

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

A Hemorragia Digestiva Alta Não Hipertensiva. Que rumo?

Adriana Oliveira da Silva

M

2025



A Hemorragia Digestiva Alta Não Hipertensiva. Que rumo?

ARTIGO ORIGINAL

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Universidade do Porto

Estudante:

Adriana Oliveira da Silva

Estudante de 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço de correio eletrónico: adrianaosilva062@gmail.com

Orientadora:

Professora Doutora Isabel Maria Teixeira de Carvalho Pedroto

Assistente Graduada Sénior do Serviço de Gastrenterologia, Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA)

Professora Catedrática Convidada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço de correio eletrónico: isabelpedroto.gastro@chporto.min-saude.pt

Coorientadora:

Dra. Ana Luísa Freitas Gonçalves

Interna de Formação Específica de Gastrenterologia, Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA)

Endereço de correio eletrónico: u14881@chporto.min-saude.pt

Coorientador:

Dr. João Pedro de Almeida Paulo

Interno de Formação Específica de Gastrenterologia, Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA)

Endereço de correio eletrónico: u14924@chporto.min-saude.pt

A Hemorragia Digestiva Alta Não Hipertensiva. Que rumo?

ARTIGO ORIGINAL

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Universidade do Porto

Porto, junho de 2025

Estudante:

Assinado por: Adriana Oliveira da Silva
Num. de Identificação: BI30488644
Data: 04-06-2025 10:35:58 +01:00



CHAVE MÓVEL

(Adriana Oliveira da Silva)

Orientador:

Assinado por: Isabel Maria Teixeira de Carvalho
Pedroto
Num. de Identificação: 03964313
Data: 2025.06.03 19:57:18+01'00'



CHAVE MÓVEL

(Professora Doutora Isabel Maria Teixeira de Carvalho Pedroto)

Coorientadora:



Assinado por: Ana Luísa
Freitas Gonçalves
Identificação: BI15283863
Data: 2025-06-03 às 14:28:56

(Dra. Ana Luísa Freitas Gonçalves)

Coorientador:



Assinado por: João Pedro de
Almeida Paulo
Identificação: BI14602767
Data: 2025-06-03 às 14:30:14

(Dr. João Pedro de Almeida Paulo)

Dedicatória

À minha família, pelo apoio incondicional ao longo destes seis anos.

Ao André, com quem partilhei este percurso desde o primeiro dia, e a quem agradeço todo o amor, o apoio constante e o companheirismo.

Aos meus amigos, quer os mais antigos, quer aqueles que tive a sorte de conhecer no ICBAS, pela entreaajuda ao longo dos anos e pelos momentos de convívio e diversão.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Pedroto, e aos coorientadores, Dra. Ana Luísa Gonçalves e Dr. João Pedro Paulo, pela orientação e apoio, fundamentais ao longo da concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Carolina Lemos, pela sua disponibilidade e colaboração na realização da análise estatística.

Resumo

Enquadramento: A hemorragia digestiva alta (HDA) constitui uma das principais causas de internamento em Gastreenterologia, com prevalência crescente com a idade e maior frequência no sexo masculino e em grupos socioeconómicos mais desfavorecidos. A HDA de causa não hipertensiva (HDANH) representa cerca de 70% dos casos, sendo a doença ulcerosa péptica (DUP) a principal etiologia. A abordagem inicial baseia-se na estabilização hemodinâmica, estratificação de risco e realização precoce de endoscopia digestiva alta (EDA), que constitui o *goldstandard* no diagnóstico etiológico e subsequente tratamento. No caso da DUP, a classificação de Forrest revela-se fundamental na deteção de estigmas endoscópicos de risco, orientando a necessidade de terapêutica hemostática. A recidiva hemorrágica associa-se a desfechos adversos, pelo que se torna essencial a identificação precoce dos doentes com maior risco deste evento. A mortalidade associada à HDANH varia entre países, refletindo diferenças nos sistemas de saúde, protocolos de tratamento e perfil das populações. A criação da Urgência Regional de Gastreenterologia (URGE) na Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA) permitiu melhorar a gestão dos doentes com HDA, tendo o seu desempenho já sido alvo de estudos prévios. Face aos avanços terapêuticos e alterações demográficas, justifica-se a análise atualizada dos resultados deste centro.

Objetivos: Análise e caracterização dos resultados clínicos e fatores prognósticos de doentes admitidos por HDANH no serviço de urgência (SU) de um hospital terciário de referência.

Metodologia: Foram incluídos retrospectivamente os doentes admitidos por HDA entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2023 na ULSSA, excluindo os casos de etiologia hipertensiva. Recolheram-se dados demográficos, clínicos, endoscópicos e de evolução hospitalar a partir dos registos eletrónicos. Procedeu-se à análise univariada das variáveis, seguida de avaliação de associações significativas e análise de regressão logística para identificar fatores preditivos de mortalidade.

Resultados: Foram alvo de análise 224 doentes com HDANH. A maioria foi admitida diretamente no SU (64,3%) e em período diurno (66,1%). A média de idades foi de $69,3 \pm 1,08$ anos, com predomínio do sexo masculino (71,4%) e de idosos (66,5%). À admissão, 45% apresentaram instabilidade hemodinâmica. A maioria realizou EDA em menos de 12 horas (58,8%), sendo a DUP a principal etiologia diagnosticada (54,5%). Achados endoscópicos de alto risco foram observados em 49,5% dos casos, com necessidade de terapêutica endoscópica em 49,6%. A média do *Complete Rockall Score* (CRS) foi de $6 \pm 1,94$, com valores superiores nos doentes transferidos e nos admitidos em período noturno. A necessidade de transfusão prévia à EDA ocorreu em 49,1% e associou-se à idade avançada, diabetes mellitus (DM), doença arterial periférica (DAP), anticoagulação, instabilidade hemodinâmica, valores mais baixos de hemoglobina e mais elevados de ureia e CRS mais elevado. Após a EDA, 70,1% dos doentes foram internados, dos quais 58% em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) ou Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM). A admissão nestas unidades foi mais frequente nos doentes transferidos, admitidos em período noturno, idade mais jovem, instabilidade hemodinâmica, CRS mais elevado, achados endoscópicos de alto risco, necessidade de terapêutica endoscópica e nos que manifestaram recidiva hemorrágica. A duração média de internamento foi de $9,85 \pm 9,28$ dias, o qual foi mais prolongado nos doentes diretamente admitidos, sob IBPs e nos que necessitaram de cirurgia. A recidiva hemorrágica ocorreu em 13,9% e foi associada a consumo excessivo de álcool, CRS mais elevado e achados endoscópicos de alto risco na primeira EDA. A necessidade cirúrgica verificou-se em 5,4% e foi mais frequente perante

um CRS mais elevado, achados endoscópicos de alto risco e recidiva hemorrágica. A mortalidade hospitalar foi de 10,2%, com 47,4% de mortes diretamente associadas à HDA, e relacionou-se com a idade avançada, doença renal crónica (DRC), valores mais baixos de hemoglobina, necessidade de transfusão prévia à EDA e CRS mais elevado. A mortalidade aos 90 dias foi de 2,4% e a um ano de 12,2%. A readmissão por novo episódio de HDA foi de 3,8% aos 30 dias e de 8,6% em um ano.

Conclusões: O presente estudo reforça a relevância da HDANH como entidade clínica de elevada complexidade e potencial gravidade, com impacto significativo na morbimortalidade e prognóstico a médio e longo prazo. A DUP persistiu como a principal etiologia identificada. A recidiva hemorrágica e a mortalidade hospitalar foram superiores às reportadas em estudos prévios da URGE e na literatura internacional. O envelhecimento, a DRC, a necessidade de suporte transfusional prévio à EDA e o CRS mais elevado emergiram como preditores de mortalidade. As taxas de mortalidade aos 90 dias e um ano, bem como de readmissão por novo episódio de HDA aos 30 dias e um ano, evidenciam o impacto prolongado da HDANH, com implicações que se estendem além da fase aguda. Estes resultados sublinham a necessidade de uma abordagem que articule o tratamento agudo, prevenção da recidiva, identificação precoce de complicações e uma vigilância contínua dos doentes, visando a melhoria dos resultados clínicos nesta população.

Palavras-chave: Hemorragia Digestiva Alta Não Hipertensiva; Hemorragia Digestiva Alta; Endoscopia Digestiva Alta; Hematemeses; Melenas; Hematoquézias; Recidiva Hemorrágica; Internamento Hospitalar; Mortalidade.

Abstract

Background: Acute upper gastrointestinal bleeding (AUGIB) is one of the leading causes of hospitalization in Gastroenterology, with increasing prevalence with age and higher incidence among males and socioeconomically disadvantaged populations. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding (NVUGIB) accounts for approximately 70% of cases, with peptic ulcer disease (PUD) being the main etiology. Initial management relies on hemodynamic stabilization, risk stratification and early performance of upper gastrointestinal endoscopy (EGD), which is the goldstandard for etiological diagnosis and treatment. In the case of PUD, the Forrest classification is essential to identify endoscopic stigmata of risk and guiding the need for hemostatic therapy. Rebleeding is associated with adverse outcomes, highlighting the importance of early identification of high-risk patients. Mortality related to NVUGIB varies across countries, reflecting differences in healthcare systems, treatment protocols and population profiles. The establishment of the Urgência Regional de Gastrenterologia (URGE) at Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA) has improved the management of patients with AUGIB, with previous studies already assessing its performance. Recent therapeutic advances and demographic changes justify an updated analysis of this center's outcomes

Objectives: Analysis and characterization of clinical outcomes and prognostic factors of patients admitted for NVUGIB at the emergency department of a tertiary referral hospital.

Methods: A retrospective analysis was conducted on patients admitted for AUGIB between the 1st of January and the 31st of December 2023, at ULSSA, excluding those with hypertensive etiology. Demographic, clinical, endoscopic, and in-hospital outcome data were collected from electronic health records. Univariate analysis was performed, followed by assessment of significant associations and logistic regression to identify predictors of mortality.

Results: A total of 224 patients with NVUGIB were analyzed. Most were directly admitted to the emergency department (64.3%) and during daytime period (66.1%). The mean age was 69.3 ± 1.08 years, with a predominance of male (71.4%) and elderly patients (66.5%). Upon admission, 45% presented with hemodynamic instability. Most patients underwent EGD within 12 hours (58.8%), with PUD as the main diagnosis (54.5%). High-risk endoscopic stigmata were observed in 49.5% of cases, requiring endoscopic therapy in 49.6%. The mean Complete Rockall Score (CRS) was 6 ± 1.94 , with higher values in transferred and nighttime-admitted patients. Pre-endoscopy transfusion was required in 49.1% and was associated with older age, diabetes, peripheral artery disease, anticoagulation, hemodynamic instability, lower hemoglobin, higher urea levels and higher CRS. Following EGD, 70.1% were hospitalized, of whom 58% in intensive or intermediate care units. Admission to these units was more frequent among transferred and nighttime-admitted patients, younger age, those with hemodynamic instability, higher CRS, high-risk endoscopic findings, need for endoscopic therapy and rebleeding. Mean hospital stay was 9.85 ± 9.28 days, prolonged in directly admitted patients, those on PPIs, and those requiring surgery. Rebleeding occurred in 13.9%, associated with alcohol overuse, higher CRS and high-risk findings on initial EGD. Surgical intervention was necessary in 5.4%, more frequent in patients with higher CRS, high-risk endoscopic findings and rebleeding. In-hospital mortality was 10.2%, with 47.4% of deaths directly attributed to AUGIB, and was associated with older age, chronic kidney disease, lower hemoglobin, pre-endoscopy transfusion and higher CRS. Ninety-day and one-year mortality rates were 2.4% and

12.2%, respectively. Readmission for recurrent AUGIB occurred in 3.8% at 30 days and 8.6% within one year.

Conclusions: This study reinforces the clinical relevance and potential severity of NVUGIB, with significant impact on morbidity, mortality and mid-to-long-term prognosis. PUD remained the most frequent etiology. Rebleeding and in-hospital mortality were higher than reported in previous URGE studies and international literature. Advanced age, chronic kidney disease, pre-endoscopy transfusion, and higher CRS emerged as key mortality predictors. The observed 90-day and one-year mortality and readmission rates underscore the prolonged impact of NVUGIB, with implications extending beyond the acute phase. These findings highlight the need for strategies integrating acute treatment, prevention of recurrence, early identification of complications and continuous follow-up to improve clinical outcomes in this population.

Keywords: Acute Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding; Upper Gastrointestinal Bleeding; Upper Gastrointestinal Endoscopy; Hematemesis; Melena; Hematochezia; Rebleeding; Hospitalization; Mortality.

Lista de Abreviaturas

AINE – Anti-inflamatório Não Esteroide
CED – Concentrado eritrocitário desleucocitado
CRS – *Complete Rockall Score*
DAP – Doença Arterial Periférica
DCI – Doença Cardíaca Isquêmica
DHC – Doença Hepática Crônica
DM – Diabetes Mellitus
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC – Doença Renal Crônica
DUP – Doença Ulcerosa Péptica
EDA – Endoscopia Digestiva Alta
ESGE – *European Society of Gastrointestinal Endoscopy*
GAVE – Ectasia Vascular Antral Gástrica
GBS – *Glasgow-Blatchford Score*
HDA – Hemorragia Digestiva Alta
HDANH – Hemorragia Digestiva Alta Não Hipertensiva
IBP – Inibidor da Bomba de Prótons
IC – Insuficiência Cardíaca
IQR – Intervalo Interquartil
PAS – Pressão Arterial Sistólica
RS – *Rockall Score*
SU – Serviço de Urgência
TAE – Embolização Arterial Transcateter
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios
ULSSA – Unidade Local de Saúde de Santo António
URGE – Urgência Regional de Gastrenterologia

Índice

Resumo.....	ii
Abstract	iv
Lista de Abreviaturas	vi
Lista de tabelas	ix
Introdução	1
Objetivos	5
Métodos	6
Definições.....	6
Análise Estatística.....	8
Resultados	9
Caracterização dos doentes	9
Características endoscópicas e estratificação de risco.....	9
Caracterização de resultados clínicos e fatores prognósticos.....	10
Discussão	14
Suporte transfusional prévio à EDA	14
Admissão em UCI ou UCIM	15
Duração do internamento hospitalar na ULSSA.....	16
Recidiva hemorrágica hospitalar.....	17
Tratamento cirúrgico.....	18
Mortalidade hospitalar	19
Mortalidade aos 90 dias e a 1 ano do episódio inicial de HDA	20
Readmissão no SU da ULSSA aos 30 dias e 1 ano por HDA	21
Conclusão	22
Anexos	24
Tabela I. Glasgow-Blatchford Score: Parâmetros de Cálculo	24
Tabela II. Complete Rockall Score: Parâmetros de Cálculo	24
Tabela III. Classificação de Forrest	25
Tabela IV. Características demográficas e clínicas dos doentes com HDANH.....	25
Tabela V. Etiologias da HDA nos doentes com HDANH.....	26
Tabela VI. Estigmas hemorrágicos nos doentes com HDANH por DUP.....	26
Tabela VII. Achados endoscópicos de alto risco nos doentes com HDANH	26
Tabela VIII. Necessidade de suporte transfusional prévio à EDA.....	27
Tabela IX. Necessidade de internamento em UCI ou UCIM.....	28
Tabela X. Duração do internamento hospitalar na ULSSA	29
Tabela XI. Recidiva hemorrágica hospitalar	30

