



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Hemorragia Digestiva Alta em Idosos e não Idosos

**Tiago José Felizardo Pereira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gerontologia**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Márcia Soares de Melo Kirzner  
Coorientadora: Doutora Célia Maria Duarte Lemos Vicente

**Covilhã, outubro de 2012**



# Dedicatória

Dedico este trabalho, que simboliza o finalizar de mais um ciclo acadêmico na minha vida,  
aos meus pais, avó e em especial a “ti”.

Obrigado pela vossa paciência, pelo vosso incentivo, pela vossa amizade e por  
todos os ensinamentos de vida, pela responsabilidade que me transmitem e acima de tudo,  
por serem na realidade os meus melhores amigos.

Obrigado.....

“A idade não depende dos anos, mas sim do temperamento e da saúde; umas pessoas já  
nascem velhas, outras jamais envelhecem”

*Tyron Edwards*



# Agradecimentos

Dado por terminado este trabalho, impõe-se dedicar umas palavras de agradecimento a todos que, direta ou indirectamente, tornaram possível a realização do mesmo, uma vez que, uma obra desta natureza requer o envolvimento de diversas pessoas e não apenas o meu.

Em primeiro lugar, agradeço a todos os professores da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, por todo o conhecimento transmitido durante o Mestrado em Gerontologia.

Agradeço também à minha orientadora, a Professora Doutora Márcia Soares de Melo Kirzner e à minha coorientadora, a Doutora Célia Maria Duarte Lemos Vicente, por toda a disponibilidade, apoio e informação fornecidas. Foram fundamentais para a elaboração deste trabalho a sua espontaneidade e amizade, associadas a um elevado grau de compreensão, paciência e sabedoria.

A todos os funcionários, especialmente à assistente técnica Ana Filipa Mendes de Brito, da Unidade de Endoscopia Digestiva, do Centro Hospitalar Cova da Beira - Covilhã, pelo carinho e prontidão com que sempre atenderam os meus pedidos durante o processo análise dos processos clínicos individuais dos doentes.

Do mesmo modo, reconheço o apoio e a disponibilidade manifestada pelo Diretor do Serviço de Gastroenterologia, Doutor Carlos Manuel Casteleiro Alves, pela permissão dada para a aplicação do instrumento de colheita de dados, imprescindível à realização deste estudo.

À Doutora Rosa Saraiva, Bibliotecária do Centro Hospitalar Cova da Beira, pela sua disponibilidade demonstrada aquando da entrega do Protocolo de Investigação, de modo a que a autorização para a realização do estudo me fosse concedida e ainda, pela prontidão em me facultar alguns artigos científicos.

Ao Professor Miguel Freitas pela partilha dos seus conhecimentos em estatística, aquando do tratamento de dados.

Aos meus pais e avó, por todas as palavras de amizade, compreensão e carinho, que foram fundamentais para o término deste trabalho.

A todos os meus verdadeiros amigos, pelas vossas palavras de alento e incentivo.

A todos os que não foram expressamente mencionados, um simples e reconhecido bem-hajam.



## Resumo

A Hemorragia Digestiva Alta tem vindo apresentar um crescimento significativo em idosos, contribuindo com 35 a 45% dos casos de Hemorragia Digestiva Alta.

Foi realizado um estudo descritivo, observacional e transversal, com o objetivo de identificar quais as características epidemiológicas das Hemorragias Digestivas Altas em idosos e não idosos admitidos na Unidade de Endoscopia Digestiva do Centro Hospitalar Cova da Beira, na Região da Cova da Beira - Portugal, no período de 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2010.

Durante o período de estudo ocorreram 106 episódios de Hemorragia Digestiva Alta. Do número total de episódios, 70,8% ocorreram em idosos, com predomínio do sexo masculino e com uma idade média de 79,8 anos. A taxa de incidência da Hemorragia Digestiva Alta em idosos foi de 3,6 por 10 000 habitantes.

O diagnóstico endoscópico mais frequente em idosos e adultos foi a úlcera péptica gástrica e duodenal. A manifestação clínica mais frequente nos idosos foi as melenas enquanto, nos adultos foi as epigastralgias ( $p < 0,05$ ).

A mortalidade da Hemorragia Digestiva Alta em idosos foi de 13,3% sendo que, para o sexo masculino foi de 14,3% e para o sexo feminino de 11,5%. Para os adultos a mortalidade da Hemorragia Digestiva Alta foi de 16,1% sendo que, para o sexo masculino foi de 15,4%. Não se detetaram diferenças estatisticamente significativas entre a mortalidade e o tempo médio de hospitalização. Maioritariamente, os idosos estavam inseridos no intervalo de pontuação [3;7] do score de Rockall.

Com este trabalho pode concluir-se que a taxa de incidência da Hemorragia Digestiva Alta em idosos, residentes na Cova da Beira, no ano de 2010 foi de 3,6 por 10 000 habitantes sendo responsável por 70,8% de todos os casos de Hemorragia Digestiva Alta. A mortalidade da Hemorragia Digestiva Alta em idosos foi de 13,3% e nos adultos foi de 16,1%. O diagnóstico endoscópico mais frequente foi a úlcera péptica, gástrica e duodenal e a apresentação clínica mais frequente para os idosos foi as melenas e para os adultos as epigastralgias.

## Palavras-chave

Envelhecimento, Hemorragia Digestiva Alta em Idosos, Complicações Gastrointestinais, Etiologia e Fatores de Risco



## **Abstract**

In recent decades Upper Gastrointestinal Bleeding has presented a significant increase in the elderly, contributing 35 to 45% of upper gastrointestinal bleeding cases.

A descriptive, observational, cross-sectional study was carried out, aiming to identify the epidemiological characteristics of Upper Digestive Hemorrhage in the elderly and non elderly who were admitted to the Digestive Endoscopy Unit at Centro Hospitalar Cova da Beira at Cova da Beira region - Portugal, from 1 January 2010 to 31 December 2010.

During the study period there were 106 episodes of Upper Gastrointestinal Bleeding. Of the total number of episodes, 70.8% occurred in elderly, predominantly male, with an average age of 79.8 years. The incidence rate of Upper Gastrointestinal Bleeding in the elderly was 3.6 per 10 000 inhabitants.

The more frequent endoscopic diagnosis in elderly and adults was gastric and duodenal peptic ulcer. The most frequent clinical manifestation in the elderly was melaena, while in adults upper abdominal pain ( $p < 0.05$ ) was the most frequent.

The mortality of Upper Gastrointestinal bleeding in elderly patients was 13.3%, 14.3% for males and 11.5% for females. For adults the mortality of Upper Gastrointestinal Bleeding was 16.1% whereas for male it was 15.4%. There were no significant statistic differences between mortality and average length of hospital stay.

Mostly, elderly were entered into the score range [3, 7] of the Rockall score.

With this study one can conclude that the incidence rate of Upper Gastrointestinal Bleeding in elderly residents of Cova da Beira, in 2010 was 3.6 per 10 000 inhabitants, accounting for 70.8% of all cases of Upper Digestive Bleeding. The mortality of Upper Gastrointestinal Bleeding in elderly patients was 13.3% being 16% in adults. The most frequent endoscopic diagnosis was peptic, gastric and duodenal ulcer and the most common clinical presentation for elderly were melaena and upper abdominal pain in adults.

