melena com hematoquezia, esta ocorrendo apenas em casos de suspeita sem confirmação endoscópica. A hematoquezia não esteve presente em nenhum dos pacientes com HDA confirmada, de forma associação ou isolada.

A respeito das suspeitas de HDA sem causa aparente identificada na EDA, a literatura apresenta resultados divergentes. Neste estudo, 43,9% dos pacientes não tiveram a causa do possível sangramento esclarecida, enquanto, na pesquisa de Lee *et al.* (2003), aproximadamente 14,3% dos casos de sangramento gastrointestinal alto não tiveram o local da fonte do sangramento elucidado durante a realização desse exame. Diversas hipóteses podem ser levantadas para explicar a taxa de não identificação da causa da HDA, como sangramentos de origem obscura, lesões no intestino delgado, identificação errônea dos sintomas, ou mesmo resolução espontânea do sangramento até o momento da realização da endoscopia, visto que os pacientes devem ser estabilizados antes da realização do exame e este procedimento não está disponível 24h por dia nem os 7 dias da semana no local da pesquisa.

Nos casos de HDA confirmada, a ligadura elástica foi a modalidade terapêutica mais utilizada, refletindo a predominância das varizes esofágicas como principal causa de sangramento do trato gastrointestinal alto. Além disso, em grande parte dos casos, não foi necessária intervenção endoscópica, especialmente nos pacientes com úlcera péptica, cujas lesões não apresentavam sangramento ativo no momento do exame. De acordo com Holster e Kuipers (2012), pacientes com estigmas de baixo risco para ressangramento em úlceras pépticas geralmente não necessitam de tratamento endoscópico, enquanto a conduta diante de úlceras com coágulo aderido permanece controversa na literatura. Esses achados estão alinhados com os resultados deste estudo, que mostrou que em 39,1% dos casos não foi necessária qualquer terapia endoscópica. No entanto, identificou-se um caso em que a terapia hemostática era indicada, mas não pôde ser realizada devido à indisponibilidade de material adequado.

Esse estudo também apresenta limitações como tamanho reduzido da amostra, as deficiências da escala da endoscopia que impedem o funcionamento do serviço 7

dias por semana e a capacidade limitada de atendimento do HUL, que acaba por levar a ter pacientes mais graves e com mais comorbidades. No entanto, dentro do contexto do hospital e da nossa região, os resultados contribuem para a caracterização clínica e social dos pacientes com hemorragia digestiva alta, além de fornecer subsídios para uma melhor organização dos recursos e aprimoramento do manejo dessa condição.

7 CONCLUSÃO

Dessa forma, o presente estudo esclareceu a epidemiologia da HDA no HUL, abrangendo a identificação de suas principais causas, comorbidades associadas, sintomas predominantes, taxa de confirmação diagnóstica e as terapêuticas endoscópicas aplicadas.

A HDA teve maior incidência em idosos do sexo masculino, sendo a principal etiologia encontrada as varizes esofágicas, seguido da doença ulcerosa péptica. Esses dados podem subsidiar o planejamento de recursos para o aprimoramento do manejo clínico desses pacientes.

A taxa de confirmação de HDA foi de apenas 56,1%, percentual menor que o encontrado na literatura. Essa baixa confirmação pode incentivar a formulação de ações educativas para os colaboradores do hospital, assim como para alunos da Universidade Federal de Sergipe a respeito do tema, para melhor abordagem desses pacientes.

Este estudo pode, ainda, servir como base para futuras pesquisas, com amostras maiores e de maior tempo de duração, que possam incluir novas variáveis, como mortalidade intra e extra-hospitalar, além da relação do tempo de realização da endoscopia digestiva alta com o prognóstico do paciente.