Tabela XII. Necessidade de tratamento cirúrgico.....	31
Tabela XIII. Mortalidade hospitalar	32
Tabela XIV. Readmissão no SU aos 30 dias por HDA.....	33
Tabela XV. Readmissão no SU em um ano por HDA	34
Referências Bibliográficas.....	35

Lista de tabelas

Tabela I. Glasgow-Blatchford Score: Parâmetros de Cálculo	24
Tabela II. Complete Rockall Score: Parâmetros de Cálculo	24
Tabela III. Classificação de Forrest	25
Tabela IV. Características demográficas e clínicas dos doentes com HDANH	25
Tabela V. Etiologias da HDA nos doentes com HDANH	26
Tabela VI. Estigmas hemorrágicos nos doentes com HDANH por DUP	26
Tabela VII. Achados endoscópicos de alto risco nos doentes com HDANH	26
Tabela VIII. Necessidade de suporte transfusional prévio à EDA	27
Tabela IX. Necessidade de internamento em UCI ou UCIM	28
Tabela X. Duração do internamento hospitalar na ULSSA	29
Tabela XI. Recidiva hemorrágica hospitalar	30
Tabela XII. Necessidade de tratamento cirúrgico	31
Tabela XIII. Mortalidade hospitalar	32
Tabela XIV. Readmissão no SU aos 30 dias por HDA	33
Tabela XV. Readmissão no SU em um ano por HDA	34

Introdução

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma condição frequentemente observada na prática clínica, constituindo uma das principais causas de internamento hospitalar em Gastreenterologia.⁽¹⁾ Do ponto de vista epidemiológico, regista-se uma incidência anual, na população europeia, entre 80 a 150 casos por cada 100.000 habitantes, com uma prevalência crescente com a idade. Esta condição é mais frequente no sexo masculino e entre os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos.^(2,3) A presente exposição debruçar-se-á sobre a HDA de causa não hipertensiva (HDANH), também designada de não varicosa, que representa cerca de 70% de todas as HDA, com uma incidência anual estimada entre 19,4 e 57 por cada 100.000 indivíduos.⁽⁴⁾

Diversas etiologias estão descritas para a HDANH, sendo a doença ulcerosa péptica (DUP) a mais prevalente, atualmente responsável por cerca de 32 a 36% dos casos. Esta condição resulta de uma disrupção dos mecanismos de defesa da mucosa do trato gastrointestinal superior, geralmente desencadeada pela infeção por *Helicobacter pylori*, que induz inflamação da mucosa e lesão das células epiteliais e/ou pelo uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), os quais inibem a síntese de prostaglandinas através da inibição da via da COX-1, comprometendo a proteção da mucosa.^(2,5) Outras etiologias relevantes incluem lesões erosivas, como esofagite, gastrite e duodenite, síndrome de *Mallory-Weiss*, ectasia vascular antral gástrica (GAVE), neoplasias, lesão de *Dieulafoy*, fístula aortoentérica, entre outras.^(2,5,6)

No que respeita à abordagem e gestão inicial dos doentes com HDA, é fundamental realizar uma avaliação precoce do estado hemodinâmico. Em caso de instabilidade, deve ser prontamente instituída fluidoterapia, podendo, ainda, haver necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário desleucocitado (CED) para assegurar uma perfusão tecidual adequada. Em doentes hemodinamicamente estáveis e sem antecedentes de patologia cardiovascular, as evidências clínicas atuais recomendam uma estratégia transfusional para valores de hemoglobina iguais ou inferiores a 7 g/dL. Em doentes estáveis, mas com patologia cardiovascular aguda ou crónica conhecida, deve ser adotada uma estratégia transfusional para valores de hemoglobina iguais ou inferiores a 8 g/dL.⁽⁷⁾

Após avaliação inicial e instituição de medidas de suporte, a endoscopia digestiva alta (EDA) assume um papel central na abordagem da HDA. Este exame constitui o *goldstandard*, permitindo não só a identificação da etiologia subjacente, como o subsequente tratamento, se aplicável. As diretrizes atuais preconizam que, após estabilização hemodinâmica, a realização de EDA deve ocorrer no período de 24 horas após a admissão, em todos os doentes com HDANH.^(2,5,7)

Para uma adequada avaliação dos doentes com HDA, torna-se pertinente recorrer a sistemas de estratificação de risco. O *Glasgow–Blatchford Score* (GBS) permite uma estratificação de risco pré-endoscópico, revelando-se útil como preditor da necessidade de intervenção hospitalar (que inclui transfusão de CED, tratamento endoscópico, embolização arterial, cirurgia), bem como de mortalidade. Para a sua determinação são tidos em conta valores à admissão de hemoglobina, BUN, pressão arterial sistólica, presença de taquicardia, melenas, síncope, antecedentes de doença hepática e insuficiência cardíaca (Tabela I). As recomendações atuais referem que doentes com pontuações de GBS iguais ou inferiores a 1 apresentam um risco muito baixo de necessidade de intervenção hospitalar, recidiva hemorrágica ou mortalidade, podendo,

com segurança, ser tratados em regime ambulatorio.^(3,7) O *Rockall Score* (RS) constitui um outro sistema de pontuação preditor de recidiva hemorrágica e mortalidade, que integra a idade, presença de choque e comorbilidades, igualmente aplicável em fase pré-endoscópica. De forma complementar, o *Complete Rockall Score* (CRS) acrescenta ao RS achados endoscópicos, nomeadamente o diagnóstico endoscópico e estigmas endoscópicos de hemorragia recente (sangue visível no trato gastrointestinal, coágulo aderente e vaso visível ou sangrante) (Tabela II). Valores de CRS iguais ou superiores a 5 são considerados de alto risco, entre 3 e 4 de risco intermédio e iguais ou inferiores a 2 de baixo risco de recidiva hemorrágica e de mortalidade.^(2,8)

Sendo a DUP a principal causa de HDANH, a classificação de Forrest assume um papel fundamental, ao descrever o aspeto endoscópico das lesões e distinguir estigmas de alto e baixo risco, orientando, assim, a estratégia terapêutica (Tabela III). As úlceras com hemorragia ativa, seja em jato (Forrest Ia) ou em toalha (Forrest Ib), bem como aquelas com vaso visível sem sangramento (Forrest IIa), estão associadas a um elevado risco de recorrência hemorrágica, sendo, portanto, recomendada a realização de tratamento endoscópico hemostático. As úlceras com coágulo aderente (Forrest IIb), por representarem um risco intermédio, podem ser consideradas para remoção endoscópica do coágulo, seguida de reavaliação e eventual reclassificação da lesão. Por outro lado, úlceras com pigmento hematínico (Forrest IIc) ou com base limpa (Forrest III) apresentam baixo risco de desfechos adversos, pelo que não requerem tratamento hemostático endoscópico.^(2,7)

A recidiva hemorrágica, definida pela recorrência da hemorragia após estabilização clínica e hemostase endoscópica inicial bem-sucedida, apresenta-se como um dos principais preditores de mortalidade na HDA. Estima-se a sua ocorrência em 10 a 20% dos doentes com HDA, quer de causa hipertensiva como não hipertensiva. Este evento compromete diversos desfechos clínicos, como a necessidade de suporte transfusional, a duração do internamento hospitalar e a necessidade de abordagem cirúrgica. Neste sentido, a identificação precoce dos doentes com maior risco de recidiva hemorrágica revela-se essencial, uma vez que permite a sua referenciação para níveis mais diferenciados e intensivos de cuidados, com potencial benefício nos seus resultados clínicos.^(2,9)

Perante ocorrência de recidiva hemorrágica, recomenda-se a realização de uma nova EDA para confirmação diagnóstica e instituição de nova terapêutica hemostática, sempre que clinicamente indicado e tecnicamente possível. Em caso de insucesso de uma segunda tentativa de hemostase endoscópica, deve ser ponderada a realização de uma embolização arterial transcater (TAE). A cirurgia apresenta-se como uma opção terapêutica de última linha, reservando-se para casos em que a TAE esteja indisponível ou após a sua falência no controlo hemorrágico. Na sequência da utilização de inibidores da bomba de protões (IBPs) e do tratamento de erradicação de *H. pylori*, bem como da melhoria das técnicas endoscópicas e terapêuticas endovasculares, a cirurgia tem vindo a ser menos utilizada nas últimas décadas.^(7,10)

Entre outros fatores que condicionam desfechos clínicos adversos na HDANH, a idade avançada assume um papel relevante. O envelhecimento associa-se a alterações fisiológicas que comprometem a capacidade de resposta a episódios hemorrágicos agudos, nomeadamente a diminuição do fluxo sanguíneo da mucosa, a redução da capacidade regenerativa epitelial e a redução da reserva cardiovascular. Estes fatores, aliados à elevada prevalência de comorbilidades nesta faixa etária, contribuem para um impacto negativo no prognóstico destes doentes. A

presença de instabilidade hemodinâmica à admissão, níveis reduzidos de hemoglobina e a necessidade de transfusão, que refletem uma maior gravidade da hemorragia, são igualmente preditores importantes do desenvolvimento de complicações graves nos doentes com HDANH.⁽¹¹⁾

A literatura refere uma taxa de mortalidade para a HDANH muito variável entre países, reportando valores desde 1,1% no Japão, 5,5% em Espanha, 7,4% no Reino Unido até 11% na Dinamarca. Estas diferenças podem ser atribuídas a diferenças na organização dos cuidados de saúde, nos recursos disponíveis e protocolos de tratamento, bem como características da população estudada.⁽¹²⁾ Importa, ainda, referir que as taxas de mortalidade associadas à HDANH têm vindo a diminuir na sequência dos avanços terapêuticos, nomeadamente na hemostase endoscópica, bem como pela ampla utilização de IBPs. No entanto, a prevalência crescente de doenças cardiovasculares tem sido associada a uma maior utilização de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes, o que pode condicionar um aumento da incidência de HDA.⁽¹¹⁾ No que se refere aos doentes com HDA por DUP, é de ter em consideração que as comorbilidades subjacentes comportam uma elevada relevância, sendo que a maioria acaba por falecer por outras patologias crónicas.⁽²⁾

Com o objetivo de garantir elevada disponibilidade e qualidade em todas as etapas da gestão dos doentes que se apresentam com HDA, em outubro de 2006, foi implementada a Urgência Regional de Gastrenterologia (URGE), sediada no Serviço de Gastrenterologia da Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA). Esta assegura um serviço de endoscopia de urgência disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, a toda a população da região norte do país. São admitidos, por ano, cerca de 800 a 1000 doentes, entre os quais, 53% correspondem a casos de HDA aguda.⁽¹⁾

Um estudo relativo ao desempenho do modelo implementado no norte de Portugal, realizado entre 2010 e 2012 em doentes admitidos na URGE por HDANH e, no qual, foram comparados os doentes diretamente admitidos com os transferidos de outros hospitais, constatou que 90% realizaram EDA em menos de 24h após a admissão, sem diferenças significativas entre os dois grupos. O mesmo se verificou relativamente às taxas de recidiva hemorrágica, mortalidade hospitalar, mortalidade aos 30 dias e necessidade de intervenção cirúrgica. A idade avançada, presença de neoplasia e pontuação moderada a alta no RS foram identificados como preditores independentes de mortalidade hospitalar. Verificou-se maior predisposição para a recidiva hemorrágica nos doentes transferidos com idade igual ou superior a 80 anos.⁽¹⁾

Um estudo mais recente, igualmente realizado em doentes admitidos na URGE por HDANH, no período de 2016 a 2019, demonstrou maiores taxas de necessidade de transfusão, terapêutica endoscópica, intervenção cirúrgica, admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e recidiva hemorrágica nos doentes transferidos de outros hospitais, em comparação com os diretamente admitidos. No entanto, as taxas de mortalidade foram semelhantes entre os dois grupos. Relativamente às etiologias da HDA e sua implicação prognóstica, destacou-se a hemorragia por DUP, pela associação com maior necessidade de tratamento endoscópico, cirúrgico e de internamento em UCI, bem como maior taxa de recidiva hemorrágica. Neste estudo verificou-se uma mortalidade de 4,2%, mas apenas metade dos casos foram diretamente associados à hemorragia. Os doentes com múltiplas comorbilidades, hematemeses à apresentação e com RS e CRS mais elevados revelaram uma maior relação com um desfecho fatal, sem diferenças

significativas entre doentes diretamente admitidos e transferidos de outras instituições. A duração média de internamento foi de 8,8 dias, sendo que a idade avançada e a necessidade de tratamento cirúrgico foram fatores associados a uma maior permanência hospitalar.⁽¹³⁾

Face ao exposto, torna-se pertinente proceder à análise do paradigma atual dos doentes admitidos por HDANH no serviço de urgência (SU) de Gastreenterologia da ULSSA. Este estudo visa aprofundar o conhecimento sobre fatores prognósticos relevantes, como a recidiva hemorrágica e a mortalidade, permitindo uma melhor compreensão da evolução clínica destes doentes. Adicionalmente, pretende-se identificar potenciais diferenças entre os doentes diretamente admitidos e os transferidos de outros centros hospitalares, com vista a avaliar o impacto da referência inter-hospitalar nos resultados clínicos. Serão, ainda, analisadas variáveis como a idade e a presença de comorbilidades, dada a sua reconhecida influência negativa nos resultados clínicos associados à HDA. Ao proporcionar uma caracterização atual e detalhada desta população, este trabalho poderá contribuir para otimizar estratégias de abordagem e gestão clínica, promovendo melhores resultados em saúde.

Objetivos

O principal objetivo deste estudo é a análise e caracterização dos resultados clínicos e fatores prognósticos associados à HDANH, em contexto de urgência de Gastreenterologia na ULSSA, no período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2023. Os dados obtidos serão comparados com os de estudos anteriores, de forma a identificar possíveis tendências evolutivas e condicionantes das necessidades terapêuticas e dos resultados clínicos.

Métodos

O presente estudo, de natureza observacional, longitudinal e retrospectiva, foi desenvolvido no serviço de Gastreenterologia da ULSSA. Foram recolhidos dados relativos a todos os doentes admitidos no SU por HDA, quer por admissão direta, quer por transferência de outros centros hospitalares, no período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2023.

Foram incluídos doentes com clínica sugestiva de HDA, definida pela evidência atual ou antecedentes de hematemeses e/ou melenas e/ou hematoquezias e/ou outro sintoma sugestivo nas 24 horas prévias à admissão e que, subsequentemente, realizaram EDA. Excluíram-se os doentes com evidência de HDA de causa hipertensiva/varicosa na EDA, sendo apenas incluídos no âmbito deste estudo aqueles com HDANH.

Os dados demográficos, clínicos e relatórios de EDA dos respetivos doentes foram analisados com recurso aos registos eletrónicos (SClínico®). Neste sentido, para cada doente, foi recolhida informação relativa a: idade, sexo, tipo de admissão, período de admissão, comorbilidades, antecedentes de HDA, hábitos de vida, realização de terapêutica farmacológica com AINEs, corticoterapia oral, antiagregantes plaquetários, anticoagulantes e IBPs, apresentação clínica à admissão, instabilidade hemodinâmica à admissão, valores de hemoglobina, plaquetas, INR e ureia à admissão e necessidade transfusional prévia à EDA. No que se refere à EDA, foi registado: tempo decorrido desde a admissão na ULSSA até à realização da EDA, local de realização, etiologia da HDA, classificação de Forrest, achados endoscópicos de alto risco, necessidade de terapêutica endoscópica e tipo de terapêutica endoscópica realizada. Relativamente ao momento que sucede a EDA, foram registados os seguintes dados: destino após EDA, admissão em Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) ou UCI, duração (em dias) do internamento hospitalar, recidiva hemorrágica hospitalar, necessidade de repetição de EDA, necessidade de repetição de terapêutica endoscópica e necessidade de intervenção cirúrgica. Foi calculado o GBS, bem como o CRS. Por fim, foram recolhidos dados relativos à recidiva hemorrágica e mortalidade, nomeadamente: readmissão no SU por HDA aos 30 dias e a 1 ano após o episódio inicial de HDA, morte hospitalar (no episódio atual), existência de relação da morte hospitalar com a HDA, morte aos 90 dias e a 1 ano após o episódio inicial de HDA.