## **Keywords**

Aging, Upper Gastrointestinal Bleeding in the Elderly, Gastrointestinal Complications, Etiology and Risk Factors



# Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice Geral	xi
Lista de Figuras	xiv
Lista de Tabelas	xvi
Lista de Anexos	xix
Lista de Acrónimos	xxi
<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Envelhecimento</b>	<b>2</b>
1.1.1. Envelhecimento Demográfico	3
1.1.2. Envelhecimento Biológico	4
1.1.2.1. Alterações anátomo-fisiológicas do Esófago, Estômago e Duodeno e suas consequências	5
<b>1.2. Hemorragia Digestiva Alta em Idosos</b>	<b>8</b>
1.2.1. Epidemiologia	8
1.2.2. Etiologia e Fatores de Risco	9
1.2.3. Manifestações Clínicas	13
1.2.4. Fatores de Prognóstico e Estratificação do Risco de Hemorragia Digestiva Alta	13
1.2.5. Hemorragia Digestiva Alta, Motivo de Admissão Hospitalar	14
<b>2. Objetivos</b>	<b>17</b>
<b>3. Material e Métodos</b>	<b>18</b>
3.1. Tipo de Estudo	18
3.2. Fonte de Dados	18
3.3. População Alvo	18
3.4. Amostragem	18

3.4.1.	Critérios de Inclusão e Exclusão	18
3.5.	Instrumento de Colheita de Dados	19
3.6.	Variáveis Analisadas	19
3.7.	Tratamento de Dados	20
3.8.	Considerações Éticas	21
4.	Resultados	22
4.1.	Caracterização Demográfica	22
4.2.	Antecedentes/ Fatores de Risco	25
4.3.	Apresentação Clínica	29
4.4.	Diagnóstico Endoscópico e Outros Exames	30
4.5.	Evolução Clínica	32
5.	Discussão	36
6.	Conclusão	42
7.	Referências Bibliográficas	44
8.	Anexos	51



## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Distribuição por género dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>22</b>
<b>Figura 2.</b> Distribuição por género dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>24</b>
<b>Figura 3.</b> Distribuição por história de patologia gástrica anterior dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>26</b>
<b>Figura 4.</b> Distribuição por patologia gástrica anterior dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>26</b>
<b>Figura 5.</b> Distribuição por presença de outras comorbilidades dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>27</b>
<b>Figura 6.</b> Distribuição por outras comorbilidades dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>27</b>
<b>Figura 7.</b> Distribuição por modo de administração dos inibidores da bomba de prótons e medicação antiulcerosa dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>28</b>
<b>Figura 8.</b> Distribuição por realização de eletrocardiograma dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>31</b>
<b>Figura 9.</b> Distribuição por intervalo de pontuação obtida no score de Rockall dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>34</b>



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Distribuição por faixa etária e género dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>23</b>
<b>Tabela 2.</b> Distribuição por grupo etário segundo género e residência dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>23</b>
<b>Tabela 3.</b> Distribuição por grupo etário segundo género e residência dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>24</b>
<b>Tabela 4.</b> Distribuição por grupo etário segundo infeção pelo <i>Helicobacter Pylori</i> e consumo de medicação dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>25</b>
<b>Tabela 5.</b> Distribuição por grupo etário segundo infeção pelo <i>Helicobacter Pylori</i> e consumo de medicação dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>28</b>
<b>Tabela 6.</b> Distribuição por grupo etário segundo apresentação clínica dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>29</b>
<b>Tabela 7.</b> Distribuição por grupo etário segundo apresentação clínica dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>30</b>
<b>Tabela 8.</b> Distribuição por grupo etário segundo diagnóstico endoscópico e outros exames dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>30</b>

<b>Tabela 9.</b> Distribuição por grupo etário segundo diagnóstico endoscópico e outros exames dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>31</b>
<b>Tabela 10.</b> Distribuição por grupo etário segundo evolução clínica dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>32</b>
<b>Tabela 11.</b> Distribuição por grupo etário segundo evolução clínica dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>33</b>
<b>Tabela 12.</b> Distribuição dos óbitos por Hemorragia Digestiva Alta segundo género, dos indivíduos submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>34</b>
<b>Tabela 13.</b> Distribuição dos óbitos por Hemorragia Digestiva Alta segundo género, dos adultos submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>34</b>
<b>Tabela 14.</b> Distribuição dos óbitos por Hemorragia Digestiva Alta segundo género, dos idosos submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010	<b>35</b>



# Lista de Anexos

<b>Anexo I.</b> Requerimento para aplicação do Protocolo de Tese de Mestrado - Colheita de Dados	<b>51</b>
<b>Anexo II.</b> Autorização para aplicação do Protocolo de Tese de Mestrado - Colheita de Dados	<b>52</b>
<b>Anexo III.</b> Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados com a Saúde (Versão 10)	<b>53</b>
<b>Anexo IV.</b> Instrumento de Colheita de Dados	<b>56</b>
<b>Anexo V.</b> Score de Rockall	<b>61</b>



# Lista de Acrónimos

**AAS** - Ácido Acetilsalicílico

**AINE's** - Anti-inflamatórios não esteroides

**ALERT®** - Life Sciences Computing

**BDNGHD** - Base de Dados do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

**bpm** - Batimentos por Minuto

**CHCB** - Centro Hospitalar Cova da Beira

**ECG** - Eletrocardiograma

**EDA** - Endoscopia Digestiva Alta

**FCS** - Faculdade de Ciências da Saúde

**g/dl** - Gramas por Decilitro

**Hb** - Hemoglobina

**Hp** - Helicobacter Pylori

**HUC** - Hospitais da Universidade de Coimbra

**IBP** - Inibidores da Bomba de Protões

**ICD-10** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (Versão 10)

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**ISRS** - Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

**mmHg** - Milímetros de Mercúrio

**mm<sup>3</sup>** - Milímetros Cúbicos

**SAM** - Sistema de Apoio ao Médico

**SONHO** - Sistema Integrador de Informação Hospitalar/ Sistema de Informação para a Gestão de Doentes

**SPSS** - Statistical Package for Social Sciences

**UBI** - Universidade da Beira Interior

**UP** - Úlcera Péptica

**UP's** - Úlceras Pépticas

**USA** - United States of America

**WHO** - World Health Organization



# 1. Introdução

Com o processo de transição demográfica verificou-se um fenómeno de envelhecimento da população (Moura, 2006). O mesmo tem provocado na sociedade atual alterações profundas, quer ao nível económico quer ao nível social na medida em que, contribui para um aumento da necessidade de cuidados especializados por parte da população idosa (Gurahnik & Ferrucci, 2009; Dias & Rodrigues, 2012).

A este envelhecimento estão associados índices de dependência acrescidos, como resultado do agravamento da morbilidade adquirida previamente e uma maior vulnerabilidade a determinadas patologias (Sequeira, 2010), entre as quais a Hemorragia Digestiva Alta (HDA).

A HDA é um problema que abrange muitos idosos, com elevados custos associados e que se manifesta de forma diferente quando comparada com as outras faixas etárias (Lima & Taranto, 2006).

Atualmente, em decorrência do envelhecimento demográfico, a percentagem de episódios de HDA em pessoas com 60 ou mais anos sofreu um aumento significativo. Se em 1987 a percentagem de episódios era de 46,1%, em 2001 essa mesma percentagem passou a ter um valor de 63,2% (Alkhatib & Elkhatib & Alkhatib & Maldonado & Abubark & Adler, 2010).

Na Espanha, em 1947, apenas 2% dos doentes com HDA passava a faixa etária dos 70 anos, atualmente a quarta parte do número total de HDA corresponde a pessoas com idade superior a 80 anos (González *et al.*, 2003).

Atendendo ao supracitado e partindo da questão geral de investigação “Quais as características epidemiológicas das Hemorragias Digestivas Altas em Idosos e não Idosos em uma Unidade de Endoscopia Digestiva na região da Cova da Beira - Portugal” foi desenvolvida a presente dissertação.

## 1.1. Envelhecimento

Desde os tempos mais remotos que o envelhecimento tem vindo a ser estudado pelos filósofos e investigadores contudo, só a partir dos anos 80 é que as investigações e as publicações sobre o envelhecimento se acentuaram levando a que, o seu conceito tivesse sofrido diversas modificações ao longo do tempo (Netto, 2006; Paúl, 2012).

