

Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina

Artigo de Revisão Bibliográfica

O Envelhecimento Demográfico e a Hemorragia Gastrointestinal

Marta Sofia Tavares da Costa

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Teixeira de Carvalho
Pedroto

Porto, 2015

Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar

O Envelhecimento Demográfico e a Hemorragia Gastrointestinal

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina
submetida no Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar

Ano Letivo: 2014/2015

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria
Teixeira de Carvalho Pedrito

Título profissional: Diretora do Serviço de
Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Porto.
Professora Auxiliar Convidada do ICBAS

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar, Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228,
4050-313 Porto

Porto, 2015

Correspondência:

Marta Sofia Tavares da Costa

+351 91 4065330

martastcosta@gmail.com

Praceta das Areias, Nº9, 4ºesq trazeiras

4435-111 Rio Tinto

Resumo

A hemorragia gastrointestinal (HGI) afeta um número significativo de idosos e é uma indicação frequente de internamentos hospitalares. A incidência desta entidade tem aumentado no idoso facto que possivelmente se atribui ao aumento do consumo de determinados fármacos como anti-inflamatórios não esteróides, antiagregantes plaquetários e anticoagulantes. Acresce que a natureza, severidade e prognóstico da HGI são influenciados pela presença das comorbilidades e da medicação concomitante.

Na última década o desequilíbrio na estrutura etária da população portuguesa acentuou-se. Atualmente, a população idosa representa 19% da população portuguesa, sendo que por cada 100 jovens existem 128 idosos.

Este novo contexto demográfico, associado à frequência desta patologia, constituiu a motivação para esta dissertação que tem como objetivo principal o estudo da HGI no idoso e a análise dos fatores de evolução demográfica.

Numa primeira fase, é estudado o envelhecimento demográfico da população portuguesa e as características fundamentais da população idosa a nível de incapacidades, com quem habitam, qual a escolaridade e valores de pensões. De seguida, é explorada a HGI no idoso com ênfase na epidemiologia, etiologia, apresentação clínica, avaliação inicial e abordagem da HGI alta e baixa. Em terceiro lugar, é apresentado um caso de estudo, o panorama do Centro Hospitalar do Porto, no que diz respeito à HGI, mais particularmente a faixa etária e o sexo mais afetados, o destino após a alta e a sua correlação com o tempo de internamento. Este caso de estudo permite relacionar a população em estudo com a doença em análise. Por fim, são apresentados desenvolvimentos futuros acerca desta temática.

Com o progressivo desequilíbrio na estrutura etária da população portuguesa surge a necessidade de modificar as infraestruturas nacionais para esta situação, como o desenvolvimento de políticas que assegurem a segurança financeira e que garantam a disponibilidade dos cuidados de saúde e assistência social necessários.

Palavras-chave: Hemorragia gastrointestinal; Idoso; Abordagem; Avaliação; Evolução demográfica; Envelhecimento.

Abstract

Gastrointestinal bleeding (GIB) affects a significant number of elderly patients and is a frequent indication of hospital admissions. The incidence of this entity in the elderly has increased possibly due to the increased consumption of certain drugs such as non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs), antiplatelet agents and anticoagulants. Moreover, in this population, the nature, severity and prognosis of the GIB is influenced by the presence of comorbidities and concomitant medications.

In the last decade, the imbalance in the age distribution of the population was accentuated. Elderly population currently represents 19% of portuguese population, which means that for every 100 youths there are 128 elderly.

This new demographic context, coupled with the frequency of this pathology, constituted the motivation for this thesis that has as main objective the study of GIB and the analysis of demographic change factors.

Firstly, it's addressed the aging of the portuguese population and the fundamental characteristics of the elderly population in terms of disability, who they live with, education and pensions. Then, is discussed GIB in the elderly, with emphasis on epidemiology, etiology, clinical presentation, initial assessment and approach to high and low GIB. Thirdly is presented a case study, Centro Hospitalar do Porto panorama's, with regard to gastrointestinal bleeding, more particularly the most affected age and sex, destination after discharge and its correlation with the length of stay. This case study allows to correlate the studied population and the disease in question. In the final stage is presented further developments concerning this subject.

With the progressive imbalance in the age structure of the population comes the need to modify national infrastructures, such as developing policies to ensure financial security and the availability of health care and necessary social assistance.

Keywords: gastrointestinal hemorrhage; elderly; approach; evaluation; demographic change; aging.

Índice

Resumo	1
Abstract	2
Introdução.....	5
Envelhecimento Demográfico	6
Hemorragia Gastrointestinal	9
Hemorragia Gastrointestinal Alta.....	11
Etiologia	12
Apresentação Clínica e Avaliação Inicial	14
Abordagem da Hemorragia Gastrointestinal Alta.....	15
Hemorragia Gastrointestinal Baixa	22
Etiologia	22
Apresentação Clínica e Avaliação Inicial	23
Abordagem da Hemorragia Gastrointestinal Baixa	24
Panorama do Centro Hospitalar do Porto	26
Desenvolvimentos Futuros.....	30
Conclusão.....	32
Referências Bibliográficas	33
Anexos	36
Anexo I – Códigos de Diagnóstico Principal	36

Lista de Abreviaturas

AINES	Anti-inflamatórios não esteroides
CHP	Centro Hospitalar do Porto
EUA	Estados Unidos da América
HGI	Hemorragia gastrointestinal
HGIA	Hemorragia gastrointestinal alta
HGIB	Hemorragia gastrointestinal baixa
IBPs	Inibidores da bomba de prótons
UP	Úlcera péptica
TIPS	<i>Shunt</i> portossistêmico intra-hepático transjugular

Introdução

Este documento apresenta a dissertação de mestrado “O Envelhecimento Demográfico e a Hemorragia Gastrointestinal” desenvolvida no âmbito da unidade curricular de Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio do Mestrado Integrado em Medicina. Esta revisão tem como objetivo principal o estudo da hemorragia gastrointestinal (HGI) e a análise dos fatores de evolução demográfica. Sabemos que, com o envelhecimento, acresce a morbilidade adquirida e uma maior vulnerabilidade para determinadas patologias, nomeadamente a HGI. Atualmente, a HGI apresenta-se como um importante problema de saúde pública, dado que afeta um substancial número de idosos e constitui uma causa frequente de internamentos hospitalares.

Numa primeira fase é feita uma análise do envelhecimento demográfico com identificação da população chave, os idosos, que são a faixa etária mais afetada por esta patologia, e das suas características no paradigma português. De seguida é apresentada uma conceptualização da HGI no idoso com especial ênfase na etiologia, apresentação clínica, avaliação e abordagem. Numa terceira fase é apresentado um caso de estudo, o do Centro Hospitalar do Porto, que permite retirar ilações sobre esta doença numa amostra real correlacionando-a com a população em estudo. Por fim, são apresentadas sugestões de melhoria e desenvolvimentos futuros sobre esta temática. O termo idoso, utilizado ao longo da dissertação, refere-se à população com idade igual ou superior a 65 anos.

Envelhecimento Demográfico

Atualmente, o progressivo envelhecimento da população é um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas. [1]

O *National Institute on Aging* dos Estados Unidos da América (EUA) estima que, em 2010, cerca 524 milhões de pessoas, 8 % da população mundial, tinha 65 ou mais anos. Espera-se que em 2050 este número triplique para 1,5 mil milhões de pessoas, cerca de 16% da população mundial. [2]

Em Portugal, de acordo com os resultados definitivos do Censos 2011, a população idosa contribui com 19% de um total de 10562178 habitantes, sendo que, em 2001, essa percentagem era de 16%. Atualmente, a população idosa ultrapassa os 2 milhões de habitantes. Na última década o desequilíbrio na estrutura etária da população portuguesa acentuou-se. Verifica-se uma progressiva diminuição da base da pirâmide etária, correspondente à população mais jovem, e alargamento do topo, devido ao crescimento da população idosa. Da mesma forma, o índice de envelhecimento teve uma subida considerável, tendo subido de 102 para 128. Isto significa que por cada 100 jovens existem 128 idosos. Como representado pela figura 1, as regiões Centro e Alentejo são as que mais sofrem com o envelhecimento da população. No entanto, este fenómeno demográfico deixou de ser exclusivo das regiões do interior do país, verificando-se que o agravamento do envelhecimento da

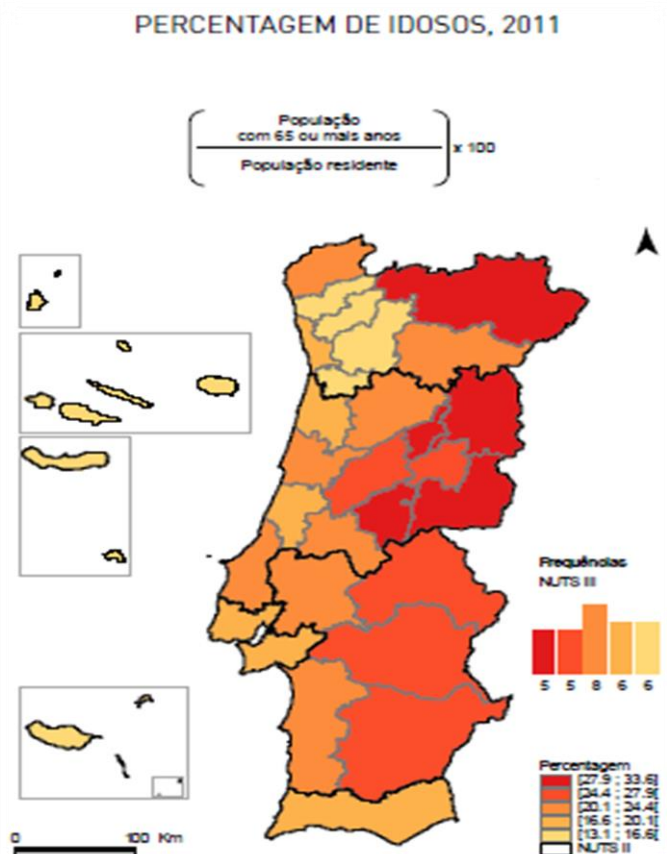


Figura 1 Percentagem de Idosos por Distrito em Portugal no ano de 2011 [1]

população portuguesa tem vindo a ocorrer de forma generalizada pelo território nacional.

