



A hemorragia digestiva alta varicosa: perfil clínico e epidemiológico

Varicose upper gastrointestinal: clinical and epidemiological profile

La hemorragia digestiva alta varicosa: perfil clínico y epidemiológico

Yanne Carolline Silva Mesquita¹, Lilian Silva Mendonça Almeida¹, Manuel Renato Retamozo Palacios¹, Fernanda Silveira Tavares^{1,2}, Jordana de Melo Borges¹, Sophia Ambrósio Palhares², Gislane Ferreira de Melo², Thiago dos Santos Rosa².

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta, com achado de hemorragia digestiva alta varicosa. **Métodos:** Abordagem descritiva, retrospectiva e transversal. Foram revisados registros médicos de pacientes atendidos em um hospital entre junho de 2021 e junho de 2023. Para a análise dos dados foi construída planilha eletrônica no programa Excel®, onde os dados foram organizados e tabulados. Foi feita análise estatística descritiva e cálculos de medida de associação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** O estudo em questão analisou 31 pacientes, a maioria homens, com idade entre 61-80 anos e diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica. A etiologia alcoólica para as varizes foi a mais prevalente. Na endoscopia digestiva alta, foi observado que a maior parte das varizes eram de grosso calibre, foram vistos red spots e havia sinais de gastropatia hipertensiva. Grande parte dos pacientes, apresentou como desfecho final o óbito secundário à hemorragia digestiva alta. **Conclusão:** Destaca-se a importância da rápida identificação e intervenção em pacientes com hemorragia digestiva alta varicosa, evidenciando-se também algumas limitações metodológicas. Os achados reforçam a necessidade de estratégias preventivas e otimização do tratamento nesse grupo populacional.

Palavras-chaves: Hemorragia gastrointestinal, Varizes esofágicas e gástricas, Hipertensão portal, Endoscopia.

ABSTRACT

Objective: To outline the clinical and epidemiological profile of patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy, with finding of varicose upper gastrointestinal bleeding. **Methods:** A descriptive, retrospective and transversal approach was carried out. We reviewed medical records of patients treated at a hospital between June 2021 and June 2023. For data analysis, an electronic spreadsheet was created on Excel®, where data were organized and tabulated. A descriptive statistical analysis and association measurement calculations were performed. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The present study analyzed 31 patients, mostly men, aged 61 to 80, mainly diagnosed with systemic arterial hypertension. The alcoholic etiology for varicose veins was the most prevalent. On the upper gastrointestinal endoscopy, it was seen that most of the varicose veins were large; red spots were seen and there were signs of hypertensive gastropathy. The final outcome of most patients was death secondary to upper gastrointestinal bleeding.

¹ Hospital Regional de Taguatinga, Taguatinga – DF.

² Universidade Católica de Brasília, Brasília – DF.

Conclusion: We highlight the importance of quick identification and intervention in patients with varicose upper gastrointestinal bleeding, also emphasizing some methodological limitations. The findings reinforce the need for preventive strategies and treatment optimization in this population group.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, Gastric and esophageal varicose veins, Portal hypertension, Endoscopy.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil clínico y epidemiológico de pacientes sometidos a la endoscopia digestiva alta, con hallazgo de hemorragia digestiva alta varicosa. **Métodos:** Fue realizado un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron registros médicos de pacientes atendidos en un hospital entre junio de 2021 y junio de 2023. Para analizar los datos se construyó una planilla electrónica en el programa Excel® en la que los datos se organizaron y tabularon. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo y se calculó la medida de asociación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** El estudio en cuestión analizó a 31 pacientes, en su mayoría hombres, con edad entre 61-80 años, la mayoría diagnosticada con hipertensión arterial sistémica. La etiología alcohólica para las várices fue la más prevalente. La endoscopia digestiva alta mostró que gran parte de las várices eran de grueso calibre, se observaban red spots y había indicios de gastropatía hipertensiva. El desenlace final de la mayoría de los pacientes fue la muerte tras una hemorragia digestiva alta. **Conclusión:** Se destaca la importancia de identificar e intervenir rápidamente en pacientes con hemorragia digestiva alta varicosa, revelando también algunas limitaciones metodológicas. Los hallazgos refuerzan la necesidad de emplear estrategias preventivas y optimizar el tratamiento en este grupo poblacional.