Segundo a World Health Organization (WHO) (2004), esta define envelhecimento como *“the lifelong process of growing older at cellular, organ or wholebody level throughout the life span.”*

O Ministério da Saúde (2004) citado por, Sequeira (2010) define *“envelhecimento humano como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social que se desenvolve ao longo da vida”*.

De acordo com, Fontaine (2000) e Cancela (2007), pode dizer-se que o envelhecimento é algo inevitável e que resulta do passar do tempo, sendo ainda, caracterizado por ser deletério, progressivo, intrínseco, universal. Pois, este resulta de um conjunto de alterações progressivas e não diferenciais ao nível biológico, psicológico e social que ocorrem ao longo da vida, ciclo vital, e ainda, dos progressos que ocorreram com o desenvolvimento quer ao nível geral, quer ao nível da saúde e que permitem um prolongamento da vida.

Segundo Ribeiro & Paúl apresentado por, Ribeiro & Paúl (2011), este mesmo prolongamento da vida acarreta novos desafios que são necessários superar. Nos mesmos está englobada:

- Área da saúde, onde será necessário apostar na promoção da saúde dos idosos, através da adoção de estilos de vida saudáveis, na prevenção da doença e no diagnóstico precoce;
- Área da prestação de cuidados onde será necessário formar e criar cuidadores formais e informais que atendam as necessidades dos idosos uma vez que, com o avançar da idade estão-lhes associados índices de dependência acrescidos, como resultado do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade dos mesmos, a determinadas patologias.

Squire (2005), Pilotto (2010), Spar e La Rue (2005) citado por, Sequeira (2010) referem que, dificilmente se consegue estabelecer uma data a partir da qual as pessoas podem ser consideradas “velhas”/idosas. Normalmente considera-se pessoa idosa como: o homem ou a mulher com idade igual ou superior a 65 anos pelo que, a idade da reforma segundo as políticas atuais, constitui uma referência para a velhice. Convém salientar que, esta referência para a velhice altera de acordo com, a cultura em que as pessoas se encontram inseridas. Contudo, Paúl (2005) citado por, Sequeira (2010) considera que, existem diversas idades possíveis para a transição entre a fase adulta para a fase da velhice.

Como já foi supramencionado, dificilmente se determina o início do envelhecimento pois, o nível a que se situa (biológico, social e psicológico), a sua velocidade e gravidade modifica de pessoa para pessoa. Sendo assim, é possível falar em diferentes idades: idade biológica, idade social, idade psicológica e idade cronológica (Cancela, 2007).

Segundo Fontaine (2000) citado por, Cancela (2007) a idade biológica está relacionada com o envelhecimento orgânico. Ao longo do ciclo vital os órgãos humanos vão sofrendo alterações que interferem com o seu funcionamento bem como, com a sua capacidade de autorregulação. A idade social é fortemente determinada pela história e pela cultura onde a pessoa se encontra inserida e refere-se ao papel, estatuto e hábitos de vida que a pessoa desempenha nessa mesma sociedade. A idade psicológica reporta-se às respostas/comportamentos que uma pessoa tem perante o meio envolvente, perante as mudanças que ocorrem nesse mesmo meio. Já a idade cronológica mede a idade em números a partir de um ponto, ou seja, do momento do nascimento.

### 1.1.1. Envelhecimento Demográfico

O século XXI fica demarcado pelo início de uma nova época na história das populações tanto ao nível social, como político (Fernandes, 2008). Isto porque, a última metade do século xx caracterizou-se por um processo de transição demográfico, demarcado pelo declínio progressivo da taxa de mortalidade, pelo aumento da esperança média de vida à nascença bem como, pelo declínio da taxa de natalidade, levando a que, se verifica-se o envelhecimento da população (Berger, 1995; Ruy Pérez & Llorente, 1998; Araoz & Llana, 2003; Kane & Ouslander & Abrass, 2005; Fernandes, 2008; Dias & Rodrigues, 2012).

O processo de envelhecimento tem provocado na sociedade contemporânea, diversas alterações profundas, levando a que, o mesmo seja encarado como um dos maiores desafios políticos, económicos e académicos atuais (Squire, 2005; Costa, 1999 *cit. in*, Moura, 2006; Vieira, 2009; Ribeiro & Paúl, 2011; Dias & Rodrigues, 2012).

Ao nível económico ocorre um constante aumento do número de pessoas reformadas; ao nível familiar, é necessário apostar em formas de apoio para cuidar dos idosos; ao nível social, as estruturas que dão apoio têm que se adaptar de forma, a dar resposta às necessidades dos idosos evitando-se desde logo, a sobrecarga das mesmas; ao nível cultural é necessário aumentar o tempo de lazer e ao nível médico, biológico e psicológico é necessário continuar apostar na investigação para que, as pessoas faleçam o mais tardiamente possível e com qualidade de vida (Fontaine, 2000; Cancela, 2007; Dias & Rodrigues, 2012).

Quando se aborda o envelhecimento e atendendo à conjuntura atual é possível dizer que o mesmo é um fenómeno feminizado isto porque, o género feminino na atualidade vive mais tempo que o género masculino. Contudo, o género masculino apresenta menos morbilidades que o género feminino (Araoz & Llana, 2003; Fernandes, 2008; Ribeiro & Paúl, 2011; Almeida, 2012).

No que concerne a Portugal, o processo de envelhecimento da população iniciou-se mais tardiamente que em alguns países desenvolvidos e começou por afetar mais as regiões rurais, devido aos movimentos emigratórios e migratórios internos rumo às cidades. Atualmente, o processo de envelhecimento abrange todas as regiões do país e é explicado por fatores sociais, económicos e culturais (Fernades, 2008; Dias & Rodrigues, 2012).

Contudo, Portugal não sofre apenas de um processo de envelhecimento mas sim, de um duplo processo de envelhecimento, como resultado da diminuição da fecundidade e do aumento do índice de longevidade (Sequeira, 2010; Dias & Rodrigues, 2012).

Segundo os Censos de 2011, a população idosa com idade compreendida entre os 65 ou mais anos, que reside em Portugal é de 2,023 milhões de pessoas. Isto representa 19% da população total, de acordo com os resultados provisórios dos mesmos. Ao nível da região centro residem cerca de 25,9% de pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2012).

Outro dado importante a salientar é referente à percentagem de idosos que vive só ou então na companhia exclusiva de outras pessoas idosas uma vez que, na última década verificou-se um aumento que ronda os 28%. Ao nível da região centro, cerca de 20,1% da população com 65 anos ou mais vive sozinha e 42,9% da população com 65 anos ou mais vive com indivíduos com 65 anos ou mais (INE, 2012).

No que concerne à região da Cova da Beira (Covilhã, Fundão e Belmonte), nela residem cerca de 20 587 pessoas com 65 ou mais anos. Na Covilhã residem cerca de 10 998 pessoas com 65 ou mais anos, no Fundão residem cerca de 7 747 pessoas com 65 ou mais anos e em Belmonte residem cerca de 1 842 pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2012).

Quanto ao índice de envelhecimento em 2010 na Covilhã é de 173,6, no Fundão é de 217,1 e em Belmonte é de 206,5 (INE, 2012).

### **1.1.2. Envelhecimento Biológico**

A vida dos organismos multicelulares apresenta três fases: a fase do crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a fase da senescência ou envelhecimento, onde se observa um declínio da capacidade funcional do organismo, perdendo o mesmo a capacidade de manter a homeostasia (Torres, 2003; Kane & Ouslander & Abrass, 2005; Cancela, 2007).

O envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição das trocas energéticas do organismo e por uma redução na capacidade regenerativa das células, levando a que ocorra o envelhecimento dos tecidos (António & Neto & Cunha, 2006; Almeida, 2012).

Relativamente às mudanças corporais que ocorrem com o envelhecimento estas são resultado do facto de as células não serem imortais, da sua substituição não ser ilimitada e também devido a morbilidade a que as pessoas são expostas ao longo das suas vidas (Fontaine, 2000).

