

## **Terapia endoscópica como procedimento diagnóstico e terapêutico no controle da hemorragia digestiva alta**

### **Endoscopic therapy as a diagnostic and therapeutic procedure in the control of upper digestive hemorrhage**

DOI:10.34117/bjdv8n12-033

Recebimento dos originais: 04/11/2022

Aceitação para publicação: 05/12/2022

#### **Ruanner Ronann Marques Durães**

Graduado em Medicina pela Faculdade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Instituição: Faculdade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Endereço: Rua 02 Quadra 07, S/N, Jardim dos Ipês, Porto Nacional - TO,

CEP: 77500-000

E-mail: ruannerronann@hotmail.com

#### **Ana Beatriz Silveira Nogueira**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia extensão

Goiânia (UNIRV)

Endereço: Avenida T13 Qd. S 06, Lts 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia - GO,

CEP: 74823-440

E-mail: anabe.sn@hotmail.com

#### **Ana Clara Paiva Camargo**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia extensão

Goiânia (UNIRV)

Endereço: Avenida T13 Qd. S 06, Lts 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia - GO,

CEP: 74823-440

E-mail: Annaklara.pcamargo@gmail.com

#### **Carlos Eduardo Macedo Rego**

Graduando em Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC)

Endereço: Praça Universitária, 1440, Setor Leste Universitário, Goiânia - GO,

CEP: 74605-00

E-mail: Carloseduardo.mac@hotmail.com

#### **Fatima Lemes de Oliveira**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - campus Goianésia (UNIRV)

Endereço: Rodovia GO, 438, KM 02, sentido Santa Rita do Novo Destino,

CEP: 76380-000

E-mail: Lemessfatima@gmail.com

**Giovanna Marques Resende**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Formosa (UNIRV)

Endereço: Avenida Brasília, 2016, St Formosinha, Formosa – GO, CEP: 73813-10

E-mail: Gimarquesresende18@gmail.com

**Isabelle de Mesquita Bezerra Mendonça**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Av. Augusto Franco, 2340, Siqueira Campos, Aracaju - SE, CEP: 49075-470

E-mail: Bellymesquita@gmail.com

**Jármison Luciano Pinheiro**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidad Del Valle (UNIVALLE)

Endereço: Calle Guillermina Martínez, s/n, Campus Tiquipaya, Cochabamba, Bolivia

E-mail: Jarmisonurupa@gmail.com

**João Pedro do Prado Salomão**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Vassouras (UV)

Endereço: Av. Expedicionário Osvaldo de Almeida Ramos, 280, Centro,

Vassouras - RJ, CEP: 27700-000

E-mail: Jpprado257@gmail.com

**Laryssa Thompson Vieira Caires**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Av. Augusto Franco, 2340, Siqueira Campos, Aracaju - SE, CEP: 49075-470

E-mail: Laryssa.thompson2@gmail.com

**Luciane Marques de Lima Jacob**

Graduada em Medicina pela Universidade Iguazu (UNIG)

Instituição: Universidade Iguazu (UNIG)

Endereço: Avenida Abílio Augusto Távora, 2134, Nova Iguazu - RJ, CEP: 26260-045

E-mail: Drajacob8@gmail.com

**Lucas Barbosa Sampaio**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133, Cocó, Fortaleza - CE, CEP: 60190-180

E-mail: Lucasbsampaio1@gmail.com

**Luís Ricardo Saldanha de Oliveira**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Goianésia (UNIRV)

Endereço: Rodovia GO-438, KM 02, sentido Santa Rita do Novo Destino,

CEP: 76380-000

E-mail: Ricardosaldanha2200@hotmail.com

**Marcelo Henrique Vaz de Lima**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV) - Campus Formosa

Endereço: Avenida Brasília, 2016, St Formosinha, Formosa – GO, CEP: 73813-10

E-mail: Mahevali2015@gmail.com

**Thaís Oliveira Folha Piscoya**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Av. Augusto Franco, 2340, Siqueira Campos, Aracaju - SE, CEP: 49075-470