Palabras claves: Hemorragia gastrointestinal, Várices esofágicas y gástricas, Hipertensión portal, Endoscopia.

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta é definida como o sangramento de órgãos do trato gastrointestinal acima do ângulo de Treitz, com uma taxa de mortalidade que pode chegar a 33% em pacientes hospitalizados (CASTANHEIRA E, et al., 2012). Segundo a etiologia, a hemorragia digestiva alta é dividida em varicosa e não varicosa. A hemorragia digestiva alta varicosa, ocasionada pela ruptura de varizes esofagogástricas, está relacionada à presença de hipertensão portal, que é definida como o aumento do gradiente venoso portossistêmico superior a 5mmHg, e as varizes esofágicas se desenvolvem a partir de 12mmHg (FRANCHIS R, et al., 2022). A fisiopatologia da hipertensão portal está frequentemente relacionada ao aumento da resistência ao fluxo sanguíneo e pode ser classificada conforme o local do acometimento: pré-hepática, intra-hepática e pós-hepática. A hipertensão portal intra-hepática é a causa mais comum, subdividida em pré-sinusoidal (como na esquistossomose), sinusoidal (como na cirrose hepática) e pós-sinusoidal (como na doença veno-oclusiva). As principais causas de hipertensão portal são a esquistossomose e a cirrose hepática (COELHO FF, et al., 2014).

Entre as etiologias da cirrose hepática, destacam-se a hepatite viral crônica (principalmente a hepatite C), a doença hepática associada ao álcool, a hemocromatose e a esteatohepatite metabólica (MASH). Os fatores de risco para o sangramento de varizes incluem a hipertensão portal, o calibre das varizes, a tensão na parede das varizes e o grau de severidade da doença hepática (TRIPATHID, et al., 2015). A gravidade da disfunção hepática pode ser avaliada pelo escore de Child-Pugh, que engloba cinco variáveis: ascite, encefalopatia hepática, bilirrubina total, albumina e tempo de protrombina (PENG Y, et al., 2016). Esse sistema de classificação atribui uma pontuação que varia de 5 a 15 pontos. Pacientes com pontuação de 5 ou 6 são considerados Child-Pugh A, de 7 a 9 são classificados como Child-Pugh B, e de 10 a 15 são considerados Child-Pugh C (cirrose descompensada). A taxa de sobrevivência em um ano para pacientes Child-Pugh A, B e C é aproximadamente 100%, 80% e 45%, respectivamente, e pacientes classificados como Child-Pugh C têm uma alta probabilidade de desenvolver complicações, especialmente hemorragia por varizes (GOLDBERG D, et al., 2023).

A doença hepática crônica também pode ser avaliada pela elastografia hepática, um método que mede a rigidez do fígado, classificando o grau de fibrose de F0 a F4. Considera-se fibrose significativa quando $F \geq 2$, fibrose grave quando $F \geq 3$ e cirrose quando $F = 4$. Esse método é útil para prever a presença de grandes varizes esofágicas em pacientes com cirrose hepática, ajudando a selecionar pacientes para triagem endoscópica (D'AMICO G, 1999; BERZIGOTTI A, 2017). Em pacientes com hipertensão portal, especialmente aqueles com doença hepática avançada, pode ocorrer gastropatia de hipertensão portal, que na endoscopia digestiva alta, em casos leves, apresenta-se com um padrão semelhante a um mosaico, sem outros achados. Em casos graves, caracteriza-se por um padrão de mosaico com red spots (manchas planas ou salientes de cor vermelha ou marrom-escura, que se assemelham a ectasias vasculares) e/ou sangramento ativo (ROCKEY DC e BISSELL DM, 2023).