O índice de longevidade, que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa, tem vindo a aumentar progressivamente refletindo um aumento da esperança média de vida. [1] Este aumento da população idosa e da esperança média de vida traduz, inevitavelmente, implicações socioeconómicas. De facto, estima-se que a população idosa

represente entre 70 a 80% dos gastos do orçamento do Serviço Nacional de Saúde português. [3]

O relatório do Instituto Nacional de Estatística de 2011 sobre saúde e incapacidades, refere que cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma de seis atividades da vida diária. Este relatório concluiu que, como seria de esperar, as dificuldades na realização das atividades da vida diária são mais expressivas em idades avançadas. [4] Já a Comissão Europeia, como demonstra o gráfico da figura 2, coloca Portugal em 12º lugar dos países europeus no que diz respeito à taxa de vida saudável após os 65 anos. Uma posição que deixa muito a desejar e se apresenta como um desafio na melhoria dos ganhos em saúde. [5]

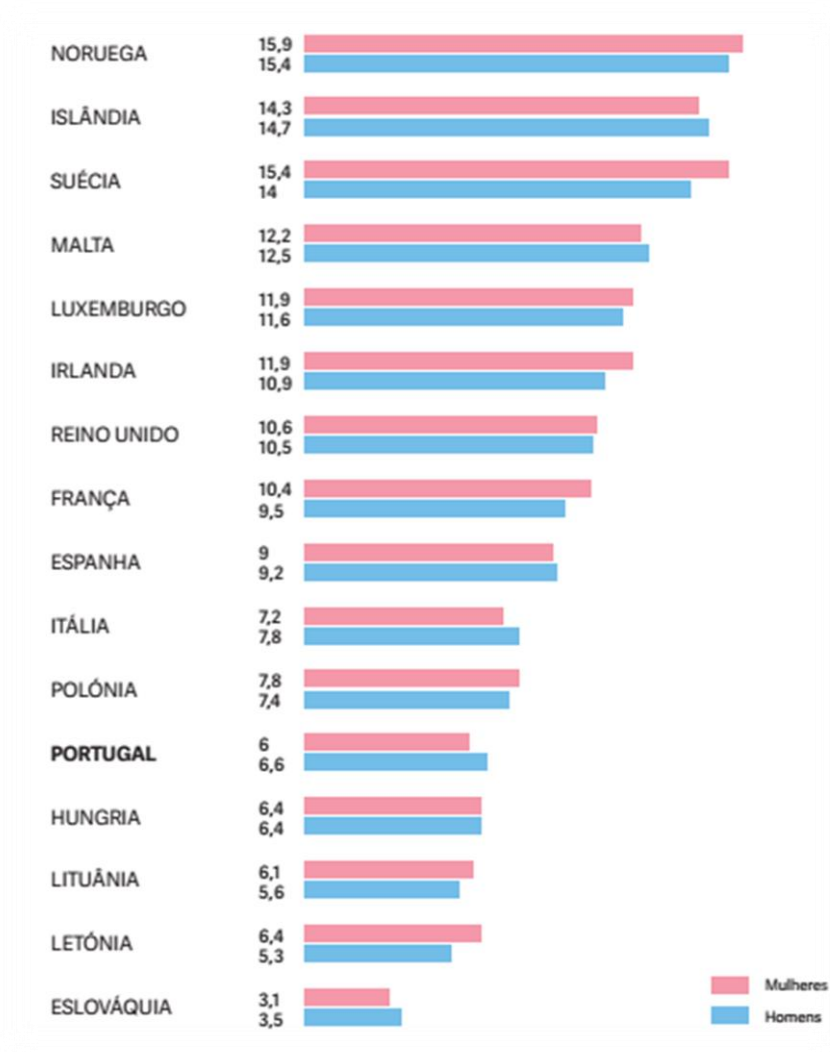


Figura 2 Vida Saudável depois dos 65 anos [5]

Na última década o número de idosos a viver sozinho ou na companhia de outros idosos tem aumentado significativamente (cerca de 28%) sendo que, atualmente, cerca de 60% da população idosa se encontra nessa situação. [1]

Relativamente à escolaridade, apesar de as taxas de analfabetismo terem vindo a diminuir progressivamente ao longo dos anos, em 2014, a população com mais de 65 anos sem qualquer nível escolaridade era de 29,6%. [6]

No que diz respeito às pensões do regime geral da Segurança Social, ainda que se verifique que a proporção de pensionistas com pensões inferiores ao salário mínimo nacional tem vindo a diminuir progressivamente ao longo dos anos, em 2013, 77,9% das pensões por velhice e 81,6% das pensões por invalidez foram inferiores ao salário mínimo nacional. [7]

Concluindo, verifica-se que a população idosa portuguesa apresenta uma elevada taxa de incapacidade e de dificuldade na realização das atividades da vida diária. A maioria dos idosos vivem sozinhos ou na companhia de outros idosos, apresentam baixos níveis de escolaridade e possuem pensões inferiores ao salário mínimo nacional. Todos estes fatores contribuem para que esta seja uma população necessitada e com particularidades especiais que devem ser tidas em conta. Com o envelhecimento aumentam a morbilidade e a vulnerabilidade acrescida para determinadas patologias, como a hemorragia gastrointestinal, que será abordada no capítulo seguinte.

Hemorragia Gastrointestinal

A hemorragia gastrointestinal (HGI) permanece uma indicação frequente de hospitalização [8]. Os EUA apontam para 1000000 hospitalizações anuais por esta entidade. Destas, aproximadamente 50% são por hemorragia gastrointestinal alta (HGIA), 40% por hemorragia gastrointestinal baixa (HGIB) e 10% por hemorragia gastrointestinal oculta [9].

Tanto a HGIA como a HGIB são mais frequentes no idoso e no sexo masculino. Com incidências estimadas para a HGIA e HGIB de, respetivamente, 50 a 150 por 100000 habitantes e 20 a 27 por 100000 habitantes [10].

Nos países ocidentais a incidência de HGIA aguda tem vindo a aumentar rapidamente ao longo dos últimos anos no idoso. Pensa-se que as principais razões sejam o aumento da esperança média de vida, a utilização de fármacos como anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), antiagregantes plaquetários e anticoagulantes [11]. A ação dos AINEs na HGI é dependente da dose e duração do uso [10]. Adicionalmente, o risco de HGI é superior em indivíduos com doença renal crónica. Os principais fatores de risco modificáveis são o tabagismo, *disability* e sedentarismo. A maioria dos idosos apresenta um ou mais dos fatores previamente mencionados que influenciam o risco de hemorragia. [12] Sexo masculino, idade avançada, doença cardiovascular e uso de anticoagulantes são variáveis independentes associadas a maior risco de hospitalização tanto na HGIA como na HGIB. [13] É também necessário considerar o estado funcional do paciente, através das atividades da vida diária, pelo impacto que tem na sua abordagem. [14]

A HGI pode apresentar-se sob a forma de hematemeses, melenas, hematoquézias, hemorragia digestiva oculta ou através de sintomas decorrentes da perda de sangue, como tontura, síncope, angina ou dispneia [15]. As hematemeses consistem em vômitos de sangue vivo, o que sugere hemorragia em curso ou recente, ou de um material com aspeto de borra de café, que indica que a hemorragia já cessou há algum tempo. São indicativas de hemorragia com ponto de partida no esófago, estômago ou duodeno. As melenas são a eliminação de fezes negras de odor fétido. São indicativas de hemorragia de baixo volume com origem no trato gastrointestinal superior, intestino delgado, ou colon proximal. As hematoquézias são a eliminação de sangue vivo pelo recto e podem representar hemorragia ativa no trato gastrointestinal superior ou hemorragia com origem no colon distal ou na região anorectal. Hemorragia digestiva oculta ocorre na ausência de hemorragia visível e não objetivada por endoscopia digestiva alta ou colonoscopia sendo detetada por um teste de sangue oculto nas fezes ou sugerida por deficiência de ferro. [9, 15]

As manifestações clínicas da HGI na população idosa e na população não idosa apresentam semelhanças e diferenças. Em ambas, a apresentação inicial da hemorragia são as hematemeses (50%), melenas (30%) ou ambas (20%), sendo a úlcera péptica a etiologia mais

comum. No entanto, no idoso é menos frequente a presença de sintomas prévios à hemorragia, como dor abdominal, dispepsia e azia, sendo mais comum o uso prévio de aspirina e a presença de comorbilidades. Os idosos apresentam superiores taxas de hospitalização, de recidiva hemorrágica e mortalidade [8]. A HGI no idoso origina-se a partir de condições comuns a todos os grupos etários e outras que são específicas desta faixa etária. Devido a alterações nos mecanismos de percepção da dor com a idade e a apresentações atípicas, certas causas de HGI podem apresentar-se de maneira diferente no idoso comparativamente a doentes mais jovens. [16]

A morbidade e mortalidade por HGI depende da causa da hemorragia e das comorbilidades associadas do doente. Estima-se que a mortalidade por HGI seja inferior a 5%. [17]

Hemorragia Gastrointestinal Alta

A HGIA é definida como a hemorragia com origem proximal ao ligamento de Treitz. Nos EUA e na Europa a incidência de hospitalizações é de aproximadamente 0,1% [8]. A incidência de HGIA é significativamente mais alta no sexo masculino e está ainda associada a níveis socioeconómicos mais baixos [13] .