Essas mesmas mudanças abrangem a pessoa na sua totalidade, tanto internamente como externamente e englobam: o enrugamento da pele, decréscimo na altura, lentificação dos movimentos, perda de equilíbrio, redução da força muscular, diminuição da velocidade de

resposta, alterações ao nível sensorial que incluem a deteiorização da visão e da audição e ainda alterações emocionais e cognitivas. Internamente as mudanças que ocorrem resultam das alterações que ocorrem nos órgãos vitais, bem como, das alterações verificadas no metabolismo basal (Fontaine, 2000; Squire, 2005; Almeida, 2012).

Quando ocorrem estas alterações, estamos perante o processo de senescência. A senescência é o conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que resultam do processo de envelhecimento (Fontaine, 2000; Torre, 2003).

#### 1.1.2.1. Principais alterações anátomo-fisiológicas do Esófago, Estômago e Duodeno e suas consequências

Com o envelhecimento, o sistema digestivo vai sofrendo alterações estruturais, na motilidade e na função secretora que variam de acordo com, cada segmento do mesmo (Ruipérez & Llorente, 1998; Ferriolli *et al.*, 2006). Estas alterações não são percebidas de todo. Contudo, as mesmas, não interferem com o normal funcionamento do sistema digestivo (Thomas, 2003).

O envelhecimento afeta o **Esófago**, tanto ao nível da sua morfologia como, ao nível da sua função.

No que concerne à musculatura lisa do esófago, esta não sofre grandes alterações com o envelhecimento, já ao nível inervação intrínseca ocorre uma importante e progressiva redução da mesma. Esta alteração é a maior responsável pelas modificações na motilidade observadas no idoso (Cantera & Moya, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

O conjunto de alterações verificadas ao nível do esófago do idoso é denominado de alterações inespecíficas da motilidade (Ferriolli *et al.*, 2006).

Existem diversos estudos publicados que tentam de alguma forma, explicar estas alterações inespecíficas que ocorrem no esófago com o envelhecimento. Os pioneiros nesses estudos foram Soergel e colaboradores, no ano de 1964 (Ferriolli *et al.*, 2006).

As mesmas traduzem-se por uma diminuição da pressão de repouso, por alterações na sincronia e magnitude de relaxamento do esfíncter superior do esófago, por um aumento da incidência de contrações não-peristálticas e pela manutenção da pressão de repouso do esfíncter inferior do esófago. Ao nível deste último também está descrito, o aumento da frequência de respostas inadequadas à deglutição devido a um relaxamento incompleto ou ausente (Cantera & Moya, 2003; Jiménez, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

Relativamente às ondas de contração esofágica, quando as mesmas estão presentes e são normais não sofrem alterações na amplitude, duração e velocidade com o envelhecimento. Convém salientar que, atualmente ainda existe uma enorme controvérsia no que respeita às consequências do envelhecimento ao nível do esófago e consequentes manifestações clínicas (Cantera & Moya, 2003; Jiménez, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

Recentemente, vários estudos foram realizados e nada foi comprovado daí, quando o idoso apresenta sintomas de natureza esofágica, deve-se fazer um estudo exaustivo das doenças

que possam envolver o esôfago e jamais, se atribuir esses sintomas a alterações da motilidade relacionadas exclusivamente com o processo de envelhecimento (Cantera & Moya, 2003; Jiménez, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

As alterações que o envelhecimento provoca ao nível do **Estômago** não têm grande expressão clínica (Squire, 2005; Ferriolli *et al.*, 2006).

No que concerne ao esvaziamento gástrico, ocorre um ligeiro aumento do tempo de esvaziamento. Este aumento poderá ter influência na absorção de determinados medicamentos bem como, dificultar a digestão (Cantera & Moya, 2003; Jiménez, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

Estudos mais antigos demonstraram que com o envelhecimento, ocorre uma redução da secreção de ácido clorídrico (acloridria), como resultado da diminuição da quantidade de células parietais. Contudo, outros estudos vieram demonstrar que essa redução não ocorre em idosos saudáveis e que a mesma, é uma manifestação inicial de gastrite atrófica. A acloridria aumenta com a idade e é observada em mais de 20% dos idosos com 70 ou mais anos (Cantera & Moya, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

Em contrapartida, estudos recentes demonstram que a atrofia gástrica, a metaplasia e a neoplasia gástrica estão relacionadas com a colonização da mucosa gástrica pelo *Helicobacter Pylori* (Hp).

A absorção de ferro sofre também redução como resultado da acloridria na medida em que, a absorção do ferro ocorre em meio ácido. Esta redução pode contribuir para o desenvolvimento de anemia ferropénica, mas nunca ser a causadora da mesma (Cantera & Moya, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

A secreção de pepsina com o envelhecimento também sofre redução, independentemente de o idoso estar infetado com o Hp, ser fumador ou portador de gastrite atrófica (Cantera & Moya, 2003).

A produção de fator intrínseco sofre também alteração, ou seja, também reduz com o envelhecimento. Todavia, essa redução não é significativa uma vez que, não altera os níveis de absorção de vitamina B<sub>12</sub> e consequentemente induzir anemia (Cantera & Moya, 2003; Jiménez, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

No que concerne à mucosa gástrica, vários estudos vieram confirmar que com o envelhecimento a mesma, fica mas vulnerável. Isto porque, o envelhecimento provoca modificações na composição do muco protetor da mucosa, declínio na quantidade de bicarbonato de sódio e da secreção não-parietal, redução na presença de prostaglandinas e ainda, ocorre uma redução na capacidade regenerativa e proliferativa da mesma (Cantera & Moya, 2003; Jiménez, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

Não existem estudos específicos sobre os efeitos do envelhecimento no **Duodeno**.

Os estudos que existem reportam-se ao intestino delgado na sua totalidade e mesmo assim, são escassos e controversos (Cantera & Moya, 2003; Jiménez, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

Com o envelhecimento ocorre uma diminuição da superfície da mucosa, das vilosidades e uma redução do fluxo esplâncnico entres os 40 e os 50% (Cantera & Moya, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

O trânsito intestinal não sofre alterações com o envelhecimento como demonstram os estudos contudo, isto não exclui as alterações ao nível da motilidade. Estas alterações são de carácter importante, na medida em que, permitem uma hiperproliferação bacteriana, uma das principais causas de perda de peso em idosos (Cantera & Moya, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

Segundo estudos consultados, a função de absorção do intestino delgado com o envelhecimento está pouco alterada para a maioria dos nutrientes, incluindo açúcares e proteínas. Ao nível dos lípidos é que ocorre uma discreta redução da absorção mas, sem grande significado clínico (Cantera & Moya, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

Outros estudos vieram contradizer os anteriores e referir que, a absorção de vitamina D, ácido fólico, vitamina B<sub>12</sub>, cálcio, cobre, zinco, ácidos gordos e colesterol sofrem redução e que, a absorção de vitamina A e glicose aumenta com o envelhecimento (Cantera & Moya, 2003; Jiménez, 2003; Ferriolli *et al.*, 2006).

## 1.2. Hemorragia Digestiva Alta em Idosos

A HDA é um problema que cada vez mais abrange um elevado número de pessoas idosas e que, varia desde quadros agudos de sangramento que colocam em risco a vida do idoso até, quadros em que ocorrem perdas crônicas de escassa quantidade de sangue, levando ao aparecimento de anemia crônica (Sands, 2003b; Freitas, 2005; Lima & Taranto, 2006; Tariq *et al.*, 2007; Theocharis *et al.*, 2008).

Frequentemente, a mesma é indicação para os idosos ficarem hospitalizados e necessitarem de uma cuidadosa monitorização durante esse período. (Lima & Taranto, 2006; Tariq *et al.*, 2007; Theocharis *et al.*, 2008; Yachimski & Friedman, 2008).

A HDA pode ocorrer em qualquer ponto do tubo digestivo, desde a faringe até ao ângulo de Treitz (transição duodenojejunal) e normalmente, ocorre a partir da erosão de um vaso arterial de maior calibre (Schartsmann, 1991; González *et al.*, 2003; Sands, 2003b; Curado, 2005; Sampaio, 2006).