O manejo de pacientes cirróticos que chegam à emergência com sangramento do trato gastrointestinal visa ao controle da hemorragia e à prevenção de ressangramento e morte. O controle do sangramento relaciona-se à redução na incidência de complicações, como ascite, infecção, encefalopatia hepática e desequilíbrio eletrolítico. O sangramento descontrolado é uma das principais causas de morte (LU YY, et al., 2020). Após a estabilização inicial e o início da terapia com inibidor da bomba de prótons, deve-se prosseguir com a avaliação da necessidade de transfusão de hemocomponentes e antibioticoterapia profilática (ZANETTO A e GARCIA-TSAO G, 2021). Deve-se ainda considerar a possibilidade de intubação orotraqueal para proteger as vias aéreas de pacientes com sangramento maciço. A terapia específica para hemorragia varicosa aguda inclui o uso de vasoconstritores esplâncnicos intravenosos e terapia endoscópica após a estabilização inicial. Uma vez identificada a presença de varizes esofágicas, deve-se proceder com as ligaduras elásticas.

Em caso de impossibilidade de terapia endoscópica ou falha inicial desta, pode-se proceder ao uso de stents metálicos autoexpansíveis ou à realização de tamponamento da lesão por balão (tubos Sengastaken-Blackemore ou Minnesota) até uma nova tentativa. Outra possibilidade em caso de falha inicial à terapia endoscópica ou em caso de ressangramento é a realização de shuntportossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS), que consiste na conexão do sistema venoso portal hipertenso ao sistema normotenso da veia cava inferior, reduzindo a pressão portal e resolvendo o sangramento (ZANETTO A e GARCIA-TSAO G, 2021). O manejo de hemorragia digestiva alta varicosa envolve não apenas o controle imediato do sangramento, mas também medidas preventivas para reduzir o risco de ressangramento. Isso inclui o uso contínuo de betabloqueadores não seletivos para reduzir a pressão portal e a realização de endoscopias de vigilância para monitorar o desenvolvimento de novas varizes ou o crescimento das já existentes (VILLANUEVA C, 2013).

Pacientes com hemorragia digestiva alta varicosa frequentemente necessitam de acompanhamento multidisciplinar, envolvendo hepatologistas, gastroenterologistas e especialistas em cuidados intensivos, para otimizar o manejo clínico e melhorar os desfechos a longo prazo (GARCÍA-PAGÁN JC, 2010). A complexidade do manejo desses pacientes destaca a necessidade de estratégias preventivas eficazes e a otimização do tratamento. Isso pode incluir intervenções precoces, como o tratamento da causa subjacente da cirrose (por exemplo, antiviral para hepatite C ou abstinência alcoólica), bem como a utilização de técnicas avançadas de imagem e diagnóstico para identificar e tratar precocemente varizes de alto risco. Em suma a hemorragia digestiva alta varicosa é uma condição crítica com uma alta taxa de mortalidade, especialmente em pacientes com cirrose avançada. A identificação precoce, o manejo agressivo e a implementação de estratégias preventivas são essenciais para melhorar a sobrevida e a qualidade de vida desses pacientes. Deste modo, o presente manuscrito teve como objetivo inicial traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta, com achado de hemorragia digestiva alta varicosa.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, retrospectivo e transversal. Foram selecionados 32 pacientes com hemorragia digestiva alta varicosa, atendidos no setor de Endoscopia Digestiva Alta em um hospital de referência. Foi excluído um paciente com sangramento do trato esofagogástrico, pois não foi possível obter acesso ao

prontuário clínico dele, de modo que 31 pacientes foram efetivamente analisados. A coleta de dados foi realizada nesse mesmo setor desse mesmo hospital, sendo analisados prontuários no sistema TRAK CARE®. Foram incluídos pacientes atendidos de 1º de junho de 2021 a 30 de junho de 2023, com critérios clínicos/endoscópicos de sangramento agudo do trato esofagogástrico, secundário à ruptura de varizes, confirmado por endoscopia digestiva alta.

A análise dos dados foi realizada no Microsoft Excel 2013 Office. Foi realizada uma análise inicial para identificação de erros de digitação, de classificação, fazendo correções quando necessário. Foram consideradas as seguintes variáveis epidemiológicas: idade, sexo, município de residência, etilismo; variáveis clínicas: comorbidades, etiologia das varizes esofágicas (cirrose e suas etiologias, esquistossomose, vasculares), uso de beta-bloqueador, classificação Child-Pugh, classificação no exame elastografia hepática, presença de HDA prévia, realização de ligadura elástica prévia; variáveis endoscópicas: presença de varizes esofágicas e/ou gástricas, calibre das varizes, presença de *red spots*, sinais de gastropatia de hipertensão porta, realização de ligadura elástica no momento do exame.