Na HGIA, a taxa de recidiva hemorrágica varia entre 7 e 16%. É especialmente alta na hemorragia de causa varicosa (25 a 29%), comparativamente à úlcera péptica (UP) (20 a 22%). A recidiva hemorrágica é um importante fator de risco de mortalidade e a sua prevenção é um dos poucos fatores que pode influenciar a mortalidade. [13] A idade é um fator de risco independente de mau prognóstico [11]. Nos vários estudos, observa-se uma grande variabilidade na taxa mortalidade por HGIA aguda. No entanto, são todos concordantes que a mortalidade aumenta com a idade. Um destes estudos aponta para uma taxa de mortalidade entre os 12% a 35% nos pacientes com mais de 60 anos e inferior a 10% nos restantes [11]. A idade não é um fator de risco independente para mortalidade sendo de considerar o aumento de comorbilidades e a utilização de fármacos. A idade avançada, as comorbilidades severas, a hipotensão ou o choque, a hemorragia em doentes hospitalizados e a recidiva estão significativamente associados à mortalidade [13]. A mortalidade por HGIA é mais elevada em pacientes com hemorragia após a admissão hospitalar quando comparados com os doentes admitidos por HGIA. [18]

Etiologia

Tabela 1 Causas de Hemorragia Gastrointestinal Alta no Idoso [8]

Etiologia	Autores		
	Segal & Cello (% de pacientes)	Kaplan et al. (% de pacientes)	Cooper et al. (% de pacientes)
<i>Úlcera Péptica</i>	73	44	42
<i>Esofagite ou úlcera esofágica</i>	11	7	18
<i>Gastropatia</i>	7	28	13
<i>Varizes esofágicas ou gástricas</i>	11	ND	2
<i>Laceração de Mallory-Weiss</i>	3	4	2
<i>Neoplasia</i>	1	4	4

A UP é a causa mais comum de HGIA no idoso [8, 14]. São maioritariamente causadas por diminuição dos mecanismos de defesa da mucosa por ação de fármacos AINEs, infeção por *Helicobacter pylori* ou ambos [9]. A colonização gástrica pela bactéria *Helicobacter pylori* é responsável pela maioria dos casos de UP. Estatuto socioeconómico precário e baixo nível de escolaridade são 2 fatores que contribuem para taxas de colonização mais elevadas. [15] O alcoolismo está associado ao aumento da incidência de UP [18]. Estudos apontam para a UP como causa de HGIA em 28% a 59% dos casos [13]. Evidências recentes sugerem que a nível global a incidência desta entidade como causa de HGIA tem vindo a diminuir. Os autores apontam como possíveis fatores o aumento da prescrição de inibidores da bomba de prótons (IBPs), protocolos de irradicação de *Helicobacter pylori* e uso de inibidores da cicloxigenase-2 em substituição dos AINEs tradicionais [11]. No entanto, desde 1980 que a incidência de HGI e as taxas de admissão hospitalar têm vindo a aumentar nos idosos com UP [8]. A idade avançada foi identificada como um fator de risco para recidiva e morte por UP. [14] Apesar dos avanços, tanto no diagnóstico como no tratamento nos últimos anos, 20% dos doentes têm recidiva da hemorragia após hemostase endoscópica bem sucedida e a taxa de mortalidade global é de 5 a 10% desde 1970. [9, 13] Autores atribuem este facto ao aumento da proporção de idosos com

esta patologia, que morrem por complicações de outras doenças e não diretamente pela hemorragia, e devido ao aumento da incidência de hemorragia de causa varicosa. [9].

A hemorragia de causa varicosa é uma causa comum de HGIA. A hemorragia surge quando o gradiente de pressão venosa hepática é superior a 12mmHg. [8] Em cirróticos, cerca de 60% dos primeiros casos de HGIA são por varizes esofágicas. [18] A hemorragia de causa varicosa apresenta elevada morbidade e mortalidade quando comparada com outras causas de HGIA. A mortalidade nestes doentes atinge os 30%, sendo superior nos doentes com cirrose hepática. [13] Estudos sugerem que a mortalidade por hemorragia de origem varicosa não se correlaciona com a idade [8]. A mortalidade intra-hospitalar por hemorragia varicosa não é significativamente superior nos doentes com mais de 65 anos comparativamente aos doentes com menos de 65 anos. Um estudo revelou ainda que doentes idosos cirróticos que sobreviveram ao internamento intra-hospitalar mostraram mortalidade superior relativamente aos mais novos maioritariamente por causas não hepáticas. [16]

A esofagite e gastrite são frequentemente associadas ao consumo de fármacos como os AINEs, quinidina, cloreto de potássio e alendronato [8]. São fatores de risco o consumo de álcool e a utilização de sonda nasogástrica de forma crónica [9]. A hemorragia evidente é pouco comum, no entanto, pacientes com doença mais severa podem apresentar-se com hematemeses ou melenas. [19] Estas lesões são mais frequentemente diagnosticadas nos idosos. [8, 9] Os fatores que contribuem para a esofagite induzida por fármacos na população idosa incluem o número e tipo de medicamentos tomados, a relativa diminuição da produção de saliva e a tendência para a toma da medicação em decúbito, usualmente com pouca água e antes da hora de dormir. [16]

Algumas causas de HGIA, como fístulas aortoentéricas e ectasia vascular antral gástricas, ocorrem quase exclusivamente no idoso [16]. Pacientes com ectasia vascular antral gástricas tipicamente apresentam-se com hemorragia digestiva oculta ou subaguda e anemia. A prevalência desta entidade está relacionada com a idade e sua associação a outras comorbilidades, como doença renal crónica e cirrose. A fístula aortoentérica é uma comunicação entre a aorta abdominal nativa e, mais comumente, a terceira porção do duodeno. Esta entidade é mais frequente em homens idosos [16]. Pode surgir secundariamente a infeção de prótese vascular aórtica, a cirurgia de *bypass* aortoiliaca (cerca de 0,5% dos doentes) e a reparação endovascular de aneurisma da aorta, que é cada vez mais realizado na população idosa. Assim, em pacientes submetidos a estes procedimentos que se apresentem com HGI, deve-se considerar fístula até que se prove o contrário. [8, 9] Geralmente esta entidade manifesta-se inicialmente por hemorragia sentinela, horas ou meses antes de hemorragia profusa e exsanguinante. Após tratamento a taxa de mortalidade por esta entidade é cerca de

30%, provavelmente devido a atraso no diagnóstico visto que o tempo médio de diagnóstico é de 10 dias. [8, 9]

A lesão de Dieulafoy é uma condição médica na qual uma artéria submucosa gástrica se apresenta dilatada (1 a 3mm) e faz protrusão na mucosa. Esta geralmente localiza-se no fundo gástrico, até 6cm da junção gastroesofágica, mas pode ocorrer em todo o trato gastrointestinal. A sua rutura pode resultar numa hemorragia maciça. [16]

Apresentação Clínica e Avaliação Inicial

A HGIA pode manifestar-se por hematemeses, melenas ou hematoquézias. As melenas são altamente sugestivas de hemorragia com origem proximal ao ângulo de Treitz. No entanto, podem resultar de hemorragias tão distais como o cego. A presença de hematoquézias indica que a hemorragia é rápida ou de grande volume [8].

O clínico deve ter um elevado grau de suspeição em pacientes que se apresentem com sinais ou sintomas de hipovolémia como hipotensão postural, taquicardia, angina, tonturas, confusão ou síncope mesmo na ausência de hemorragia visível. [10] A presença de hipotensão à apresentação no idoso com UP está associada a elevada mortalidade sendo que a ressuscitação precoce agressiva diminui a mortalidade [8]

A história médica passada, caracterização do estado de saúde, história familiar e psicossocial são ferramentas úteis na avaliação de doentes que se apresentam com sintomatologia sugestiva de HGIA [10]. A anamnese deve incidir na história prévia de hemorragia gastrointestinal já que, até 60% das HGIA surgem a partir de lesões que já sangraram. [18] Durante a anamnese, os pacientes devem ser questionados sobre fatores de risco e antecedentes que direcionem o diagnóstico etiológico. [9] A presença de dor torácica, dispneia e fadiga aumentam a suspeição de anemia. A dor epigástrica que alivia com a alimentação, a história prévia de úlcera ou a toma frequente de AINEs são fatores sugestivos de úlcera gástrica. [10] A úlcera duodenal tipicamente causa dor que inicialmente é aliviada com a alimentação e recorre 1 a 2h pós-prandial. [18] Pacientes com história ou sintomas suspeitos de doença hepática ou com história de alcoolismo devem levantar a suspeita de hemorragia por hipertensão portal. [10] Regurgitação e disfagia sugerem doença do refluxo gastroesofágico. Isquemia mesentérica frequentemente apresenta-se com hemorragia gastrointestinal autolimitada associada a dor abdominal severa. Sintomas constitucionais sugerem etiologia neoplásica. A alteração do calibre das fezes sugere causas de estenose cólica como neoplasia do colon. [9, 10, 18] Outros fatores relevantes da anamnese são a história de cirurgia abdominal prévia, doença hepática, doença vascular, infeção por HIV, radioterapia prévia e doença inflamatória intestinal. A medicação habitual, em particular a utilização de AINEs, glucocorticoides, agentes

anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, deve ser questionada. A história familiar de neoplasia do aparelho gastrointestinal e a avaliação do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco são úteis na abordagem do doente visto que tanto o álcool como o tabaco estão associados a neoplasias malignas do aparelho digestivo [10].