Aproximadamente 80% dos casos de HDA não requerem uma intervenção terapêutica específica uma vez que, são autolimitadas e de resolução espontânea. Os restantes 20% apresentam-se como quadros severos de hemorragia digestiva e é nestes 20% que a taxa de mortalidade é bastante elevada (Sands, 2003b; Lima & Taranto, 2006).

### 1.2.1. Epidemiologia

Segundo alguns estudos, pessoas com 60 ou mais anos representam 35% a 45% de todos os casos de HDA. Dentro destes valores 60% dos episódios ocorrem em mulheres (González *et al.*, 2003; Curado, 2005; Lima & Taranto, 2006; Tariq & Mekhjian, 2007). Nas restantes faixas etárias, a HDA é duas vezes mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino (Laine, 2001; González *et al.*, 2003; Lourenço & Oliveira, 2003; Yamaguchi, 2003; Sampaio, 2006).

Um estudo mais recente indica que a percentagem de episódios de HDA em pessoas com 60 ou mais anos em 1987 era de 46,1% e em 2001 passou para 63,2% (Adhiyaman & Black, 2010).

Em Espanha, no ano de 1947, apenas 2% dos doentes com HDA transpunha a faixa etária dos 70 anos, atualmente a quarta parte do número total de HDA corresponde a pessoas com idade superior a 80 anos (González *et al.*, 2003; Curado, 2005).

Nos Estados Unidos da América (USA), 45% dos doentes que ficam hospitalizados por HDA têm 60 ou mais anos. Um outro estudo refere que, 1% dos doentes com 80 ou mais anos que tiveram HDA acabam por ficar hospitalizados (Tariq & Mekhjian, 2007; Yachimski & Friedman, 2008).

Estudos indicam que a incidência de HDA nos USA varia entre os 67 a 172/100 000 habitantes por ano e na Europa a sua incidência é de 45/100 000 habitantes por ano. Estes valores são justificados pela população idosa ser uma fração populacional em expansão (Curado, 2005).

Outros estudos referem ainda que, a incidência de HDA é de 50 a 150/100 000 habitantes por ano, podendo a mesma ser superior em países mais ricos economicamente (Ornelas & Guerreiro, 2006; Tariq & Mekhjian, 2007; Zullo *et al.*, 2007).

A taxa global de mortalidade continua elevada, resultado do envelhecimento da população bem como, do aumento da prevalência de comorbilidades. Verificando-se que, a maioria dos doentes com HDA não morre do episódio de hemorragia mas sim, como consequência da descompensação de outras doenças (Sands, 2003b; Lima & Taranto, 2006; Yachimski & Friedman, 2008).

Em Espanha, a taxa global de mortalidade não sofreu redução nas últimas cinco décadas, mantendo-se acima dos 10% (González *et al.*, 2003). Nos USA ocorrem cerca de 10 a 20 mil mortes por ano, sendo a taxa global de mortalidade também de 10% (Lima & Taranto, 2006).

De acordo com diversos autores pode dizer-se que, a taxa global de mortalidade ao longo das últimas seis décadas variou entre os 6 e os 10% (Sampaio, 2006; Tariq & Mekhjian, 2007).

Embora ao nível mundial tenham ocorrido avanços ao nível tecnológico e ao nível da farmacologia contudo, esses avanços não foram suficientes para reduzir essa elevada taxa (Sands, 2003b; Lima & Taranto, 2006; Yachimski & Friedman, 2008).

### 1.2.2. Etiologia e Fatores de Risco

São várias as etiologias de HDA. As mesmas podem ser classificadas como tendo uma origem varicosa ou não varicosa (Lima & Taranto, 2006).

Contudo, quando abordamos o tema HDA, para além da sua etiologia é necessário referir que existem fatores de risco que podem potenciar para o aparecimento das suas diferentes causas (Parreira *et al.*, 2002; Lima & Taranto, 2006; Leerdam, 2008).

#### **Fatores de Risco:**

- **Aumento da idade e aumento das comorbilidades associadas:** segundo diversos estudos estes fatores são preditores importantes pois ajudam a determinar a evolução do episódio de HDA (Laine, 2001; Parreira *et al.*, 2002; Lima & Taranto, 2006; Leerdam, 2008; Pilotto *et al.*, 2010);
- **Infeção pelo Hp:** segundo alguns estudos a prevalência da infeção pelo Hp aumenta com a idade (Pilotto *et al.*, 2002; Curado, 2005). Contudo, outros estudos referem que, a mesma aumenta entre os 40 e 60 anos de idade, acabando por estabilizar ou sofrer um decréscimo após essa idade (Curado, 2005).

Um estudo realizado em idosos hospitalizados indicou que, a prevalência da infeção é de 47%. O mesmo estudo refere ainda que, este baixo valor de prevalência se pode dever ao facto de, os idosos quando hospitalizados normalmente lhes ser administrado terapêutica antibacteriana e inibidores da secreção ácida (Curado, 2005).

Um outro estudo realizado refere que, a infecção pelo Hp está presente entre 40 a 60% em idosos assintomáticos e em 70% em idosos com problemas gastrointestinais (Pilotto *et al.*, 2002).

O Hp possui proteases que podem degradar a mucosa gástrica. Esta bactéria liberta também, citocinas que provocam alterações na mucosa e ainda, produz citotoxinas que podem causar lesões celulares, epiteliais e necrose. Essas alterações e lesões vão provocar uma redução na secreção de ácido clorídrico (acloridria). Para finalizar, o Hp produz também grandes quantidades de urease. Esta urease vai desdobrar a ureia em amónia. Esta última é utilizada pelo micro-organismo para sobreviver ao ácido clorídrico e assim, ir penetrando nas células gástricas e enfraquecendo a camada da mucosa, ficando esta mais vulnerável (Tytgat, 2001; Sands, 2003b; Ferriolli *et al.*, 2006);

- **Consumo de Ácido Acetilsalicílico (AAS) ou de anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) e o consumo de anticoagulantes isoladamente ou em associação com AINE's:** a ingestão de AINE's pelos idosos é muito comum, devido às suas múltiplas comorbilidades. Este mesmo consumo potencia quatro vezes a possível ocorrência de complicações gástricas (Mamdani *et al.*, 2002; Zullo *et al.*, 2007; Theocharis *et al.*, 2008; Couto *et al.*, 2010).

Os AINE's aumentam o risco de HDA na medida em que, os mesmos são tóxicos sobre a mucosa do sistema digestivo pois, diminuem a capacidade da mucosa gástrica produzir prostaglandinas e conseqüentemente verifica-se um enfraquecimento da barreira da mucosa gástrica. Ao nível do duodeno, os AINE's são patogenicamente menos responsáveis por úlceras pépticas (UP's) embora, possam vir a dificultar a cicatrização das mesmas (Hochain *et al.*, 1996; Curado, 2005; Pilotto *et al.*, 2010).

O consumo de AAS e anticoagulantes potenciam a ocorrência de HDA como está descrito em diversos estudos (Zullo *et al.*, 2007; Theocharis *et al.*, 2008). Sendo que, o consumo de qualquer dosagem de AAS potencia esse mesmo risco comprovado por uma metanálise publicada recentemente (Laine, 2001; Pilotto *et al.*, 2010).

A incidência de internamentos e mortalidade por HDA, associados ao consumo de AAS e AINE's é inferior a outros países, isto vai de acordo com um estudo realizado em Portugal, no ano de 2006, com uma amostra de 280 doentes (Couto *et al.*, 2010). Em Espanha essa incidência de internamentos e mortalidade por HDA é três vezes superior, comparativamente com Portugal (Couto *et al.*, 2010);

Existem diversos estudos que tentam comprovar e testar a relação entre o Hp e o consumo de AINE's. Contudo, a mesma é muito controversa. A maioria dos estudos referem que, a infecção pelo Hp potencia os efeitos negativos dos AINE's, como exemplo disto temos, um estudo caso-controlado desenvolvido na Dinamarca que comprovou, quando um idoso está infetado pelo Hp, tem um maior risco de desenvolver HDA aquando do consumo de AINE's (Tytgat, 2001; Zullo *et al.*, 2007).