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração, Comissão de Ética para a Saúde, Gabinete Coordenador de Investigação e Direção de Departamento de Ensino, Formação e Investigação da ULSSA (N/ REF.º 2024.251 (191-CAC/222-CE). Por se tratar de um estudo retrospectivo e com garantia de anonimato dos dados recolhidos, foi concedida a dispensa de consentimento informado para integração no mesmo, salientando, ainda, que, para todos os doentes, foi previamente obtido consentimento para a realização da EDA.

Definições

O tipo de admissão foi definido como de forma direta no SU da ULSSA ou por transferência de outro centro hospitalar. O período de admissão no SU foi categorizado como diurno, quando ocorreu entre as 08h30 e as 20h30, e como noturno, correspondente ao horário de funcionamento da URGE, entre as 20h30 e as 08h30.

A comorbilidade foi definida pela presença de pelo menos uma das seguintes condições ou antecedentes: doença hepática crônica (DHC), doença cardíaca isquêmica (DCI), doença arterial periférica (DAP), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), demência, neoplasia, insuficiência cardíaca (IC), doença renal crônica (DRC) e diabetes mellitus (DM).

Relativamente aos hábitos de vida, foi avaliado o tabagismo, definido pela presença de hábitos tabágicos ativos ou sua cessação há menos de 6 meses, bem como o consumo excessivo de álcool. Pela impossibilidade de quantificar o consumo de álcool para todos os doentes, o seu uso excessivo foi considerado no caso de os registos clínicos fazerem referência a consumos frequentes e/ou excessivos atuais ou passados, adição ou sintomas de abstinência de álcool.

A instabilidade hemodinâmica à admissão foi definida pela presença de frequência cardíaca igual ou superior a 100 bpm e/ou tensão arterial sistólica inferior a 100 mmHg.

O tempo decorrido desde a admissão hospitalar na ULSSA até à realização da EDA foi classificado, de acordo com as recomendações da *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE), em urgente (< 12 horas), precoce (12-24 horas) e tardio (> 24 horas).⁽⁷⁾

O local de realização da EDA contemplou o Centro de Endoscopia Digestiva, Bloco Operatório ou a Sala de Emergência.

No que concerne à etiologia da HDA, sugerida pela EDA, foram consideradas as seguintes: DUP (que inclui úlcera gástrica, úlcera duodenal ou ambas), úlcera esofágica, úlcera de Cameron, úlcera de anastomose, esofagite, gastrite, síndrome de *Mallory-weiss*, malignidade, angiodisplasia, lesão de *Dieulafoy*, GAVE e outras.

Os achados endoscópicos de alto risco, referentes a úlceras pépticas ou outras etiologias de HDA, incluíram hemorragia pulsátil, hemorragia em toalha, vaso visível e coágulo aderente. Nos casos em que nenhum destes estigmas se verificou, foi assinalada a sua ausência.

O tipo de terapêutica endoscópica realizada abrangeu: injeção de adrenalina, colocação de clips, terapêutica combinada (adrenalina associada a clips), polidocanol, árgon-plasma e *heater probe*.

O destino após EDA contemplou o internamento na ULSSA, transferência para outro centro hospitalar ou alta hospitalar.

A recidiva hemorrágica hospitalar foi definida pela recorrência, após estabilização clínica inicial e hemostase endoscópica bem-sucedida, de sinais clínicos sugestivos de HDA, os quais incluem hematemeses e/ou melenas e/ou hematoquezias, em associação com sinais de instabilidade hemodinâmica ou diminuição do valor de hemoglobina em pelo menos 2 g/dL.⁽⁹⁾

Relativamente aos sistemas de estratificação de risco, os doentes foram classificados, com base na pontuação obtida pelo cálculo do GBS, em ≤ 1 ou > 1 , e foi registada a pontuação de CRS para cada doente.

Análise Estatística

Dados demográficos e clínicos relativos a todos os doentes admitidos no SU por HDA, no período referido, foram incluídos numa base de dados anonimizada, tendo a análise estatística sido desenvolvida com recurso ao *software IBM® SPSS® Statistics* versão 30.0.

Procedeu-se à análise descritiva das variáveis, considerando-se variáveis contínuas e categóricas. As variáveis contínuas foram expressas como média $\pm$ desvio padrão ou mediana com intervalo interquartil (IQR), de acordo com a distribuição dos dados. As variáveis categóricas foram descritas de acordo com a sua frequência absoluta (n) e relativa (%).

A comparação de variáveis contínuas entre grupos independentes foi efetuada com recurso ao *Independent Samples t-Test*, para amostras independentes, ou ao teste de *Mann-Whitney U*, consoante a normalidade da distribuição. As variáveis categóricas foram comparadas, entre grupos, com recurso aos testes *Pearson Chi-Square* ou *Fisher's Exact Test*, conforme apropriado.

A análise de correlação entre variáveis numéricas foi efetuada através do coeficiente de correlação de *Pearson*.

A fim de avaliar a mortalidade e identificar potenciais fatores preditivos, foi realizada uma análise de Regressão Logística Binária, permitindo aferir o impacto das diferentes variáveis neste desfecho.

Foi considerado um nível de significância estatística de $p < 0,050$.

Resultados

Caracterização dos doentes

De um total de 279 doentes admitidos no SU por HDA, foram alvo de análise 224 doentes com HDANH, após exclusão de 55 casos de HDA de causa hipertensiva.

A maioria dos doentes foi admitida de forma direta no SU da ULSSA, correspondendo a 64,3% dos casos (n = 141). Os restantes 35,7% foram admitidos por transferência de outro centro hospitalar (n = 80). No que se refere ao período de admissão, 66,1% dos doentes foram admitidos em SU diurno (n = 148) e 33,9% em SU noturno (n = 76).

Os doentes avaliados apresentaram uma idade média de $69,27 \pm 1,08$ anos, sendo as idades mínima e máxima de 20 e 97 anos, respetivamente. A idade mediana foi de 72 anos (IQR 23). A faixa etária dos idosos (≥ 65 anos) incluiu 149 doentes, correspondendo a 66,52% de todos os doentes. O sexo masculino foi predominante (n = 160; 71,4%).

Relativamente às comorbilidades apresentadas pelos doentes, a DM foi a mais prevalente (n = 43; 19,6%), seguindo-se IC (n = 36; 16,4%), neoplasia (n = 33; 15,1%), DHC (n = 33; 14,9%), DRC (n = 26; 11,9%), DAP (n = 22; 10%), DCI (n = 21; 9,6%), demência (n = 17; 7,8%) e DPOC (n = 2; 0,9%). Registou-se história prévia de HDA em 13,1% dos doentes (n = 29).

No que se refere a hábitos de vida, o tabagismo foi apurado em 27,4% dos doentes (n = 60) e o consumo excessivo de álcool em 22,4% (n = 49).

Um total de 27% dos doentes encontrava-se, à data de admissão, sob terapêutica com IBP (n = 57), 26,5% sob antiagregantes plaquetários (n = 58), entre os quais 19,6% com aspirina (n = 43), 23,3% sob anticoagulantes (n = 51), 11,9% sob AINEs (n = 26) e 2,7% sob corticoterapia oral (n = 6).

As apresentações clínicas à admissão sob a forma de melenas (36,2%, n = 80) e de hematemese (34,4%, n = 76) foram as mais frequentes, seguidas por hematemese e melenas (14,9%, n = 33), hematoquezias (5,9%, n = 13) e outras formas, incluindo anemias sintomáticas (8,6%, n = 19). A instabilidade hemodinâmica estava presente, à admissão, em 45% dos doentes (n = 100).

As características demográficas e clínicas dos doentes integrados no presente estudo encontram-se descritas na Tabela IV.

Características endoscópicas e estratificação de risco

A maioria dos doentes foi submetida a EDA urgente (58,8%; n = 130). Um total de 29,9% realizaram EDA precoce (n = 66) e 11,3% realizaram EDA tardia (n = 25). O Centro de Endoscopia Digestiva foi o local preferencial para realização da EDA, contando com 59,2% dos casos (n = 113). Seguiram-se a sala de emergência (35%; n = 78) e o bloco operatório (5,8%; n = 13).

A DUP apresentou-se como a etiologia mais frequente de HDA nos doentes analisados, representando 54,5% de casos (n = 122), sendo que a úlcera gástrica foi o diagnóstico mais comum (27,7%; n = 62). Outras etiologias registadas incluíram a síndrome de *Mallory-Weiss* (11,2%; n = 25),

malignidade (7,1%; n = 16), angiodisplasia (4,9%; n = 11), lesão de *Dieulafoy* (4%; n = 9), GAVE (3,6%; n = 8), esofagite (3,1%; n = 7), úlcera de anastomose (2,7%; n = 6), gastrite (0,9%; n = 2), úlceras esofágicas (0,9%; n = 2), úlcera de Cameron (0,9%; n = 2). Outras causas corresponderam a 6,3% dos casos (n = 14), entre as quais se destacou a HDA em escara de biópsia, polipectomia ou ressecção endoscópica (n = 8) (Tabela V).

No subgrupo de doentes com DUP, de acordo com a classificação de Forrest, o estigma hemorrágico mais frequentemente observado foi a presença de vaso visível (Forrest IIa), em 29,5% dos doentes (n = 36), seguido por base limpa (Forrest III) (27,9%; n = 34). Outros achados menos prevalentes incluíram pigmento hematinico (Forrest IIc) (18,9%; n = 23), coágulo aderente (Forrest IIb) (13,1%; n = 16), hemorragia em toalha (Forrest Ib) (6,6%; n = 8) e hemorragia pulsátil (Forrest Ia) (4,1%; n = 5) (Tabela VI).

Foram identificados achados endoscópicos de alto risco em 111 doentes, correspondente a 49,5% de casos. Entre os possíveis achados, detetou-se vaso visível em 18,3% dos doentes (n = 41), seguido por hemorragia em toalha (16,5%; n = 37), coágulo aderente (10,7%; n = 24) e hemorragia pulsátil (4%; n = 9). Não foram detetados quaisquer estigmas de alto risco em 50,4% dos doentes (n = 113) (Tabela VII).

Um total de 49,6% dos doentes foram submetidos a terapêutica endoscópica (n = 111), sendo que a terapêutica combinada foi a estratégia mais utilizada, em 38,7% dos doentes (n = 43). Outros métodos terapêuticos incluíram a colocação de clips (27,9%; n = 31), injeção de adrenalina (19,8%, n = 22), árgon-plasma (9,9%; n=11), *heater probe* (2,7%; n = 3) e polidocanol (0,9%; n = 1).

No que se refere a estratificação de risco com recurso a sistemas de pontuação, todos os doentes apresentaram um GBS > 1 e a pontuação média do CRS foi de $6 \pm 1,94$. Os doentes transferidos de outros centros hospitalares apresentaram uma média de CRS significativamente superior em relação aos diretamente admitidos ($6,32 \pm 1,77$ vs. $5,63 \pm 2,07$, $p = 0,009$). A média do CRS foi, ainda, significativamente superior nos doentes admitidos em período noturno, em comparação com os admitidos em período diurno ($6,24 \pm 1,89$ vs. $5,68 \pm 2,02$, $p = 0,031$).

Caracterização de resultados clínicos e fatores prognósticos

Um total de 49,1% dos doentes necessitaram de transfusão de CED antes da EDA (n = 107). A média de idades dos doentes que necessitaram de transfusão foi significativamente superior comparativamente aos não transfundidos ($71,93 \pm 13,70$ anos vs. $67,13 \pm 17,80$ anos, $p = 0,027$). No que se refere a comorbilidades, o suporte transfusional foi mais frequente em doentes com DM (66,7% vs. 45,1%, $p = 0,012$) e com DAP (73,3% vs. 46,2%, $p = 0,006$). Verificou-se, também, maior necessidade transfusional em doentes sob terapêutica prévia com anticoagulantes (63,3% vs. 45,2%, $p = 0,026$), doentes com instabilidade hemodinâmica à admissão (62,9% vs. 38,3%, $p < 0,001$), doentes com valores mais baixos de hemoglobina ($6,82 \pm 1,93$ g/dL vs. $10,60 \pm 2,26$ g/dL, $p < 0,001$) e mais elevados de ureia (105 ± 90 mg/dL vs. 82 ± 53 mg/dL, $p = 0,029$), bem como em doentes com pontuações mais elevadas de CRS ($6,44 \pm 1,88$ vs. $5,31 \pm 1,97$, $p < 0,001$). Não se verificaram diferenças significativas entre doentes diretamente admitidos e transferidos, bem como em admitidos em SU diurno ou noturno. Antecedentes de HDA, hábitos de vida, farmacoterapia prévia com IBPs, antiagregantes plaquetários, AINEs ou corticoterapia oral, valores

de plaquetas e INR à admissão, etiologia da HDA (DUP vs. restantes), achados endoscópicos de alto risco, necessidade de terapêutica endoscópica, necessidade de tratamento cirúrgico e recidiva hemorrágica hospitalar também não evidenciaram relação estatisticamente significativa com a necessidade transfusional (Tabela VIII).

Após realização de EDA, 70,1% dos doentes ficaram internados na ULSSA (n = 157), entre os quais 58% foram admitidos em UCI ou UCIM (n = 91) e 42% em enfermaria (n = 66). Um total de 16,5% doentes foram transferidos para internamento e posterior seguimento noutra unidade hospitalar (n = 37) e 13,4% tiveram alta hospitalar (n = 30).

A necessidade de internamento em UCI ou UCIM foi observada com maior frequência em doentes transferidos, em comparação com os diretamente admitidos (80,5% vs. 50%, $p < 0,001$) e em admitidos em SU noturno, em comparação com SU diurno (70% vs. 52,3%, $p = 0,037$). A média de idades dos doentes que necessitaram de internamento em UCI ou UCIM foi significativamente inferior em relação aos que não necessitaram ($66,45 \pm 15,99$ anos vs. $73,85 \pm 14,98$ anos, $p = 0,004$). A indicação para internamento em UCI ou UCIM foi, também, mais comum em doentes que se apresentaram com instabilidade hemodinâmica (72,6% vs. 45,8%, $p < 0,001$), em doentes com pontuações mais elevadas de CRS ($6,33 \pm 1,89$ vs. $5,65 \pm 1,73$, $p = 0,015$), em doentes com achados endoscópicos de alto risco (77% vs. 34,3%, $p < 0,001$), em doentes que necessitaram de terapêutica endoscópica (74,7% vs. 37,1%, $p < 0,001$), bem como em doentes que manifestaram recidiva hemorrágica hospitalar (85,5% vs. 51,9%, $p < 0,001$). Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a admissão nestas unidades de cuidados e quaisquer comorbilidades ou hábitos de vida, antecedentes de HDA, realização de terapêutica farmacológica prévia, valores analíticos à admissão, etiologia da HDA (DUP vs. restantes) e necessidade de tratamento cirúrgico (Tabela IX).