A determinação da frequência cardíaca e da tensão arterial é o melhor método na avaliação inicial de um doente que se apresente com hemorragia digestiva para avaliação do estado hemodinâmico do paciente. [10, 15] Deve incluir a avaliação do aspeto do doente, do estado mental, das conjuntivas e da pele. A *Acantose nigricans* sugere neoplasia, especialmente neoplasia gástrica. A doença hepática crónica tem como principais sinais aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, esplenomegalia, cabeça de medula e contratura de *Dupuytren*. Um exame abdominal completo é de extrema importância. Deve-se verificar a presença de cicatrizes e de massas ou dor à palpação. Quando a hemorragia tem origem mais proximal no aparelho digestivo pode ter uma ação irritativa sobre a mucosa gastrointestinal estimulando a peristalse que se reflete pela frequência aumentada dos ruídos hidroaéreos. [9] Dor abdominal intensa, defesa e dor à descompressão devem levantar a suspeita de perfuração.

Abordagem da Hemorragia Gastrointestinal Alta

A avaliação precisa do doente e o tratamento precoce antes da endoscopia digestiva alta são fatores críticos para a diminuição da morbilidade e mortalidade. [18]

Independentemente da etiologia da HGIA, a imediata avaliação clínica e estabilização hemodinâmica são fundamentais no prognóstico destes doentes. [20, 21] A prioridade inicial consiste em assegurar a via aérea, a respiração e a circulação já que o choque hemodinâmico está associado a aumento da mortalidade. Outras medidas importantes na abordagem do doente são a restauração do volume circulatório com fluidos, transfusão, caso haja indicação, e a correção de coagulopatias. [22]. A intensidade das medidas de ressuscitação é proporcional à severidade da hemorragia. [20]

São indicações para tratamento agressivo a idade avançada, a presença de comorbilidades múltiplas e apresentação com instabilidade hemodinâmica. [21]

Sonda Nasogástrica

A utilização de sonda nasogástrica nos doentes com HGIA é controversa. Alguns autores atribuem valor prognóstico para identificação de lesões de alto risco e utilidade na lavagem do trato gastrointestinal facilitando a visualização endoscópica. [22] Outros autores consideram o aspirado nasogástrico um dado importante da abordagem do doente, referindo que se este apresentar sangue vivo o doente tem indicação para endoscopia urgente e se apresentar um

aspecto de borra de café o doente tem indicação para endoscopia em 24h. No entanto, um aspirado normal não exclui HGIA. [21]

Estratificação do risco

A estratificação do risco é mandatória dado que permite uma padronização da gestão clínica de acordo com a gravidade da doença e também uma melhor gestão de recursos: por exemplo, alta precoce *versus* endoscopia urgente. É um processo dinâmico no decurso da evolução clínica do doente e deve ser realizado na apresentação clínica, durante e após a endoscopia. [20, 21] Os *scores* de risco validados mais aceites pela comunidade científica são o *score* de Rockall e o *score* de Blatchford. [23]

Tabela 2 Score de Blatchford

Variáveis	Pontos	Variáveis	Pontos
Tensão arterial sistólica (mmHg)		Hemoglobina (mulher; g/dL)	
100-109	1	10.0-11.9	1
90-99	2	<10	2
<90	3	Outras variáveis	
Ureia (mmol/L)		Pulso > 100	1
6.5-7.9	2	Melenas à apresentação	1
8.0-9.9	3	Doença hepática	2
10.0-24.9	4	Insuficiência cardíaca	2
>25	6		
Hemoglobina (homem; g/dL)			
12.0-12.9	1		
10.0-11.9	3		
<10.0	6		

O score de Blatchford baseia-se em fatores clínicos e laboratoriais e prevê a necessidade de tratamento, seja ele transfusional, endoscópico ou cirúrgico. A pontuação final varia de 0 a 23 sendo que a maioria dos pacientes com score superior a 6 necessita de intervenção. [21, 24]

O score de Rockall é o mais utilizado mundialmente e proporciona estimativas do risco de recidiva hemorrágica e morte. Deve ser sistematicamente realizado na primeira abordagem de um doente com HGIA. O score de Rockall inicial (pré-endoscópico) é derivado da idade (0 a 2 pontos), choque (0 a 2 pontos) e comorbilidades (0 a 3 pontos). Pacientes com score inicial superior a 0 têm indicação para realizar endoscopia. O score de Rockall completo inclui as variáveis do score inicial e o diagnóstico endoscópico (0 a 2 pontos) e estigmas endoscópicos de hemorragia (0 a 2 pontos). A pontuação final varia de 0 a 11 pontos sendo que quando é inferior a 2 pontos está associada a um excelente prognóstico. [22, 24, 21, 20]

Tabela 3 Score de Rockall. FC: frequência cardíaca; TAS: tensão arterial sistólica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva

Variável	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	
<i>Idade (anos)</i>	<60	60- 79	>80	-	Score inicial (pré-endoscópico)
<i>Choque</i>	Ausente	FC >100 bpm TAS >100 mmHg	TAS <100 mmHg	-	
<i>Comorbilidades</i>	Nenhuma	-	ICC, cardiopatia isquêmica, morbidade <i>major</i>	Insuficiência renal, insuficiência hepática, cancro metastático	
<i>Diagnóstico</i>	Mallory-Weiss	Qualquer outro diagnóstico	Neoplasia gastrointestinal	-	Score completo
<i>Evidência de hemorragia</i>	Nenhuma	-	Sangue, coágulo aderente, hemorragia ativa	-	

Tabela 4 Percentagem de recidiva hemorrágica e mortalidade conforme a pontuação do score de Rockall [7]

Risco	Pontuação	Recidiva Hemorrágica	Mortalidade
Baixo	<2 pontos	4,3%	0,1%
Intermédio	3 a 4 pontos	14%	4,6%
Alto	5 a 11 pontos	37%	22%

Hemorragia Não-varicosa

As características das úlceras à endoscopia têm valor prognóstico. As características que aumentam o risco de recidiva e mortalidade são o tamanho (superior a 2cm), localização (pequena curvatura e parede posterior do duodeno) e estigmas de alto risco. Idosos com úlceras superiores a 2 cm de diâmetro apresentam alto risco de recidiva e morte. [8] Os estigmas endoscópicos são classificados de acordo com a classificação de Forrest. As classes IA, IB, IIA e IIB representam lesões de alto risco e as classes IIC e III representam lesões de baixo risco.

Tabela 5 Classificação de Forrest

Classificação de Forrest			Achados Endoscópicos	Risco de Recidiva Hemorrágica
Hemorragia Ativa	I	Ia	Hemorragia em jato	80 – 90%
		Ib	“Hemorragia em toalha”	10 – 30 %
Hemorragia Recente	II	IIa	Vaso visível	50 – 60%
		IIb	Coágulo aderente	25 – 35%
		IIc	Pigmento hemossidérico	0 – 8%
Sem sinais de hemorragia	III		Úlcera com base limpa	0 – 12%

A presença de ácido clorídrico e pepsina no líquido gástrico afeta o processo de resolução de úlceras e outras lesões não varicosas. [21] A manutenção do pH gástrico superior a 6 otimiza a agregação plaquetária e a formação de coágulos. [22, 21] A administração pré-endoscópica de IBPs por via endovenosa está recomendada para todos os doentes com suspeita de hemorragia por úlcera. Está recomendada a administração de um bólus de 80mg endovenoso seguido de perfusão contínua de 8mg/hora. [20] Os IBPs diminuem a taxa de recidiva hemorrágica por úlcera péptica, a necessidade de transfusões, a necessidade de cirurgia e a duração da hospitalização. Contudo, não demonstraram reduzir a mortalidade. Após a endoscopia o doente deve manter a terapêutica com IBPs. Caso a endoscopia não apresente estigmas de hemorragia recente deve manter 40mg/dia. Se apresentar estigmas de hemorragia recente deve realizar infusão de IBP 8mg/h durante 48 a 72h e continuar com IBP por via oral, 40mg/dia. [20]

Os análogos da somatostatina (Octreotido) diminuem o fluxo sanguíneo esplâncnico e a secreção de ácido gástrico e pepsina e estimulam a produção de muco. [21] No tratamento de hemorragia de causa não varicosa este fármaco atualmente não tem indicação no tratamento de rotina. [22, 24] No entanto, pode ser útil em pacientes com hemorragias incontroláveis enquanto aguardam por endoscopia ou cirurgia. [22]

Os agentes procinéticos, como a eritromicina e a metoclopramida, podem induzir o esvaziamento gástrico e, teoricamente, melhorar as condições de visualização da mucosa durante a endoscopia. O tratamento deve ser considerado quando se prevê a presença de sangue no estômago no contexto de endoscopia precoce. [22]