- **Consumo de corticosteroides e de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS):** segundo alguns estudos está comprovado que o consumo de corticosteroides e aumenta o risco de HDA (Zullo *et al.*, 2007; Pilotto *et al.*, 2010).  
Quanto ao consumo de ISRS, segundo um estudo de coorte retrospectivo, com uma amostra de 317 824 idosos, ficou comprovado que o seu consumo não aumenta o risco de HDA pois, estes inibidores apenas induzem uma mudança na forma das plaquetas (Zullo *et al.*, 2007);
- **Outros fatores: álcool e tabaco.** O álcool em excesso como é do conhecimento geral, provoca inúmeras alterações ao nível de todos os órgãos humanos. Ao nível do sistema hepático essas mesmas alterações irão contribuir para que, ocorra um aumento da pressão portal. Esse aumento provoca uma dilatação dos vasos colaterais, onde estão englobadas as varizes gastro-esofágicas. Estas são uma das etiologias de HDA (Ornelas, *et al.*, 2006).  
Através de um estudo ficou comprovado, que o consumo de álcool aumenta o risco de hemorragia nas pessoas que consomem AINE's (Zullo *et al.*, 2007).  
Quanto ao tabaco, estudos comprovaram que inibe a produção de prostaglandinas aumentando assim, o risco HDA (Kaplan *et al.*, 2001; Zullo *et al.*, 2007).

#### Etiologias:

- **Úlcera Péptica (UP) Gástrica e Duodenal:** segundo inúmeros estudos publicados, as mesmas representam cerca de 50 a 60% de todos os casos de HDA, especialmente nos USA e em muitos países da Europa (Hochain *et al.* 1996; Laine, 2001; González *et al.*, 2003; Lima *et al.*, 2006; Sampaio, 2006; Silva & Vasconcelos, 2006). Nos idosos, as UP representam 70 a 91% dos casos de HDA podendo as mesmas ser catastróficas. Como é comprovado por dois estudos: o estudo de Cooper e colaboradores com uma amostra de 103 pessoas, tendo os elementos da amostra idades superiores a 80 anos e pelo estudo de Segal e Cello com uma amostra de 100 pessoas, tendo os elementos da amostra idades superiores a 60 anos (Tariq *et al.*, 2007; Lima *et al.*, 2006).  
Com base em diversos estudos epidemiológicos, a mortalidade por UP nas pessoas com 60 ou mais anos varia entre os 31 e os 41% e nos jovens a mesma varia entre os 1 e os 17% (Yamaguchi *et al.*, 2003; Pilotto *et al.*, 2010).  
A admissão hospitalar de idosos por UP gástrica e duodenal tem vindo a aumentar. Já a admissão hospitalar da restante população por UP duodenal tem vindo a diminuir ao longo dos tempos, enquanto admissão hospitalar por UP gástrica se tem mantido estável (Leerdam, 2008);
- **Gastropatia e Duodenopatia Erosiva:** nos idosos segundo alguns estudos, as mesmas representam entre 6 a 42% de todos os casos de HDA (Tariq *et al.*, 2007);  
Na globalidade das etiologias as mesmas representam 8 a 15% de todos os casos de hemorragia (Silva & Vasconcelos, 2006).

- **Síndrome de Mallory-Weiss:** um estudo refere que o número de casos de Mallory-Weiss em idosos varia entre os 1 e 16% (Curado, 2005);  
O mesmo abrange maioritariamente os jovens devido ao consumo de álcool, sendo responsável por 5 a 15% de todos os casos de hemorragia (Lima *et al.*, 2006; Silva & Vasconcelos, 2006).
- **Varizes Esofágicas como resultado da Hipertensão Portal:** representam 70 a 80% dos episódios de HDA em doentes com hipertensão portal e dizem respeito a 10% de todos os casos de doentes com hemorragia. A mortalidade precoce após o primeiro episódio de hemorragia é cerca de 50%. Ao fim de dois anos, a frequência de recidiva é de 100% (Cullen *et al.*, 1997; Curado, 2005; Lima *et al.*, 2006; Tariq *et al.*, 2007);
- **Ectasia Vascular Antral Gástrica:** é um caso raro de HDA em idosos (Silva & Vasconcelos, 2006);
- **Lesão de Dieulafoy:** responsável por 0,6 a 5,8% de todos os casos de HDA, sendo que deste número total de casos, 75% ocorrem no estômago (Silva & Vasconcelos, 2006);
- **Outras causas menos frequentes de HDA:**
  1. Angiodisplasias: num estudo retrospectivo realizado em Portugal, nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), com uma amostra de 21 doentes, a idade média dos doentes foi de 71 anos com predominância do sexo masculino (Fernandes *et al.*, 2009).  
As mesmas representam 4 a 8% de todos os casos de hemorragia e podem ser encontradas em 1 a 3% da população em geral. A sua incidência aumenta com a idade e é igual para ambos os sexos (Silva & Vasconcelos, 2006; Fernandes *et al.*, 2009);
  2. Esofagite de Refluxo: a sua prevalência tem vindo a aumentar, principalmente nos idosos com idade superior a 80 anos isto porque, com o aumento da idade os fatores de proteção do estômago diminuem (Zimmerman *et al.*, 1997; Beija, 2004).  
É também responsável por 5 a 15% dos casos de hemorragia no entanto, a hemorragia clinicamente significativa é um acontecimento raro (Sands *in* Phipps *et al.*, 2003a; Silva & Vasconcelos, 2006);
  3. Neoplasias Primitivas do Estômago ou Metástases Gástricas ou Duodenais: responsáveis por 1 a 5% de todos os casos de hemorragia (Silva & Vasconcelos, 2006);
  4. Fistulas Aortoentéricas: patologia que ocorre em exclusivo nos idosos (Lima & Taranto, 2006);
  5. Hemorragias Iatrogénicas: que são hemorragias secundárias a procedimentos terapêuticos endoscópicos (Silva & Vasconcelos, 2006).

Alguns estudos demonstraram que quando os idosos apresentam UP gástrica, 40% deles estão infetados com o Hp (Zullo *et al.*, 2007).

Quando os mesmos consomem AINE's e/ou AAS, segundo um estudo, 1,6% acabam por desenvolver UP's duodenais e 4,1% desenvolvem UP's gástricas (Curado, 2005; Zullo *et al.*, 2007);

Quando existe o consumo de AAS de baixa dose conjugada com o consumo de AINE's, o risco de complicações quando os mesmos apresentam UP, duplica. O mesmo se verifica quando ocorre o consumo de anticoagulantes em simultâneo com a AAS (Pilotto *et al.*, 2010).

### 1.2.3. Manifestações Clínicas

No que concerne aos sinais e os sintomas da HDA, eles dependem da própria hemorragia, podendo ir desde sinais mínimos até a um choque hipovolémico (Curado, 2005).

Nos idosos, a HDA manifesta-se de forma distinta, devendo-se dar especial atenção a algumas das suas particularidades (Lima & Taranto, 2006).

Segundo Lima & Taranto citado por Freitas *et al.* (2006) e Tariq *et al.* (2007) tal como nas outras faixas etárias, os principais sintomas que os idosos apresentam são: hematémeses (50%), hematémeses e melenas (20%) e melenas (30%).

No que concerne a diferenças relativamente a manifestações clínicas temos: a dor abdominal é menos frequente, atípica e muitas vezes é mal definida pois, os idosos apresentam alterações na perceção da dor e a dispepsia também é menos frequente. A perfuração, a anemia e o sangramento são comumente as primeiras manifestações de HDA nos idosos (Lima & Taranto, 2006).