A duração média de internamento hospitalar na ULSSA foi de $9,85 \pm 9,28$ dias. Observou-se um internamento mais prolongado nos doentes diretamente admitidos, em comparação com os transferidos de outras instituições ($11,03 \pm 10,17$ dias vs. $6,43 \pm 4,62$ dias, $p = 0,003$). A duração de internamento foi, também, superior em doentes sob terapêutica prévia com IBPs ($11,03 \pm 7,73$ dias vs. $9,63 \pm 9,60$ dias, $p = 0,024$) e em doentes que necessitaram de tratamento cirúrgico ($17,00 \pm 13,06$ dias vs. $9,36 \pm 8,82$ dias, $p = 0,022$). Não foram identificadas mudanças significativas na duração de internamento em função da idade, período de admissão no SU, comorbilidades ou hábitos de vida, antecedentes de HDA, farmacoterapia prévia com antiagregantes, anticoagulantes, AINEs ou corticoterapia oral, instabilidade hemodinâmica à admissão, valores analíticos à admissão, CRS, etiologia da HDA (DUP vs. restantes), achados endoscópicos de alto risco, necessidade de terapêutica endoscópica e recidiva hemorrágica hospitalar (Tabela X).

Entre o grupo de doentes internados na ULSSA e os que tiveram alta (n = 187), 26 doentes apresentaram recidiva hemorrágica hospitalar, correspondendo a uma taxa de 13,9%. Entre estes, todos repetiram EDA e 80,8% foram submetidos a novo tratamento endoscópico (n = 21). A recidiva hemorrágica ocorreu com maior frequência em doentes com história de consumo excessivo de álcool (23,8% vs. 11%, $p = 0,035$), em doentes com pontuações mais elevadas de CRS ($6,62 \pm 2,43$ vs. $5,65 \pm 1,88$, $p = 0,043$) e com achados endoscópicos de alto risco na primeira EDA (22% vs. 6,3%, $p = 0,002$). Não foram apuradas relações estatisticamente significativas entre a ocorrência de recidiva hemorrágica e a idade, tipo ou período de admissão no SU, comorbilidades, antecedentes de HDA, realização de terapêutica farmacológica prévia, instabilidade hemodinâmica à admissão,

valores analíticos à admissão, etiologia da HDA (DUP vs. restantes) e necessidade de terapêutica endoscópica na primeira EDA (Tabela XI).

A necessidade de intervenção cirúrgica durante o internamento ocorreu em 5,4% dos doentes (n = 10) e revelou-se mais frequente em doentes com pontuações mais elevadas de CRS ($7,00 \pm 0,94$ vs. $5,72 \pm 2,01$, $p = 0,021$), em doentes que apresentaram achados endoscópicos de alto risco (10% vs. 1%, $p = 0,008$) e em doentes que manifestaram recidiva hemorrágica (19,2% vs. 3,1%, $p = 0,006$). Não foram detetadas associações estatisticamente significativas entre a necessidade de tratamento cirúrgico e a idade, tipo ou período de admissão no SU, comorbilidades ou hábitos de vida, antecedentes de HDA, realização de terapêutica farmacológica prévia, instabilidade hemodinâmica à admissão, valores analíticos à admissão, etiologia da HDA (DUP vs. restantes) e necessidade de terapêutica endoscópica (Tabela XII).

A mortalidade hospitalar, considerando o grupo de doentes internados na ULSSA e as altas, ocorreu em 10,2% dos doentes, correspondente a 19 casos. Entre estes, 47,4% foram mortes associadas à HDA (n = 9). A média de idades dos doentes com este desfecho foi significativamente superior à dos que sobreviveram ($80,47 \pm 13,51$ anos vs. $68,17 \pm 15,67$ anos, $p = 0,002$), verificando-se um aumento do risco de mortalidade com o envelhecimento (*Odds Ratio* de 1,07 por cada ano adicional). No que se refere a comorbilidades, a mortalidade foi significativamente mais frequente em doentes com DRC (26,1% vs. 7,9%, $p = 0,011$), observando-se um aumento de 4,1 vezes do risco de mortalidade nestes doentes (*Odds Ratio* de 4,1). Os doentes com desfecho fatal apresentaram valores médios de hemoglobina à admissão significativamente inferiores, comparativamente com os sobreviventes ($6,90 \pm 2,55$ g/dL vs. $8,82 \pm 2,78$ g/dL, $p = 0,006$), sendo que níveis mais baixos de hemoglobina se associaram a um maior risco de mortalidade (*Odds Ratio* de 0,75 por cada g/dL adicional). A mortalidade foi, também, significativamente mais frequente em doentes que necessitaram de suporte transfusional prévio à EDA (14,9% vs. 5,4%, $p = 0,040$), verificando-se um aumento de 3,05 vezes do risco deste desfecho nestes doentes (*Odds Ratio* de 3,05). Verificou-se, ainda, que a mortalidade foi mais frequente em doentes com pontuações mais elevadas de CRS ($6,95 \pm 1,43$ vs. $5,67 \pm 2,00$, $p = 0,011$), sendo que o seu aumento se associou a um aumento do risco de mortalidade (*Odds Ratio* de 1,41 por cada ponto adicional). Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a mortalidade hospitalar e o tipo ou período de admissão no SU, hábitos de vida, antecedentes de HDA, realização de terapêutica farmacológica prévia, instabilidade hemodinâmica à admissão, valores de plaquetas, INR e ureia à admissão, etiologia da HDA (DUP vs. restantes), achados endoscópicos de alto risco, admissão em UCI ou UCIM, necessidade de terapêutica endoscópica, necessidade de tratamento cirúrgico e recidiva hemorrágica hospitalar (Tabela XIII).

A mortalidade nos 90 dias que se seguiram ao episódio inicial de HDA ocorreu em 2,4% dos doentes (n = 4) e a mortalidade em 1 ano foi de 12,2% (n = 20).

A readmissão no SU por HDA nos 30 dias que se seguiram ao episódio inicial verificou-se em 3,8% dos doentes (n = 7), não tendo sido associada, de forma estatisticamente significativa, a quaisquer comorbilidades ou hábitos de vida, antecedentes de HDA e realização de terapêutica farmacológica prévia. Também não se verificou relação da recidiva hemorrágica aos 30 dias com fatores relacionados ao episódio inicial de HDA, nomeadamente instabilidade hemodinâmica à admissão, CRS, etiologia (DUP vs. restantes), achados endoscópicos de alto risco, admissão em UCI

ou UCIM, necessidade de terapêutica endoscópica, necessidade de tratamento cirúrgico e recidiva hemorrágica hospitalar (Tabela XIV).

A readmissão no SU por HDA no espaço de um ano após o episódio inicial verificou-se em 8,6% dos doentes (n = 16) e revelou-se significativamente mais frequente em doentes com DM (17,9% vs. 6,1%, p = 0,047) e DCI (26,3% vs. 6,6%, p = 0,014), sem associação nas restantes comorbilidades. Observou-se, ainda, maior frequência de readmissões em 1 ano em doentes com antecedentes prévios de HDA (25% vs. 6,6%, p = 0,017). Não foram detetadas relações estatisticamente significativas entre a recidiva hemorrágica em um ano e hábitos de vida, realização de terapêutica farmacológica prévia ou fatores relacionados com o episódio inicial de HDA, tais como instabilidade hemodinâmica à admissão, CRS, etiologia (DUP vs. restantes), achados endoscópicos de alto risco, admissão em UCI ou UCIM, necessidade de terapêutica endoscópica, necessidade de tratamento cirúrgico ou recidiva hemorrágica hospitalar (Tabela XV).

Discussão

A HDANH, pela sua elevada prevalência e morbimortalidade associada, continua a representar um desafio clínico significativo, sendo essencial compreender o perfil atual dos doentes admitidos por esta patologia no SU de Gastrenterologia. Os dados obtidos no presente estudo permitem traçar uma caracterização atualizada desta população, maioritariamente idosa e com múltiplas comorbilidades, evidenciando a complexidade da sua gestão clínica. Esta caracterização constitui a base para a análise dos resultados clínicos e identificação de potenciais fatores prognósticos associados a estes doentes, elementos fundamentais para otimizar a sua abordagem clínica.

Suporte transfusional prévio à EDA

A necessidade transfusional prévia à realização da EDA foi observada em 49,1% dos doentes incluídos no presente estudo, destacando-se como uma intervenção crítica em doentes com HDANH. Este valor é comparável ao verificado no estudo realizado em 2016 a 2019 na URGE, no qual 52,1% dos doentes receberam transfusão de CED.⁽¹³⁾

A análise dos fatores associados a uma maior necessidade de suporte transfusional revelou uma associação significativa com a idade avançada ($p = 0,013$), o que é compatível com o estudo realizado em 2016 a 2019 na URGE, no qual doentes mais velhos se associaram a maiores necessidades transfusionais.⁽¹³⁾ Este achado é, também, consistente com um estudo norte-americano recente realizado em doentes com HDANH, que demonstrou uma maior probabilidade de necessidade transfusional em doentes com idade ≥ 60 anos, sugerindo a idade como um determinante relevante de gravidade clínica nestes doentes.⁽¹⁴⁾

O suporte transfusional foi, também, mais frequente em doentes com comorbilidades, nomeadamente DM ($p = 0,012$) e DAP ($p = 0,006$), refletindo a maior fragilidade clínica inerente a estes doentes. Estes resultados estão de acordo com os obtidos no estudo realizado em 2016 a 2019 na URGE, no qual se verificaram, igualmente, maiores taxas de transfusão em doentes com comorbilidades.⁽¹³⁾

A terapêutica com anticoagulantes foi, também, associada a uma maior necessidade transfusional ($p = 0,026$), pelo risco hemorrágico que o seu uso continuado acarreta, o que sublinha a importância da gestão adequada dos anticoagulantes em doentes com risco hemorrágico, bem como da reversão da anticoagulação para estabilização de doentes com HDA.

Um outro fator que se revelou determinante na necessidade transfusional foi a instabilidade hemodinâmica à admissão ($p < 0,001$), sugestiva de uma perda volémica significativa que impõe uma intervenção terapêutica rápida.

Adicionalmente, observou-se uma associação significativa entre valores mais elevados de ureia à admissão ($p = 0,029$) e a necessidade de transfusão, o que pode refletir tanto a absorção aumentada de produtos nitrogenados provenientes da digestão do sangue presente no trato gastrointestinal, como a hipoperfusão renal decorrente da hipovolémia. Assim, o aumento da ureia nestes doentes poderá ser interpretado como um marcador de severidade da hemorragia, justificando a necessidade acrescida de suporte transfusional.

Tal como no estudo desenvolvido na URGE de 2016 a 2019, a necessidade transfusional foi, ainda, associada a pontuações mais elevadas de CRS ($p < 0,001$), compatíveis com um maior risco de complicações relacionadas com a HDA e, consequentemente, uma maior probabilidade de necessidade de medidas terapêuticas intensivas, tais como o suporte transfusional.⁽¹³⁾

Apesar de no estudo realizado em 2016 a 2019 na URGE se ter verificado uma maior necessidade de suporte transfusional nos doentes transferidos de outros centros hospitalares, em comparação com os diretamente admitidos, o presente estudo não demonstrou diferenças significativas entre os dois grupos.⁽¹³⁾

Admissão em UCI ou UCIM

A admissão em UCI ou UCIM ocorreu em 58% dos doentes que ficaram internados após realização de EDA ($n = 91$), refletindo a gravidade clínica de uma porção substancial de doentes. Este valor é superior ao referido no estudo desenvolvido na URGE de 2016 a 2019 (35,6%), mas esta diferença pode ser explicada, pelo menos em parte, por apenas terem sido contempladas as admissões em UCI.⁽¹³⁾ No presente estudo, optou-se pela junção de ambos os níveis de cuidados (UCI e UCIM), uma vez que, apesar de a admissão em UCI se associar a maior gravidade clínica, não deve ser desprezada a possibilidade de, em contexto de UCIM, também ocorrerem desfechos relevantes.

A necessidade de internamento em UCI ou UCIM foi significativamente mais frequente nos doentes transferidos de outras instituições ($p < 0,001$), em relação aos diretamente admitidos, o que também se verificou no estudo de 2016 a 2019.⁽¹³⁾ Este achado poderá dever-se a uma seleção prévia de casos com critérios de gravidade que tenham justificado a transferência inter-hospitalar. Os doentes admitidos em período noturno apresentaram, também, maior necessidade de internamento em UCI ou UCIM ($p = 0,037$), em comparação com os admitidos em horário diurno, o que poderá refletir um padrão de gravidade dos doentes admitidos neste período. A possível tendência para uma maior gravidade clínica dos doentes transferidos e das admissões noturnas é compatível com as pontuações médias de CRS obtidas, que se revelaram significativamente superiores em ambos os grupos de doentes ($p = 0,031$ para o subgrupo de admitidos em SU noturno; $p = 0,009$ para o subgrupo de transferidos). Acrescenta-se que a grande maioria dos centros que referenciam doentes para a ULSSA durante o período noturno, já possuem, atualmente, urgência de Gastrenterologia diurna. Consequentemente, os casos transferidos durante a noite, são, à priori, de maior gravidade clínica, não passíveis de aguardar pelo período da manhã seguinte para estudo endoscópico.

Foram identificados vários fatores clínicos e endoscópicos significativamente associados à necessidade de admissão em UCI ou UCIM, nomeadamente a presença de instabilidade hemodinâmica à admissão ($p < 0,001$), pontuações mais elevadas de CRS ($p = 0,015$), presença de achados endoscópicos de alto risco ($p < 0,001$) e a necessidade de terapêutica endoscópica ($p < 0,001$). Estes achados são concordantes com a evidência atual, reforçando o papel de ferramentas de estratificação de risco, como o CRS, e de indicadores de gravidade clínica na HDA, na identificação dos doentes com maior probabilidade de evolução desfavorável e definição do local mais adequado para a sua vigilância e tratamento. Entre estes resultados, a pontuação mais elevada

de CRS demonstrou, também, associação com a admissão em UCI no estudo conduzido na URGE de 2016 a 2019.⁽¹³⁾

A recidiva hemorrágica hospitalar demonstrou, também, uma associação estatisticamente significativa com a necessidade de internamento em UCI ou UCIM ($p < 0,001$), reforçando o seu impacto clínico enquanto desfecho de gravidade. Pela instabilidade hemodinâmica frequentemente associada a este evento, bem como a possibilidade de necessidade de nova intervenção endoscópica e risco de desenvolvimento de complicações multiorgânicas (cardiovasculares, renais, respiratórias), justifica-se a admissão em unidades de cuidados diferenciados para vigilância apertada destes doentes.

Verificou-se, ainda, que os doentes internados em UCI ou UCIM apresentaram idades significativamente inferiores àqueles que não necessitaram de admissão nestas unidades ($p = 0,004$), o que poderá traduzir uma tendência para a adoção de estratégias mais agressivas de suporte em doentes com maior potencial de recuperação funcional. Esta observação pode refletir um viés de decisão clínica, no qual a idade mais avançada condiciona a intensidade das medidas terapêuticas instituídas, mesmo perante apresentações graves de HDA.

Importa destacar que, apesar da relevância clínica de várias comorbilidades e de dados laboratoriais à admissão, estes não se associaram de forma significativa à necessidade de internamento em UCI ou UCIM na presente amostra de doentes, o que sublinha a importância de uma avaliação global e integrada de cada doente para a decisão de internamento em contexto de HDA.