O papel da erradicação do *Helicobacter pylori* na redução da recorrência da hemorragia está bem documentado. Assim, em pacientes com hemorragia de causa ulcerosa é necessário avaliar a presença deste agente e, caso presente, proceder à sua erradicação. [24, 23]

A endoscopia digestiva alta deve ser realizada após estabilização hemodinâmica, preferencialmente, nas primeiras 24h. No idoso, é considerada boa prática clínica a suplementação de oxigénio durante a endoscopia. A terapêutica endoscópica parece ser bem tolerada no idoso. A injeção de adrenalina, termocoagulação, *clips* hemostáticos ou uma combinação destes em pacientes com hemorragia ativa ou vaso visível diminui as taxas de recidiva. [14, 25]

Hemorragia varicosa

A hospitalização é mandatória na hemorragia digestiva varicosa em doentes cirróticos. [20] O desenlace dos pacientes está diretamente relacionado com a severidade da doença hepática de base. A severidade da doença hepática crónica pode ser estratificada de acordo com a classificação de Child-Pugh. [21] Os dados disponíveis sugerem que a mortalidade após

hemorragia varicosa se correlaciona com a classificação de Child-Pugh mas não com a idade. [8]

Tabela 6 Classificação de Child-Pugh

	Score		
	1	2	3
<i>Encefalopatia</i>	Ausente	Grau 1 a 2	Grau 3 a 4
<i>Ascite</i>	Ausente	Leve a moderada	Tensa
<i>Bilirrubina (mg/dL)</i>	≤ 2	2,1 a 3	$\geq 3,1$
<i>Albumina (g/L)</i>	≥ 35	34 – 51	> 51
<i>Tempo de protrombina (segundos)</i> <i>Ou</i> <i>Índice internacional normalizado</i>	< 4 $< 1,3$	4 – 6 1,3 – 1,5	> 6 $> 1,5$

Tabela 7 Classificação de Child-Pugh

Pontos	Classe Child-Pugh
5 - 6	A
7 - 9	B
10 - 15	C

Em doentes com história conhecida de cirrose hepática, hipertensão portal ou na suspeita de doença hepática crónica, deve iniciar-se a terapêutica com um fármaco vasoativo como os análogos da somatostatina, a somatostatina ou a terlipressina. [20] A terlipressina, um análogo da vasopressina, é o fármaco de primeira linha. Deve ser administrado um bólus de 1 a 2mg de 4 em 4 horas. Está contraindicada em doentes com história de cardiopatia isquémica, acidente

vascular cerebral, doença vascular periférica e arritmias cardíacas. [20] Após o tratamento endoscópico o doente deve manter a terlipressina por 2 a 5 dias. [20] Os análogos da somatostatina diminuem a hipertensão portal reduzindo assim a taxa de recorrência hemorrágica. Alguns autores recomendam a sua utilização previamente e até 5 dias após a endoscopia. [21]. No entanto, outros autores referem que estes fármacos não têm indicação previamente à endoscopia. [24] Idosos sob tratamento com estes fármacos devem ser monitorizados para o surgimento de efeitos secundários como bradicardia com a terlipressina e vasoconstrição periférica com o octreotido. [8]

Os antibióticos são instituídos profilaticamente para reduzir o risco de infeção e morte estando recomendados para os todos os doentes com doença hepática crónica que se apresentam com HGIA. [24, 21] O esquema recomendado consiste em norfloxacin 400mg de 12/12h *per os* durante 7 dias. Caso não seja possível a administração por via oral, a ciprofloxacina (200mg de 12/12h) ou o ceftriaxone (1gr/dia) por via endovenosa estão recomendados. [20]

O tratamento destes pacientes depende da severidade do quadro clínico e da localização das varizes. Nos doentes com cirrose hepática, sem qualquer terapêutica instituída, que sangram pela primeira vez, a combinação de β -bloqueadores com laqueação elástica aparenta constituir a melhor opção terapêutica. [20] A combinação do tratamento endoscópico e farmacológico apresenta melhores resultados na redução do risco de recorrência da hemorragia que o tratamento endoscópico isolado. [21] A terapêutica endoscópica isolada reserva-se para cirróticos em que a terapêutica com β -bloqueadores está contra indicada. [20]

O *shunt* portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS) está indicado nos doentes com hemorragia varicosa recorrente e refratária ao tratamento médico e endoscópico. Os doentes com hipertensão portal submetidos a TIPS têm o dobro do risco de desenvolver encefalopatia do que aqueles não submetidos a este tratamento. [21, 23] O tamponamento por balão está recomendado como terapia de salvação para hemorragias varicosas não controladas. [24]

Os pilares da prevenção primária e secundária da hemorragia de causa varicosa são os β -bloqueadores não seletivos como o nadolol e o propranolol. Vários estudos demonstraram que estes fármacos diminuem as taxas de recidiva hemorrágica e de mortalidade. [21] O idoso sob esta terapêutica deve ser vigiado para deteção de efeitos adversos como hipotensão ortostática, fadiga e distúrbios afetivos. [8] Os doentes devem iniciar a terapêutica com β -bloqueadores no internamento. [20]

Hemorragia Gastrointestinal Baixa

A incidência de HGIB é inferior à da HGIA mas, semelhante a esta, aumenta com a idade. A idade média ao diagnóstico varia entre 63 e 77 anos. No idoso, a HGIB está associada internamentos mais prolongados [8].

Frequentemente é autolimitada e está associada a taxas de morbilidade inferiores às da HGIA [10]. Alguns estudos apontam para taxas de mortalidade de 3,5% com taxas de mortalidade intra-hospitalar inferiores a 5. [9, 26] Sobre a taxa de admissão hospitalar alguns autores referem que é superior à da HGIA em mais de 20% [15] enquanto outros referem que é inferior [9].

Os fatores preditores de risco independentes para mortalidade intra-hospitalar são a idade superior a 70 anos, a isquemia intestinal, duas ou mais comorbilidades associadas, nova hemorragia por etiologia não correlacionada durante a hospitalização, a coagulopatia, a hipovolémia, a transfusão e o sexo masculino. [16]

Etiologia

Tabela 8 Causas de Hemorragia Gastrointestinal Baixa no Idoso [8]

Etiologia	Artigo	
	Kaplan et al. (% de pacientes)	Rios et al. (% de pacientes)
<i>Hemorragia Diverticular</i>	23	42
<i>Angiodisplasia</i>	7	16
<i>Hemorróidas</i>	ND	9
<i>Neoplasia</i>	12	7
<i>Doença Inflamatória Intestinal</i>	14	ND
<i>Etiologia Indeterminada</i>	41	19

A diverticulose é a causa de HGIB mais frequente tanto no idoso como na população geral. [8, 10] Estima-se que esta condição afete até dois terços da população com mais de 80

anos. Normalmente manifesta-se na forma de hematoquézias de início súbito sem queixas álgicas. [8]. Em 60 a 80% dos casos de HGIB a hemorragia tem origem no cólon ou recto. [27]

A colite isquémica resulta em HGIB por lesão da mucosa com descamação. A incidência aumenta com a idade. Fatores de risco incluem hipertensão arterial, doença renal crónica dependente de diálise, desidratação, que pode originar episódios de hipoperfusão cólica transitória, doença de pequenos vasos, e a utilização de diuréticos e agentes vasoativos. Geralmente apresenta-se com dor abdominal em cólica. A hemorragia raramente é clinicamente significativa e, por isso, esta entidade está associada a taxas de recuperação elevadas. No entanto, a taxa de mortalidade tende a aumentar com a idade e com a presença de doença cardiovascular ou cerebrovascular. [8].

As angiectasias são uma causa frequente de hemorragia no idoso [8]. Podem ser causa de HGIB aguda ou crónica [10]. Os indivíduos afetados podem apresentar sangue oculto nas fezes ou, raramente, hemorragia maciça. [8]. Pacientes que estejam medicados com AINEs, antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes podem apresentar coagulopatia ou disfunção plaquetária sendo por isso mais propensos a apresentar-se com HGIB por angiectasias. [10]

A patologia hemorroidária é frequentemente encontrada nos idosos. A hemorragia tende a ser intermitente e apresenta-se como fezes recobertas por sangue, “pingas” na sanita ou no papel higiénico após defecação. Ocasionalmente, pode surgir hemorragia maciça. Está associada a baixo risco de mortalidade [9, 16]

As neoplasias cólicas geralmente causam hemorragias mínimas detetáveis pela presença de sangue oculto nas fezes. No entanto, podem manifestar-se por hemorragia maciça. [8]

Apresentação Clínica e Avaliação Inicial

A maioria dos doentes apresenta-se com hematoquézias, sem dor e com diminuição do valor de hematócrito. Hematoquézias severas e indolores têm origem no trato gastrointestinal superior em 15% dos casos. [9] Apenas 20 a 30% das HGIB se apresentam como melenas. [10]

O diagnóstico etiológico da HGIB pode ser desafiador dado que esta pode ser intermitente e, apesar de mais frequentemente ter origem no colon ou região anorectal, pode ter origem no intestino delgado, o que torna a sua avaliação mais complexa. [10]

Tabela 9 Severidade HGIB [27]

Severidade
Tensão arterial sistólica < 100mmHg
Pulso > 100/minuto
Hemoglobina < 10g/dL
Necessidade de ≥ 6 unidades de GR
Presença de comorbilidades
Uso de anticoagulantes

A avaliação inicial de pacientes com HGIB é semelhante à dos pacientes que se apresentam com HGIA. [9] No caso da HGIB, a anamnese deve ter em conta a natureza e duração da hemorragia, a cor e frequência das dejeções, alterações recentes nos hábitos intestinais, urgência, tenesmo e perda de peso. [28] Perante uma história de hematoquézias severas, de instalação súbita, não associadas a dor e muitas vezes com compromisso hemodinâmico à admissão deve-se suspeitar de hemorragia diverticular, principalmente se o doente apresentar antecedentes de diverticulose. Colite isquêmica deve ser considerada nos pacientes que se apresentem com hematoquézias de início súbito associadas a dor ou desconforto abdominal. História de polipectomia recente sugere hemorragia pós-polipectomia. [8, 9] O exame físico deve obrigatoriamente incluir toque rectal com inspeção por fissuras anais, hemorróidas, tumefações e avaliação das características das fezes é também imprescindível apesar de a sua descrição ser muito subjetiva e variar entre doentes e médicos. [9, 27]

Cerca de 80 a 85% dos casos de HGIB cessam espontaneamente sem tratamento específico, permitindo um diagnóstico e tratamento não urgentes. [9, 24] A abordagem da HGIB depende da gravidade da hemorragia e da disponibilidade dos meios diagnósticos e terapêuticos. Não existe consenso na determinação da severidade da HGIB mas esta deve ser determinada de acordo com alterações hemodinâmicas, achados laboratoriais e comorbilidades associadas [27].