E-mail: Thaisafolha@gmail.com

**Thales Montela Marins**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Vassouras (UV)

Endereço: Av. Expedicionário Osvaldo de Almeida Ramos, 280, Centro,

Vassouras - RJ, CEP: 27700-000

E-mail: Thales.montela@gmail.com

**RESUMO**

A hemorragia digestiva Alta (HDA), classificada como varicosa e não varicosa, trata-se de um sangramento originado do trato gastrointestinal próximo ao ângulo de Treitz, capaz de envolver o esôfago, estômago e duodeno. Mesmo com os avanços na ciência em relação a diagnósticos, a HDA está entre as emergências mais frequentes em serviços de saúde brasileiros, existindo a necessidade de atendimento mais ágil associado a um diagnóstico adequado, afim de evitar que o paciente venha a óbito. Dentre os principais fatores relacionados a HDA é possível citar a doença ulcerosa péptica e também as varizes esofágicas. Sabe-se que o sangramento de úlceras pépticas representa 25% dos casos de HDA e apresenta fatores de risco que contribuem para os sangramentos, quais sejam: infecção por *Helicobacter pylori*, utilização de anti-inflamatórios (AINEs), estresse e hipersecreção ácida. Por outro lado, as varizes esofágicas encontram-se presentes em 50% dos pacientes cirróticos, estando relacionada também a quadros de hipertensão portal. Por certo, o risco de sangramento de varizes esofágicas está intimamente relacionado ao tamanho, grau de disfunção hepática e também a presença de marcas vermelhas. Diante da grande variabilidade de achados clínicos, o diagnóstico etiológico é definido mediante a realização da endoscopia digestiva alta, devendo ser realizada de forma precoce, a partir da estabilização do paciente. É sabido que, no momento do diagnóstico de uma lesão sangrante a terapia endoscópica deverá ser imediatamente executada, a fim de promover a hemostasia e prevenir a recorrência do sangramento em grande parte dos pacientes.

**Palavras-chave:** terapia endoscópica, hemorragia digestiva alta, varizes esofágicas.

**ABSTRACT**

Upper gastrointestinal bleeding (HDA), classified as varicose and non-variceal, is bleeding originating from the gastrointestinal tract near the angle of Treitz, capable of involving the esophagus, stomach and duodenum. Even with advances in science in relation to diagnoses, HDA is among the most frequent emergencies in Brazilian health services, and there is a need for more agile care associated with an adequate diagnosis, in order to prevent the patient from dying. Among the main factors related to ADH, it is possible to mention peptic ulcer disease and esophageal varices. It is known that bleeding

from peptic ulcers represents 25% of cases of ADH and presents risk factors that contribute to bleeding, namely: *Helicobacter pylori* infection, use of anti-inflammatory drugs (NSAIDs), stress and acid hypersecretion. On the other hand, esophageal varices are present in 50% of cirrhotic patients, and are also related to portal hypertension. For sure, the risk of bleeding from esophageal varices is closely related to the size, degree of liver dysfunction and also the presence of red marks. In view of the great variability of clinical findings, the etiological diagnosis is defined by performing upper digestive endoscopy, which should be performed early, after stabilization of the patient. It is known that, at the time of diagnosis of a bleeding lesion, endoscopic therapy should be immediately performed in order to promote hemostasis and prevent the recurrence of bleeding in most patients.

**Keywords:** endoscopic therapy, upper gastrointestinal bleeding, esophageal varices.

## 1 INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva Alta (HDA) trata-se um sangramento originado do trato gastrointestinal, próximo ao ângulo de Treitz, sendo este um ângulo formado à nível da junção do duodeno e jejuno, onde o tubo digestivo alto é limitado. A HDA, capaz de acometer preferencialmente homens, apresenta uma incidência de 50 a 150 casos anuais a cada 100.000 habitantes e por se tratar de uma emergência médica verifica-se que sua morbimortalidade mundial varia de 1,9 e 2,5 (CASTRO, 2014). Clinicamente, é constatado a presença de hematêmese franca, melena e hematoquezia (SANTOS et al., 2020).