Não foi demonstrada associação significativa entre a necessidade de internamento em UCI ou UCIM e a DUP em relação às restantes etiologias de HDA, embora no estudo realizado em 2016 a 2019 na URGE se tenham observado maiores taxas de admissões em UCI nos doentes com DUP face aos restantes diagnósticos.⁽¹³⁾

Duração do internamento hospitalar na ULSSA

A presente análise reporta uma duração média de internamento hospitalar de 9,85 dias, refletindo a complexidade clínica associada aos episódios de HDANH. Este valor é ligeiramente superior ao observado no estudo dirigido na URGE em 2016 a 2019, no qual se registou uma média de 8,8 dias de internamento.⁽¹³⁾ Já num estudo multicêntrico europeu (ENERGiB) decorrido em 2008 que incluiu a análise de dados de HDANH de 12 hospitais portugueses, Portugal apresentou uma duração hospitalar média de 7,1 dias.⁽¹⁵⁾

A duração do internamento na ULSSA foi significativamente superior nos doentes diretamente admitidos, em comparação com os transferidos de outros centros hospitalares ($p = 0,003$). Contudo, conforme anteriormente discutido, os doentes transferidos parecem representar um grupo de maior gravidade clínica, pela maior necessidade de internamento em UCI ou UCIM, bem como CRS superior em relação aos diretamente admitidos ($p < 0,009$). Embora estes achados possam parecer contraditórios, uma explicação plausível reside no facto de que, apesar de os doentes transferidos representarem, frequentemente, casos mais graves, estes poderão ser transferidos de volta para os hospitais de origem após estabilização clínica, desde que garantidas

condições adequadas de transporte e continuidade de cuidados. Assim, este fator poderá justificar a menor duração de internamento observada no grupo de doentes transferidos.

A necessidade de tratamento cirúrgico foi igualmente identificada como um fator associado ao prolongamento do internamento ($p = 0,022$), espelhando a maior gravidade clínica subjacente a estes doentes e o tempo de recuperação pós-operatória requerido. O mesmo se verificou no estudo realizado em 2016 a 2019 na URGE.⁽¹³⁾

Foi, ainda, identificada uma duração do internamento significativamente superior em doentes sob terapêutica prévia com IBPs ($p = 0,024$). Este achado poderá refletir uma maior carga de comorbilidades na população que faz uso crónico de IBPs, o que pode influenciar negativamente a sua recuperação clínica e justificar uma vigilância hospitalar mais prolongada.

No presente estudo, a idade não revelou uma associação relevante com a permanência hospitalar, apesar de no estudo de 2016 a 2019 sediado na URGE a idade mais avançada ter sido associada, de forma significativa, a uma maior duração do internamento.⁽¹³⁾

Recidiva hemorrágica hospitalar

A análise estatística revelou uma significativa taxa de recidiva hemorrágica hospitalar de 13,9%, refletindo a relevância deste evento enquanto complicação precoce da HDA. Este valor contrasta com a taxa de recidiva hemorrágica de 6,9% observada no estudo realizado de 2016 a 2019 na URGE.⁽¹³⁾ O estudo igualmente realizado na URGE em 2010 a 2012 e o subgrupo português do estudo ENERGiB revelaram taxas de recidiva hemorrágica superiores, de 9,8% e 10%, respetivamente, mas igualmente inferiores à observada no presente estudo.^(1,16)

Todos os doentes com este desfecho realizaram nova EDA, sendo que a grande maioria (80,8%) necessitou de novo tratamento endoscópico. Estes dados reforçam a importância da vigilância estreita dos doentes com HDA após a primeira abordagem, para deteção precoce de sinais de recidiva hemorrágica, bem como da disponibilidade de reavaliação endoscópica atempada, conforme preconizado pelas recomendações internacionais.⁽⁷⁾

No presente estudo, alguns fatores demonstraram associação significativa com a ocorrência de recidiva hemorrágica. O consumo excessivo de álcool, presente em 22,4% dos doentes, revelou-se um preditor relevante ($p = 0,035$), o que pode estar relacionado com o efeito lesivo do álcool na integridade da mucosa gastrointestinal, bem como a sua interferência nos mecanismos de coagulação. Este achado vai ao encontro dos resultados de um estudo que avaliou doentes com HDANH, no qual 19,7% apresentaram abuso de álcool e se verificou um maior risco de recidiva hemorrágica neste grupo de doentes.⁽¹⁷⁾ Assim, a identificação deste perfil de risco justifica uma monitorização clínica mais rigorosa e uma estratégia terapêutica individualizada após a abordagem inicial.

Verificou-se, ainda, que os doentes com recidiva hemorrágica apresentaram pontuações mais elevadas de CRS ($p = 0,043$), o que reforça a relevância deste *score* como preditor de risco e ferramenta prognóstica na HDANH. Esta associação foi igualmente identificada no estudo realizado na URGE de 2016 a 2019, apoiando a consistência deste indicador clínico.⁽¹³⁾ Um estudo comparativo de *scores* estratificadores de risco em doentes com HDA também corroborou a

utilidade do CRS na previsão do risco deste evento, demonstrando que pontuações mais elevadas do CRS se associaram a um risco significativamente maior de recorrência hemorrágica.⁽¹⁸⁾ De forma semelhante, um outro estudo realizado em doentes com HDANH revelou que o CRS apresentou uma forte capacidade discriminativa na predição de recidiva hemorrágica, confirmando, uma vez mais, a sua aplicabilidade como ferramenta prognóstica.⁽¹⁹⁾

A presença de achados endoscópicos de alto risco na primeira EDA também se associou, de forma significativa, à recidiva hemorrágica ($p = 0,002$). Este dado reforça a utilidade da classificação de Forrest na previsão do risco deste evento e na orientação terapêutica, conforme os estigmas detetados. A associação entre lesões de alto risco e a recidiva hemorrágica encontra-se bem estabelecida na literatura, constituindo um dos pilares para a decisão sobre a alta precoce face ao internamento prolongado destes doentes. Um estudo realizado em doentes com HDANH por DUP evidenciou os estigmas endoscópicos de alto risco como preditores relevantes da recidiva hemorrágica, tendo identificado que este desfecho ocorreu, predominantemente, em úlceras com vaso visível (IIa) e com coágulo aderente (IIb), reforçando o valor prognóstico da classificação de Forrest.⁽⁹⁾

Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a recidiva hemorrágica e outros fatores habitualmente referidos como possíveis preditores deste evento, tais como a idade, comorbilidades, valores analíticos à admissão, etiologia da HDA (DUP vs. restantes) ou necessidade de terapêutica endoscópica na primeira EDA. Por outro lado, no estudo realizado na URGE em 2016 a 2019 foi detetada associação entre a recidiva hemorrágica e a DUP como etiologia da HDA.⁽¹³⁾ A ausência destas associações no presente estudo pode refletir a dimensão amostral limitada ou particularidades da população estudada.

Apesar de, no estudo realizado em 2016 a 2019 na URGE, se terem verificado maiores taxas de recidiva hemorrágica nos doentes transferidos de outros centros hospitalares, em comparação com os diretamente admitidos, o presente estudo não demonstrou diferenças significativas entre os dois grupos.⁽¹³⁾

Tratamento cirúrgico

Apesar de, atualmente, o tratamento cirúrgico da HDA ter um papel cada vez mais residual, continua a constituir uma opção terapêutica relevante, sobretudo em situações refratárias ao tratamento médico e endoscópico. No presente estudo, 5,4% dos doentes necessitaram de intervenção cirúrgica, valor que demonstra uma estabilidade relativa na frequência deste tipo de abordagem terapêutica quando comparado com os dados reportados no estudo desenvolvido na URGE entre 2016 e 2019, no qual foi registada uma taxa de 4,6% de doentes submetidos a cirurgia.⁽¹³⁾ Importa, ainda, referir que, em análise retrospectiva de dados da mesma instituição, correspondente ao período de 2010 a 2012, a taxa de tratamento cirúrgico observada foi ligeiramente superior, situando-se nos 6,6%.⁽¹⁾

Adicionalmente, a análise estatística revelou que a necessidade de abordagem cirúrgica se associou, de forma significativa, a pontuações mais elevadas de CRS ($p = 0,021$), bem como à presença de achados endoscópicos de alto risco ($p = 0,008$) e à ocorrência de recidiva hemorrágica ($p = 0,006$). Estes resultados sublinham a cirurgia como uma intervenção terapêutica direcionada,

predominantemente, para situações clínicas de maior complexidade, refratariedade ao tratamento endoscópico e risco elevado de desfechos adversos.

É, ainda, de salientar que estes achados se demonstram parcialmente concordantes com os dados do estudo conduzido na URGE em 2016 a 2019, no qual se verificou, igualmente, uma associação significativa entre pontuações mais elevadas de CRS e a necessidade de intervenção cirúrgica. No referido estudo, observou-se, ainda, uma maior necessidade cirúrgica nos doentes com DUP, comparativamente às restantes etiologias, bem como nos doentes transferidos, em relação aos diretamente admitidos. No entanto, o presente trabalho não revelou associações significativas com a etiologia da HDA (DUP vs. restantes) ou tipo de admissão.⁽¹³⁾

Mortalidade hospitalar

A mortalidade hospitalar registada no presente estudo foi de 10,2%, sendo que, em 47,4% dos casos, o óbito esteve diretamente associado ao episódio de HDA. Estes resultados evidenciam um aumento expressivo da mortalidade hospitalar quando comparados com os obtidos no estudo desenvolvido na mesma instituição entre 2016 e 2019, no qual a taxa de mortalidade foi de 4,2%. Contudo, importa salientar que a proporção de mortes diretamente atribuíveis ao episódio de HDA se manteve relativamente constante, situando-se nos 54,5% no referido estudo.⁽¹³⁾ Quando comparados com o estudo realizado na URGE entre 2010 e 2012, cuja taxa de mortalidade hospitalar foi de 5,8%, os dados atuais revelam, igualmente, uma diferença significativa.⁽¹⁾ Um outro estudo internacional de 2012 referente a doentes com HDANH, relata uma mortalidade muito variável entre países, reportando valores mínimos no Japão (1,1%) e máximos na Dinamarca (11%), reforçando que as diferenças substanciais não se resumem exclusivamente à qualidade dos serviços prestados, mas também a diferenças na organização dos cuidados e características da população estudada.⁽¹²⁾ Num estudo sul-americano publicado em 2020 foi observada, nos doentes com HDANH, uma taxa de mortalidade hospitalar de aproximadamente 4%, uma vez mais discrepante dos resultados do presente trabalho.⁽²⁰⁾ Alguns estudos demonstram uma mortalidade superior, aproximando-se dos 10%, no entanto, incluem doentes com HDA de causa hipertensiva, o que impede a comparação direta com os dados do presente estudo.⁽²¹⁾

A maior taxa de mortalidade hospitalar observada no presente estudo, em comparação com a relatada em estudos prévios da mesma instituição e com dados reportados por outros centros internacionais, poderá ser justificada por um conjunto de fatores contextuais e metodológicos. Em primeiro lugar, importa referir que a amostra utilizada neste estudo inclui, exclusivamente, doentes admitidos no SU da ULSSA durante o ano de 2023, enquanto que os estudos prévios realizados na mesma instituição contemplaram períodos de observação mais alargados e, por sua vez, amostras maiores, o que poderá ter introduzido variabilidade estatística. Adicionalmente, o facto de o centro hospitalar em análise constituir uma unidade de referência regional, vocacionada para a receção de casos clínicos complexos, poderá ter contribuído para a inclusão de uma proporção significativamente superior de doentes com quadros clínicos de maior gravidade e comorbilidades relevantes, fatores com reconhecida influência negativa no prognóstico dos doentes com HDA.

Importa sublinhar que, apesar dos avanços nos cuidados médicos e endoscópicos verificados ao longo das últimas décadas, a crescente longevidade da população tem-se traduzido

num perfil de doentes cada vez mais envelhecidos e frequentemente portadores de múltiplas comorbilidades, o que pode comprometer, de forma significativa, a sua capacidade de recuperação perante episódios agudos, como a HDA. Deste modo, este fenómeno demográfico poderá, por si só, justificar parte do aumento da mortalidade hospitalar verificado, refletindo uma realidade clínica que transcende os progressos terapêuticos alcançados. Ao comparar diretamente as características demográficas dos doentes incluídos no presente estudo com as do estudo realizado na mesma instituição entre 2010 e 2012, verifica-se um aumento da idade média da amostra de doentes ($69,27 \pm 1,08$ anos vs. 65 ± 16 anos).⁽¹⁾ No entanto, no estudo realizado de 2016 a 2019, as idades dos doentes analisados são comparáveis às observadas no presente estudo.⁽¹³⁾ Assim, apesar de a idade mais avançada poder contribuir para explicar o aumento da taxa de mortalidade verificado, não parece ser o único fator contributivo.

Como preditores independentes do risco de mortalidade foram identificados, na presente análise, o envelhecimento (*Odds Ratio* de 1,07), a DRC (*Odds Ratio* de 4,1), a necessidade de suporte transfusional prévio à EDA (*Odds Ratio* de 3,05) e uma pontuação mais elevada no CRS (*Odds Ratio* de 1,4). Por outro lado, níveis mais elevados de hemoglobina à admissão demonstraram um efeito protetor relativamente ao risco de mortalidade (*Odds Ratio* de 0,75).

O envelhecimento associou-se, assim, a um aumento de 7% do risco de morte por cada ano adicional de idade, refletindo o impacto progressivo da idade avançada no prognóstico destes doentes. Uma relação semelhante foi, também, observada num estudo norte-americano recente realizado em doentes com HDANH, que revelou maiores taxas de mortalidade hospitalar nos doentes com idade ≥ 60 anos.⁽¹⁴⁾

No estudo efetuado na URGE em 2016 a 2019, a presença de comorbilidades revelou-se um outro fator associado a maiores taxas de mortalidade hospitalar.⁽¹³⁾ No presente estudo, no que diz respeito à presença de comorbilidades, apenas a DRC revelou associação significativa com o aumento do risco deste desfecho.

A necessidade transfusional prévia à EDA refletiu uma maior severidade do episódio hemorrágico e associou-se a um aumento de três vezes no risco de mortalidade hospitalar. Este achado está em consonância com o facto de que episódios com maior perda hemática requerem intervenções mais agressivas e se associam a piores desfechos clínicos, seja por maior instabilidade hemodinâmica, seja pelo risco de complicações associadas à transfusão. Na mesma linha de pensamento, níveis mais elevados de hemoglobina à admissão revelaram-se protetores da mortalidade, refletindo uma menor gravidade da hemorragia e reforçando o seu valor como marcador prognóstico precoce.