Abordagem da Hemorragia Gastrointestinal Baixa

A abordagem inicial do doente inclui a estabilização hemodinâmica do paciente com transfusão, se necessário, e correção de distúrbios da coagulação que possam estar presentes

[27]. Geralmente as HGIB são menos severas que as HGIA e não requerem transfusão. [9, 24] Se a apresentação inicial for hematoquécias, a HGIA deve ser excluída. A colocação de uma sonda nasogástrica não só auxilia o diagnóstico diferencial como pode ser utilizada posteriormente para preparação intestinal urgente para colonoscopia. Se o aspirado demonstrar bile e for negativo para sangue, a probabilidade de a hemorragia ter origem proximal ao ligamento de Treitz é baixa. [8, 22, 28] Alguns estudos recomendam que a endoscopia digestiva alta seja realizada em todos os doentes com qualquer tipo de hemorragia gastrointestinal à apresentação. [27]

Os pacientes devem ser submetidos a avaliação inicial com colonoscopia após preparação intestinal. [9, 23] A colonoscopia é de extrema importância pela sua capacidade diagnóstica e terapêutica. Com a localização da fonte de hemorragia a maioria dos casos pode ser tratada por colonoscopia ou radiologia de intervenção. É possível realizar anúscopia ou sigmoidoscopia flexível sem preparação intestinal prévia ou com recurso a enema. A anúscopia é particularmente útil em pacientes com hemorragia ativa por hemorróidas internas dado que permite o tratamento imediato através de laqueação elástica. [9] A angiografia deve ser reservada para os pacientes que se apresentem com hemorragia maciça ou ativa se a endoscopia não puder ser realizada e em casos de hemorragia recorrente ou persistente e cujo estudo por colonoscopia não foi conclusivo [28]. Em pacientes com HGIB maciça a hemostase por via colonoscópica é um meio efetivo de controlar a hemorragia ativa de origem diverticular ou pós-polipectomia. Caso não seja possível, a embolização transarterial por via angiográfica está recomendada. Ressecção intestinal segmentar ou colectomia subtotal estão indicadas no tratamento da hemorragia que não foi possível controlar por outras técnicas. [24] No entanto, estes procedimentos raramente são necessários. Dado que na maioria dos casos são autolimitados ou resolvem com terapia médica e/ou endoscópica [9]. Cirurgia de “salvação”, sem que o localização da fonte da hemorragia, é extremamente rara e deve ser evitada. [27]

Nos casos de HGIB em que a origem não é identificada, o estudo do intestino delgado pode ser necessário [28]. Este estudo pode ser efetuado por enteroscopia por cápsula e/ou enteroscopia assistida. A enteroscopia por cápsula é o exame de escolha e a enteroscopia assistida apresenta-se como um complemento sendo mais utilizada no tratamento localizado de lesões identificadas por enteroscopia por cápsula. [27, 23]

Panorama do Centro Hospitalar do Porto

Para avaliação desta temática no Centro Hospitalar do Porto (CHP) recolheram-se os dados de todos os doentes admitidos nesta instituição nos anos 2012, 2013 e 2014 com o diagnóstico de hemorragia digestiva. Para efeitos de extração de dados a partir dos sistemas de informação, a população inicial de doentes extraiu-se seguindo as seguintes regras: data de nascimento à admissão igual ou superior a 18 anos, data de alta entre 01-01-2012 e 31-12-2014 e código de diagnóstico principal de acordo com a tabela no anexo I.

Contabilizaram-se um total de 539 doentes. Destes, 64,56% ($n=348$) tinha idade igual ou superior a 65 anos e 35,44% ($n=191$) apresentava menos de 65 anos de idade. 63,27% ($n=341$) eram do sexo masculino e 37,73% ($n=198$) do sexo feminino.

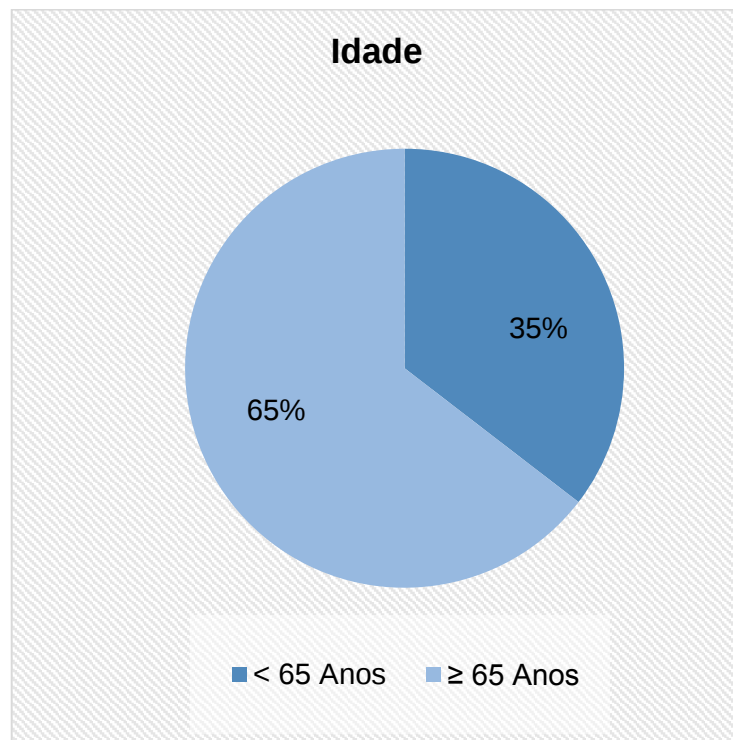


Figura 3 Distribuição dos doentes por grupo etário

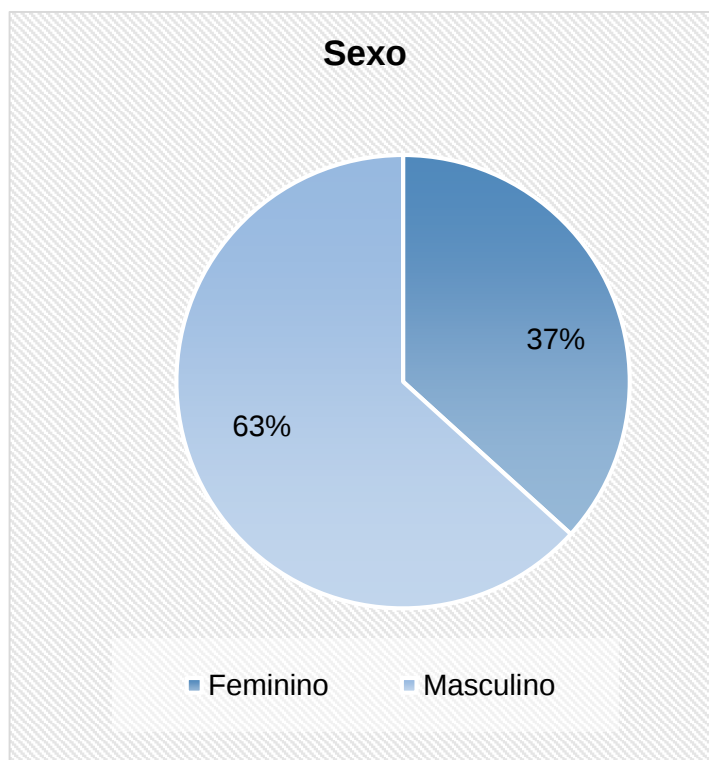


Figura 4 Distribuição dos doentes por sexo

A tabela 10 apresenta a relação entre destino após a alta e a média de dias de internamento para os pacientes admitidos no período em estudo, tendo em conta a idade. A média global dos dias de internamento foi de 7,91 dias sendo que na população com menos de 65 anos foi de 7,46 dias e nos pacientes com 65 ou mais anos foi de 8,16 dias.

A taxa de mortalidade global foi de 4,08%. A taxa de mortalidade nos doentes com menos de 65 anos foi de 4,71% e 3,74% nos doentes com idade igual ou superior a 65 anos.