Para as análises, foram utilizados testes de hipóteses bilaterais com o intuito de verificar a existência ou não de associação entre as variáveis. O nível de significância utilizado em todos os testes foi de 5%, ou seja, 0,05. O critério de decisão para a rejeição da hipótese nula foi o nível descritivo P-valor, de modo que, se este apresentar um valor menor que o nível de significância do teste, rejeita-se a hipótese. O teste estatístico utilizado para tal foi o Teste Exato de Fisher, pois é o mais apropriado para o objetivo da análise. Todas as variáveis em questão são classificadas como qualitativas nominais. Ademais, na análise entre etilismo e sexo do paciente foi utilizado o teste do Qui-quadrado (χ^2), considerando-se um nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas por meio do software estatístico R, na versão 4.3.1. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS) (Parecer 6.580.950, CAAE 75690323.8.0000.5553).

RESULTADOS

Foram avaliados 31 pacientes, 20 (64,5%) do sexo masculino e 11 (35,5%) do sexo feminino. A faixa etária mais acometida foi 61-80 anos, com 18 pacientes. A maioria dos pacientes residia em Samambaia/DF e Taguatinga/DF. Quanto às comorbidades identificadas, a maioria, 16, correspondiam a alterações cardiológicas (sendo identificadas como hipertensão arterial sistêmica) e em segundo lugar alterações endocrinológicas (identificadas como diabetes mellitus e hipotireoidismo). A comorbidade renal apresentada corresponde à Doença Renal Crônica; a comorbidade oncológica apresentada corresponde ao câncer de esôfago (1 paciente acometido) e ao carcinoma hepatocelular (1 paciente acometido); a comorbidade pneumológica corresponde à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; a comorbidade reumatológica corresponde à osteoporose (1 paciente) e artropatia gotosa (1 paciente); a comorbidade hematológica corresponde à hemocromatose; a comorbidade psiquiátrica corresponde à esquizofrenia. conforme a (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes, etiologia da hepatopatia que levou à formação das varizes e classificação Child-Pugh, n = 31.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	20	64,5
Feminino	11	35,5
Total	31	100
Idade		
20-40	3	9,7
41-60	10	32,3
61-80	18	58
Total	31	100
Município de residência		

Brasília	1	3,2
Brazlândia	2	6,5
Ceilândia	3	9,7
Gama	1	3,2
Guará	2	6,5
Recanto das Emas	1	3,2
Riacho Fundo	1	3,2
Samambaia	7	22,6
Santo Antônio do Descoberto	3	9,7
Setor Habitacional Pôr do Sol	1	3,2
Taguatinga	9	29
Total	31	100
Comorbidades		
Cardiológicas	16	43,3
Endocrinológicas	12	32,4
Renais	1	2,7
Oncológicas	2	5,4
Pneumológicas	2	5,4
Reumatológicas	2	5,4
Hematológicas	1	2,7
Psiquiátricas	1	2,7
Total	37	100
Etiologia		
Alcoólica	13	40,6
Hepatopatia autoimune	1	3,1
Criptogênica	3	9,4
Esquistossomótica	2	6,3
Hemocromatose	1	3,1
Hepatite B	2	6,3
Hepatite C	1	3,1
Idiopática	7	21,8
MASH	2	6,3
Total	32	100
Classificação Child-Pugh		
A	2	9,5
B	12	57,1
C	7	33,3
Total	21	100

Fonte: Mesquita YCS, et al., 2024.

Aproximadamente metade da população estudada (45.2%) apresentou etilismo. Além disso, o teste estatístico χ^2 (Chi-quadrado) indica uma associação significativa ($p = 0.025$) entre o sexo e o etilismo na amostra, com um risco relativo de 2.05 para o sexo masculino em comparação com o feminino, dentro do intervalo de confiança estabelecido. Esses dados são mostrados na (Tabela 2).