Pontuações mais elevadas de CRS foram, também, associadas a uma maior mortalidade hospitalar, o que está em concordância com o observado no estudo realizado em 2016 a 2019 na URGE e permite validar o valor prognóstico deste *score*.⁽¹³⁾

Mortalidade aos 90 dias e a 1 ano do episódio inicial de HDA

Os dados referentes à mortalidade a longo prazo após HDA atualmente disponíveis são, ainda, limitados. Contudo, os resultados deste estudo — com uma mortalidade de 2,4% aos 90 dias e de 12,2% no espaço de um ano após o episódio hemorrágico inicial — refletem valores inferiores,

mas com progressão consistente aos reportados na literatura, tendo sido observadas taxas de mortalidade aos 90 dias e a 1 ano de 16% e 27%, respetivamente, num estudo realizado na Finlândia, publicado em 2024. Outros estudos demonstraram que a taxa de mortalidade cumulativa após HDA pode atingir os 31% ao final de um ano, sublinhando que o risco de morte ultrapassa largamente o impacto direto da hemorragia e refletindo o peso das condições crónicas subjacentes. Estes dados reforçam que, apesar dos avanços terapêuticos nas últimas décadas, o envelhecimento progressivo da população e o elevado número de comorbilidades presentes nestes doentes continuam a ser determinantes no seu prognóstico a médio e longo prazo. Algumas fontes referem que a mortalidade tardia reflete, não apenas a gravidade do evento índice, mas também a fragilidade clínica subjacente, resultante de doenças crónicas, insuficiência orgânica ou neoplasias associadas, que limitam, de forma significativa, a recuperação e influenciam o desfecho global destes doentes.^(22,23)

Readmissão no SU da ULSSA aos 30 dias e 1 ano por HDA

A análise das readmissões hospitalares constitui um indicador relevante no que se refere à eficácia das estratégias terapêuticas iniciais, permitindo identificar potenciais falhas no seguimento e na adesão ao tratamento. No presente estudo verificou-se uma taxa de readmissão no SU da ULSSA por novo episódio de HDA de 3,8% (n=7) nos 30 dias subsequentes ao evento índice. Estes dados revelam-se consistentes com a literatura disponível, que aponta taxas de readmissão por HDANH variáveis, entre 2,3% e 4,2%, no intervalo temporal referido.^(24,25)

Estes resultados reforçam a importância da vigilância clínica rigorosa e da otimização da terapêutica secundária, nomeadamente através do controlo das comorbilidades, da monitorização endoscópica e da adesão à terapêutica farmacológica, como medidas essenciais para reduzir o risco de recorrência hemorrágica precoce.^(24,25)

Relativamente à readmissão no SU por HDA no primeiro ano após o evento inaugural, os dados disponíveis na literatura são notoriamente escassos, o que representa uma lacuna relevante na avaliação prognóstica e no delineamento de estratégias de acompanhamento destes pacientes. A maioria dos estudos centra-se nas readmissões precoces (aos 30 dias), ignorando o impacto cumulativo das comorbilidades ao longo do tempo.

No presente estudo, a taxa de readmissão por novo episódio de HDA no espaço de um ano foi de 8,6%. Esta revelou-se significativamente mais frequente em doentes com pluripatologia, destacando-se a DM ($p = 0,047$) e DCI ($p = 0,014$), reforçando a associação entre certas comorbilidades e a maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de novos eventos hemorrágicos a longo prazo, mesmo após o tratamento inicial bem-sucedido.

Adicionalmente, antecedentes de HDA também se associaram a uma maior taxa de readmissão em um ano ($p = 0,017$), o que poderá refletir a persistência de fatores etiológicos subjacentes ou de insuficiência das medidas preventivas. Estes dados sublinham a importância de uma vigilância clínica estruturada e individualizada, sobretudo em doentes com elevado perfil de risco, na tentativa de reduzir a recidiva e melhorar o prognóstico destes doentes a longo prazo.

Conclusão

A HDANH mantém-se, nos dias de hoje, como uma causa relevante de morbimortalidade hospitalar. O presente estudo, realizado numa unidade hospitalar regional de referência, diferenciada na gestão de doentes com HDA, permitiu uma caracterização clínica, endoscópica e prognóstica dos doentes admitidos por HDANH ao longo do ano de 2023, fornecendo dados atualizados sobre esta condição.

Verificou-se uma prevalência significativa de fatores de risco conhecidos, nomeadamente a idade avançada, a toma de antiagregantes e anticoagulantes e a presença de comorbilidades. Em termos endoscópicos, a DUP manteve-se como a etiologia mais prevalente, seguida pela síndrome de *Mallory-Weiss*. A necessidade de terapêutica cirúrgica manteve-se estável face a estudos anteriores, mas continua a associar-se a maior gravidade clínica, pontuações elevadas de CRS e recidiva hemorrágica. A recidiva hemorrágica hospitalar observada não é de desprezar e revelou-se superior à registada tanto em estudos prévios desenvolvidos na mesma instituição como na literatura internacional, tendo sido igualmente associada a maior gravidade clínica. Estes achados reforçam a recidiva hemorrágica como um marcador prognóstico relevante na HDA, associado a episódios de maior complexidade e potencial refratariedade ao tratamento inicial.

A mortalidade hospitalar registada revelou-se superior à reportada em estudos prévios da mesma instituição, bem como à média descrita internacionalmente, refletindo, possivelmente, um perfil de gravidade dos doentes incluídos no presente estudo. A idade avançada, a DRC, a necessidade de suporte transfusional prévio à EDA e o CRS elevado foram identificados como fatores preditores de mortalidade. Estes achados realçam a importância de uma avaliação clínica rigorosa e precoce na estratificação de risco destes doentes.

O presente trabalho permitiu, ainda, documentar uma mortalidade de 2,4% aos 90 dias e de 12,2% ao fim de um ano após o episódio de HDA, valores inferiores aos reportados na literatura, mas com tendência igualmente crescente com o passar do tempo. As readmissões hospitalares por novo episódio de HDA, particularmente ao fim de um ano, revelaram-se mais frequentes em doentes com comorbilidades como DM e DCI, bem como em doentes com antecedentes prévios de HDA. Estes dados revelam o impacto prolongado da HDANH, com implicações que se estendem além da fase aguda.

Os resultados obtidos sublinham, não apenas a relevância do tratamento agudo da HDA, mas também a importância crescente da vigilância a médio e longo prazo após a alta do evento índice, com enfoque na otimização do controlo das comorbilidades e na prevenção da recidiva hemorrágica. Destaca-se, ainda, a necessidade de desenvolver estudos adicionais, com períodos de observação mais alargados e amostras mais representativas, de forma a esclarecer se o aumento da recidiva hemorrágica e da mortalidade hospitalar verificados poderão ser atribuídos a características específicas da população estudada ou se refletem a influência de outros fatores. É, ainda, de notar, que se trata de um estudo unicêntrico, o que limita a generalização dos resultados, sendo necessária a realização de investigações em diferentes contextos hospitalares e geográficos para validar e expandir os achados apresentados. Deste modo, será possível adaptar estratégias terapêuticas e de gestão às necessidades reais desta população e, idealmente, melhorar os seus desfechos clínicos.

Por fim, a HDANH permanece um desafio clínico significativo, cujo rumo deverá centrar-se no equilíbrio entre tratamento agudo, prevenção da recidiva, identificação precoce de complicações e uma vigilância contínua dos doentes. A constante atualização dos protocolos terapêuticos, aliada à melhoria do acompanhamento a médio e longo prazo, são essenciais para otimizar os resultados clínicos e reduzir a morbimortalidade associada a esta condição.

Anexos

Tabela I. *Glasgow-Blatchford Score*: Parâmetros de Cálculo

Fatores de risco à admissão	Achados	Pontuação
Hemoglobina – homens (g/dL)	12 – 12,9	1
	10 – 11,9	3
	< 10	6
Hemoglobina – mulheres (g/dL)	10 – 11,9	1
	< 10	6
BUN (mmol/L)	6,5 – 7,9	2
	8 – 9,9	3
	10 – 25	4
	> 25	6
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	100 – 109	1
	90 – 99	2
	< 90	3
Frequência Cardíaca (bpm)	< 100	0
	≥ 100	1
Melenas à apresentação	Não	0
	Sim	1
Síncope à apresentação	Não	0
	Sim	2
Doença hepática	Não	0
	Sim	2
Insuficiência Cardíaca	Não	0
	Sim	2

Tabela II. *Complete Rockall Score*: Parâmetros de Cálculo

Fatores de risco à admissão	Achados	Pontuação
Idade (anos)	< 60	0
	60 – 79	1
	> 80	2
Choque	Ausente	0
	FC ≥ 100 bpm	1
	PAS < 100 mmHg	2
Comorbilidades	Ausentes	0
	IC, DCI ou qualquer comorbilidade <i>major</i>	2
	Falência renal ou hepática ou doença maligna metastizada	3
Diagnóstico endoscópico	Ausência de lesões ou <i>Mallory-Weiss</i>	0
	Restantes diagnósticos	1
	Malignidade do trato gastrointestinal alto	2
Estigmas endoscópicos de hemorragia recente	Ausentes ou pigmento hematínico	0
	Sangue visível no trato gastrointestinal alto, coágulo aderente ou vaso visível ou sangrante	2

Tabela III. Classificação de Forrest

Forrest	Descrição
Ia	Hemorragia ativa em jato
Ib	Hemorragia ativa em toalha
IIa	Vaso visível sem hemorragia ativa
IIb	Coágulo aderente
IIc	Pigmento hematínico
III	Úlcera de base limpa

Tabela IV. Características demográficas e clínicas dos doentes com HDANH

Características	n (%)	Características	n (%)
Idade		Terapêutica farmacológica	
< 65 anos	75 (33,48)	IBPs	57 (27)
≥ 65 anos	149 (66,52)	Antiagregantes plaquetários	58 (26,5)
Sexo		- Aspirina	- 43 (19,6)
Masculino	160 (71,4)	- Clopidogrel	- 8 (3,7)
Feminino	64 (28,6)	- Dupla antiagregação	- 6 (2,7)
Tipo de admissão		- Outro	- 1 (0,5)
Direta	141 (64,3)	Anticoagulantes orais	51 (23,3)
Transferência de outra instituição	80 (35,7)	- NOACs	- 37 (16,9)
Período de admissão		- Enoxaparina	- 5 (2,3)
Diurno	148 (66,1)	- Antagonistas da vitamina K	- 9 (4,1)
Noturno	76 (33,9)	AINEs	26 (11,9)
Comorbilidades e antecedentes		Corticoterapia oral	6 (2,7)
DM	43 (19,6)	Apresentação clínica à admissão	
IC	36 (16,4)	Melenas	80 (36,2)
Neoplasia	33 (15,1)	Hematemeses	76 (34,4)
DHC	33 (14,9)	Hematemeses e melenas	33 (14,9)
DRC	26 (11,9)	Hematoquézias	13 (5,9)
DAP	22 (10)	Outra	19 (8,6)
DCI	21 (9,6)		
Demência	17 (7,8)		
DPOC	2 (0,2)		
História prévia de HDA	29 (13,1)		
Hábitos		Instabilidade hemodinâmica à admissão	100 (45)
Tabagismo	60 (27,4)		
Consumo excessivo de álcool	49 (22,4)		

Tabela V. Etiologias da HDA nos doentes com HDANH

Etiologia da HDA	n (%)
Doença ulcerosa péptica	122 (54,5)
- Úlcera gástrica	- 62 (27,7)
- Úlcera duodenal	- 45 (20,1)
- Úlcera gástrica e duodenal	- 15 (6,7)
Síndrome de <i>Mallory-Weiss</i>	25 (11,2)
Malignidade	16 (7,1)
Angiodisplasia	11 (4,9)
Lesão de <i>Dieulafoy</i>	9 (4)
GAVE	8 (3,6)
Esofagite	7 (3,1)
Úlcera de anastomose	6 (2,7)
Gastrite	2 (0,9)
Úlceras esofágicas	2 (0,9)
Úlcera de Cameron	2 (0,9)
Outra	14 (6,3)
- HDA em escara de biópsia, polipectomia ou ressecção endoscópica	- 8 (3,6)
- Laceração após colangiopancreatografia retrógrada endoscópica	- 1 (0,45)
- Necrose esofágica aguda	- 1 (0,45)
- Fístula aorto-entérica	- 1 (0,45)
- Gastroduodenopatia hemorrágica no contexto de trombocitopenia grave	- 1 (0,45)
- Inconclusivo	- 2 (0,9)

Tabela VI. Estigmas hemorrágicos nos doentes com HDANH por DUP

Classificação de Forrest	n (%)
Forrest Ia	5 (4,1)
Forrest Ib	8 (6,6)
Forrest IIa	36 (29,5)
Forrest IIb	16 (13,1)
Forrest IIc	23 (18,9)
Forrest III	34 (27,9)

Tabela VII. Achados endoscópicos de alto risco nos doentes com HDANH

Achados de alto risco	n (%)
Hemorragia pulsátil	9 (4)
Hemorragia em toalha	37 (16,5)
Vaso visível	41 (18,3)
Coágulo aderente	24 (10,7)
Ausentes	113 (50,4)

Tabela VIII. Necessidade de suporte transfusional prévio à EDA

	n (%) ou média ± DP	p value
Necessidade transfusional	107 (49,1)	
Idade (transfundido vs. não transfundido)	71,93 ± 13,70 vs. 67,13 ± 17,80	0,027^c
Tipo de admissão (direta vs. transferência)	66 (46,2) vs. 41 (54,7)	0,232 ^a
Período de admissão (diurno vs. noturno)	71 (48,3) vs. 36 (50,7)	0,739 ^a
Comorbilidades e antecedentes		
DM (sim vs. não)	28 (66,7) vs. 79 (45,1)	0,012^a
IC (sim vs. não)	22 (62,9) vs. 85 (46,7)	0,080 ^a
Neoplasia (sim vs. não)	17 (51,5) vs. 90 (48,9)	0,783 ^a
DHC (sim vs. não)	13 (41,9) vs. 94 (50,5)	0,375 ^a
DRC (sim vs. não)	15 (57,7) vs. 92 (48,2)	0,362 ^a
DAP (sim vs. não)	17 (77,3) vs. 90 (46,2)	0,006^a
DCI (sim vs. não)	11 (55,0) vs. 96 (48,7)	0,593 ^a
Demência (sim vs. não)	10 (58,8) vs. 97 (48,5)	0,414 ^a
DPOC (sim vs. não)	9 (45,0) vs. 98 (49,7)	0,686 ^a
História prévia de HDA (sim vs. não)	16 (59,3) vs. 91 (47,6)	0,258 ^a
Hábitos		
Tabagismo (sim vs. não)	26 (43,3) vs. 81 (51,6)	0,276 ^a
Consumo excessivo de álcool (sim vs. não)	26 (51,3) vs. 81 (48,2)	0,550 ^a
Terapêutica Farmacológica Prévia		
IBPs (sim vs. não)	27 (47,4) vs. 71 (48,0)	0,938 ^a
Antiagregantes plaquetários (sim vs. não)	34 (59,6) vs. 73 (45,6)	0,069 ^a
Anticoagulantes orais (sim vs. não)	31 (63,3) vs. 76 (45,2)	0,026^a
AINEs (sim vs. não)	10 (38,5) vs. 97 (50,8)	0,238 ^a
Corticoterapia oral (sim vs. não)	2 (33,3) vs. 105 (49,8)	0,683 ^b
Instabilidade Hemodinâmica (instável vs. estável)	61 (62,9) vs. 46 (38,3)	< 0,001^a
Valores analíticos à admissão		
Hemoglobina (transfundido vs. não transfundido)	6,82 ± 1,93 vs. 10,60 ± 2,26	< 0,001^c
Plaquetas (transfundido vs. não transfundido)	270 ± 304 vs. 238 ± 107	0,325 ^c
INR (transfundido vs. não transfundido)	1,40 ± 0,90 vs. 1,46 ± 1,46	0,355 ^c
Ureia (transfundido vs. não transfundido)	105,0 ± 90,0 vs. 82,0 ± 53,0	0,029^c
CRS (transfundido vs. não transfundido)	6,44 ± 1,88 vs. 5,31 ± 1,97	< 0,001^e
Etiologia da HDA (DUP vs. restantes)	62 (52,1) vs. 45 (45,5)	0,328 ^a
Achados Endoscópicos de Alto Risco (presentes vs. ausentes)	57 (52,3) vs. 50 (45,9)	0,343 ^a
Tratamento Endoscópico (realizou vs. não realizou)	60 (55,0) vs. 47 (43,1)	0,078 ^a
Tratamento Cirúrgico (realizou vs. não realizou)	6 (60,0) vs. 87 (49,7)	0,747 ^b
Recidiva hemorrágica (recidiva vs. sem recidiva)	15 (57,7) vs. 78 (48,8)	0,398 ^a