### 1.2.4. Fatores de Prognóstico e Estratificação do Risco da Hemorragia Digestiva Alta

São diversos os indicadores de prognóstico e/ou risco aumentado de recidiva, tais como: idade superior a 60 anos; choque/ instabilidade hemodinâmica/ ortostatismo; comorbilidades; diagnóstico endoscópico específico (varizes esofágicas, UP, neoplasia digestiva); o uso de anticoagulantes e ainda o doente apresentar lesão de alto risco, que é constatada, através da realização de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) (Sampaio, 2006).

Para se conseguir identificar quais os doentes com episódio de hemorragia digestiva de alto ou baixo risco foram elaboradas normas, scores, de quantificação do risco, onde estão associados achados clínicos com endoscópicos (Lima & Taranto, 2006; Sampaio, 2006).

Estes mesmos scores permitem definir qual a conduta médica mais eficaz quando ocorre recidiva, uma vez que, a maioria da morbidade e da mortalidade concentram-se em 20% doentes, cujo sangramento não cessa ou então recidiva. Os restantes 80% são doentes com episódios de hemorragia em que a mesma cessa espontaneamente (Sampaio, 2006).

Atualmente, o score mais utilizado é o score criado por Rockall e seus colaboradores e tem como objetivo estratificar o risco individual de cada doente de recidiva hemorrágica/mortalidade (Sampaio, 2006; Pongprasobchai *et al.*, 2009) (Anexo V).

### 1.2.5. Hemorragia Digestiva Alta, Motivo de Admissão Hospitalar

A HDA é uma das causas mais frequentes de admissão na urgência hospitalar (Lima & Taranto, 2006; Ornelas, *et al.*, 2006; Tariq *et al.*, 2007; Theocharis *et al.*, 2008).

A mesma requer, independentemente da idade do doente, em primeiro lugar, a avaliação clínica (1) e estabilização hemodinâmica (2), em segundo o diagnóstico endoscópico (3), seguidos do tratamento endoscópico e médico (3 e 4) (Freitas, 2005).

#### 1- Avaliação Inicial/ Apresentação Clínica:

A primeira abordagem deve ser focada na obtenção de dados para que, se consiga identificar a etiologia da hemorragia bem como, a gravidade da mesma. Muitas vezes, a sintomatologia que o doente apresenta pode ser algo dúbia sendo necessário estar atento à mesma (Farrel *et al.*, 2003; Sampaio, 2006).

Seguidamente deve-se realizar uma breve história clínica e um bom exame físico, pois estes dados poderão contribuir para se identificar a causa provável da hemorragia (Farrel *et al.*, 2003; Sampaio, 2006).

Uma avaliação precoce e cuidadosa dos sinais vitais pode fornecer dados relevantes. Por exemplo: o aumento da pressão arterial postural de 10 milímetros de mercúrio (mmhg) ou então o aumento de mais de 20 batimentos por minuto (bpm) na frequência de pulso significa que, ocorreu uma perda de sangue que ronda os 20%. Caso a perda de sangue ronde os 40% o doente poderá entrar em choque (Sands, 2003b).

Nesta avaliação inicial similarmente se deve ter em atenção a alterações do estado de consciência (Lima & Taranto, 2006).

Durante a avaliação inicial também deve ser realizada uma avaliação analítica do doente. Esta avaliação analítica deve incluir: a hemoglobina (Hb), o hematócrito, o estudo da coagulação, contagem de plaquetas, creatinina, ureia, ionograma e marcadores das provas hepáticas (González *et al.*, 2003; Sands, 2003b; Lima & Taranto, 2006; Sampaio, 2006; Tariq *et al.*, 2007).

Os valores de Hb e hematócrito iniciais, indicam a gravidade da hemorragia e a necessidade de transfusão. Relativamente à relação ureia/creatinina quando a mesma está elevada é indicador de HDA contudo, não é um achado específico (González *et al.*, 2003; Lima & Taranto, 2006; Sampaio, 2006; Tariq *et al.*, 2007).

Deve-se ainda, realizar um eletrocardiograma (ECG), pois o mesmo está indicado em situações que o doente apresente fatores de risco coronário ou então hemorragia grave uma vez que, a hipovolémia pode desencadear um processo de isquémia cardíaca (Lima & Taranto, 2006).

## 2- Estabilização/ Ressuscitação:

Durante esta etapa realizam-se diversos procedimentos que visam a estabilização e a ressuscitação do doente.

Inicialmente deve-se administrar coloides de forma a repor-se a volémia e a manter a pressão arterial superior a 100 mmhg (Laine, 2001; Sands, 2003b; Lima & Taranto, 2006; Tariq *et al.*, 2007).

Caso exista necessidade de transfusão, a mesma deve ser ponderada pois depende de diversos fatores tais como: a idade do doente, a presença de patologias concomitantes e a persistência da hemorragia contudo, os doentes que apresentam sinais vitais instáveis devem ser sujeitos a transfusão (Farrel *et al.*, 2003; González *et al.*, 2003; Lima & Taranto, 2006; Sampaio, 2006).

Em casos de doentes que apresentem cirrose hepática, que estejam medicados com anticoagulantes orais ou ainda que as transfusões de concentrado de glóbulos vermelhos ultrapassem as 10 unidades está indicado, a transfusão de plasma congelado de modo a corrigirem-se os défices ao nível dos fatores de coagulação (Farrel *et al.*, 2003; González *et al.*, 2003; Lima & Taranto, 2006; Sampaio, 2006).

Quando o valor das plaquetas é inferior a 50000 milímetros cúbicos (mm<sup>3</sup>) está indicado a transfusão de plaquetas (Farrel *et al.*, 2003; González *et al.*, 2003; Lima & Taranto, 2006; Sampaio, 2006).

## 3- Tratamento Endoscópico:

Quando se fala em tratamento endoscópico tem que se falar em EDA pois, o tratamento é realizado através deste exame (Lima & Taranto, 2006; Sampaio, 2006; Silva & Vasconcelos, 2006).

A EDA é um exame fundamental pois, quando um doente apresenta HDA a mesma, permite localizar a origem da hemorragia, avaliar a persistência da mesma e/ou o risco de recidiva e ainda permite que se atue terapeuticamente caso se justifique (Lima & Taranto, 2006; Sampaio, 2006; Silva & Vasconcelos, 2006).

A mesma quando é realizada precocemente, ou seja, num espaço de 24 horas, contribui para a redução dos custos hospitalares, a necessidade de transfusão de sangue e ainda, para a redução da duração dos dias de internamento (Laine, 2001; González *et al.*, 2003).

Contudo, convém salientar que, embora seja um exame fundamental a mesma não é livre de complicações. Essas mesmas possíveis complicações dependem de diversos fatores que estão relacionados com o doente; a idade; comorbilidades associadas tais como: problemas cardiovasculares, pulmonares, hepáticos, renais, metabólicos e neurológicos e ainda; com a instabilidade hemodinâmica do doente (Farrel *et al.*, 2003).

Relativamente a técnicas terapêuticas, ou seja, técnicas de hemóstase, as mesmas podem ser subdivididas em três grupos: injeção de fármaco, terapêutica térmica e terapêutica mecânica (Silva & Vasconcelos, 2006).

Segundo diversos estudos, a terapêutica endoscópica apresenta um índice inicial de sucesso perto dos 94% quando existem lesões sangrantes (Silva & Vasconcelos, 2006).

Dois estudos, meta-análises, realizados nos anos 90, demonstraram que no subgrupo de risco elevado, a terapêutica endoscópica é eficaz na medida em que, reduz a incidência de recidiva hemorrágica, a necessidade de intervenção cirúrgica e ainda, a mortalidade (Ornelas, *et al.*, 2006; Silva & Vasconcelos, 2006).

#### 4- Tratamento Não Endoscópico:

O tratamento não endoscópico consiste na administração de agentes não farmacológicos (Sands, 2003b; Sampaio, 2006).