Tabela 2 - Tabela de contingência.

Sexo		Etilismo		
		Não	Sim	Total
F	Observado	9	2	11
	% em linha	81.8 %	18.2 %	100.0 %
M	Observado	8	12	20
	% em linha	40.0 %	60.0 %	100.0 %
Total	Observado	17	14	31
	% em linha	54.8 %	45.2 %	100.0 %

Fonte: Mesquita YCS, et al., 2024.

Dos 31 pacientes avaliados, 13 (40,6%) tinham como etiologia das varizes a cirrose hepática alcoólica, e em 7 (21,8%) não foi possível identificar a causa da formação de varizes hepáticas, sendo definida como idiopática. Além disso, avaliou-se que a maioria dos pacientes (12 – 38,7%) eram classificados como B na escala de Child-Pugh. Com relação à avaliação de fibrose através da elastografia hepática, 1 paciente foi classificado como F0 (sem fibrose), e 1 foi classificado como F4 (cirrótico). Para 29 pacientes, não havia dados acerca do exame. Com relação à profilaxia para hemorragia digestiva alta varicosa, observou-se que 6 pacientes realizavam profilaxia apenas com uso de betabloqueador, 9 já haviam feito ligadura elástica prévia e 3 realizaram a dupla profilaxia. Em 9 pacientes não foi possível obter dados suficientes para avaliação de profilaxia com ligadura elástica. Dos 31 pacientes avaliados, 10 (32,2%) já haviam apresentado episódio prévio de HDA. Desses, 7 (70%) faziam uso de betabloqueador. Dos 10 pacientes avaliados, 4 apresentaram como desfecho final o óbito. Realizou-se o Teste Exato de Fisher na análise entre “óbito por HDA” e “profilaxia primária com o uso de betabloqueador” e na análise entre “óbito por HDA” e “profilaxia primária com a realização de ligadura elástica”.

Em ambas as análises, verificou-se que as variáveis estão correlacionadas, com uma alta robustez estatística (p-valor, respectivamente, de 0,677 e 0,331). Verificou-se ainda que, dos 31 pacientes avaliados, 10 (32,25%) apresentaram como desfecho final o óbito secundário à hemorragia digestiva alta maciça, 2 faleceram em decorrência de outras complicações da cirrose hepática, 1 por sepse urinária e do sistema nervoso central e 2 por complicações oncológicas. Dos falecidos em decorrência da HDA, 5 já tinham sido acometidos por HDA prévia, 4 já tinham realizado profilaxia para hemorragia com ligadura de varizes e 2 faziam profilaxia com uso de betabloqueador. Foi realizado o Teste Exato de Fisher com um nível de significância de 5% para avaliar os dados de “óbito por HDA” e “HDA prévia”, verificando-se que as análises estão associadas (p-valor de 0,085). Destaca-se que o Teste em questão foi realizado com um n de 24 pacientes, pois não foi possível obter dados do prontuário de 7 pacientes (Tabela 3).

Tabela 3 - Tabela de contingência.

Óbito por HDA	HDA Prévia		Total
	Não	Sim	
Não	12	5	17
Sim	2	5	7
Total	14	10	24

Fonte: Mesquita YCS, et al., 2024.

Quando se analisam os dados endoscópicos (**Tabela 4**), observa-se que a maioria das varizes encontradas apresentavam grosso calibre (19 – 52,8%). A presença de red spots foi observada em 61,3% dos exames realizados, e de gastropatia hipertensiva, em 67,7% das endoscopias. Foi realizada ligadura elástica em 22 pacientes.

Tabela 4 - Caracterização dos dados endoscópicos dos pacientes atendidos no setor de Endoscopia Digestiva Alta.