A HDA tem como referência um sangramento derivado de uma lesão no trato gastrointestinal (TGI) superior, onde este é composto pelo esôfago, estômago e duodeno, anterior ao ângulo Treitz. Pode ser classificada em varicosa e não varicosa, ao passo que a HDA varicosa é definida como a presença de rupturas de varizes esofágicas, associada a complicações da Hipertensão Portal, e também como uma consequência de complicações da cirrose hepática alcoólica, viral ou criptogênica, assim como infestações parasitárias (MARTINS et al., 2019).

Cabe dizer que a HDA varicosa é mais prevalente em homens, existindo um aumento percentual progressivo em pessoas com 60 anos ou mais, além de ser mais prevalente na raça branca. Por outro lado, a HDA não varicosa, se trata de uma hemorragia no qual a causa comum é a úlcera péptica, sendo esta responsável por uma média de 70% dos casos, onde se mantém num valor médio de mortalidade entre 6% e 8%, trazendo um risco mais reduzido em relação a óbitos (LOURENÇO et al., 2003).

Mesmo com todos os avanços na ciência em relação a diagnósticos, a HDA está entre as emergências mais frequentes em serviços de saúde brasileiros, com uma grande percentagem de doentes necessitando de hospitalização, mantendo-se com alta taxa de mortalidade quando não diagnosticada precocemente. As manifestações clínicas vão depender da velocidade da extensão da perda sanguínea agregado e a presença de doenças concomitantes. Existe uma grande necessidade de um diagnóstico adequado e rápido, com intuito de evitar que o paciente venha a óbito (ARAÚJO et al., 2016).

Inicialmente a melhor conduta para paciente que apresenta quadro de sangramento digestivo é caracterizar a hemorragia por meio de anamnese e exame físico detalhado, juntamente com uma avaliação hemodinâmica e análise da necessidade de volemia, sendo que os sinais clínicos de hipovolemia poderão incluir, taquicardia e hipotensão, além do mais, o exame físico deverá incluir toque retal e palpação abdominal (SOARES et al., 2018). Em serviços de emergência, a HDA é controlada por meio de endoscopia digestiva alta, sendo utilizada principalmente para identificação precoce de úlceras pépticas de estresse, porém estas entram em conflito com complicações que podem vir a surgir no curso do exame. Dentre os principais fatores relacionados a HDA é possível citar a doença ulcerosa péptica e também as varizes esofágicas (SANTOS et al., 2020).

Sabe-se que o sangramento de úlceras pépticas representa 25% dos casos de HDA e apresenta fatores de risco que contribuem para os sangramentos, quais sejam: infecção por *Helicobacter pylori*, utilização de anti-inflamatórios (AINEs), estresse e hipersecreção ácida. Por outro lado, as varizes esofágicas encontram-se presentes em 50% dos pacientes cirróticos, estando relacionada também a quadros de hipertensão portal. Por certo, o risco de sangramento de varizes esofágicas está intimamente relacionado ao tamanho, grau de disfunção hepática e também a presença de marcas vermelhas (FILHO et al., 2022).

As varizes têm uma maior prevalência em pacientes cirróticos, o que varia a depender da função hepática. Existe uma classificação para os pacientes com HDA que se correlaciona com a Hipertensão Portal, designada como classificação de CHILD, onde se estratifica o risco de cirrose. Diante dessa classificação, pacientes definidos como Child A, são aqueles que apresentam varizes gástricas ou esofágicas, sendo essas de baixo risco, fino calibre, ou ausência de grave doença hepática além do baixo risco hemorrágico; Child B ou C são os pacientes com também fino calibre de varizes, porém com alto risco hemorrágico (TRIPATHI et al., 2015).

Pacientes compensados (Child A) apresentam varizes em aproximadamente 30% dos casos, e em contrapartida 60% dos pacientes não compensados (Child B e C) além de apresentar varizes, expressam maiores chances de progressão destas (MELO et al., 2015). É de suma importância que todos os pacientes sejam submetidos a estratificação de risco para que seja possível dar continuidade ao controle do quadro. Diante da grande variabilidade de achados clínicos, o diagnóstico etiológico é definido mediante a realização da endoscopia digestiva alta, devendo ser realizada de forma precoce, a partir da estabilização do paciente. É sabido que, no momento do diagnóstico de uma lesão sangrante a terapia endoscópica deverá ser imediatamente executada, a fim de promover a hemostasia e prevenir a recorrência do sangramento em grande parte dos pacientes (COELHO et al., 2014).