^a Pearson Chi-Square Test; ^b Fisher's Exact Test; ^c Independent Samples t-Test; ^d Pearson Correlation Coefficient; ^e Mann-Whitney Test; ^f Binary Logistic Regression

Tabela IX. Necessidade de internamento em UCI ou UCIM

	n (%) ou média ± DP	p value
Admissão em UCI ou UCIM	91 (58)	
Idade (admitido vs. não admitido)	66,45 ± 15,99 vs. 73,85 ± 14,98	0,004^c
Tipo de admissão (direta vs. transferência)	58 (50,0) vs. 33 (80,5)	< 0,001^a
Período de admissão (diurno vs. noturno)	56 (52,3) vs. 35 (70,0)	0,037^a
Comorbilidades e antecedentes		
DM (sim vs. não)	19 (59,4) vs. 72 (57,6)	0,856 ^a
IC (sim vs. não)	14 (53,8) vs. 77 (58,8)	0,642 ^a
Neoplasia (sim vs. não)	12 (48,0) vs. 79 (59,8)	0,271 ^a
DHC (sim vs. não)	16 (61,5) vs. 75 (57,3)	0,686 ^a
DRC (sim vs. não)	8 (53,3) vs. 83 (58,5)	0,703 ^a
DAP (sim vs. não)	9 (56,3) vs. 82 (58,2)	0,884 ^a
DCI (sim vs. não)	10 (62,5) vs. 81 (57,4)	0,698 ^a
Demência (sim vs. não)	5 (45,5) vs. 86 (58,9)	0,303 ^a
DPOC (sim vs. não)	10 (55,6) vs. 81 (58,3)	0,826 ^a
História prévia de HDA (sim vs. não)	7 (50,0) vs. 84 (58,7)	0,527 ^a
Hábitos		
Tabagismo (sim vs. não)	34 (63,0) vs. 57 (55,3)	0,358 ^a
Consumo excessivo de álcool (sim vs. não)	25 (62,5) vs. 66 (56,4)	0,501 ^a
Terapêutica Farmacológica Prévia		
IBPs (sim vs. não)	19 (52,8) vs. 67 (58,8)	0,526 ^a
Antiagregantes plaquetários (sim vs. não)	24 (55,8) vs. 67 (58,8)	0,738 ^a
Anticoagulantes orais (sim vs. não)	20 (57,1) vs. 71 (58,2)	0,911 ^a
AINEs (sim vs. não)	9 (45,0) vs. 82 (59,9)	0,209 ^a
Corticoterapia oral (sim vs. não)	3 (60,0) vs. 88 (57,9)	1,000 ^b
Instabilidade Hemodinâmica (instável vs. estável)	53 (72,6) vs. 38 (45,8)	< 0,001^a
Valores analíticos à admissão		
Hemoglobina (admitido vs. não admitido)	8,38 ± 2,20 vs. 8,39 ± 3,06	0,971 ^c
Plaquetas (admitido vs. não admitido)	259 ± 315 vs. 246 ± 114	0,746 ^c
INR (admitido vs. não admitido)	1,28 ± 0,25 vs. 1,60 ± 1,89	0,115 ^c
Ureia (admitido vs. não admitido)	93,0 ± 75,9 vs. 104,0 ± 82,3	0,365 ^c
CRS (admitido vs. não admitido)	6,33 ± 1,89 vs. 5,65 ± 1,73	0,015^e
Etiologia da HDA (DUP vs. restantes)	52 (57,1) vs. 39 (59,1)	0,807 ^a
Achados Endoscópicos de Alto Risco (presentes vs. ausentes)	67 (77,0) vs. 24 (34,3)	< 0,001^a
Tratamento Endoscópico (realizou vs. não realizou)	65 (74,7) vs. 26 (37,1)	< 0,001^a
Tratamento Cirúrgico (cirurgia vs. sem cirurgia)	8 (80,0) vs. 82 (56,2)	0,192 ^b
Recidiva hemorrágica (recidiva vs. sem recidiva)	23 (85,5) vs. 68 (51,9)	< 0,001^a

^a Pearson Chi-Square Test; ^b Fisher's Exact Test; ^c Independent Samples t-Test; ^d Pearson Correlation Coefficient; ^e Mann-Whitney Test; ^f Binary Logistic Regression

Tabela X. Duração do internamento hospitalar na ULSSA

	média ± DP dias	p value
Duração média de internamento	9,85 ± 9,28	
Idade	----	0,514 ^d
Tipo de admissão (direta vs. transferência)	11,03 ± 10,17 vs. 6,43 ± 4,62	0,003 ^e
Período de admissão (diurno vs. noturno)	10,42 ± 9,32 vs. 8,61 ± 9,17	0,062 ^e
Comorbilidades e antecedentes		
DM (sim vs. não)	9,53 ± 7,76 vs. 9,94 ± 9,45	0,821 ^e
IC (sim vs. não)	11,92 ± 10,95 vs. 9,44 ± 8,90	0,136 ^e
Neoplasia (sim vs. não)	10,88 ± 9,78 vs. 9,66 ± 9,21	0,568 ^e
DHC (sim vs. não)	7,35 ± 6,60 vs. 10,29 ± 9,69	0,072 ^e
DRC (sim vs. não)	11,40 ± 9,22 vs. 9,69 ± 9,31	0,201 ^e
DAP (sim vs. não)	9,00 ± 4,27 vs. 9,95 ± 9,70	0,321 ^e
DCI (sim vs. não)	9,69 ± 8,42 vs. 9,87 ± 9,40	0,558 ^e
Demência (sim vs. não)	7,91 ± 4,39 vs. 10,00 ± 9,54	0,931 ^e
DPOC (sim vs. não)	10,28 ± 8,98 vs. 9,80 ± 9,35	0,440 ^e
História prévia de HDA (sim vs. não)	9,29 ± 9,38 vs. 9,91 ± 9,30	0,725 ^e
Hábitos		
Tabagismo (sim vs. não)	10,69 ± 11,02 vs. 9,41 ± 8,24	0,828 ^e
Consumo excessivo de álcool (sim vs. não)	9,33 ± 9,97 vs. 10,03 ± 9,07	0,527 ^e
Terapêutica Farmacológica Prévia		
IBPs (sim vs. não)	11,03 ± 7,73 vs. 9,63 ± 9,60	0,024 ^e
Antiagregantes plaquetários (sim vs. não)	9,77 ± 9,24 vs. 9,88 ± 9,34	0,891 ^e
Anticoagulantes orais (sim vs. não)	8,89 ± 6,84 vs. 10,13 ± 9,88	0,802 ^e
AINEs (sim vs. não)	8,90 ± 9,98 vs. 9,99 ± 9,20	0,553 ^e
Corticoterapia oral (sim vs. não)	8,80 ± 2,95 vs. 9,89 ± 9,42	0,458 ^e
Instabilidade Hemodinâmica (instável vs. estável)	9,96 ± 10,45 vs. 9,48 ± 7,85	0,639 ^e
Valores analíticos à admissão		
Hemoglobina	----	0,856 ^d
Plaquetas	----	0,754 ^d
INR	----	0,428 ^d
Ureia	----	0,974 ^d
CRS	----	0,554 ^d
Etiologia da HDA (DUP vs. restantes)	9,43 ± 9,44 vs. 10,45 ± 9,10	0,402 ^e
Achados Endoscópicos de Alto Risco (presentes vs. ausentes)	9,48 ± 8,97 vs. 10,31 ± 9,70	0,984 ^e
Tratamento Endoscópico (realizou vs. não realizou)	8,92 ± 8,47 vs. 11,00 ± 10,14	0,218 ^e
Tratamento Cirúrgico (cirurgia vs. sem cirurgia)	17,00 ± 13,06 vs. 9,36 ± 8,82	0,022 ^e
Recidiva hemorrágica (recidiva vs. sem recidiva)	10,54 ± 11,30 vs. 9,72 ± 8,87	0,802 ^e

^a Pearson Chi-Square Test; ^b Fisher's Exact Test; ^c Independent Samples t-Test; ^d Pearson Correlation Coefficient; ^e Mann-Whitney Test; ^f Binary Logistic Regression

Tabela XI. Recidiva hemorrágica hospitalar

	n (%) ou média ± DP	p value
Recidiva hemorrágica	26 (13,9)	
Idade (recidiva vs. sem recidiva)	69,77 ± 17,19 vs. 69,13 ± 15,88	0,851 ^c
Tipo de admissão (direta vs. transferência)	20 (14,0) vs. 6 (13,6)	0,953 ^a
Período de admissão (diurno vs. noturno)	19 (14,4) vs. 7 (12,7)	0,764 ^a
Comorbilidades e antecedentes		
DM (sim vs. não)	5 (12,8) vs. 21 (14,2)	0,826 ^a
IC (sim vs. não)	2 (5,9) vs. 24 (15,7)	0,175 ^b
Neoplasia (sim vs. não)	6 (20,0) vs. 20 (12,7)	0,385 ^b
DHC (sim vs. não)	2 (7,1) vs. 24 (15,1)	0,379 ^b
DRC (sim vs. não)	4 (17,4) vs. 22 (13,4)	0,534 ^b
DAP (sim vs. não)	1 (5,6) vs. 25 (14,8)	0,476 ^b
DCI (sim vs. não)	4 (21,1) vs. 22 (13,1)	0,310 ^b
Demência (sim vs. não)	3 (21,4) vs. 23 (13,3)	0,418 ^b
DPOC (sim vs. não)	3 (15,0) vs. 23 (13,8)	1,000 ^b
História prévia de HDA (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 26 (15,6)	0,082 ^b
Hábitos		
Tabagismo (sim vs. não)	12 (20,7) vs. 14 (10,9)	0,072 ^a
Consumo excessivo de álcool (sim vs. não)	10 (23,8) vs. 16 (11,0)	0,035 ^a
Terapêutica Farmacológica Prévia		
IBPs (sim vs. não)	7 (13,7) vs. 19 (14,7)	0,863 ^a
Antiagregantes plaquetários (sim vs. não)	6 (11,3) vs. 20 (14,9)	0,521 ^a
Anticoagulantes orais (sim vs. não)	4 (9,5) vs. 22 (15,2)	0,351 ^a
AINEs (sim vs. não)	1 (4,5) vs. 25 (15,2)	0,321 ^b
Corticoterapia oral (sim vs. não)	1 (16,7) vs. 25 (13,8)	1,000 ^b
Instabilidade Hemodinâmica (instável vs. estável)	12 (15,2) vs. 14 (13,1)	0,682 ^a
Valores analíticos à admissão		
Hemoglobina (recidiva vs. sem recidiva)	8,37 ± 2,89 vs. 8,66 ± 2,81	0,617 ^c
Plaquetas (recidiva vs. sem recidiva)	330 ± 564 vs. 238 ± 107	0,062 ^c
INR (recidiva vs. sem recidiva)	1,27 ± 0,18 vs. 1,43 ± 1,32	0,551 ^c
Ureia (recidiva vs. sem recidiva)	99,9 ± 69,8 vs. 94,0 ± 76,9	0,713 ^c
CRS (recidiva vs. sem recidiva)	6,62 ± 2,43 vs. 5,65 ± 1,88	0,043 ^e
Etiologia da HDA (DUP vs. restantes)	15 (14,4) vs. 11 (13,3)	0,818 ^a
Achados Endoscópicos de Alto Risco (presentes vs. ausentes)	20 (22,0) vs. 6 (6,3)	0,002 ^a
Tratamento Endoscópico (realizou vs. não realizou)	17 (18,1) vs. 9 (9,7)	0,097 ^a

^a Pearson Chi-Square Test; ^b Fisher's Exact Test; ^c Independent Samples t-Test; ^d Pearson Correlation Coefficient; ^e Mann-Whitney Test; ^f Binary Logistic Regression

Tabela XII. Necessidade de tratamento cirúrgico

	n (%) ou média ± DP	p value
Tratamento Cirúrgico	10 (5,4)	
Idade (cirurgia vs. sem cirurgia)	69,90 ± 13,09 vs. 69,35 ± 16,09	0,916 ^c
Tipo de admissão (direta vs. transferência)	5 (3,5) vs. 5 (11,6)	0,053 ^b
Período de admissão (diurno vs. noturno)	6 (4,5) vs. 4 (7,4)	0,479 ^b
Comorbilidades e antecedentes		
DM (sim vs. não)	2 (5,1) vs. 8 (5,4)	1,000 ^b
IC (sim vs. não)	2 (5,9) vs. 8 (5,3)	1,000 ^b
Neoplasia (sim vs. não)	4 (13,3) vs. 6 (3,8)	0,058 ^b
DHC (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 10 (6,3)	0,364 ^b
DRC (sim vs. não)	1 (4,3) vs. 9 (5,5)	1,000 ^b
DAP (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 10 (6,0)	0,602 ^b
DCI (sim vs. não)	1 (5,3) vs. 9 (5,4)	1,000 ^b
Demência (sim vs. não)	2 (14,3) vs. 8 (4,7)	0,167 ^b
DPOC (sim vs. não)	2 (10,0) vs. 8 (4,8)	0,293 ^b
História prévia de HDA (sim vs. não)	1 (5,0) vs. 9 (5,4)	1,000 ^b
Hábitos		
Tabagismo (sim vs. não)	5 (8,6) vs. 5 (3,9)	0,290 ^b
Consumo excessivo de álcool (sim vs. não)	4 (9,5) vs. 6 (4,2)	0,237 ^b
Terapêutica Farmacológica Prévia		
IBPs (sim vs. não)	3 (5,9) vs. 7 (5,5)	1,000 ^b
Antiagregantes plaquetários (sim vs. não)	4 (7,5) vs. 6 (4,5)	0,474 ^b
Anticoagulantes orais (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 10 (6,9)	0,120 ^b
AINEs (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 10 (6,1)	0,610 ^b
Corticoterapia oral (sim vs. não)	1 (16,7) vs. 9 (5,0)	0,286 ^b
Instabilidade Hemodinâmica (instável vs. estável)	7 (9,0) vs. 3 (2,8)	0,098 ^b
Valores analíticos à admissão		
Hemoglobina (cirurgia vs. sem cirurgia)	8,09 ± 2,48 vs. 8,64 ± 2,84	0,550 ^c
Plaquetas (cirurgia vs. sem cirurgia)	213 ± 123 vs. 253 ± 237	0,596 ^c
INR (cirurgia vs. sem cirurgia)	1,23 ± 0,14 vs. 1,42 ± 1,26	0,631 ^c
Ureia (cirurgia vs. sem cirurgia)	82,0 ± 62,0 vs. 96,0 ± 77,0	0,584 ^c
CRS (cirurgia vs. sem cirurgia)	7,00 ± 0,94 vs. 5,72 ± 2,01	0,021 ^e
Etiologia da HDA (DUP vs. restantes)	7 (6,7) vs. 3 (3,7)	0,516 ^b
Achados Endoscópicos de Alto Risco (presentes vs. ausentes)	9 (10,0) vs. 1 (1,0)	0,008 ^b
Tratamento Endoscópico (realizou vs. não realizou)	7 (7,5) vs. 3 (3,2)	0,193 ^a
Recidiva hemorrágica (recidiva vs. sem recidiva)	5 (19,2) vs. 5 (3,1)	0,006 ^b

^a Pearson Chi-Square Test; ^b Fisher's Exact Test; ^c Independent Samples t-Test; ^d Pearson Correlation Coefficient; ^e Mann-Whitney Test; ^f Binary Logistic Regression