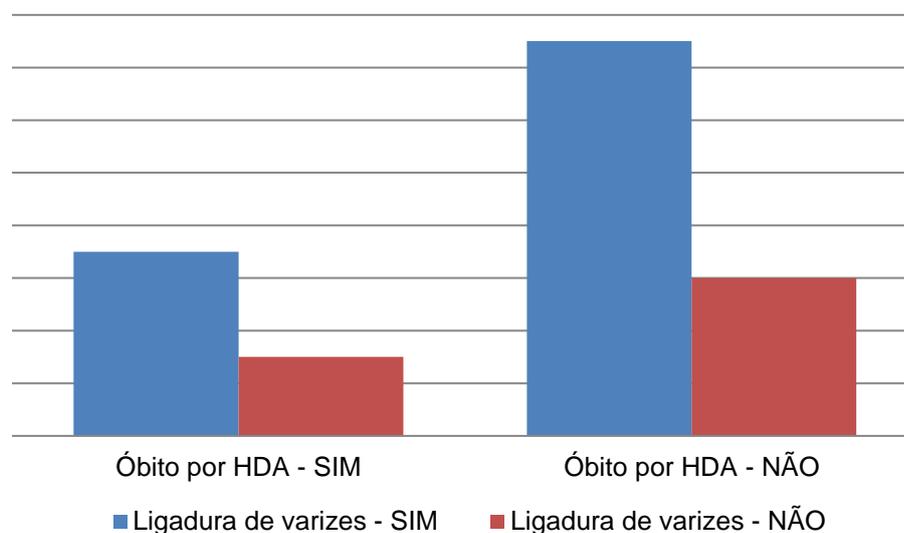
Variável	N	%
Calibre das varizes		
Fino	7	19,4
Médio	10	27,8
Grosso	19	52,8
Total	36	100
Presença de red spots		
Sim	19	61,3
Não	12	38,7
Total	31	100
Presença de gastropatia hipertensiva		
Sim	21	67,7
Não	10	32,3

Total	31	100
Ligadura de varizes		
Sim	22	71
Não	9	29
Total	31	100

Fonte: Mesquita YCS, et al., 2024.

Foi realizado o Teste Exato de Fisher com um nível de significância de 5% para avaliar os dados de “ligadura de varizes” e “óbito por HDA”, indicando uma associação significativa (p-valor de 1) entre as variáveis analisadas (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 – Relação entre ligadura de varizes e óbito por HDA.



Fonte: Mesquita YCS, et al., 2024.

DISCUSSÃO

O estudo em questão apresenta uma análise profunda sobre a hemorragia digestiva alta varicosa, concentrando-se nos pacientes tratados em um hospital de referência entre junho de 2021 e junho de 2023. Esse tipo de hemorragia é uma emergência médica grave, associada a uma taxa de mortalidade significativa, especialmente em pacientes com condições subjacentes, como a cirrose hepática. O foco principal da pesquisa foi traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta, evidenciando as características demográficas, etiologias e intervenções realizadas. Os resultados destacam uma predominância do sexo masculino e uma faixa etária mais acometida – entre 61-80 anos. A maioria dos pacientes eram provenientes de Taguatinga/DF e Samambaia/DF, que tem como referências de atenção terciária hospitais da macrorregião Sudoeste, estabelecida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Além disso, a maioria dos pacientes apresentava comorbidades significativas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, que podem influenciar tanto no manejo quanto nos desfechos desses casos.

Destaca-se ainda a associação positiva entre etilismo (atual ou anterior à internação) com o sexo masculino, dado condizente com a literatura (ALHARBI A, et al., 2012; BOSCHJ, et al., 2009), sendo observado maior abuso de álcool nessa população. É relevante ainda o achado da etiologia alcoólica como principal causa de cirrose hepática. O dado corrobora os resultados de um estudo retrospectivo comparativo realizado por Pereira MG, et al. (2022) no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, de Curitiba/PR, que avaliou os prontuários médicos de pacientes com cirrose hepática internados por sangramento do trato gastrointestinal superior de causa varicosa. Neste estudo, os grupos avaliados apresentaram o sexo masculino como o mais acometido por HDA, e o etilismo foi a principal etiologia para a cirrose hepática.