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo a abordagem e entendimento da terapia endoscópica como principal procedimento diagnóstico e terapêutico para controle da hemorragia digestiva alta.

## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Com uma incidência média anual de 50 a 150 casos a cada 100.000 habitantes, a HDA varicosa tornou-se responsável por cerca de 10.000 internações de adultos por ano, mantendo um índice de mortalidade de 15% a 30% dos pacientes a depender da classificação onde o paciente está encaixado. Em relação a HDA não varicosa, existem relatos de que 35% a 45% dos casos ocorrem em pacientes com mais de 60 anos, onde dentro deste grupo, a maioria dos casos estão relacionados com mulheres. No que diz respeito, a HDA varicosa, tem-se uma maior prevalência em pacientes do sexo masculino, devendo-se levar em consideração, a maior probabilidade de ocorrência em áreas de baixo poder aquisitivo (BITTENCOURT et al., 2010).

Compreende-se que as úlceras gástricas sangrantes apresentam uma maior frequência quando comparadas a úlceras duodenais, sendo que uma revisão sistemática constatou a ocorrência de sangramento da úlcera péptica variando de 4 a 58 casos a cada 100.00 habitantes anualmente. O sangramento ocasionado por úlceras pépticas representa aproximadamente 25% das causas de HDA, ao passo que as úlceras gástricas sangrantes são mais frequentes do que as úlceras duodenais. Verifica-se também que as varizes esofágicas se encontram presentes em 50% dos pacientes cirróticos, sendo que 30% dos pacientes com cirrose hepática terão hemorragia varicosa e os 70% restantes com hipertensão portal apresentam as varizes esofágicas como etiologia da HDA. O risco de

sangramento das varizes está diretamente relacionado ao tamanho, grau de disfunção hepática e também mediante a presença de marcas vermelhas (RODRIGUES et al., 2021).

Dentre os diferentes fatores capazes de ocasionar sangramento do TGI, a esofagite erosiva representa a segunda maior causa de sangramento relacionados com HDA nos Estados Unidos e compreende aproximadamente 16% dos casos, tendo sua incidência cada vez mais prevalente. O mau prognóstico tem como principais sinais a presença de choque ou hipotensão ortostática, coagulopatia associada, imunossupressão ou hemorragia grave (GRALNEK et al., 2015). Constantemente é visto que a utilização de ácido acetilsalicílico vem aumentando gradativamente, com objetivo preventivo frente a doenças cardiovasculares. Contudo, o uso prolongado e indiscriminado de tais medicamentos contribui expressivamente para aumentar a incidência de HDA proveniente de úlceras pépticas (COUTO, 2010).

Diante da variabilidade de sinais e sintomas, os pacientes necessitam ser estratificados para que seja possível verificar o risco de ressangramento. Alguns preditores clínicos estão intimamente relacionados com quadro de hemorragia grave, quais sejam: taquicardia, hipotensão, aspirado nasogástrico com sangue vermelho e hemoglobina abaixo de 8 g/dL. Por certo, existem diferentes escores que auxiliam na estratificação de risco e dentre eles, o escore de Glasgow Blatchford, baseado em parâmetros clínicos isolados, sendo, portanto, capaz de indicar a necessidade da terapia endoscópica (VELASCO et al, 2022).

TABELA 1 – Escore de Glasgow Blatchford resumido

Variável	Pontuação
Hb 12 a 12,9 em homens e 10 a 10,9 em mulheres	1
Hb de 10 a 11,9 em homens	3
Hb < 10 em homens ou mulheres	6
PAS entre 100-109 mmHg	1
PAS entre 90-99 mmHg	2
PAS <90 mmHg	6
FC > 100 bpm	1
Ureia > 30 mg/dL	1
Histórico de melena ou síncope na apresentação	1
Histórico de doença hepática cardíaca	2

Fonte: Adaptado VELASCO et al, 2022

Além disso, cabe citar também o escore de Rockwall, sendo um dos mais relevantes para prever o risco em pacientes com HDA. Por certo, esse escore deve ser efetuado antes e após o processo endoscópico e caso a soma desses valores pré e pós-

endoscopia for superior a 8, conclui-se que a mortalidade é capaz de ultrapassar 40% (TAKAHASHI et al., 2010).

