

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA UMA REVISÃO DE ESCOPO

THE PERSON IN CRITICAL CONDITION WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: INITIAL APPROACH IN THE EMERGENCY DEPARTMENT A SCOPING REVIEW

LA PERSONA EN ESTADO CRÍTICO CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: ABORDAJE INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS UNA REVISIÓN DEL ALCANCE

Ana Sofia Mendes Antunes¹
Maria Antónia Rasa Correia da Costa²

RESUMO: **Introdução:** A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma situação que origina o recorrer aos serviços de urgência, que pode resultar em internamento e com comorbidades e mortalidades elevadas. **Objetivo:** Identificar a abordagem mais eficaz no atendimento à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta, no serviço de urgência. **Metodologia:** Recurso a uma revisão de escopo utilizando a metodologia de *Joanna Briggs Institute*, recorrendo à estratégia de questão relativa à população, conceito e contexto (PCC). A pesquisa foi efetuada com consulta nas bases de EBSCOHost, B-On e Google Académico, considerando-se artigos científicos em texto integral, no período temporal de 2000 a 2022, escritos em inglês e português, analisados pelos pares, bem como guidelines e protocolos recomendados pelas sociedades nacionais e internacionais especialistas no tema. **Resultados:** Da análise dos artigos foi possível identificar a HDA como uma emergência médica gastroenterológica ameaçadora da vida, associada a altas taxas de hospitalização, morbidade e mortalidade, sendo que a sua causa mais frequente é a úlcera péptica. É de extrema importância o seu reconhecimento precoce para uma atuação eficaz. Na abordagem inicial os profissionais devem fazer uso de escalas de avaliação do prognóstico, da necessidade de intervenção endoscópica, da possibilidade de recidiva hemorrágica, bem como da taxa de mortalidade, pois estes “indicadores” vão norteá-los nas suas decisões interventivas. É fulcral a definição de prioridades e a sistematização das intervenções, sendo instrumento facilitador a utilização de guidelines bem como da mnemónica ABCDE, promovendo a ressuscitação precoce, as terapêuticas endoscópica e endovenosa apropriadas, e a prevenção/tratamento das comorbidades. **Conclusão:** A abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência torna-se mais eficaz e eficiente se seguir a mnemónica ABCDE pois determina as prioridades aperfeiçoando os cuidados prestados e os *outcomes* das pessoas nesta situação. É também de extrema importância os profissionais utilizarem *scores* de estratificação de risco nesta abordagem sendo uma orientação preciosa para ordenar e sistematizar as intervenções.

Palavras-chave: Hemorragia digestiva alta. Abordagem inicial. Serviço de urgência. Estratificação do risco. Enfermeiros. Equipa de saúde.

¹ Licenciada em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Beja. Mestranda do 5º Curso de Mestrado, Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica na Universidade de Évora – sofiadolphins@gmail.com.

² Departamento de Enfermagem, Instituto Politécnico de Beja – antonia.costa@ipbeja.pt.

ABSTRACT: Introduction: Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a situation that leads to the use of emergency services, which can result in hospitalization and with high comorbidity and mortality. **Objective:** To identify the most effective approach to care for a person in critical condition with upper gastrointestinal bleeding. **Methodology:** Recourse to a scope review using the Joanna Briggs Institute methodology, using the Population, Concept and Context Question Strategy (PCC). The research was carried out with consultation in the databases of EBSCOHost, B-On and Academic Google, considering scientific articles in full text, from 2000 to 2022, written in English and Portuguese, analyzed by peers, as well as guidelines and protocols recommended by national and international specialists in the subject. **Results:** From the analysis of the articles, it was possible to identify UGIB as a life-threatening gastroenterological medical emergency, associated with high rates of hospitalization, morbidity and mortality, its most frequent cause being peptic ulcer. Its early recognition is extremely important for an effective performance. In the initial approach, professionals should use scales to assess the prognosis, the need for endoscopic intervention, the possibility of hemorrhagic recurrence, as well as the mortality rate, as these “indicators” will guide them in their intervention decisions. The definition of priorities and the systematization of interventions are crucial, and the use of guidelines as well as the ABCDE mnemonic is a facilitator tool, promoting early resuscitation, appropriate endoscopic and intravenous therapies, and the prevention/treatment of comorbidities. **Conclusion:** The initial approach to the person with upper gastrointestinal bleeding in the emergency department becomes more effective and efficient if it follows the ABCDE mnemonic as it determines priorities by improving the care provided and the outcomes of people in this situation. It is also extremely important for professionals to use risk stratification scores in this approach, which is a valuable guideline for ordering and systematizing interventions.

Keywords: Upper digestive hemorrhage. Initial approach. Emergency department. Risk stratification. Nurses. Health team.

RESUMEN: Introducción: La hemorragia digestiva alta (HUA) es una situación que conduce al uso de los servicios de emergencia, lo que puede resultar en hospitalización y con altas comorbilidades y mortalidad. **Objetivo:** Identificar el abordaje más efectivo para la atención de personas en situación crítica con hemorragia digestiva alta en el servicio de urgencias. **Metodología:** uso de una revisión de alcance utilizando la metodología del Instituto Joanna Briggs, utilizando la estrategia de preguntas de población, concepto y contexto (PCC). La búsqueda se realizó consultando las bases de datos EBSCOHost, B-On y Google Scholar, considerando artículos científicos a texto completo, de 2000 a 2022, escritos en inglés y portugués, revisados por pares, así como guías y protocolos recomendados por autoridades nacionales e internacionales. sociedades internacionales especializadas en la materia. **Resultados:** A partir del análisis de los artículos, fue posible identificar a la HAD como una emergencia médica gastroenterológica potencialmente mortal, asociada a altas tasas de hospitalización, morbilidad y mortalidad, siendo su causa más frecuente la úlcera péptica. Su reconocimiento temprano es extremadamente importante para un desempeño efectivo. En el abordaje inicial, los profesionales deben hacer uso de escalas para evaluar el pronóstico, la necesidad de intervención endoscópica, la posibilidad de recurrencia hemorrágica, así como la tasa de mortalidad, ya que estos “indicadores” les guiarán en sus decisiones de intervención. La definición de prioridades y la sistematización de las intervenciones son cruciales, y el uso de las guías, así como la regla nemotécnica ABCDE, es una herramienta facilitadora, que promueve la reanimación temprana, las terapias endoscópicas e intravenosas adecuadas y la prevención/tratamiento de las comorbilidades. **Conclusión:** El abordaje inicial de la persona con hemorragia digestiva alta en el servicio de urgencias se vuelve más eficaz y eficiente si sigue la mnemotécnica ABCDE ya que

determina prioridades mejorando la atención brindada y los resultados de las personas en esta situación. También es de suma importancia que los profesionales utilicen puntajes de estratificación de riesgo en este enfoque, que es una guía valiosa para ordenar y sistematizar las intervenciones.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta. Abordaje inicial. Servicio de urgências. Estratificación de riesgo. Enfermeras. Equipo de salud.

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma situação que ocorre frequentemente nos serviços de urgência. É uma condição que leva a uma incidência anual de 40-150 casos por 100000 pessoas levando frequentemente ao internamento e com comorbidades e mortalidades elevadas ⁽¹⁾. Deve-se sobretudo à existência de uma população muito envelhecida com recurso frequente a antiagregantes, anticoagulantes e toma frequente de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) ⁽¹⁾.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” ⁽²⁾.

Toda a busca de conhecimento e evidência científica é ferramenta essencial e determinante que vai dotar o enfermeiro de habilidades intelectuais, possibilitando o planeamento e organização de cuidados de excelência. A pessoa em situação crítica carece de cuidados específicos, contínuos e especializados, sendo necessário aos enfermeiros o desenvolvimento de competências nesta específica área de atuação.