Tabela 10 Relação entre o destino após a alta, a idade e a média de dias de internamento

Destino Após a Alta	Idade				Total	
	< 65 Anos		≥ 65 Anos			
	n (%)	Média de dias internamento	n (%)	Média de dias internamento	n (%)	Média de dias internamento
Atendimento posterior especializado – Terciário	2 (1%)	71,00	--	--	2 (0,4%)	71,00
Domicílio	140 (73,3%)	6,84	286 (82,2%)	8,83	426 (79,0%)	8,18
Falecido	9 (4,7%)	12,44	13 (3,7%)	12,00	22 (4,1%)	12,18
Saída contra parecer do médico	1 (0,5%)	2,00	--	--	1 (0,2%)	2,00
Transferência para outra Instituição com internamento	39 (20,4%)	5,41	49 (14,1%)	3,24	88 (16,3%)	4,20
Total	191 (100%)	7,46	348 (100%)	8,16	539 (100%)	7,91

Ou seja, a maioria dos doentes que foram admitidos no CHP com HGI têm mais de 65 anos e são do sexo masculino, tal como referido nos restantes estudos. [10] Como seria expectável, pelo maior número de comorbilidades associadas nesta população, a população com 65 ou mais anos, apresenta uma média de dias de internamento global superior à dos doentes com menos de 65 anos.

Em ambos os grupos etários o destino após a alta mais frequente é o domicílio, o que apoia o facto de a hemorragia gastrointestinal não estar frequentemente associada a resultados desfavoráveis.

Sendo o CHP uma Urgência Regional de Gastroenterologia, uma percentagem dos doentes avaliados foram admitidos no serviço com propósitos terapêuticos, permanecendo por um período de tempo inferior ao que seria necessário. De facto, a percentagem elevada de transferências para outras instituições com internamento corrobora este facto e justifica as médias de internamento mais baixas nalguns casos.

A taxa de mortalidade está de acordo com os valores descritos na literatura. No entanto, ao contrário do descrito na bibliografia, a taxa de mortalidade foi superior na população com menos de 65 anos.

Conclui-se que, apesar da HGI ser uma patologia frequente nos idosos e destes serem responsáveis pelo maior número de casos no CHP, o seu manuseamento clínico parece ser eficaz e eficiente. Por outro lado, não parece condicionar um congestionamento nas enfermarias, dada a superioridade dos dias de internamento ser apenas de dois dias. Este facto pode ser facilmente explicado pela necessidade de estabilização das comorbilidades associadas. Importa ressaltar que o número de casos com necessidade de acompanhamento especializado pós-alta não é significativo no geral mas pode constituir um fator de estrangulamento pontual.

Este contexto particular da HGI parece ainda não refletir as mudanças que se verificam na estrutura e no contexto das problemáticas associadas ao processo de saúde-doença. No entanto, urge refletir se as mais variadas dimensões, psicológicas, sociais, económicas e culturais, passíveis de proporcionar um leque de respostas adequadas às reais necessidades das pessoas idosas e de suas famílias quando orientados para o domicílio, foram rigorosamente equacionadas.

Desenvolvimentos Futuros

A população idosa apresenta, na sua maioria, situações de dependência que acarretam encargos consideráveis para qualquer família. O impacto funcional aumenta com o envelhecimento afetando adversamente a capacidade de o indivíduo se manter autónomo. No entanto, é possível o idoso manter-se saudável e independente até idades avançadas e continuar a contribuir para a comunidade e para a sua família. Consequentemente, quanto mais tempo o idoso se mantiver autónomo, menores serão os custos a longo prazo para as famílias e para a sociedade. Sabe-se ainda que a educação da população é fundamental para que os indivíduos se consciencializem da sua saúde e possam ser armados das informações essenciais para que sejam os principais mediadores do seu bem-estar. O nível de escolaridade na população idosa portuguesa é baixo sendo esta uma condição que influencia a incidência da patologia em estudo, bem como o seu tratamento e seguimento pós-hospitalar. De forma semelhante, o nível socioeconómico é um fator determinante na saúde da população. A população idosa, como vimos anteriormente, apresenta na sua maioria reformas inferiores ao salário mínimo nacional o que condiciona de sobremaneira a sua saúde. Assim, a diminuição da incidência dos problemas de saúde e das incapacidades graves resultantes é um dos princípios chave para a manutenção da saúde e redução dos custos. Adicionalmente, a modificação das infraestruturas nacionais para esta problemática, assim como o desenvolvimento de políticas que assegurem a segurança financeira e que garantam a disponibilidade dos cuidados de saúde e assistência social necessários, são aspetos fundamentais.

Com o fenómeno da globalização e a transição das famílias para as grandes cidades são cada vez mais escassas as condições que estas apresentam para cuidar dos mais velhos. Este facto aliado à diminuição do número de filhos leva a que cada vez mais os idosos vivam sozinhos, na companhia de outros idosos ou sejam institucionalizados. Assim, com a diminuição do suporte familiar, são necessárias novas ferramentas para garantir o bem-estar de um número de idoso cada vez maior.

A Fundação Calouste Gulbenkian, num relatório publicado em 2014, propõe a transição do sistema atual de saúde, centrado no hospital e na doença, para um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde em que os cidadãos sejam parceiros e parte ativa dos cuidados de saúde. Este relatório identificou 7 pontos-chave necessários para atingir esta meta. Estes passam por um novo pacto para a saúde com sistemas de aprendizagem contínua e implementação de melhorias, uma maior participação dos cidadãos e de todos sectores da sociedade, a procura contínua da melhoria da qualidade, um sistema de saúde centrado nas pessoas e baseado em equipas que preste cuidados integrados a todos os indivíduos, liderança reforçada a todos os níveis e sustentabilidade financeira que só se alcançara com a redução das doenças crónicas e da morbilidade que lhes está associada. [5] Este novo modelo de saúde

permitiria um acompanhamento integrado dos idosos e um maior envolvimento destes na sua saúde, com foco na promoção dessa.

Uma maior sensibilidade para esta temática é fundamental. Constituiu um dever de todos nós, enquanto profissionais de saúde e cidadãos, congregar esforços para a construção e implementação de estratégias de proximidade, que permitam prestar cuidados de qualidade aos idosos, independentemente do local em que estes se encontrem.

Conclusão

Esta revisão teve como principal objetivo o estudo da HGI e a análise dos fatores de evolução demográfica nesta.

Acerca da HGI, verificou-se que esta é mais frequente no idoso e no sexo masculino, sendo que a HGIA tem uma incidência mais elevada que a HGIB. A utilização de fármacos como anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), antiagregantes plaquetários e anticoagulantes aumenta de forma importante o seu risco. A causa mais comum de HGIA é a úlcera péptica. Em qualquer etiologia, a estabilização hemodinâmica é prioritária e a anamnese e exame físico completos são essenciais. A endoscopia digestiva alta permite o diagnóstico, tratamento de várias etiologias e ainda possibilita estimar o risco de recorrência de hemorragia em doentes com úlcera péptica. A causa mais comum de HGIB é a hemorragia diverticular. Tal como na HGIA, a abordagem e avaliação inicial do doente passam pela sua estabilização e realização da anamnese e exame físico. A colonoscopia é o exame de primeira linha dado que possibilita o diagnóstico e tratamento. A angiografia e cintigrafia nuclear são opções caso a colonoscopia seja inconclusiva. Caso haja suspeita que a fonte da hemorragia é o intestino delgado, a enteroscopia por cápsula é o exame de eleição.

Em relação à população em estudo, os idosos, conclui-se que esta apresenta uma elevada taxa de incapacidade e dificuldade na realização das atividades básicas, que a maioria destes vivem sozinhos ou na companhia de outros idosos, apresentam baixos níveis de escolaridade e pensões inferiores ao salário mínimo nacional. Todos estes fatores contribuem para que esta seja uma população necessitada e com particularidades especiais que devem ser tidas em conta. Com o envelhecimento aumentam a morbilidade e a vulnerabilidade acrescida para determinadas patologias, como a HGI.

Portanto, com o progressivo desequilíbrio na estrutura etária da população portuguesa que se encontra cada vez mais envelhecida absorvendo uma grande fatia dos gastos em saúde do estado português, surge a necessidade de modificar as infraestruturas nacionais para esta situação, como o desenvolvimento de políticas que assegurem a segurança financeira e que garantam a disponibilidade dos cuidados de saúde e assistência social necessários. Uma maior atenção nesta temática permite prestar cuidados em saúde que primam pela qualidade e eficiência.