TABELA 2 – Escore de Rockall pré-endoscópico

Variável pré-endoscopia	Pontuação
< 60 anos	0
60-79 anos	1
> 80 anos	2
Sem alterações hemodinâmicas	0
FC > 100 bpm e PAS > 100 mmHg	1
PAS < 100 mmHg	2
Sem comorbidades	0
IC ou comorbidade grave	2
CA metastático, IRA ou insuficiência hepática	3

Fonte: Adaptado VELASCO et al, 2022

TABELA 3 – Escore de Rockall pós-endoscópico

Variável pós-endoscópica	Pontuação
Mallory-Weiss ou sem lesões e sangramento	0
Outros diagnósticos	1
Neoplasia maligna	2
Presença de sangue, coágulo ou vaso sangrante ou visível	2

Fonte: Adaptado VELASCO et al, 2022

Após a estratificação de risco, é de suma importância o direcionamento para o tratamento correto. Assim sendo, a utilização de terapia endoscópica ocorre devido a elevada sensibilidade de equipamentos endoscópicos na detecção de diversas lesões superficiais (DE FRANCHIS et al., 2010). O aumento incidente de lesões superficiais do esôfago ocorre a partir do rastreamento de pacientes com maior risco, pacientes portadores do esôfago de *Barrett* e a grande disponibilidade de exames de qualidade sendo estes endoscópicos (SOARES et al., 2018).

Diversas são as sugestões a fim de diagnosticar a presença das varizes. Desta forma, são utilizadas como parâmetros laboratoriais, de ultrassom e fibroscan, onde consegue-se determinar a taxa de pressão de veia hepática além da utilização recente uma de uma cápsula endoscópica também como proposta para determinação do gradiente venoso. Apesar disto, o método mais utilizado ainda é o tradicional, sendo este o endoscópico, pois ainda é considerado como padrão ouro, quando relacionado ao rastreamento hemorrágico (BOSH et al., 2008).

No que tange a prevenção, têm sido empregados inibidores de bomba prótonica (IBP), que agem como um bloqueador da etapa final do ácido gástrico, por conta da formação de uma ligação de dissulfeto, o que leva a uma supressão prolongada da bomba, desta forma, prevenindo a úlcera e sangramento da úlcera ou escara depois do tratamento



endoscópico com escleroterapia e ligadura elástica. É importante ressaltar que o tratamento para úlcera sangrante ou escaras devem ser individualizados, ao passo que essa prevenção por IBP se dá quando existe a suspeita de HDA não varicosa, preferencialmente de forma contínua, reduzindo significativamente taxas de ressangramento (BOO et al., 2008; SOARES et al., 2018).

As recomendações preventivas iniciam-se pela endoscopia digestiva alta dentro das primeiras 12 horas do sangramento em pacientes acometidos por HDA varicosa (HDAV), proteção das vias aéreas em caso de presença de sangue maciço, hemostasia endoscópica com LEVE (ligadura elástica das varizes de esôfago), podendo-se optar pela escleroterapia apenas na impossibilidade da realização do LEVE e tratamento de forma combinada farmacológica e endoscópica são superiores, dentro de cada uma das modalidades de terapia onde o farmacológico precede o endoscópico (DE FRANCHIS et al., 2005).

A Endoscopia digestiva alta (EDA), é utilizada posteriormente à estabilização hemodinâmica, sendo o principal exame diagnóstico, como padrão ouro, é responsável por um diagnóstico de 90% dos casos, etiologicamente falando. A partir de uma classificação de *Forrest*, pacientes com úlceras pépticas apresentam achados endoscópicos que serão posteriormente inseridos dentro desta classificação, onde esta se direciona a partir de um indicador de risco de sangramento. As apresentações a partir do exame endoscópico ajudam o médico na determinação de quais lesões passarão por uma terapia (SOARES et al., 2018).