O planeamento adequado e eficaz dos cuidados é pilar fulcral da prática de excelência dos enfermeiros, que recorrendo à identificação precoce dos diagnósticos de enfermagem, reais ou potenciais, estabelecem intervenções dirigidas ao alvo dos seus cuidados, nomeadamente à pessoa em situação crítica que carece de atenção constante e cuidados diferenciados.

A HDA pode ser definida como a hemorragia do aparelho digestivo acima do ligamento de Treitz ⁽³⁾, sendo que se pode apresentar na forma de hematemese (vómito de sangue com aspecto de “borra de café”), melenas (fezes de cor escura e cheiro fétido), hematoquézias (fezes com sangue vivo/semidigerido), oculta (apenas se confirma com a realização de meio complementar de diagnóstico designado de

pesquisa de sangue oculto nas fezes) ou sintomas de anemia sem hemorragia visível (como hipotensão, taquicardia, dor no peito, astenia, palidez, tonturas).

As causas mais comuns de HDA são doença ulcerosa péptica (20%-50%) ⁽⁴⁾ e as varizes esofágicas/gástricas (5%-20%) ⁽⁴⁾, sendo que os sintomas que podem indicar a origem da HDA são dor epigástrica que piora ao comer e deitar, perda de peso, náuseas e vômitos (na presença de úlcera péptica), e icterícia, astenia, hepatomegália, anorexia, distensão abdominal, em casos de varizes esofágicas/gástricas ⁽⁵⁾.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED 2010) “a hemorragia digestiva alta não é por si só uma doença mas sim uma manifestação clínica de uma doença que pode ser grave e potencialmente fatal”⁽⁶⁾ sendo que “a história clínica e o exame objetivo permitem efetuar uma avaliação inicial do tipo de hemorragia, localização mais provável e gravidade clínica” ⁽⁶⁾. A precoce avaliação clínica e estabilização hemodinâmica eficaz e eficiente são fundamentais no prognóstico dos doentes com hemorragia digestiva alta, sendo esta avaliação de extrema importância para determinar o nível de cuidados e a oportunidade de realização da endoscopia.

Neste seguimento têm sido desenvolvidas várias guidelines e recomendações para definir padrões de qualidade e melhorar os *outcomes* das pessoas com este tipo de patologia.

Os profissionais do serviço de urgência necessitam efetuar uma abordagem sistematizada e ordenada, determinando as prioridades das suas intervenções, pois os sinais e sintomas da HDA podem-se apresentar de variadas formas, sendo essencial uma correta e sistematizada abordagem pessoa acometida desta situação.

METODOLOGIA

A finalidade desta *scoping review* foi mapear e investigar os diferentes tipos de abordagem inicial à pessoa admitida no serviço de urgência com hemorragia digestiva alta, propostas pelos vários autores nos artigos analisados.

Na realização de uma *scoping review* não se torna categórico utilizar apenas estudos primários, mas que os artigos selecionados respondam à pergunta de revisão

PCC sendo que o caráter abrangente deste tipo de revisões permite reunir evidência de fontes distintas e diversas ⁽⁷⁾.

Seguindo a metodologia de *Joanna Briggs Institute (JBI)* ⁽⁸⁾, inicialmente foi definido como objetivo: identificar uma abordagem eficaz no atendimento à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta, no serviço de urgência.

Posteriormente procedeu-se à formulação da questão de investigação utilizando o método PCC: P (População) – Pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta; C (Conceito) – Abordagem inicial; C (Contexto) – Serviço de Urgência.

Questão de Investigação PCC:

Tabela 1 - Tabela descritiva da questão PCC		
Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta
C	Conceito	Abordagem inicial
C	Contexto	Serviço de Urgência

Desta forma a questão de revisão é “Qual a abordagem inicial no atendimento à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência?”.

Os critérios de inclusão considerados para a seleção dos artigos pesquisados foram: todos aqueles que referenciavam a abordagem mais eficaz e eficiente à pessoa com hemorragia digestiva alta admitida em serviços de urgência; estudos disponíveis em texto completo com idioma em português, inglês ou espanhol; estudos publicados até à presente data.

Quanto aos critérios de exclusão, não foram considerados os artigos cuja temática e problemática não se incluíssem no objetivo da revisão.

A pesquisa eletrônica foi efetuada nas bases de dados EBSCOHost (Medline with full text e CINAHL Plus with full text), B-On e Google Académico, considerando-se artigos científicos em texto integral, analisados pelos pares, bem

como guidelines e protocolos recomendados pelas sociedades nacionais e internacionais especialistas na temática.

A seleção dos descritores utilizados teve por base a validação nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/ MeSH) ⁽⁹⁾. Foram utilizados os termos “gastrointestinal hemorrhage”, “GRADE approach”, “Resuscitation”, “Emergency service, hospital”, “Early medical intervention”, “Nurses”, “Guidelines or protocols or practice guideline or clinical practice guideline or recommendation”

Procedeu-se às combinações dos descritores com os operadores booleanos “OR” e “AND”, que se encontra esquematizada na **tabela 2**.

Tabela 2 - Combinação dos descritores com operadores booleanos nas diferentes Bases de Dados.

Base de Dados	Combinação dos descritores com os operadores booleanos
EBSCOHost	<p>Gastrointestinal hemorrhage “and” emergency service, hospital (S8)</p> <p>GRADE approach “or” Resuscitation “or” Early medical intervention “or” Nurses “or” Guidelines or protocols or practice guideline or clinical practice guideline or recommendation (S9)</p>
B-On	S8 “and” S9
Google Académico	Guidelines da abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva

Após a conclusão da pesquisa nas bases de dados indicadas foi aplicada a normativa PRISMA 2009 que resultou na elaboração do Fluxograma apresentado de seguida.