Diferentemente, Tripathi D, et al. (2015) consideram hipertensão portal, calibre das varizes, tensão na parede das varizes e grau de severidade da doença hepática os principais fatores de risco para a ocorrência de HDA. A classificação de Child-Pugh, utilizada para avaliar a gravidade da disfunção hepática, indicou que uma parcela considerável dos pacientes estava em categorias de maior gravidade (B e C), refletindo um risco aumentado de complicações e mortalidade (FATTOVICHG, et al., 2004; GOLDBERG D, et al., 2023). Na maioria dos casos de HDA, foram encontradas varizes de grosso calibre e presença de red spots, além de sinais de gastropatia hipertensiva, reforçando a relação causal entre a HDA e o desenvolvimento de hipertensão porta (FRANCHIS R, et al., 2022). Os dados obtidos corroboram os de um estudo realizado por Luz HLJ, et al. (2017) no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), em Joinville/SC, em que 83% dos pacientes cirróticos acometidos com HDA varicosa eram de classificação Child-Pugh B e C e 65% das endoscopias apresentavam varizes de grosso calibre. Da mesma maneira, em um estudo realizado em Recife/PE por Almeida (2010), 68,9% dos pacientes analisados tinham varizes de grosso calibre.

Rockey DC e Bissel DM (2023) também discutem a utilização de elastografia hepática como uma ferramenta diagnóstica relevante, que permite avaliar o grau de fibrose hepática e, conseqüentemente, a presença e o risco de varizes esofágicas. Infelizmente, no estudo em questão, não foi possível realizar associação entre o grau de fibrose hepática e o risco de varizes tendo em vista o baixo número de exames realizados no serviço. No manejo desses pacientes, observou-se a importância da terapia endoscópica, sendo feita a ligadura elástica em 71% dos pacientes. A análise estatística permitiu inferir relação entre a realização de ligadura elástica e o desfecho positivo entre os pacientes. O resultado corrobora o de um estudo de Leal VP, et al. (2014) em um hospital do sul de Santa Catarina, em que 83% dos pacientes que apresentavam HDA varicosa foram tratados com ligadura elástica, assim como os do estudo de Coelho FF, et al. (2014), em que 50% dos pacientes foram tratados com ligadura elástica, tratamento de escolha proposto no Baveno VII – consenso em hipertensão portal.

Analisa-se ainda que, entre os pacientes acometidos por HDA, uma pequena parcela (19,3%) já tinha o diagnóstico prévio de hipertensão portal e fazia uso de profilaxia para sangramento varicoso com o uso de betabloqueador; desses, 2 tiveram como desfecho clínico a morte secundária à HDA. Avalia-se também que cerca de 32,2% dos pacientes apresentaram episódio prévio de HDA, e, desses, 70% não faziam uso de betabloqueador, com uma taxa de mortalidade de 40%. Esses dados refletem a má adesão ao tratamento profilático nesse grupo de pacientes. Avalia-se ainda que a análise estatística realizada no presente estudo permite inferir que pacientes que tiveram profilaxia primária com betabloqueador e/ou ligadura elástica, tendo como objetivo a redução da hipertensão portal, apresentaram melhores desfechos, dado que corrobora os achados da literatura (MAROT A, et al., 2011; PUENTE A, et al., 2014).

Destaca-se ainda o alto índice de mortalidade encontrado no estudo (32,25%), que vai ao encontro do da literatura, em que cerca de 14% dos pacientes acometidos por HDA varicosa apresentaram o óbito como desfecho final (FONSECA MLD, 2010; ALHARBI A, et al., 2012). Esse dado pode ser justificado, em parte, pelo fato de que a maioria dos pacientes apresentava importantes comorbidades, fator de suma importância para recuperação do doente. Dessa forma, este estudo sublinha a necessidade de uma abordagem integrada e multifatorial no manejo da hemorragia digestiva alta varicosa, desde a prevenção e o diagnóstico precoce até estratégias terapêuticas eficazes, com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e reduzir a mortalidade associada a essa condição crítica.