Tabela 4 – Classificação de Forrest – Risco de ressangramento

Descrição	Forrest	Prevalência (%)	Risco de ressangramento (%)
Base Limpa	III	42	5
Hematina na Base	IIc	20	10
Coágulo aderido	IIc	17	22
Vaso visível vermelho	IIa	17	43
Sangramento tipo porejamento	Ib	20	30
Sangramento ativo em jato	Ia	18	55-90%

FONTE: adaptado SOARES et al., 2018

As melhores formas de procedimentos com a terapia endoscópica são as técnicas de ressecção, onde em uma destas técnicas tem-se a disseção submucosa, capaz de fazer uma ressecção em monobloco com a garantia de uma maior qualidade de análise histológica após esta ressecção. Contudo, a técnica escolhida irá depender do nível na qual a lesão se encontra (TAKAHASHI et al., 2010).

Com tudo isto, o tratamento mais adequado se fará no momento em que ocorre o diagnóstico do paciente, onde uma percepção anteriormente vista da endoscopia como sendo um método alternativo, para pacientes impossibilitados de submissão cirúrgica de grande porte, agora é visto de maneira mais ideal e adequada a partir de avanços nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, onde permite abranger uma maior quantidade dos pacientes para este tipo de tratamento. (ZHENG et al., 2008). Contudo ainda se faz de extrema importância uma vigilância para preservar os órgãos acometidos. Além disto, técnicas menos invasivas também podem fazer-se necessárias, como dito, tudo dependerá do nível encontrado em cada paciente, sendo que a partir de um exame histológico estando numa situação satisfatória seguirá com acompanhamentos, planos e tratamentos endoscópicos (Oyama et al., 2017).

### 3 CONCLUSÃO

A HDA é uma situação de grande prevalência nas emergências hospitalares, na qual trata-se um sangramento originado do trato gastrointestinal, próximo ao ângulo de Treitz, onde o tubo digestivo alto é limitado. Pode ser classificada em varicosa e não varicosa, ao passo que a HDA varicosa é definida como a presença de rupturas de varizes esofágicas, associada a complicações da Hipertensão Portal e também como uma consequência de complicações da cirrose hepática alcoólica, viral ou criptogênica, assim como infestações parasitárias, enquanto a HDA não varicosa, se trata de uma hemorragia no qual a causa comum é a úlcera péptica. A terapia endoscópica ocorre devido a elevada sensibilidade de equipamentos endoscópicos na detecção de diversas lesões superficiais, podendo ser utilizada também na forma de prevenção. Este tratamento é considerado padrão ouro pela efetividade, alta sensibilidade e qualidade na detecção das hemorragias, além de permitir que o diagnóstico seja melhor classificado dentro dos padrões hemorrágicos. Mediante os estudos abordados, verifica-se a necessidade de artigos que abordem mais especificamente a forma de realização do processo endoscópico dentro da HDA elencando os benefícios e possíveis prejuízos quando realizada. Porém, apesar da necessidade de maiores estudos dentro desse campo, a EDA representa hoje o padrão ouro tanto diagnóstico como terapêutico, devendo ser realizada em todos os pacientes hemodinamicamente estáveis.