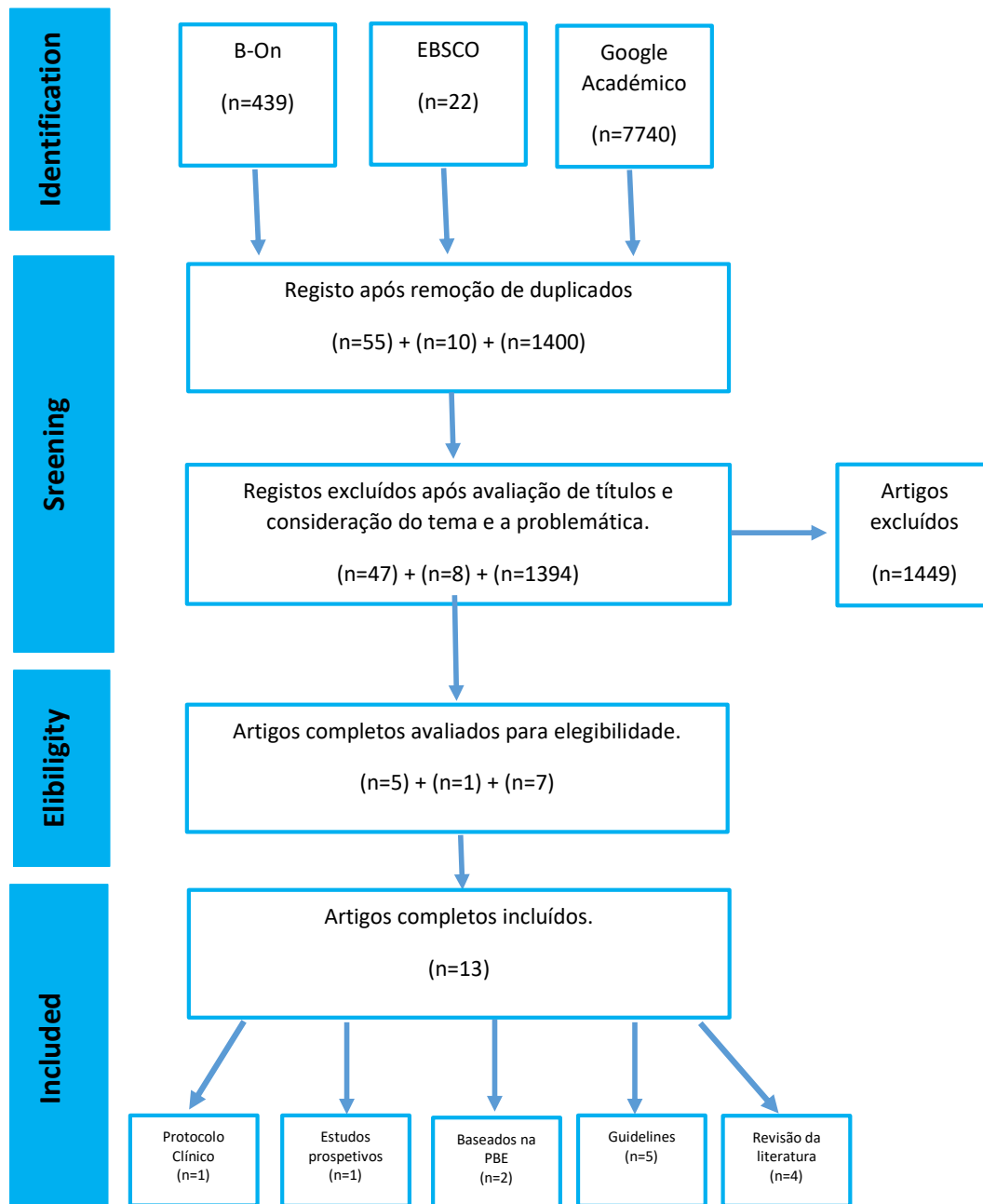


Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos ⁽¹⁰⁾

Avaliação Crítica dos Estudos

Após a seleção final dos artigos, procedeu-se à avaliação crítica dos mesmos, nomeadamente o nível de evidência e a avaliação do grau de recomendação,

recorrendo a ferramenta de avaliação da JBI. Os resultados encontram-se esquematizados na **Tabela 3**

Tabela 3 – Níveis de evidência e grau de recomendação JBI ⁽ⁱⁱ⁾

Artigo/ Ano	Nível de Evidência	Grau de recomendação
Ahmed A., Stanley A. Acute upper Gastrointestinal Bleeding in the Elderly. Aetiology, Diagnosis and Treatment. 12 October 2012	4 a)	A
Al Dhahab H., Baltar JM., Al-Taweel T., Barkun A. State-of-the-Art Management of Acute Bleeding Peptic Ulcer Disease September 2013	4 a)	A
Martins A., Silva A., Andrade F., Garcia H., Brito A., Maneschy R. Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura Maio 2019	4 a)	A
Dinesen L., Benson M. Managing acute upper gastrointestinal bleeding in the acute assessment unit 2012	4 a)	A
Halland M., Young M., Fitzgerald M., Inder K., Duggan J., Duggan A. Charateristics and Outcomes of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in a Tertiary Referral Hospital 21 Abril 2010	3 c)	A

RESULTADOS

A informação relativa a cada artigo foi esquematizada e organizada na **Tabela 4**, tendo sido efetuada utilizando os instrumentos de extração de dados da *JBI*.

Tabela 4 - Tabela de extração de dados: características dos artigos incluídos.

Autores/Artigo	Desenho do Artigo	Ideias principais/Resultados
<p>Ahmed A., Stanley A.</p> <p>Acute upper Gastrointestinal Bleeding in the Elderly. Aetiology, Diagnosis and Treatment.</p> <p>12 October 2012</p>	<p>Revisão da Literatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência ameaçadora da vida, com altas taxas de hospitalização, morbidade e mortalidade; - Fatores de risco: idade, <i>Helicobacter pilory</i>, uso de AINES e anticoagulantes orais; - Causa mais frequente é a úlcera péptica; - Importante a avaliação precoce do risco com uso de instrumentos de avaliação e estratificação (Glsgow –Blatchford e Rockall scores); - Necessária uma ressuscitação precoce com recurso à história clínica, correção da volémia, monitorização hemodinâmica e tratamento das comorbilidades; - Transfusão restritiva para manter hemoglobina entre 7 e 9 g/dl; - Uso de inibidor de bomba de protões (IBP) pré endoscopia é eficaz; - Usar terapêuticas endoscópica e endovenosa adequadas.
		<ul style="list-style-type: none"> - HDA é uma situação crítica que requer uma rápida e eficaz intervenção médica e/ou endoscópica;

<p>Al Dhahab H., Baltar JM., Al-Taweel T., Barkun A.</p> <p>State-of-the-Art Management of Acute Bleeding Peptic Ulcer Disease</p> <p>September 2013</p>	<p>Revisão da Literatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Úlcera péptica é a causa mais frequente; - Fatores de risco: uso de AAS, AINES e as comorbilidades; - Abordagem ABC é o passo mais crucial na abordagem inicial; - Necessária monitorização constante tendo em atenção a vigilância da falência multiorgânica; - Vigilância dos sinais e sintomas de choque hipovolémico; - Terapêutica transfusional restritiva para valores de hemoglobina entre 7 e 9 g/dl; - Usar instrumentos de estratificação de risco (Rockall score, Glasgow-Blatchford score e AIMS65 score); - Utilizar terapêuticas pré-endoscópicas (procinéticos, IBP, vasopressores); - Realizar EDA em tempo adequado (12h para HDA varicosa, 24h para HDA não varicosa); - Terapêutica endoscópica adequada; - Terapêutica pós-endoscópica com IBP-
<p>Chapman W., Siau K., Thomas F., Ernest S., Begun S., Iqbal T., Bhala N.</p> <p>Acute upper gastrointestinal</p>		<ul style="list-style-type: none"> - HDA é uma emergência médica comum; - Incidência de 134 casos por 100000 habitantes por ano; - Ocorre acima do ligamento de Treitz; - As guidelines são importantes para garantir cuidados ótimos; - Reconhecimento precoce é essencial;

<p>bleedin: a guide for nurses</p> <p>2019</p>	<p>Artigo de Prática Baseada na Evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta-se sob a forma de hematêmeses, melenas ou queda de hemoglobina sem causa aparente. Também se pode apresentar sob a forma de retorragias acompanhadas de instabilidade hemodinâmica; - Abordagem ABCDE sistematiza as intervenções e é recomendada na abordagem dos doentes com suspeita de HDA; - Proceder à estratificação do risco usando instrumentos de avaliação (Rockall score e Glasgow-Blatchford score), para triagem da necessidade de EDA urgente ou pós-alta; - Importante usar o sistema SBAR para garantir transmissão eficaz e eficiente da condição do doente; - Efetuar preparação para EDA (jejum e consentimento); - Usar estratégia conservadora de reposição volêmica de hemoderivados para diminuir risco de recidiva hemorrágica, com hemoglobina alvo de 7-9 g/dl.
<p>Palmer K.</p> <p>Pitfalls in the management of acute upper gastrointestinal bleeding</p>	<p>Artigo de Prática Baseada na Evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HDA continua a ser uma emergência médica comum com elevada taxa de mortalidade; - Todos os doentes com HDA devem ter uma abordagem inicial eficaz com análise do risco, através de escalas (estimar taxa de mortalidade, de recidiva hemorrágica e a eventual necessidade de intervenção endoscópica); - Ressuscitação deve ser realizada previamente à terapêutica interventiva, identificando e tratando também as comorbilidades associadas; - Todos os pacientes classificados com alto risco devem realizar EDA nas primeiras 24h após a admissão; - A todos os pacientes admitidos com hematêmeses e melenas deve ser feita uma boa história clínica para tentar encontrar as causas e a severidade da hemorragia (história prévia de hemorragia, história