REFERÊNCIAS

- ABU-FREHA, N. *et al.* Indications and Findings of Upper Endoscopies in Males and Females, Are They the Same or Different? **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n.8, p. 1620, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8070302/>. Acesso em: 17 jan. 2025.
- ALMADI, M. A. *et al.* Upper gastrointestinal bleeding: Causes and patient outcomes. **Saudi journal of gastroenterology**, v. 27, n. 1, p. 20–27, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4103/sjg.SJG_297_20. Acesso em: 10 out. 2023.
- DANI, R; PASSOS, M. do C. F. **Gastroenterologia Essencial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1324 p.
- CASTRO, M. X. F. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos com queixas sugestivas de hemorragia digestiva alta no setor de emergência de hospital terciário de São Paulo**. 2014. 44p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso), Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2014/sms-10529/sms-10529-7222.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2025.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. **Projeto Diretrizes: Hemorragias Digestivas**. São Paulo: AMB/CFM, 2008. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/hemorragias-digestivas.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.
- FEINMAN, M.; HAUT, E. R. Upper Gastrointestinal Bleeding. **Clin Colon Rectal Surg**, New York. v. 33, n. 1, p. 42-44, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6946598/>. Acesso em: 10 out. 2023.
- GRALNEK, I. M. *et al.* Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. **Endoscopy**, [S. l.]. v. 53, n. 3, p. 300-332, 2021. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1369-5274>. Acesso em: 10 out. 2023.
- GUIXÉ-MUNTET, S.; QUESADA-VÁSQUEZ, S.; SANCHO-GARCIA, J. Pathophysiology and therapeutic options for cirrhotic portal hypertension. **The Lancet Gastroenterology & Hepatology**, v.9, n.7, p. 646-663. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(23\)00438-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(23)00438-7/abstract). Acesso em: 17 jan. 2025.
- HARO, C. P.; FEY, A. Análise do perfil epidemiológico, tratamento e evolução dos pacientes com hemorragia digestiva alta atendidos no pronto socorro do Hospital Regional Alto Vale. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, p. 51–56, 2010. Disponível em: <https://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/816.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

HOLSTER, I. L.; KUIPERS, E. J. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Current policies and future perspectives. **World Journal of Gastroenterology**, v. 1, n. 11, p. 1202-1207, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309909/>. Acesso em: 10 out. 2023.

HREINSSON, J. P. *et al.* Upper gastrointestinal bleeding: Incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v. 48, n. 4, p. 439-447, 2013. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00365521.2012.763174>. Acesso em: 10 out. 2023.

KIM, B. S. M. *et al.* Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians. **World journal of gastrointestinal pathophysiology**, v. 5, n. 4, p. 467-478, 2014. Disponível em: <https://www.wjgnet.com/2150-5330/full/v5/i4/467.htm>. Acesso em: 15 jan. 2025.

LAINE, L. *et al.* ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. **American Journal of Gastroenterology**, v. 116, n. 5, p. 899–917, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2021/05000/acg_clinical_guideline__upper_gastrointestinal_and.14.aspx. Acesso em: 10 out. 2023.

LEAL, V. P.; BIANCHINI, F.; TOTTI, R. Avaliação das características clínicas, epidemiológicas e endoscópicas dos pacientes com hemorragia digestiva alta em um hospital do sul de Santa Catarina. **GED: gastroenterologia endoscopia digestiva**. v. 33, n. 1, p. 1-6, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-7772/2014/v33n1/a5055.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

LEE, Y. *et al.* Urgent bedside endoscopy for clinically significant upper gastrointestinal hemorrhage after admission to the intensive care unit. **Intensive Care Medicine**, v. 29, n. 10, p. 1723-1728, 2003. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-003-1921-x>. Acesso em 15 jan. 2025.

LU, Z. *et al.* Characteristics of peptic ulcer bleeding in cirrhotic patients with esophageal and gastric varices. **Scientific Reports**, [s.l.], v. 10, n. 20068, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-76530-3>. Acesso em: 4 fev. 2025.

NAHON, Stéphane *et al.* Favorable prognosis of upper-gastrointestinal bleeding in 1041 older patients: results of a prospective multicenter study. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 6, n. 8, p. 886-892, 2008. Disponível em: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(08\)00242-5/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(08)00242-5/fulltext). Acesso em: 15 jan. 2025.

OLIVEIRA, A. F. *et al.* Estimativa da prevalência e da mortalidade por complicações da úlcera péptica, Brasil, 2008: uma proposta metodológica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 145-154, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00145.pdf. Acesso em 15 jan. 2025.

RAȚIU, I. *et al.* Acute gastrointestinal bleeding: A comparison between variceal and nonvariceal gastrointestinal bleeding. **Medicine**, Baltimore. v. 101, n. 45, p. E31543, 2022. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2022/11110/acute_gastrointestinal_bleeding__a_comparison.82.aspx. Acesso em 10 out. 2023.

