

**ABORDAGEM DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM ADULTOS**

Camilla Maganhin Luquetti1; João Pedro Ribeiro e Faria2; João Maurício Mendes Tenório3; João Rafael Alencar de Souza4; Francisco Geyson Fontenele de Albuquerque5; Paula Sampaio de Azevedo6; Victória Scheffer Lumertz7; Roberto Spadoni Campigotto8; Paulo Henrique de Carvalho Batista9; Luísa Diniz Marra Vieira10.

**Introdução:** Pacientes com sangramento agudo gastrointestinal superior geralmente apresentam hematêmese (vômito de sangue ou material em borra de café) e/ou melena (fezes pretas e alcatrão). Alguns ainda podem apresentar hematoquezia (sangue vermelho/marrom com fezes). A avaliação inicial de pacientes com sangramento agudo envolve avaliação da estabilidade hemodinâmica e ressuscitação volêmica. Estudos de diagnóstico (geralmente endoscopia) seguem, com os objetivos do diagnóstico e, quando possível, para tratamento do distúrbio específico. O objetivo é avaliar a gravidade do sangramento, identificar possíveis fontes e determinar se há condições presentes que possam afetar o manejo subsequente. As informações coletadas são usadas para orientar as decisões sobre triagem, ressuscitação, terapia médica empírica e testes de diagnóstico. **Objetivo:** discutir a avaliação inicial da hemorragia digestiva alta em adultos. **Metodologia:** Revisão de literatura a partir de bases de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, de abril a junho de 2024, com descritores “Upper gastrointestinal bleeding”, “Adults”, “Initial assessment”e “Management”. Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 95), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra.**Resultados e Discussão:** Os sintomas que sugerem que o sangramento é grave incluem tontura ortostática, confusão, angina, palpitações graves e extremidades frias/frias. Possíveis fontes de sangramento sugeridas pelo histórico médico de um paciente incluem: doença da úlcera péptica (história da infecção por Helicobacter pylori (H. pylori); uso de anti-inflamatório não esteróide (AINE); uso de anticoagulante); varizes/gastropatia hipertensiva portal; angiodisplasia gastrointestinal; fístula aorto-entérica ou malignidades. Um histórico completo de medicamentos deve ser obtido, com especial atenção aos medicamentos que: predispõe à formação de úlceras pépticas, como aspirina e outros AINEs, incluindo AINEs seletivos de COX-2; estão associados à esofagite por pílula; aumente o risco de sangramento, como anticoagulantes (incluindo varfarina e anticoagulantes orais diretos) e agentes antiplaquetários (por exemplo, inibidores de P2Y12 e aspirina); associados a sangramento GI, incluindo inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), bloqueadores dos canais de cálcio e antagonistas da aldosterona. O exame físico é componente-chave da avaliação da estabilidade hemodinâmica. Sinais de hipovolemia incluem: Hipovolemia leve a moderada (menos de 15% do volume sanguíneo perdido); Taquicardia em repouso; Perda de volume sanguíneo de pelo menos 15% - hipotensão ortostática (uma diminuição na pressão arterial sistólica de mais de 20 mmHg e/ou um aumento na frequência cardíaca de 20 batimentos por minuto ao passar da reclinação para o pé); Perda de volume sanguíneo de pelo menos 40% - hipotensão supina. A presença de dor abdominal, especialmente se grave e associada à sensibilidade de rebote ou proteção involuntária, levanta preocupação com a perfuração. Se houver algum sinal de abdômen agudo, é necessária uma avaliação adicional para excluir uma perfuração antes da endoscopia. Os testes laboratoriais incluem um hemograma completo, químicas séricas, testes hepáticos e estudos de coagulação. Além disso, sugerimos descartar um infarto do miocárdio em pacientes adultos mais velhos e aqueles com doença cardiovascular conhecida que têm sangramento grave, especialmente se houve instabilidade hemodinâmica. Antes da endoscopia, os pacientes devem receber medidas gerais de suporte, incluindo: provisão de oxigênio suplementar por cânula nasal; jejum; dois cateteres periféricos de grande calibre (18 calibre ou maior) ou uma linha venosa central. Lavagem nasogástrica não é rotina. Os medicamentos incluem um inibidor da bomba de prótons, eritromicina, antibióticos (para pacientes com cirrose) e somatostatina ou análogos (para pacientes com suspeita de sangramento varicoso). A decisão de iniciar a transfusão de sangue deve ser individualizada. Para a maioria dos pacientes, inicia-se a transfusão de sangue se a hemoglobina for <7 g/dL (70 g/L). Limites de transfusão mais altos podem ser indicados para pacientes com risco aumentado de eventos adversos no cenário de anemia significativa ou aqueles com doença arterial coronariana. O mesmo é valido para manejo de coagulopatias adjacentes. A indicação de endoscopia digestiva alta deve ocorrer dentro de 24 horas para a avaliação e manejo de pacientes admitidos com sangramento agudo do gastrointestinal superior. Para pacientes com suspeita de sangramento varicoso, realiza-se endoscopia dentro de 12 a 24 horas após a apresentação. Testes de diagnóstico adicionais podem ser necessários para alguns pacientes se dúvida.**Conclusão:** Úlceras pépticas, doença diverticular (como a diverticulite) e vasos sanguíneos anormais (angiodisplasia) são as causas mais comuns de hemorragias intensas. O sangramento das veias expandidas no esôfago (varizes esofágicas) é menos comum do que em pessoas mais jovens. Pessoas mais velhas toleram mal hemorragias digestivas abundantes. O médico deve diagnosticar pessoas idosas rapidamente e o tratamento deve começar antes do que em pessoas mais jovens, que conseguem tolerar melhor episódios recorrentes de hemorragia.

**Palavras-chave:** Hemorragia digestiva alta; Adultos; Avaliação inicial.

**E-mail do autor principal:** [**cmaganhinmed@gmail.com**](mailto:cmaganhinmed@gmail.com)

**REFERÊNCIAS:**

1. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Manejo do Sangramento Gastrointestinal Superior Não Variceal: Recomendações de Diretrizes do Grupo de Consenso Internacional. Ann Intern Med 2019; 171:805.
2. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, et al. O papel da endoscopia no manejo do sangramento agudo não variceal do GI superior. Gastrointest Endosc 2012; 75:1132.
3. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, et al. Diretriz Clínica ACG: Sangramento Gastrointestinal Superior e de Úlcera. Am J Gastroenterol 2021; 116:899.
4. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnóstico e manejo da hemorragia gastrointestinal superior não variceal: Diretriz da Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE). Endoscopia 2015; 47:a1.
5. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. Diagnóstico endoscópico e manejo da hemorragia gastrointestinal superior não variceal (NVUGIH): Diretriz da Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) - Atualização 2021. Endoscopia 2021; 53:300.

1: Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; cmaganhinmed@gmail.com

2: Centro Universitário IMEPAC Araguari; joaopedrorefaria@hotmail.com

3: UDABOL (Bolívia); joao\_mauricio9@hotmail.com

4: R1 Cirurgia Geral - Hospital das Forças Armadas (Brasília-DF); alencar64@gmail.com

5: Universidade Federal do Ceará; geyson\_albuquerque@hotmail.com

6: Hospital Federal de Bonsucesso; paula2104@gmail.com

7: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); lumertzvictoria@gmail.com

8: Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT; roberto.spadoni@hotmail.com

9: Universidade Federal de Lavras (UFLA); batistaphc@gmail.com

10: Universidade Unifenas Alfenas; Luisadinizmv@hotmail.com

4: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); lumertzvictoria@gmail.com