<p>2012</p>		<p>prévia de doença hepática, sinais e sintomas de choque);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importante o início de terapêuticas (vasopressoras ou IBP) prévias à EDA; - Realizar EDA só de pois da estabilização hemodinâmica: <ul style="list-style-type: none"> - Em 80% dos casos hemorragia para espontaneamente; - 20% dos casos correspondem a alto risco e necessitam EDA urgente; - A maior complicação da EDA é a pneumonia de aspiração, pelo que em casos de hemorragia ativa, a EDA deve ser feita com suporte anestésico e EOT; - Transfusões restritivas levam a melhores <i>outcomes</i>.
<p>Martins A., Silva A., Andrade F., Garcia H., Brito A., Maneschy R.</p> <p>Hemorragia digestiva alta</p>	<p>Revisão da Literatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HDA é uma emergência médica comum que necessita de diagnóstico preciso para fornecer tratamento adequado; - Definida como sangramento anterior ao ângulo de Treitz; - Associada a taxas consideráveis de mortalidade; - Pode ser de origem varicosa ou não varicosa, sendo que 80-90% são de origem não varicosa; - A causa mais comum é a úlcera péptica e os fatores precipitantes são o <i>Helicabacter pilory</i> e o uso de AINES; - A gravidade da hemorragia depende da idade, das comorbilidades associadas e do uso de medicamentos ou anticoagulantes orais; - Os sinais de mau prognóstico são presença de choque ou hipotensão ortostática, coagulopatia

<p>diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura</p> <p>Maio 2019</p>		<p>associada, hemorragia no hospital, múltiplas transfusões, imunossupressão ou hemorragia grave;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atendimento inicial requer: <ul style="list-style-type: none"> - boa história clínica; - exames laboratoriais completos (hemograma, bioquímica, coagulação, tipagem); - reposição da volêmia; - controlo das infeções (HDA varicosa usar antibioterapia profilática) - uso de escalas de avaliação (Glasgow-Blatchford score antes da EDA e escala de Forrest durante EDA); - controlo da hemorragia com terapêutica farmacológica (agentes procinéticos antes da EDA, IBP antes da EDA, medicamentos vasoativos na HDA varicosa, ácido Tranexânico) e/ou endoscópica; - em pacientes instáveis efetuar monitorização contínua de sinais vitais em UCI; - EDA é o método mais sensível e específico de diagnóstico de HDA (realizar precocemente e após estabilização hemodinâmica – menos de 24h após a admissão – se considerado de alto risco; realizar nas primeiras 24h); - Realizar EDA com proteção das vias aéreas em casos de : <ul style="list-style-type: none"> - hemorragia maciça; - encefalopatia de grau III e IV; - saturações periféricas de oxigénio < 90%.
--	--	---

<p>Castanheira S., Mota G., Rosa G., Kemp R., Santos S.</p> <p>Protocolo Clínico e de Regulação para Hemorragia Digestiva Alta</p>	<p>Protocolo clínico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incidência de HAD varia de 48 a 160 casos para cada 10000 habitantes por ano; - A taxa de mortalidade é de 10-14% podendo atingir os 33% nos doentes hospitalizados; - Manifesta-se por hematémeses, enterorragia ou melenas; - A etiologia pode ser de origem varicosa, não varicosa e de causa desconhecida; - Pode ser classificada com estável ou instável; - Os achados clínicos que são preditivos de gravidade são: <ul style="list-style-type: none"> - instabilidade hemodinâmica; - necessidade de transfusão continuada; - hematémeses com sangue vivo; - enterorragia; - pacientes coma mais de 60 anos de idade; - pacientes com comorbilidades associadas; - É importante fazer uma avaliação inicial para identificação de sinais de choque, estimando a intensidade da hemorragia; - A meta inicial e primordial é garantir a estabilização hemodinâmica vigiando: <ul style="list-style-type: none"> - sinais de insuficiência respiratória; - presença de sangramento ativo;
---	--------------------------	---

<p>Junho 2017</p>		<ul style="list-style-type: none"> - sinais de choque; - A história clínica deve ser dirigida: <ul style="list-style-type: none"> - história de HDA anterior; - comorbilidades associadas; - uso de medicação como AINES ou anticoagulantes orais; - sinais e sintomas de doença hepática; - sinais de emagrecimento; - Efetuar colheita de sangue para análises (hemograma, tipagem, bioquímica, coagulação); - Em pacientes com instabilidade hemodinâmica a ressuscitação volêmica para reversão do choque e correção da volémia deve ser cautelosa tendo como alvo TAS 90-100mmHg; - Ponderar EOT se houver diminuição do nível de consciência pois existe risco de aspiração pulmonar.
<p>Dinesen L., Benson M.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - HDA responsável por 50000-70000 admissões hospitalares anuais no UK; - A prevalência aumenta com a idade; - A taxa de mortalidade situa-se nos 10%, elevando-se nos idosos e pessoas com comorbilidades associadas; - A causa mais comum é a úlcera péptica; -Pode-se apresentar sob a forma de hematêmese, melenas e hematoquézias;

<p>Managing acute upper gastrointestinal bleeding in the acute assessment unit</p> <p>2012</p>	<p>Revisão da Literatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pode levar a choque hipovolêmico, a falência renal aguda, EAM em pessoas com problemas cardíacos e a AVC; - As prioridades na abordagem inicial são: <ul style="list-style-type: none"> - ressuscitação e terapêutica inicial (utilizar método ABC, acessos venosos de grande calibre, reposição de volêmia, suplemento de oxigênio por cânula nasal, manter jejum, monitorização cardíaca, transfusões sanguíneas restritivas, corrigir trombocitopenia em HDA ativa e com plaquetas <50000, dar Vit K em doentes com HDA ativa que façam varfarina, iniciar IBP pré EDA, se HDA varicosa iniciar terlipressina e antibioterapia profilática); - estratificação da gravidade da hemorragia (estratificação do risco de mortalidade, da necessidade de EDA e da recidiva de hemorragia) usando instrumentos de avaliação (Glasgow-Blatchford score e Rockall score); - identificação do local preciso da hemorragia (sendo a EDA a intervenção primária pois estabelece a causa em 80% dos casos, dá informações que definem a estratégia a seguir e o prognóstico, possibilita intervenção endoscópica adequada ao tratamento hemostático) usando os <i>timings</i> corretos da realização da EDA (em HDA grave deve ser logo que o doente esteja estabilizado, em HDA de baixo risco deve ser nas primeiras 24h após a admissão); - Pós-EDA: <ul style="list-style-type: none"> - uso apropriado de IBP; - erradicação de <i>Helicobacter pilory</i>; - <i>follow-up</i> com repetição de EDA quando necessário
		<ul style="list-style-type: none"> - HDA continua a ser problema gastroenterológico importante;

<p>Halland M., Young M., Fitzgerald M., Inder K., Duggan J., Duggan A.</p> <p>Charateristics and Outcomes of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in a Tertiary Referral Hospital</p> <p>21 Abril 2010</p>	<p>Estudo Observacional Prospectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A taxa de mortalidade situa-se nos 1,8-14%; - Os fatores de risco são a idade avançada, a presença de comorbilidades, o uso de AINES e o <i>Helicobacter pilory</i>; - A maior causa é a úlcera péptica (33%) sendo a HDA de origem varicosa a segunda causa (12%); - A HDA de origem varicosa aumentou devido ao aumento de casos de Hepatite C e cirrose, ao aumento do consumo de álcool e ao aumento da esperança média de vida de doentes com varizes esofágicas; - A HDA não varicosa aumentou nos idosos pelo uso de AINES e anticoagulantes orais; - É de extrema importância o uso de instrumentos de avaliação para estratificação do risco (Rockall score); - Na abordagem inicial: <ul style="list-style-type: none"> - transfusão restritiva (o vigoroso aumento de volume está associado a um risco elevado de recidiva hemorrágica); - de extrema importância a estabilização hemodinâmica antes da realização da EDA; - realização da EDA no tempo adequado.
<p>Laine L., Jensen D.</p> <p>Management of Patients With</p>		<ul style="list-style-type: none"> - As úlceras são a causa mais comum de HDA; - Pode-se apresentar sob a forma de hematémeses, melenas e hematoquézias; - Abordagem inicial:

<p>Ulcer Bleeding</p> <p>7 Fevereiro 2012</p>	<p>Guideline</p>	<ul style="list-style-type: none"> - estabilização hemodinâmica com as medidas de ressuscitação consideradas necessárias; - reposição de volêmia com fluidos endovenosos e transfusões sanguíneas com hemoglobina alvo $\geq 7g/dl$ (se as comorbilidades o permitirem) pois promove a diminuição da taxa de recidiva hemorrágica; - proceder à EOT se necessário proteger a via aérea e prevenir aspiração de conteúdo gástrico em pacientes com hemorragia maciça e/ou Glasgow alterado, ou quando existe a necessidade de sedação; - usar escalas de estratificação de risco que auxiliam nas decisões interventivas (Rockall score e Glasgow-Blatchford score); - Terapêutica pré-EDA: <ul style="list-style-type: none"> - procinéticos (eritromicina a 250mg em perfusão 30 minutos antes da EDA) para melhorar o campo endoscópico; - IBP pois diminuem a necessidade de tratamento endoscópico, devendo ser iniciados se EDA indisponível ou com atraso; - Lavagem gástrica não é recomendada pois não se aspiram os coágulos e a maioria das HDA páram espontaneamente; - Tempos de realização de EDA: <ul style="list-style-type: none"> - 24h após a admissão e após estabilização (estabilizando sinais vitais e tratando as comorbilidades); - 12h se for classificada em alto risco (atenção que EDA demasiado cedo sem o paciente estabilizado potencia complicações nomeadamente a baixa de oximetrias periféricas); - Prevenção de recidiva hemorrágica com identificação clara e precisa da etiologia da hemorragia;
--	------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Erradicação do <i>Helicobacter pylori</i>.
<p>Laine L., Barkun A., Saltzman J., Martel M., Leontiadis G.</p> <p>ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding</p> <p>7 Janeiro 2021</p>	<p>Guideline</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HDA é a situação mais comum (80%) no serviço de urgência, necessitando frequentemente de hospitalização; - Tem origem no esôfago, estômago e duodeno; - As manifestações podem ser hematêmeses, melenas e hematoquêzias; - É importante a estratificação do risco inicial para determinar a necessidade de internamento, para intervenção ou para alta com posterior seguimento (Rockall score e Glsgow-Blatchford score); - Efetuar transfusões restritivas com hemoglobina alvo de 7g/dl, pois reduz a possibilidade de recidiva hemorrágica e morte; - Usar procinéticos (eritromicina) pré-EDA para limpar o campo endoscópico, para melhorar o diagnóstico e tratamento endoscópico, reduzindo a necessidade de repetição de EDA e hospitalização (250mg 20-90 minutos antes da EDA); - IBP pré-EDA pode ser usado em casos que a EDA está indisponível ou atrasada; - EDA em doentes de baixo risco deve ser feita nas primeiras 24h após apresentação da hemorragia; - EDA cedo demais, em doentes com instabilidade hemodinâmica ou comorbilidades associadas, promove o aparecimento de complicações; - Abordagem: <ul style="list-style-type: none"> - estratificação do risco para determinar a necessidade de intervenção ou dar alta hospitalar; - antes da EDA efetuar estabilização hemodinâmica, com especial atenção ao tratamento das comorbilidades, promover transfusão restritiva com hemoglobina alvo < 7g/dl, colocar eritromicina em

		perfusão (250mg 20-90 minutos antes da EDA), pode-se usar IBP, EDA nas primeiras 24h após a instalação da hemorragia.
Pedroto I., Magro F.	Guideline	<ul style="list-style-type: none"> - HDA constitui a causa mais frequente de urgência/emergência gastroenterológica; - A taxa de mortalidade mantém-se alta devido à faixa etária dos doentes, a coexistência de comorbilidades significativas e o maior uso de AINES e outros fármacos como os anti-agregantes plaquetários; - A imediata avaliação clínica e apropriada estabilização hemodinâmica são fundamentais no prognóstico; - Os parâmetros clínicos são essenciais na triagem para determinar o nível de cuidados e a oportunidade de realização de EDA; - As comorbilidades devem ser tratadas agressivamente mantendo uma adequada perfusão de órgãos; - Avaliar inicialmente: <ul style="list-style-type: none"> - gravidade e atividade da hemorragia (condiciona as necessidades transfusionais, a multidisciplinaridade da abordagem, a urgência da realização da EDA); - localização da lesão sangrante; - classificação da HDA; - avaliação da coagulação; - É importante avaliar a estratificação do risco pois permite uma melhor gestão clínica e dos recursos, como a alta precoce ou a EDA urgente (com os scores de Rockall e Forrest); - A realização de EDA deve ser feita apenas em doentes estabilizados hemodinamicamente para não

<p style="text-align: center;">Urgência Regional de Gastrenterologia (URGE). Gestão clínica da hemorragia digestiva alta, normas orientadoras clínicas</p> <p style="text-align: center;">Março 2010</p>		<p>comprometer a sua segurança;</p> <ul style="list-style-type: none"> - A abordagem inicial passa pela monitorização hemodinâmica contínua (FC, TA, SpO₂), colheita de sangue para análises (hemograma, bioquímica, coagulação, tipagem), assegurar acessos venosos de grande calibre, ECG, SNG e Rx Tórax; - A correção da hipovolémia é o objetivo prioritário de reanimação inicial (com cristaloides ou colóides); - Em HDA varicosa: <ul style="list-style-type: none"> - estabilização hemodinâmica - SNG; - considerar EOT - terapêutica vasopressora (Terlipressina); - terapêutica transfusional com hemoglobina alvo 8g/dl; - antibioterapia; - EDA nas primeiras 6-12h; - Em HDA não varicosa: <ul style="list-style-type: none"> - transfundir para hemoglobina < 7g/dl, ou para hemoglobina entre 8-9g/dl se patologia cardiorrespiratória e idade ≥65 anos; - EOT se hemorragia maciça ou perturbação do estado de consciência (pelo risco de aspiração);
---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - SNG é benéfica para detetar presença de sangue, determinar a gravidade da hemorragia, preparar o campo de visualização endoscópico e prevenir aspiração de conteúdo gástrico, sendo que a ausência de sangue na SNG não exclui a HDA); - Referenciar para EDA: <ul style="list-style-type: none"> - após estabilização cardio-circulatória; - após estratificação do risco clínico; - Usar procinéticos (eritromicina, 250mg 20-90 minutos antes da EDA) pois melhoram a qualidade do exame porque permitem um esvaziamento gástrico de sangue e coágulos; - Terapêutica farmacológica pré-EDA: IBP e drogas vasoativas.
<p>Gralnek Ian M. et al</p>	<p>Guideline</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As causas mais comuns de HDA são não varicosas o que inclui as úlceras pépticas gastro-duodenais; - Abordagem inicial (pré-EDA): <ul style="list-style-type: none"> - corrigir hipovolémia; - restaurar perfusão adequada dos órgãos prevenindo a falência multiorgânica; - terapêutica restritiva com fluidos e associação de agentes inotrópicos é mais eficaz; usar solução cristalóide balanceada (Lactato de Ringer) ajuda a reduzir mortalidade e eventos renais adversos; - estratégia restritiva de transfusões sanguíneas é associada a diminuição significativa da mortalidade e da recidiva hemorrágica (hemoglobina alvo entre 7-8g/dl); - efetuar estratificação do risco com recurso a instrumentos de avaliação (Glasgow-Blatchford score, Rockall score e AIMS65 Score);