Referências Bibliográficas

- [1] Instituto Nacional de Estatística, I.P., “Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal,” Lisboa, 2012.
- [2] National Institute on Aging (NIA), “Global Health and Aging,” National Institutes of Health, 2011.
- [3] N. Crisp, Interviewee, *Falta de saúde dos idosos portugueses surpreende perito britânico*. [Entrevista]. 22 09 2014.
- [4] Instituto Nacional de Estatística, I.P., “Saúde e Incapacidades em Portugal 2011,” Lisboa, 2012.
- [5] Fundação Calouste Gulbenkian, “Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar,” Lisboa, 2014.
- [6] PORDATA, “População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%) - Portugal,” 30 Março 2015. [Online]. Available: [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266).
- [7] PORDATA, “Pensionistas de invalidez e velhice do regime geral da Segurança Social com pensões inferiores ao salário mínimo nacional em Portugal,” 29 04 2014. [Online]. Available: [https://www.pordata.pt/Portugal/Pensionistas+de+invalidez+e+velhice+do+regime+geral+da+Seguran%C3%A7a+Social+com+pens%C3%B5es+inferiores+ao+sal%C3%A1rio+m%C3%ADnimo+nacional+\(percentagem\)-2007](https://www.pordata.pt/Portugal/Pensionistas+de+invalidez+e+velhice+do+regime+geral+da+Seguran%C3%A7a+Social+com+pens%C3%B5es+inferiores+ao+sal%C3%A1rio+m%C3%ADnimo+nacional+(percentagem)-2007).
- [8] P. Yachimski e L. Friedman, “Gastrointestinal Bleeding in the Elderly,” *Nature Clinical Practice*, pp. 80-93, 2008.
- [9] M. Feldman, L. S. Friedman e L. J. Brandt, *Sleisenger and Fordtran’s Gastrointestinal and Liver Disease : Pathophysiology/Diagnosis/Management*, Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2010.
- [10] R. Kumar e A. Mills, “Gastrintestinal Bleeding,” *Emergency Medicine Clinics of North America*, pp. 239-252, 2011.
- [11] C. Sostres e A. Lanas, “Epidemiology and Demographics of Upper Gastrointestinal Bleeding: Prevalence, Incidence, and Mortality,” *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, pp. 567-581, Outubro 2011.
- [12] R. Kaplan, S. Heckbert, T. Koepsell, C. Furberg, J. Polak, R. Schoen e B. Psaty, “Risk Factors for Hospitalized Gastrointestinal Bleeding Among Older Persons,” *Journal of the American Geriatrics Society*, pp. 126-133, 2001.

- [13] M. van Leerdam, "Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding," *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, pp. 209-224, 2008.
- [14] C. J. Gostout, "Gastrointestinal Bleeding in the Elderly Patient," *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 95, nº 3, pp. 590-595, 2000.
- [15] D. Longo, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, J. Jameson e J. Loscalzo, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18 edition, McGraw-Hill Professional, 2011.
- [16] J. J. Farrel e L. S. Friedman, "Gastrointestinal bleeding in older people," *Gastroenterology Clinics of North America*, vol. 29, nº 1, pp. 1-36, Março 2000.
- [17] D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson e J. Loscalzo, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, Nova Iorque: McGraw Hill Education Medical, 2015.
- [18] M. S. Cappell e D. Friedel, "Initial Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: From Initial Evaluation up to Gastrointestinal Endoscopy," *The Medical Clinics Of North America*, pp. 491-509, 2008.
- [19] J. A. Gibson e R. D. Odze, "Pathology of Diseases that Cause Upper Gastrointestinal Tract Bleeding," *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, pp. 583-596, 2011.
- [20] I. Pedroto e F. Magro, "Gestão Clínica da Hemorragia Digestiva Alta. Normas Orientadoras Clínicas," Março 2010. [Online]. Available: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.arsnorte.min-saude.pt%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FARSNorte%2FConte%25C3%25BAdos%2FDocumentos%2FHemorragiaDigestiva.pdf&ei=cHleVb_PFsTuUvqdge.
- [21] M. Albeldawi, M. Qadeer e J. Vargo, "Managing acute upper GI bleeding, preventing recurrences," *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, vol. 77, nº 2, pp. 131-142, Fevereiro 2010.
- [22] V. Jairath e A. Barkun, "The overall Approach to the Management of Upper Gastrointestinal Bleeding," *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, pp. 657-670, 2011.
- [23] C. Weigel e C. T. Whelan, "Rational Diagnostic Testing with Gastrointestinal Bleeding," *Hospital Medicine Clinics*, pp. 353-369, 2012.
- [24] Scottish Intercollegiate Guidelines Network, "Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline.," Setembro 2008. [Online]. Available: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign105.pdf>.
- [25] J. Bingener e C. J. Gostout, "Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding," *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, nº 21, pp. 721-730, 2011.
- [26] T. Aoki, N. Nagata, R. Niikura, T. Shimbo e S. Tanaka, "Recurrence and Mortality Among Patients Hospitalized for Acute Lower Gastrointestinal Bleeding," *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2014.

- [27] Y. Marion, G. Lebreton, V. Le Pennec, E. Hourn, S. Viennot e A. Alves, "The Management of Lower Gastrointestinal Bleeding," *Journal of Visceral Surgery*, pp. 191-201, 2014.
- [28] G. Zuccaro, "Management of the Adult Patient With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding," *The American Journal of Gastroenterology*, pp. 1202-1208, Agosto 1998.
- [29] Administração Central do Sistema de Saúde, "RNCCI," [Online]. Available: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osecursosSa%C3%BAdede/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>. [Acesso em 3 Março 2015].
- [30] Administração Central do Sistema de Saúde, "Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2013," 2014.

Anexos

Anexo I – Códigos de Diagnóstico Principal

Código	Descrição
53021	Úlcera do esófago com hemorragia
5307	Síndrome da laceração e hemorragia gastroesofágica (Mallory-Weiss)
53082	Hemorragia do esófago
5310	Úlcera gástrica aguda com hemorragia
53100	Úlcera gástrica aguda com hemorragia, sem obstrução
53101	Úlcera gástrica aguda com hemorragia, com obstrução
5312	Úlcera gástrica aguda com hemorragia e perfuração
53120	Úlcera gástrica aguda com hemorragia e perfuração, sem obstrução
53121	Úlcera gástrica aguda com hemorragia e perfuração, com obstrução
5314	Úlcera gástrica crónica ou não especificada, com hemorragia
53140	Úlcera gástrica crónica ou não especificada, com hemorragia, sem obstrução
53141	Úlcera gástrica crónica ou não especificada, com hemorragia, com obstrução
5316	Úlcera gástrica crónica ou não especificada, com hemorragia e perfuração
53160	Úlcera gástrica crónica ou não especificada com hemorragia e perfuração sem obstrução.
53161	Úlcera gástrica crónica ou não especificada com hemorragia, perfuração e obstrução
5320	Úlcera duodenal aguda com hemorragia
53200	Úlcera duodenal aguda com hemorragia, sem obstrução
53201	Úlcera duodenal aguda com hemorragia, com obstrução
5322	Úlcera duodenal aguda com hemorragia e perfuração
53220	Úlcera duodenal aguda com hemorragia e perfuração, sem obstrução
53221	Úlcera duodenal aguda com hemorragia e perfuração, com obstrução
5324	Úlcera duodenal crónica ou não especificada, com hemorragia
53240	Úlcera duodenal crónica ou não especificada, com hemorragia, sem obstrução
53241	Úlcera duodenal crónica ou não especificada, com hemorragia e obstrução
5326	Úlcera duodenal crónica ou não especificada, com hemorragia e perfuração
53260	Úlcera duodenal crónica ou não especificada com hemorragia e perfuração, sem obstrução
53261	Úlcera duodenal crónica ou não especificada com hemorragia, perfuração e obstrução

5330	Úlcera péptica aguda com hemorragia
53300	Úlcera péptica aguda com hemorragia, sem menção de obstrução
53301	Úlcera péptica aguda com hemorragia e obstrução
5332	Úlcera péptica aguda com hemorragia e perfuração
53320	Úlcera péptica aguda com hemorragia e perfuração sem menção de obstrução
53321	Úlcera péptica aguda com hemorragia e perfuração com obstrução
5334	Úlcera péptica crónica ou não especificada, com hemorragia
53340	Úlcera péptica crónica ou não especificada com hemorragia sem obstrução
53341	Úlcera péptica crónica ou não especificada com hemorragia e obstrução
5336	Úlcera péptica crónica ou não especificada com hemorragia e perfuração
5340	Úlcera gastroduodenal aguda com hemorragia
53400	Úlcera gastroduodenal aguda com hemorragia sem menção de obstrução
53401	Úlcera gastroduodenal aguda com hemorragia com obstrução
5342	Úlcera gastroduodenal aguda com hemorragia e perfuração
53420	Úlcera gastroduodenal aguda com hemorragia e perfuração sem obstrução
53421	Úlcera gastroduodenal aguda com hemorragia e perfuração com obstrução
5344	Úlcera gastroduodenal crónica ou não especificada, com hemorragia
53440	Úlcera gastroduodenal crónica ou n/especificada, com hemorragia, sem obstrução
53441	Úlcera gastroduodenal crónica ou n/especificada, com hemorragia e obstrução.
5346	Úlcera gastroduodenal crónica ou não especificada, com hemorragia e perfuração
53460	Úlcera gastroduodenal crónica ou não especificada com hemorragia e perfuração sem obstrução
53461	Úlcera gastroduodenal crónica ou não especificada com hemorragia e perfuração com obstrução
5349	Úlcera gastroduodenal n/especificada como aguda ou crónica sem hemorragia ou perfuração
53501	Gastrite aguda, com hemorragia
53511	Gastrite atrófica, com hemorragia
53521	Hipertrofia da mucosa gástrica, com hemorragia
53531	Gastrite alcoólica, com hemorragia
53541	Gastrite especificada, n/cop, com hemorragia
53551	Gastrite e gastroduodenite não especificadas, com hemorragia
53561	Duodenite, com hemorragia
53571	Gastrite eosinofílica, com hemorragia
53783	Angiodisplasia do estômago e duodeno, com hemorragia

56202	Diverticulose do intestino delgado, com hemorragia
56203	Diverticulite do intestino delgado, com hemorragia
56212	Diverticulose do colon, com hemorragia
56213	Diverticulite do colon, com hemorragia
5693	Hemorragia do recto e do ânus
56985	Angiodisplasia do intestino, com hemorragia
578	Hemorragia gastrintestinal
5789	Hemorragia do trato gastrintestinal, não especificada
5780	Hematemese