Tabela XIII. Mortalidade hospitalar

	n (%) ou média ± DP	p value	Odds Ratio
Mortalidade hospitalar	19 (10,2)		
- Associada à HDA	- 9 (47,4)		
Idade (morte vs. não morte)	80,47 ± 13,51 vs. 68,17 ± 15,67	0,002^f	1,07
Tipo de admissão (direta vs. transferência)	15 (10,5) vs. 4 (9,1)	0,788 ^f	----
Período de admissão (diurno vs. noturno)	13 (9,8) vs. 6 (11,1)	0,784 ^f	----
Comorbilidades e antecedentes			
DM (sim vs. não)	4 (10,3) vs. 15 (10,1)	0,982 ^f	----
IC (sim vs. não)	5 (14,3) vs. 14 (9,2)	0,374 ^f	----
Neoplasia (sim vs. não)	5 (16,7) vs. 14 (8,9)	0,206 ^f	----
DHC (sim vs. não)	3 (10,7) vs. 16 (10,1)	0,916 ^f	----
DRC (sim vs. não)	6 (26,1) vs. 13 (7,9)	0,011^f	4,10
DAP (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 19 (11,3)	0,998 ^f	----
DCI (sim vs. não)	2 (10,5) vs. 17 (10,1)	0,956 ^f	----
Demência (sim vs. não)	3 (21,4) vs. 16 (9,2)	0,161 ^f	----
DPOC (sim vs. não)	1 (5,0) vs. 18 (10,8)	0,431 ^f	----
História prévia de HDA (sim vs. não)	3 (14,3) vs. 17 (10,2)	0,980 ^f	----
Hábitos			
Tabagismo (sim vs. não)	4 (6,9) vs. 15 (11,6)	0,327 ^f	----
Consumo excessivo de álcool (sim vs. não)	4 (9,5) vs. 15 (10,3)	0,877 ^f	----
Terapêutica Farmacológica Prévia			
IBPs (sim vs. não)	5 (9,8) vs. 14 (10,9)	0,837 ^f	----
Antiagregantes plaquetários (sim vs. não)	5 (9,4) vs. 14 (10,4)	0,836 ^f	----
Anticoagulantes orais (sim vs. não)	5 (11,9) vs. 14 (9,7)	0,671 ^f	----
AINEs (sim vs. não)	1 (4,5) vs. 18 (10,9)	0,370 ^f	----
Corticoterapia oral (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 19 (10,5)	0,999 ^f	----
Instabilidade Hemodinâmica (instável vs. estável)	10 (12,7) vs. 9 (8,4)	0,347 ^f	----
Valores analíticos à admissão			
Hemoglobina (morte vs. não morte)	6,90 ± 2,55 vs. 8,82 ± 2,78	0,006^f	0,75
Plaquetas (morte vs. não morte)	360 ± 676 vs. 240 ± 109	0,130 ^f	----
INR (morte vs. não morte)	1,48 ± 0,32 vs. 1,40 ± 1,28	0,791 ^f	----
Ureia (morte vs. não morte)	121,0 ± 74,0 vs. 92,0 ± 76,0	0,144 ^f	----
Necessidade transfusional (sim vs. não)	14 (14,9) vs. 5 (5,4)	0,040^f	3,05
CRS (morte vs. não morte)	6,95 ± 1,43 vs. 5,67 ± 2,00	0,011^f	1,41
Etiologia da HDA (DUP vs. restantes)	8 (7,7) vs. 11 (13,3)	0,216 ^f	----
Achados Endoscópicos de Alto Risco (presentes vs. ausentes)	9 (9,9) vs. 10 (10,4)	0,905 ^f	----
Admissão em UCI ou UCIM (sim vs. não)	11 (12,2) vs. 8 (12,1)	0,985 ^f	----
Tratamento Endoscópico (realizou vs. não realizou)	8 (8,5) vs. 11 (11,8)	0,455 ^f	----
Tratamento Cirúrgico (cirurgia vs. sem cirurgia)	1 (10,0) vs. 18 (10,2)	0,982 ^f	----
Recidiva hemorrágica (recidiva vs. sem recidiva)	5 (19,2) vs. 14 (8,8)	0,111 ^f	----

^a Pearson Chi-Square Test; ^b Fisher's Exact Test; ^c Independent Samples t-Test; ^d Pearson Correlation Coefficient; ^e Mann-Whitney Test; ^f Binary Logistic Regression

Tabela XIV. Readmissão no SU aos 30 dias por HDA

	n (%) ou média ± DP	p value
Readmissão aos 30 dias	7 (3,8)	
Idade (readmitido vs. não readmitido)	74,71 ± 11,18 vs. 69,17 ± 16,06	0,367 ^c
Comorbilidades e antecedentes		
DM (sim vs. não)	3 (7,7) vs. 4 (2,7)	0,161 ^b
IC (sim vs. não)	3 (8,8) vs. 4 (2,6)	0,116 ^b
Neoplasia (sim vs. não)	1 (3,3) vs. 6 (3,8)	1,000 ^b
DHC (sim vs. não)	1 (3,6) vs. 6 (3,8)	1,000 ^b
DRC (sim vs. não)	2 (8,7) vs. 5 (3,1)	0,209 ^b
DAP (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 7 (4,2)	1,000 ^b
DCI (sim vs. não)	2 (10,5) vs. 5 (3,0)	0,152 ^b
Demência (sim vs. não)	1 (7,1) vs. 6 (3,5)	0,427 ^b
DPOC (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 7 (4,2)	1,000 ^b
História prévia de HDA (sim vs. não)	2 (10,0) vs. 5 (3,0)	0,166 ^b
Hábitos		
Tabagismo (sim vs. não)	1 (1,7) vs. 6 (4,7)	0,438 ^b
Consumo excessivo de álcool (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 7 (4,9)	0,152 ^b
Terapêutica Farmacológica Prévia		
IBPs (sim vs. não)	3 (5,9) vs. 4 (3,1)	0,408 ^b
Antiagregantes plaquetários (sim vs. não)	2 (3,8) vs. 5 (3,8)	1,000 ^b
Anticoagulantes orais (sim vs. não)	2 (4,8) vs. 5 (3,5)	0,657 ^b
AINEs (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 7 (4,3)	1,000 ^b
Corticoterapia oral (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 7 (3,9)	1,000 ^b
Instabilidade Hemodinâmica (instável vs. estável)	2 (2,6) vs. 5 (4,7)	0,701 ^b
CRS (readmitido vs. não readmitido)	6,29 ± 1,60 vs. 5,77 ± 2,00	0,503 ^c
Etiologia da HDA (DUP vs. restantes)	2 (1,9) vs. 5 (6,1)	0,244 ^b
Achados Endoscópicos de Alto Risco (presentes vs. ausentes)	4 (4,4) vs. 3 (3,1)	0,714 ^b
Admissão em UCI ou UCIM (sim vs. não)	3 (3,3) vs. 2 (3,0)	1,000 ^b
Tratamento Endoscópico (realizou vs. não realizou)	3 (3,2) vs. 4 (4,3)	1,000 ^b
Tratamento Cirúrgico (cirurgia vs. sem cirurgia)	0 (0,0) vs. 7 (4,0)	1,000 ^b
Recidiva hemorrágica (recidiva vs. sem recidiva)	1 (3,8) vs. 6 (3,8)	1,000 ^b

^a Pearson Chi-Square Test; ^b Fisher's Exact Test; ^c Independent Samples t-Test; ^d Pearson Correlation Coefficient; ^e Mann-Whitney Test; ^f Binary Logistic Regression

Tabela XV. Readmissão no SU em um ano por HDA

	n (%) ou média ± DP	p value
Readmissão em 1 ano	16 (8,6)	
Idade (readmitido vs. não readmitido)	73,75 ± 12,51 vs. 68,97 ± 16,16	0,252 ^c
Comorbilidades e antecedentes		
DM (sim vs. não)	7 (17,9) vs. 9 (6,1)	0,047 ^b
IC (sim vs. não)	6 (17,6) vs. 10 (6,6)	0,082 ^b
Neoplasia (sim vs. não)	3 (10,0) vs. 13 (8,3)	0,726 ^b
DHC (sim vs. não)	3 (10,7) vs. 13 (8,2)	0,713 ^b
DRC (sim vs. não)	4 (17,4) vs. 12 (7,4)	0,117 ^b
DAP (sim vs. não)	3 (16,7) vs. 13 (7,7)	0,190 ^b
DCI (sim vs. não)	5 (26,3) vs. 11 (6,6)	0,014 ^b
Demência (sim vs. não)	3 (24,1) vs. 13 (7,6)	0,106 ^b
DPOC (sim vs. não)	4 (20,0) vs. 12 (7,2)	0,076 ^b
História prévia de HDA (sim vs. não)	5 (25,0) vs. 11 (6,6)	0,017 ^b
Hábitos		
Tabagismo (sim vs. não)	7 (12,1) vs. 9 (7,0)	0,269 ^b
Consumo excessivo de álcool (sim vs. não)	5 (11,9) vs. 11 (7,6)	0,363 ^b
Terapêutica Farmacológica Prévia		
IBPs (sim vs. não)	6 (11,8) vs. 10 (7,8)	0,062 ^b
Antiagregantes plaquetários (sim vs. não)	7 (13,2) vs. 9 (6,8)	0,161 ^b
Anticoagulantes orais (sim vs. não)	4 (9,5) vs. 12 (8,3)	0,761 ^b
AINEs (sim vs. não)	0 (0,0) vs. 16 (9,8)	0,224 ^b
Corticoterapia oral (sim vs. não)	1 (16,7) vs. 15 (8,3)	0,422 ^b
Instabilidade Hemodinâmica (instável vs. estável)	4 (5,1) vs. 12 (11,2)	0,146 ^a
CRS (readmitido vs. não readmitido)	5,88 ± 1,54 vs. 5,78 ± 2,03	0,859 ^c
Etiologia da HDA (DUP vs. restantes)	9 (11,0) vs. 7 (6,7)	0,305 ^a
Achados Endoscópicos de Alto Risco (presentes vs. ausentes)	7 (7,8) vs. 9 (9,4)	0,798 ^a
Admissão em UCI ou UCIM (sim vs. não)	4 (4,4) vs. 7 (10,6)	0,205 ^b
Tratamento Endoscópico (realizou vs. não realizou)	8 (8,6) vs. 8 (8,6)	1,000 ^a
Tratamento Cirúrgico (cirurgia vs. sem cirurgia)	0 (0,0) vs. 16 (9,1)	1,000 ^b
Recidiva hemorrágica (recidiva vs. sem recidiva)	1 (3,8) vs. 15 (9,4)	0,704 ^b

^a Pearson Chi-Square Test; ^b Fisher's Exact Test; ^c Independent Samples t-Test; ^d Pearson Correlation Coefficient; ^e Mann-Whitney Test; ^f Binary Logistic Regression

Referências Bibliográficas

1. Pedroto I, Maia L, Salgueiro P, *et al.* Out-of-hours endoscopy for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Scand J Gastroenterol.* 2015 Apr 3;50(4):495–502.
2. Antunes C, Tian C, Copelin II EL. Upper gastrointestinal bleeding. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470300/>. Consultado pela última vez em maio de 2025.
3. Kurien M, Lobo A. Acute upper gastrointestinal bleeding. *Clin Med.* 2015 Oct;15(5):481–5.
4. Kate V, Sureshkumar S, Gurushankari B, Kalayarasan R. Acute Upper Non-variceal and Lower Gastrointestinal Bleeding. *J Gastrointest Surg.* 2022 Apr;26(4):932–949.
5. Kamboj A, Hoversten P, Leggett C. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo Clin Proc.* 2019 Apr;94(4):697–703.
6. Wilkins T, Wheeler B, Carpenter M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. *Am Fam Physician.* 2020 Mar 1;101(5):294–300.
7. Gralnek I, Stanley A, Morris A, *et al.* Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. *Endoscopy.* 2021 Mar 10;53(03):300–332.
8. Wang X, Yang M, Xu J, Kuai Y, Sun B. Risk analysis of 30-day rebleeding in acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Arab J Gastroenterol.* 2023 May;24(2):136–141.
9. Parveen S, Shah A, Zargar S, *et al.* Predictors of Rebleeding in Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding of Peptic Ulcer Etiology in Kashmiri Population. *Cureus.* 2023 Jan 19;15(1):e33953.
10. Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guturu P. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dis Mon.* 2018 Jul;64(7):333–343.
11. Nagesh V, Pulipaka S, Bhujar R, *et al.* Management of gastrointestinal bleed in the intensive care setting, an updated literature review. *World J Crit Care Med.* 2025 Mar 9;14(1):1–15.
12. Jairath V, Martel M, Logan R, Barkun A. Why Do Mortality Rates for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding Differ around the World? A Systematic Review of Cohort Studies. *Can J Gastroenterol.* 2012 Aug;26(8):537–543.
13. Falcão D, Silva J, Guedes T, Garrido M, Novo I, Pedroto I. The Current Portrayal of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding in a Portuguese Tertiary Center. *GE Port J Gastroenterol.* 2021 May 10;28(6):392–397.

14. Mittal A, Afridi F, Khrais A, Ahlawat S. Effect of Patient Age on Timing of Inpatient Esophagogastroduodenoscopy and Outcomes for Non-variceal Upper GI Bleeds. *Cureus*. 2023 May 21;15(5):e39302.
15. Lanas A, Aabakken L, Fonseca J, *et al*. Variability in the Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding in Europe: An Observational Study. *Adv Ther*. 2012 Dec 6;29(12):1026–1036.
16. Fonseca J, Alves C, Neto R, *et al*. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Portugal: A multicentric retrospective study in twelve Portuguese hospitals. *Gastroenterol Hepatol*. 2012 Jun;35(6):377–385.
17. Kärkkäinen J, Miilunpohja S, Rantanen T, *et al*. Alcohol Abuse Increases Rebleeding Risk and Mortality in Patients with Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Dig Dis Sci*. 2015 Dec 16;60(12):3707–3715.
18. Tuncer H, Yardan T, Akdemir HU, Ayyildiz T. Comparison of four scoring systems for risk stratification of upper gastrointestinal bleeding. *Pak J Med Sci*. 2018 May 24;34(3):649–654.
19. Maia S, Falcão D, Silva J, Pedroto I. The Clinical Impact of Rockall and Glasgow-Blatchford Scores in Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *GE Port J Gastroenterol*. 2021 Jan 14;28(4):243–252.
20. Pinto C, Parra P, Magna J, *et al*. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev Med Chil*. 2020 Mar;148(3):288–294.
21. Jiménez-Rosales R, Valverde-López F, Vadillo-Calles F, Martínez-Cara J, López de Hierro M, Redondo-Cerezo E. Inhospital and delayed mortality after upper gastrointestinal bleeding: an analysis of risk factors in a prospective series. *Scand J Gastroenterol*. 2018 Jun 3;53(6):714–720.
22. Luomajoki J, Mattila L, Laukkanen J, Ukkonen M. Long-Term Outcomes following Acute Upper Gastrointestinal Bleeding Remain Poor: A Single-Center Comparison over Two Distinct Time Periods within the Last 15 Years in Finland. *Visc Med*. 2024 Jan 2;40(1):30–38.
23. Roberts S, Button L, Williams J. Prognosis following Upper Gastrointestinal Bleeding. *PLoS One*. 2012 Dec 12;7(12):e49507.
24. Abougergi M, Peluso H, Saltzman J. Thirty-Day Readmission Among Patients With Non-Variceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage and Effects on Outcomes. *Gastroenterology*. 2018 Jul;155(1):38–46.e1.
25. Dunne C, Kaur S, Delacruz B, Bresee L. 30-day readmission rates among upper gastrointestinal bleeds: A systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2023 May 11;38(5):692–702.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