<p>Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021</p> <p>10 Fevereiro 2021</p>		<ul style="list-style-type: none"> - IBP pré-EDA reduz o risco de úlceras com estigma de hemorragia; - não se recomenda lavagem/aspiração gástricas, pois o aspirado gástrico não é muito conclusivo acerca do local da hemorragia (se HDA ou HDB) e os efeitos adversos da colocação da SNG são vários (dor, hemorragia nasal e insucesso na sua colocação); - EOT não é recomendada profilaticamente mas só em casos de hemorragia maciça, agitação, encefalopatia com diminuição do Glasgow e necessidade de exame com sedação anestésica); - o uso de procinéticos (eritromicina) é recomendado pois melhora o campo visual durante a EDA reduzindo a necessidade de uma segunda EDA (250mg em 30-120 minutos pré-EDA); - EDA é recomendada: <ul style="list-style-type: none"> - se urgente nas primeiras 12h; - nas primeiras 24h; - Realizar sempre EDA após adequada estabilização hemodinâmica e tratamento (se necessário) das comorbilidades associadas; - Pós-EDA: <ul style="list-style-type: none"> - IBP em doentes que fizeram hemóstase endoscópica; - é recomendado o estudo do <i>Helicobacter pylori</i> em doentes com HDA devido a úlcera péptica e fazer a sua erradicação.
---	--	---

<p>Siau K., Hearnshaw S., Stanley AJ. et al</p> <p>British Society of Gastroenterology (BSG)-led multisociety consensus care bundle for the early clinical management of acute upper gastrointestinal bleeding</p> <p>27 março 2020</p>	<p>Guideline</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HDA é uma causa comum de emergência médica com incidência de 134 por 100000 habitantes; - A mortalidade tem-se mantido nos 10%; - O diagnóstico e a estabilização hemodinâmica são importantes nas primeiras 24h; - É necessária a criação de protocolos, bundles e guidelines de atuação; - Hematemeses e melenas são os sintomas de HDA; - Todos os pacientes com HDA necessitam de uma abordagem urgente com estabilização do estado hemodinâmico, avaliando e monitorizando com regularidade os sinais vitais; - Fluidoterapia com cristaloides associada a Dopamina tem maior evidência na redução da ARDS, falência multiorgânica e sépsis (500ml em 15 minutos); - É importante o uso de instrumentos de avaliação com uso de escalas, para prever as necessidades de transfusões, terapêutica endoscópica, intervenção radiológica ou cirúrgica (Glasgow-Blatchford score), ou no prognóstico da mortalidade (Rockall score ou AIMS65 score); - Efetuar transfusões restritivas com hemoglobina alvo entre 7-10g/dl; - Em suspeita de HDA varicosa administrar Terlipressina ou Somatostatina precocemente, bem como antibioterapia; - Realizar EDA nas primeiras 24h desde a apresentação dos sintomas; - Em doentes com HDA varicosa realizar EDA em 12h sempre após estabilização hemodinâmica.
--	------------------	---

DISCUSSÃO

Para a compreensão da temática em estudo foi realizada uma pesquisa de artigos onde se evidencia de forma clara a pertinência do tema escolhido.

Os artigos incluídos nesta *scoping review* referem a HDA como uma doença potencialmente fatal. Todos os autores são unânimes em a considerar uma emergência gastroenterológica comum ameaçadora de vida, e que requer uma rápida e eficaz intervenção médica e endoscópica ^(12,13). É responsável por uma incidência de 134 casos por 100 000 habitantes no Reino Unido ⁽¹⁴⁾ sendo que a sua ocorrência pode variar entre 48 a 160 casos por cada 100 000 habitantes ⁽¹⁵⁾.

Apesar da constante evolução tecnológica é ainda responsável por uma elevada taxa de mortalidade ^(15,16,17,18,19,20,21); uma taxa de hospitalização alta e com morbidades associadas consideráveis ^(16,18,19,22).

Ao efetuar a revisão dos artigos conseguimos constatar que os fatores de risco para o aparecimento da HDA são a idade ^(16,19), a presença da bactéria *Helicobacter pylori* no estômago ^(13,16,19), o uso continuado de AINES ^(11,12,15,18) e a toma de anticoagulantes orais ^(12,16), sendo que o risco de mortalidade aumenta significativamente em associação com a idade avançada, com as doenças crónicas existentes ^(12,13,16,18,19,20) e o uso prévio e continuado de anticoagulantes orais ^(13,20).

Conforme o exposto nos artigos a HDA pode manifestar-se por hematemeses ^(14,15,18,21,22,23), melenas e hematoquezias ^(14,15,18,22,23), podendo também haver situações em que existe uma queda de hemoglobina mas não se identifica uma causa ⁽¹⁴⁾.

A HDA pode ser classificada em varicosa e não varicosa como salientam alguns autores ^(13,15,20), sendo que a úlcera péptica foi identificada como a maior causa do surgimento de HDA não varicosa ^(12,13,16,18,19,23,24).

Após a realização da análise dos artigos orientadores desta *scoping review* vemos elencada a ideia de que o aumento da HDA não varicosa se deve a inúmeros fatores, como o uso aumentado de AINES e anticoagulantes orais nos idosos ⁽¹⁹⁾, sendo que o aumento de casos de HDA varicosa tem estado associado ao aumento de casos de hepatite C e cirrose, ao aumento do consumo de álcool e ao aumento da esperança média de vida nas pessoas com história de varizes esofágicas ⁽¹⁹⁾.

Os sinais realçados como mau prognóstico em caso de HDA, são quando a pessoa apresenta choque ou hipotensão ortostática ⁽¹³⁾, coagulopatia associada ⁽¹³⁾, imunossupressão ⁽¹³⁾, necessidade de múltiplas transfusões ^(13,15), presença de hemorragia grave ^(13,15), instabilidade

hemodinâmica ⁽¹⁵⁾, idade superior a 60 anos com comorbilidades associadas ⁽¹⁵⁾, sendo um ponto fulcral na observação a sua detecção precoce. Esta avaliação é de extrema importância pois estas condições podem levar a choque hipovolêmico, falência renal aguda, EAM em pessoas com problemas cardíacos e a AVC ⁽¹⁸⁾.

A avaliação precoce do risco assume uma particular relevância pois auxilia na detecção precoce de sinais de alarme e mau prognóstico. Todos os autores dos artigos apresentam resultados consonantes ao afirmarem que esta avaliação deve ser efetuada com recurso a instrumentos de avaliação de risco que assumem papel fundamental no reconhecimento do prognóstico, da identificação da necessidade de intervenção, da possibilidade da recidiva hemorrágica bem como da taxa de mortalidade associada.

Os instrumentos de avaliação do risco identificados nos artigos foram a Glasgow-Blatchford score ^(12,13,14,16,18,21,22,23,24) que é um score de avaliação pré-endoscópica que utiliza elementos clínicos e laboratoriais, fazendo a estratificação de risco de necessidade de intervenção endoscópica, a Rockall score ^(12,14,16,17,18,19,20,21,23,24) que utiliza a combinação de elementos clínicos e endoscópicos e prevê o risco de recidiva hemorrágica e a mortalidade, e a AIMS65 score ^(12,21,24) que nos ajuda na identificação da necessidade de hospitalização. Há ainda autores que afirmam a necessidade da utilização da escala de Forrest durante a realização da endoscopia que avalia a probabilidade de recidiva hemorrágica consoante os achados encontrados ^(13,20).

Neste seguimento têm sido desenvolvidas várias guidelines e recomendações para definir padrões de qualidade e melhorar os outcomes das pessoas com este tipo de patologia. Os profissionais do serviço de urgência necessitam efetuar uma abordagem sistematizada e ordenada, determinando as prioridades das suas intervenções. Esta abordagem será facilitada com a utilização da abordagem inicial ABC ^(12,18), ou a abordagem ABCDE ⁽¹⁴⁾.

A abordagem ABCDE (A – Airway; B – Breathing; C – Circulation; D – Disability; E – Exposure) é uma ferramenta primordial pois permite ordenar e sistematizar as intervenções, bem como determinar as prioridades nos cuidados a prestar. Ao seguir um plano estruturado assegura-se um nível de cuidados ótimo.

Como referem alguns autores ⁽¹⁸⁾ a abordagem inicial estruturada tem como objetivos e prioridades a ressuscitação e estabilização hemodinâmica da pessoa que se apresenta no serviço de urgência com história de HDA, a estratificação da gravidade da hemorragia, a identificação precisa do local da hemorragia e a hemostase da hemorragia.