CONCLUSÃO

Este estudo lança luz sobre nuances essenciais no espectro diagnóstico e terapêutico da HDA, ressaltando a premente necessidade de aprimorar estratégias preventivas e interventivas. Através deste estudo, não apenas se delinearão os contornos clínicos e as ramificações dessa condição, mas também foi sublinhada a imperiosidade de abordagens mais incisivas e efetivas, visando à otimização dos desfechos clínicos. Este estudo evidenciou que a rápida identificação e a intervenção precoce são cruciais para melhorar a sobrevivência e reduzir a taxa de complicações. As descobertas não só contribuem para um melhor entendimento da hemorragia digestiva alta varicosa, mas também fornecem uma base sólida para futuras

pesquisas e inovações no manejo dessa condição. Encoraja-se a comunidade médica a continuar explorando novas abordagens e a implementar práticas baseadas em evidências para melhorar a qualidade do atendimento e os resultados para os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. ALHARBI A, et al. Predictors of a variceal source among patients presenting with upper gastrointestinal bleeding. *Can J Gastroenterol*, 2012; 26(4): 187-192.
2. ALMEIDA TC. Hemorragia digestiva alta no Hospital da Restauração em Recife. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010; 97.
3. BERZIGOTTI A. Non-invasive evaluation of portal hypertension using ultrasound elastography. *J Hepatol*, 2017; 67(2): 399-411.
4. BOSCH J, et al. The clinical use of HVPG measurements in chronic liver disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2009; 6(10): 573-582.
5. CASTANHEIRA E. Hemorragia digestiva alta: aspectos clínicos e terapêuticos. *Rev Bras Coloproctol*, 2012; 32(1): 75-84.
6. COELHO FF, et al. Etiology and management of portal hypertension in the schistosomiasis and cirrhosis. *Arq Bras Cir Dig*, 2014; 27(4): 292-297.
7. D'AMICO G, et al. Pharmacological treatment of portal hypertension: an evidence-based approach. *Semin Liver Dis*, 1999; 19(4): 475-505.
8. FATTOVICH G, et al. Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: Incidence and risk factors. *Gastroenterology*, 2004; 127(5): 35-50.
9. FONSECA MLD. Mortalidade na rotura de varizes esofágicas em doentes com cirrose: fatores de prognóstico. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2010; 50.
10. FRANCHIS R, et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol*, 2022; 76(4): 959–974.
11. GARCÍA-PAGÁN JC, et al. Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding. *N Engl J Med*, 2010; 362(25): 2370-2379.
12. GOLDBERG D, et al. Survival of patients with CHILD-PUGH B and C cirrhosis: insights from the multinational observational study. *J Hepatol*, 2023; 78(1): 62-71.
13. LEAL VP, et al. Avaliação das características clínicas, epidemiológicas e endoscópicas dos pacientes com hemorragia digestiva alta em um hospital do sul de Santa Catarina. *Gastroenterol Endosc Dig*, 2014; 33(1): 1-6.
14. LU YY, et al. Comparison of the efficacy and safety of different interventions for acute variceal bleeding in patients with cirrhosis: a network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2020; 99(5): 18852.
15. LUZ HLJ, et al. Fatores prognósticos e mortalidade em pacientes cirróticos que foram internados com hemorragia digestiva alta varicosa em um hospital público. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2017; 46(1): 97-106.
16. MAROT A, et al. Alcoholic liver disease and hepatitis C virus infection. *World J Gastroenterol*, 2011; 17(11): 1281-1291.
17. PENG Y, et al. CHILD-PUGH versus MELD score for predicting the in-hospital mortality of acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis. *Int J Clin Exp Med*, 2016; 9(9): 17055-17064.
18. PEREIRA MG, et al. Mortalidade e complicações em pacientes com hemorragia digestiva alta varicosa. *Revista Médica do Paraná*, 2022; 79(2): 1624.
19. PUENTE A, et al. Drugs plus ligation to prevent rebleeding in cirrhosis: an updated systematic review. *Liver Int*, 2014; 34(6): 823-833.
20. ROCKEY DC e BISSELL DM. Noninvasive measures of portal hypertension and liver fibrosis. *Liver Int*, 2023; 43(4): 814-824.
21. TRIPATHI D, et al. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut*, 2015; 64(11): 1680-1704.
22. VILLANUEVA C, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*, 2013; 368(1): 11-21.
23. ZANETTO A e GARCIA-TSAO G. Management of acute variceal hemorrhage. *F1000Res*, 2021; 10: 213.