## REFERÊNCIAS

1. BOO GB, Oh JC, Lee BJ, Lee DM, Kim YD, Park CG, et al. The effect of proton pump inhibitor on healing of post-esophageal variceal ligation ulcers. *Korean J Gastroenterol* 2008;51:232-40
2. ARAUJO, S. M., Alexandre, A. C. S. & Albuquerque, A. P. S. (2016). Achados endoscópicos em usuários acometidos por hemorragia digestiva alta em situação de emergência. *Revista de Enfermagem UFPE Online*,10(5), 1694-1700.
3. BITTENCOURT PL, Farias AQ, Strauss E, Mattos AA. Panel of the 1st Brazilian Consensus of Variceal Bleeding, Brazilian Society of Hepatology. Variceal bleeding: consensus meeting report from the Brazilian Society of Hepatology. *Arq Gastroenterol*. 2010;47(2):202-16.
4. BOSCH J, Berzigotti A, Garcia-Pagan JC, Abraldes JG. The management of portal hypertension: rational basis, available treatments and future options. *J Hepatol*. 2008;48:S68-92
5. CASTRO, MAITÊ. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos com queixas sugestivas de hemorragia digestiva alta no setor de emergência de hospital terciário de São Paulo. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Formação na Residência Médica) - Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, [S. l.], 2014.
6. COELHO, Fabricio *et al*. Tratamento da hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas: conceitos atuais. ABCD. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, São Paulo, p. 138-144, 11 mar. 2014.
7. COUTO, G; MACEDO, G; RIBEIRO, F. Hemorragia digestiva alta associada ao consumo de ácido acetilsalicílico e de anti-inflamatórios não-esteróides em Portugal. Resultados do estudo PARAINES. *Jornal Português de Gastroenterologia*, Vol 17, Setembro/Outubro 2010.
8. de Cleve R, Herman P, Pugliese V, Zilberstein B, Saad WA, Rodrigues JJ, Laudanna AA. Prevalence of pulmonary hypertension in patients with hepatosplenic Mansonic schistosomiasis - prospective study. *Hepato-gastroenterology*. 2003;50(54):2028-30.
9. DE FRANCHIS R, Baveno V Faculty. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol*.2010;53(4):762-8.
10. FILHO, Sérgio *et al*. Fatores de risco e prevenção primária da hemorragia digestiva alta: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, [S. l.], p. 1-13, 25 fev. 2022.
11. GRALNEK IanM et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guideline. *Endoscopy* 2015; 47: a1-a46.

12. LOURENÇO, Karla Glaysia A. & Oliveira, Ricardo B. de (2003) – Abordagem do Paciente com Hemorragia Digestiva Alta Não Varicosa. *Urgências e Emergências Digestivas*, N.º 36, 261- 265.
13. MARTINS, Angelica *et al.* Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. *PARA RESEARCH MEDICAL JOURNAL*, Faculdade Metropolitana da Amazônia – FAMAZ, Belém, PA, Brasil, p. 1-7, 2 maio 2019
14. MELO, N. F. R. (2015). Hemorragia digestiva alta: Marcadores de gravidade para a Sala de Emergência (Publication No. 37659) [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
15. OYAMA T, Inoue H, Arima M, et al. Prediction of the invasion depth of superficial squamous cell carcinoma based on microvessel morphology: magnifying endoscopic classification of the Japan Esophageal Society. *Esophagus*, 2017.
16. RODRIGUES MS, et al. Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Rev Med (São Paulo)*. Manual de Enfermagem para Concursos e Residências – Volume 3. Diego Lopes - Atualização PHTLS 9ª edição | XABCDE.
17. SANTOS, Maurício *et al.* Análise da prevalência de varizes esofágicas em pacientes internados por hemorragia digestiva alta no hurgc. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, [S. l.], p. 100-109, 7 dez. 2020.
18. SOARES, Daisy *et al.* HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. *BLSALUD*, [S. l.], p. 1-5, 4 fev. 2018.
19. TAKAHASHI H, Arimura Y, Masao H, et al. Endoscopic submucosal dissection is superior to convencional endoscopic resection as a curative treatment for early squamous cell carcinoma of the esophagus. *Gastrointestinal Endosc* 2010; 72:255
20. TRIPATHI D, Stanley AJ, Hayes PC, et al. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut* 2015; 64:1680.
21. VELASCO, Irineu Tadeu et al. *Medicina de emergência: abordagem prática*. . Barueri, SP: Manole. . Acesso em: 07 nov. 2022.
22. ZHENG M, Chen Y, Bai J, Zeng Q, You J, Jin R, Zhou X, Shen H, Zheng Y, Du Z. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus endoscopic therapy in the secondary prophylaxis of variceal rebleeding in cirrhotic patients: meta-analysis update. *journal of Clinical Gastroenterology*. 2008;42(5):507-16.