De modo a que esta abordagem seja eficaz será necessário proceder a uma colheita de dados completa e adequada de modo a efetuar uma história clínica precisa ^(12,13,14,15,16,17,20,22,23), tendo

em linha de conta os sinais e sintomas, as comorbilidades associadas, a existência de história prévia de HDA, a terapêutica habitual e a presença de sinais e sintomas de doença hepática.

A abordagem inicial tendo em linha de conta os princípios ABCDE é efetuada seguindo os seguintes passos:

✓ **A – Airway**

Assegurar a permeabilidade da via aérea (garantindo o acesso rápido a material para aspiração da via aérea) ^(12,14,15,18,19).

Proceder a entubação orotraqueal (EOT) se hemorragia de alto débito ou Glasgow <8 ^(12,14,15,18,19).

Posicionamento em semi-fowler ou decúbito lateral esquerdo ⁽¹⁴⁾.

✓ **B – Breathing**

Potenciar a oxigenação recorrendo a cânula binasal ^(12,14,15,18,19) ponderando a EOT se for necessário um maior aporte de oxigénio.

✓ **C – Circulation**

Avaliação e monitorização contínuas de: tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), traçado cardíaco (ECG), oximetrias periféricas (SpO₂), estado de consciência, diurese ($\geq 0,5$ ml/Kg/h), cor e temperatura da pele, quantidade e características das perdas hemáticas ^(12,13,14,15,16,18,20,21,23), sendo que em casos de falência multiorgânica a pessoa com HDA deve ser monitorizada de forma contínua e invasiva numa unidade de cuidados intensivos (UCI) ^(12,14).

Assegurar dois acessos venosos de grande calibre de modo a efetuar correção da hipovolémia com fluidos, sendo que alguns autores reconhecem evidência científica na melhoria dos resultados quando são associados a medicamentos vasopressores ^(13,20,21,24), procedendo também à colheita de sangue para análises e tipagem (hemograma, bioquímica, coagulação) ^(12,13,14,15,16,18,20).

Garantir a perfusão de órgãos vitais a um nível ótimo com fluidoterapia (cristaloides) para manter tensão arterial sistólica (TAS) ≥ 90 mmHg ^(13,20,21,24); com hemoderivados se hemoglobina (Hg) ≤ 7 g/dl (manter Hg 7-9 g/dl) pois é de referir a concordância de todos os artigos analisados que se deve optar por uma abordagem restritiva na administração de transfusões devido aos efeitos adversos que podem ocorrer como a falência multiorgânica, infeções, recidiva hemorrágica e morte ^(12,13,14,16,18); com plasma e/ou plaquetas se coagulopatia ou trombocitopenia ^(12,13,14,16,18).

Também importante a administração de terapêutica farmacológica que possa atuar como adjuvante na abordagem e tratamento da pessoa com HDA, como é o caso dos inibidores da

bomba de prótons (IBP) ^(12,13,14,16,18,20,22,23,24) em que é recomendada a sua utilização logo na abordagem inicial prévia à eventual necessidade de realização de endoscopia digestiva alta (EDA), ou dos procinéticos pré-EDA (eritromicina) que facilitam a realização da mesma devido à sua atuação na melhoria da visualização do campo endoscópico ^(12,13,20,22,23,24).

De salientar que alguns artigos ^(13,16,18,20,21) demonstram que é aconselhável o uso de antibioterapia profilática em casos de suspeita de HDA de origem varicosa bem como o uso de vasopressores (terlipressina) pré-EDA.

Quanto à colocação de sonda nasogástrica (SNG) foram identificados pontos de vista contraditórios, por um lado existem autores ⁽²⁰⁾ que recomendam a sua colocação justificando que é benéfica para detetar presença de sangue determinando a gravidade da hemorragia e para prevenir aspiração de conteúdo gástrico para a via aérea, outros autores ^(13,23,24) desaconselham totalmente a sua colocação pelos efeitos adversos que comporta (dor, epistaxis e a impossibilidade de aspiração de coágulos dado o calibre das SNG).

✓ D – *Disability*

Avaliar alterações do estado de consciência utilizando a escala de avaliação de Glasgow, procurando sinais de hipoperfusão, hipoxia cerebral e encefalopatia hepática (alterações neurológicas) ⁽¹⁴⁾.

✓ E – *Exposure*

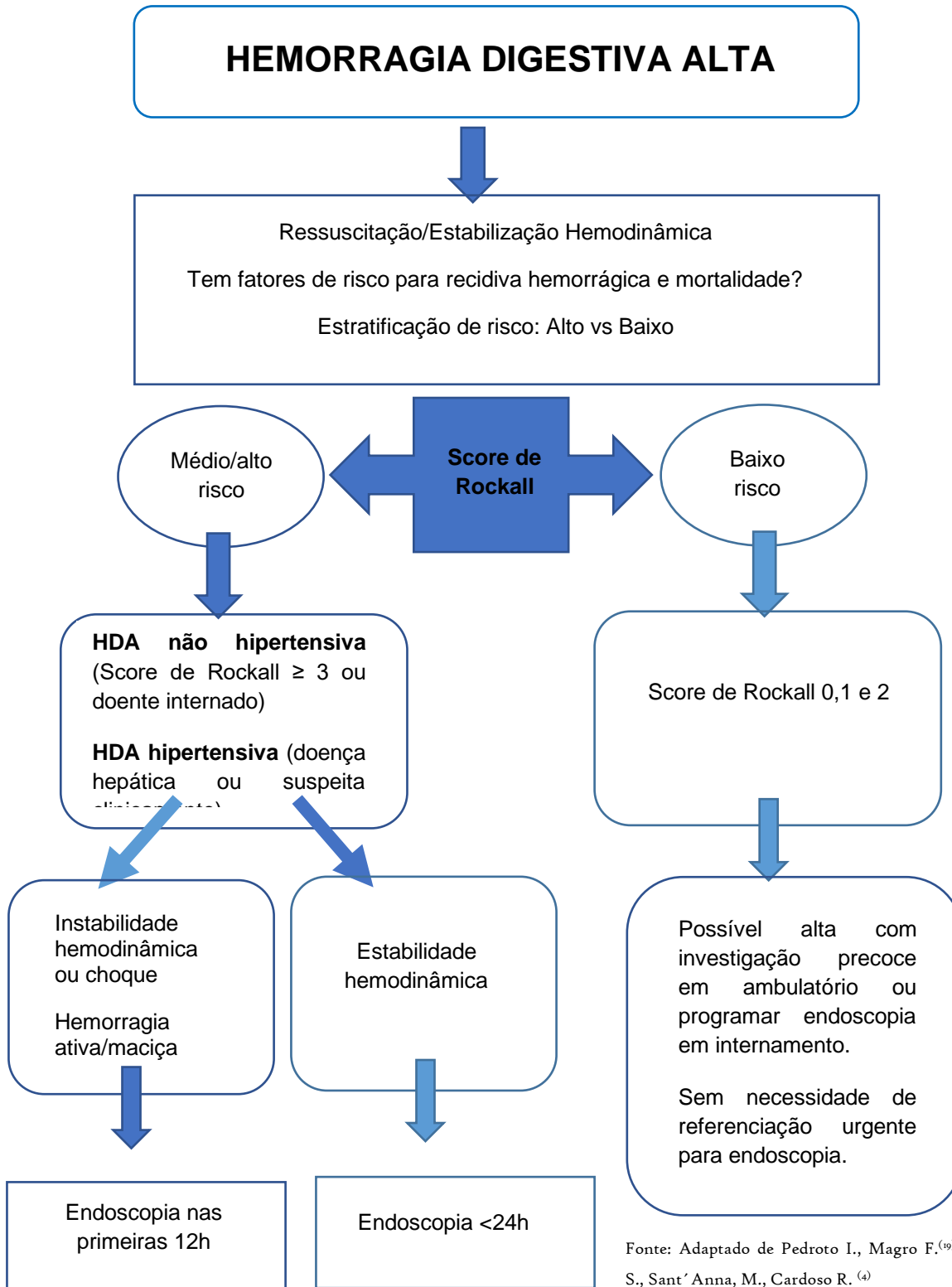
É de extrema importância a manutenção da temperatura corporal (prevenção da hipotermia), a deteção precoce de sinais de instabilidade hemodinâmica (temperatura e cor da pele) tendo em consideração os indícios que nos levem a identificar a etiologia da HDA (Icterícia, circulação colateral, ascite, aranhas vasculares, edemas) ⁽¹⁴⁾.