ROBERTS, S. E.; BUTTON, L. A.; WILLIAMS, J. G. Prognosis following upper gastrointestinal bleeding. **PLoS One**, v. 7, n. 12, p. e49507, 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0049507>. Acesso em: 14 jan. 2025.

ROTONDANO, G. Epidemiology and diagnosis of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. **Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America**. v. 43, n. 4, p. 643-663, 2014. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889855314000910>. Acesso em 10 out. 2023.

SCHATZ, R.; ROCKEY, D. Gastrointestinal Bleeding Due to Gastrointestinal Tract Malignancy: Natural History, Management, and Outcomes. **Digestive diseases and sciences**, v. 62, n. 2, p. 491-501, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28032204/>. Acesso em 15 jan. 2025

TAN, D. *et al.* Global epidemiology of cirrhosis: changing etiological basis and comparable burden of nonalcoholic steatohepatitis between males and females. **Digestive Diseases**, v. 41, n. 6, p. 900-912, 2023. Disponível em: <https://karger.com/ddi/article/41/6/900/862882/Global-Epidemiology-of-Cirrhosis-Changing>. Acesso em 15 jan. 2025.

TIELLEMAN, T.; BUJANDA, D.; CRYER, B. Epidemiology and Risk Factors for Upper Gastrointestinal Bleeding. **Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America**. v. 25, n. 3, p. 415-428, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1052515715000227?via%3Dihub>. Acesso em 10 out. 2023.

TOWNSEND, C. M. *et al.* **Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna**. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 2240 p.

VAN LEERDAM, M. E. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. **Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology**, v. 22, n. 2, p. 209–224, 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521691807001163?via%3Dihub>. Acesso em: 10 out. 2023.

VORA, P. *et al.* Thirty-Year Incidence and Mortality Trends in Upper and Lower Gastrointestinal Bleeding in Finland. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 10, e2020172, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7547368/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

APÊNDICE A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

— DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Hemorragia Digestiva Alta no Serviço de Endoscopia de um Hospital no Interior de Sergipe
Pesquisador Responsável: EDUARDO HENRIQUE SENA SANTOS
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 77829124.1.0000.0217
Submetido em: 25/04/2024
Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto - Departamento de Medicina
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_2274762

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO PARA TCC SOBRE ANÁLISE DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DE UM HOSPITAL NO INTERIOR DE SERGIPE

DISCENTE: Jonathans Brito dos Santos Costa

ORIENTADOR: Prof. Dr. Eduardo Henrique Sena Santos

1. Idade: _____ 2. Sexo: _____

3. Paciente internado no HUL? () SIM () NÃO

Em caso de suspeita de Hemorragia Digestiva Alta, responder às questões abaixo:

4. O paciente possui alguma das doenças abaixo já diagnosticadas anteriormente?

() Varizes ou gastropatia hipertensiva portal

() Cirrose hepática

() Esquistossomose

() Tumor pancreático

() Pancreatite

() Fístula aortoentérica

() Doença ulcerosa péptica

() Malignidade: _____

() Angiodisplasia

5. O paciente apresenta algum dos sintomas abaixo?

() Hematêmese

() Melena

() Hematoquezia

() Enterorragia

() Nenhum dos sintomas

6. Hemorragia digestiva alta confirmada?

() Sim

☐ Não, causa: _____

7. Caso confirmada, qual a causa do sangramento?

☐ Varizes por hipertensão portal

☐ Gástricas

☐ Esofágicas

☐ Malformação vascular

☐ Esofagite

☐ Lesão de Dieulafoy

☐ Angiodisplasia

☐ Doença ulcerosa péptica

☐ Gástrica

☐ Duodenal

☐ Malignidade

☐ Esôfago

☐ Estômago

☐ Duodeno

☐ Síndrome de Mallory-Weiss

☐ Ingestão de corpo estranho

☐ Outra: _____

8. Qual o tratamento instituído?

☐ Escleroterapia: _____

☐ Hemostasia térmica: _____

☐ Hemostasia mecânica: _____

☐ Outro: _____

☐ Não foi necessário tratamento endoscópico