Após a estabilização hemodinâmica e identificada a possível causa da HDA (com base na história clínica a sinais e sintomas que a pessoa apresenta), procede-se à referenciação para a possível realização de EDA que consoante o especificado nos estudos é o método mais sensível e específico para identificar a causa de HDA e proceder ao seu tratamento ^(13,18).

Neste seguimento é necessário garantir o jejum da pessoa com HDA ⁽¹⁴⁾ bem como proceder à transmissão eficaz e eficiente de todos os acontecimentos. No entendimento de alguns autores ⁽¹⁴⁾ esta passagem de informação é efetuada de forma segura se os profissionais de saúde utilizarem o sistema SBAR (S – *Situation* - uso de uma frase concisa do problema; B – *Background* – uso de detalhes e informações pertinentes à situação; A – *Assessment* – avaliação das análises e opções consideradas; R – *Recommendation* – ação recomendada para a situação) ⁽²⁵⁾.

Para uma melhor compreensão dos passos a efetuar, toda esta abordagem encontra-se esquematizada na **figura 2**.

Figura 2 - Esquematização da abordagem inicial à pessoa com HDA



Fonte: Adaptado de Pedroto I., Magro F.⁽⁹⁾; Campos, S., Sant'Anna, M., Cardoso R.⁽⁴⁾

CONCLUSÃO

A HDA continua a ser um evento muito comum nos serviços de urgência responsável por taxas de mortalidade consideráveis e com sequelas nas pessoas em que ocorreu esta situação.

Apesar da evolução tecnológica e científica a evidência mostra que os estilos de vida das populações são responsáveis pelo surgimento destas situações, de entre outros salientamos o uso de AINES e anticoagulantes orais.

A avaliação precoce do risco torna-se o procedimento fulcral no atendimento à pessoa com HDA no serviço de urgência, sendo que os instrumentos de avaliação do risco são aliados fundamentais que auxiliam na identificação das necessidades de intervenção adequadas a cada situação.

Os fatores que assumem maior destaque para que a estratégia diagnóstica e terapêutica seja bem sucedida passam pela estabilização hemodinâmica precoce e adequada, bem como pela colheita de uma história clínica assertiva e dirigida à situação, sendo que a identificação e tratamento apropriados das comorbidades é referenciado como um passo essencial na consecução dessa estabilização. Torna-se evidente que o uso de guidelines e recomendações é crucial na abordagem da pessoa com HDA.

A abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência torna-se mais eficaz e eficiente se seguir a mnemónica ABCDE pois ordena e sistematiza as intervenções, orienta para a identificação de prioridades, melhora os cuidados prestados e consequentemente os resultados obtidos são os mais adequados para responder às necessidades que a pessoa apresenta, assim como os profissionais envolvidos nesta área de cuidados também prestam um cuidado centrado tendo também uma maior satisfação e melhor qualidade de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GRALNEK Ian M et al (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015; 47: a1-a46.
2. ORDEM dos Enfermeiros (2011). Regulamento no 124/2011 de 18 de Fevereiro: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica., Pub. L. No. 124/2011 (2011). Portugal: Diário da República 2a série nº 35. [acesso em 2022 janeiro] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

3. SHEEHY S (2001). *Enfermagem de Urgência. Da teoria à prática*. Lusociência. 2001, 877p.
4. CAMPOS S, Sant'Anna M, Cardoso R (2018). *Manual de Urgências em Gastreenterologia*. Capítulo 1 – Hemorragia Digestiva Alta. Manual Lidel. p 1-9.
5. GREENBERGER NJ, Blumberg RS, Burakoff R. *Current Diagnosis & treatment: Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy*. New York: Lange Medical; 2009.
6. SOCIEDADE Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) (2010). *Recomendações para o tratamento de doentes com hemorragia digestiva alta de causa não varicosa*. *Jornal Português de Gastreenterologia*. Volume 17, Setembro/Outubro 2010.
7. PETERS J, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H & Parker D Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute; 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
8. AROMATARIS E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
9. BIBLIOTECA Virtual em Saúde. *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS/MeSH [Internet]*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2017 [acesso em 2022 janeiro]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
10. MOHER D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Jul 21 [acesso em janeiro 2022];6(7):e1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
11. JOANNA Briggs Institute. *JBIM Levels of Evidence [Internet]*. Adelaide: Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide; 2013 [acesso em janeiro 22]. Disponível em: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_o.pdf.
12. Al Dhahab H, McNabb-Baltar J, Al-Taweel T, & Barkun A (2013). *State-of-the-art management of acute bleeding peptic ulcer disease*. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 19(5), 195–204. <https://doi.org/10.4103/1319-3767.118116>
13. MARTINS A, Silva A, Andrade F, Garcia H, Brito A, Maneschy R (2019). *Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura*. *Pará Research Medical Journal*. 3. 10.4322/prmj.2019.007.
14. CHAPMAN W, Siau K, Thomas F, Ernest S, Begum S, Iqbal T, & Bhala N (2019). *Acute upper gastrointestinal bleeding: a guide for nurses*. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 28(1), 53–59. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.1.53>
15. Castanheira S B, Mota G de A, Rosa G V, Kemp R, & Santos J S dos (2012). *Protocolo clínico e de regulação para hemorragia digestiva alta*. In *Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier.

16. AHMED A, & Stanley A J (2012). Acute upper gastrointestinal bleeding in the elderly: aetiology, diagnosis and treatment. *Drugs & aging*, 29(12), 933-940. <https://doi.org/10.1007/s40266-012-0020-5>.
17. PALMER K (2012). Pitfalls in the management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Clinical Risk*, 18 (1), 9 - 12. <https://doi.org/10.1258/cr.2012.012A01>.
18. DINESEN L, & Benson M (2012). Managing acute upper gastrointestinal bleeding in the acute assessment unit. *Clinical medicine (London, England)*, 12(6), 589-593. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-6-589>.
19. HALLAND M, Young M, Fitzgerald M N, Inder K, Duggan J M, & Duggan A (2010). Characteristics and outcomes of upper gastrointestinal hemorrhage in a tertiary referral hospital. *Digestive diseases and sciences*, 55(12), 3430-3435. <https://doi.org/10.1007/s10620-010-1223-4>
20. PEDROTO I, Magro F, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte) (2010). Urgência Regional de Gastreenterologia (URGE). Gestão clínica da hemorragia digestiva alta, Normas orientadoras clínicas. Março 2010.
21. SIAU K, Hearnshaw S, Stanley AJ, *et al.* (2020). British Society of Gastroenterology (BSG)-led multisociety consensus care bundle for the early clinical management of acute upper gastrointestinal bleeding *Frontline Gastroenterology* 2020;11:311-323.
22. LAINE L, Barkun A N, Saltzman J R, Martel M, & Leontiadis G I (2021). ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *The American journal of gastroenterology*, 116(5), 899-917. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001245>
23. LAINE L, & Jensen D M (2012). Management of patients with ulcer bleeding. *The American journal of gastroenterology*, 107(3), 345-361. <https://doi.org/10.1038/ajg.2011.480>
24. GRALNEK Ian M *et al* (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy* 2021; 53: 300-332. DOI <https://doi.org/10.1055/a-1369-5274> Published online: 10.02.2021 | *Endoscopy* 2021; 53.
25. INSTITUTE for Healthcare Improvement. SBAR tool: situation - background - assessment - recommendation. 2018. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>.