Vários estudos demonstraram que os agentes farmacológicos com maior eficácia comprovada são os inibidores da bomba de prótons (IBP) (Pongprasobchai, *et al.*, 2009).

A terapêutica endoscópica, conjuntamente com os IBP, constitui o tratamento sem dúvida, mais utilizado (Freitas, 2002; Lima & Taranto, 2006).

## 2. Objetivos

### Objetivo Geral:

- Estudar os episódios de HDA em idosos e não idosos.

### Objetivos Específicos:

#### a) Em idosos com episódio de HDA:

- Determinar a incidência de HDA;
- Determinar quais as principais comorbidades associadas;
- Estudar fatores de prognóstico e estratificação de risco de recidiva hemorrágica ou morte.

#### b) Em idosos e não idosos com episódio de HDA:

- Identificar os principais fatores de risco;
- Identificar as principais causas segundo a idade;
- Determinar a ocorrência de complicações durante o período de internamento;
- Determinar a mortalidade associada.

## 3. Material e Métodos

### 3.1. Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo **descritivo, observacional e transversal**.

### 3.2. Fonte de Dados

Os dados foram obtidos no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). Para a identificação dos indivíduos com este diagnóstico, foi utilizado o programa informático WebGDH, que acede aos registos do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e do Sistema Integrador de Informação Hospitalar/Sistema de Informação para a Gestão de Doentes (SONHO) do CHCB, para pesquisar o código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, versão 10 (ICD-10) correspondente às causas de HDA (Anexo III).

### 3.3. População Alvo

A **população alvo** utilizada como base para este estudo, englobou os indivíduos com episódio de HDA, no CHCB. Para a identificação dos indivíduos com este diagnóstico, foi utilizado o programa informático WebGDH, que acede aos registos do SAM e ao SONHO do CHCB, para pesquisar o código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, versão 10 (ICD-10) correspondente às causas de HDA (Anexo III).

### 3.4. Amostragem

O tipo de amostragem foi por conveniência tendo sido selecionados os indivíduos com episódios de HDA, submetidos a EDA no CHCB no ano de 2010.

A **amostra** deste estudo é constituída por 106 indivíduos, dos quais 75 idosos, com episódio de HDA, que foram submetidos a EDA no período de 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2010 na Unidade de Endoscopia do CHCB - Covilhã.

#### 3.4.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram considerados como **Critérios de Inclusão**, os indivíduos com HDA submetidos a EDA, tendo sido **excluídos** todos os indivíduos com episódio de HDA não submetidos a EDA.

### 3.5. Instrumento de Colheita de Dados

Para a colheita de dados foi elaborado pelo autor um **instrumento** (Anexo IV). Para que o mesmo fosse preenchido, foram analisados os processos clínicos individuais dos indivíduos selecionados, armazenados no Arquivo Clínico do CHCB, assim como, consultando-se simultaneamente a informação disponível em diversos sistemas informáticos, de acesso restrito, usados no CHCB: SAM, Life Sciences Computing (Alert®), Base de Dados do Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais (BDNGHD), ou seja, a recolha de dados teve como

base a informação clínica presente no registo efetuado no Serviço de Urgência, nos registos dos processos clínicos em papel: nota de alta e respetivo processo de internamento e também, no recurso ao BDNGHD para consulta do relatório de exame EDA e ao SAM, para consulta de alguns exames complementares de diagnóstico.

### 3.6. Variáveis Analisadas

- **Demográficas:**

- a) Idade: sendo posteriormente agrupada por classes de idades - [0;20] anos, [21;49] anos, [50;64] anos, [65;74] anos, [75;84] anos e [85 e + anos] ou [65;74] anos e [75 e + mais anos] e ainda em [< 65] anos e [≥ 65] anos;
- b) Género;
- c) Residência: considerou-se viver em domicílio ou estar institucionalizado.

- **Antecedentes:**

- a) Fatores de risco analisados:

- Consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco: analisou-se se existia ou não consumo dos mesmos;
- História de patologia gástrica anterior: tendo sido consideradas as patologias, Neoplasia Maligna do Esófago, Neoplasia Maligna do Estômago, Neoplasia Benigna do Esófago, Úlcera Gástrica, Úlcera Duodenal, Angiodisplasias, Varizes Esofágicas, Gastrite e Esofagite.
- Infecção pelo Hp: analisou-se a presença ou não de Hp na mucosa gástrica;
- Comorbilidades: as mesmas foram agrupadas em, Patologia Cardíaca, Patologia Endócrina, Patologia Osteoarticular, Neoplasias e Outras Patologias;
- Uso de fármacos: uso concomitante de anticoagulantes; antiagregantes plaquetares - clopidogrel, ticlopidina e triflusal (isoladamente); antiagregantes plaquetares (clopidogrel, ticlopidina e triflusal) e AAS (associação); AINE's; AAS; ISRS e corticoides;
- Uso de IBP e medicação antiulcerosa: analisou-se o consumo e a forma do mesmo (sistemático ou ocasional).

- **Motivo da Urgência/Apresentação Clínica**: referência à manifestação macroscópica da HDA, tendo sido consideradas, Dor Abdominal, Anemia, Epigastrias, Hematoquésias, Hematemeses, Melenas, Lipotímia, Vômitos, Náuseas, Disfagia e Síncope;

- **Diagnóstico Endoscópico/Etiologia da Hemorragia**: valorizadas as principais lesões endoscópicas encontradas que foram registadas segundo código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, versão 10 (ICD-10) (Anexo III). Posteriormente foram agrupadas em, Úlcera Gástrica e Duodenal, Causa Inespecificada, Úlcera do Esófago, Síndrome Mallory-Weis, Angiodisplasia, Lesão de Dieulafoy, Gastrite, Duodenite, Neoplasia Maligna do Esófago, Neoplasia Maligna do Estômago e Hemorragia Esofágica;

- **Parâmetros Vitais durante o Episódio de Endoscopia Digestiva:** valores de tensão arterial (mmHg), frequência cardíaca (bpm);
- **Valores Analíticos Durante o Episódio de Hemorragia:** valor médio de Hb em gramas por decilitro (g/dl);
- **Realização de ECG;**
- **Dias e Evolução Clínica durante e após o Internamento:**
  - a) Número de dias decorridos entre o dia da admissão e o dia da alta;
  - b) Se ocorreu Recidiva (novo episódio de HDA) durante o período de internamento;
  - c) Se ocorreu Recorrência (novo episódio de HDA) após alta clínica mas, durante o período em que decorreu o estudo;
  - d) Complicações durante o internamento, onde foram englobadas, infecção, episódios isquêmicos, deteriorização do estado mental ou outras complicações;
  - e) Ocorrência de óbito durante o internamento.
- **Score de Rockall:** Prognostica o potencial de ressangramento e a mortalidade associada à hemorragia gastrointestinal alta aguda. Após a soma da pontuação atribuível a cada variável da escala foi categorizado o risco em dois grupos: score  $\geq 8$  = mortalidade 41% a 46% e score  $\leq 2$  = mortalidade não valorizável (Anexo V).

### 3.7. Tratamento de Dados

A análise estatística e o tratamento dos dados foram realizados através do suporte informático, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para Microsoft Windows e através do Microsoft Office Excel versão 12.0.

Foi feita a análise descritiva dos dados, calculando-se medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo) e frequências (absoluta e relativa).

Avaliaram-se as variáveis quantitativas pelo teste de assunção da normalidade de Kolmogorov–Smirnov.

Utilizou-se o teste *t* Student para avaliar as variáveis quantitativas normais e com o mesmo objetivo, realizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para as variáveis não-normais. Para se verificar a relação entre as variáveis nominais e a variável idade utilizaram-se tabelas de contingência aplicando a Prova Exata de Fisher.

As associações foram consideradas como estatisticamente significativas para valores de *p* inferiores a 0,05.

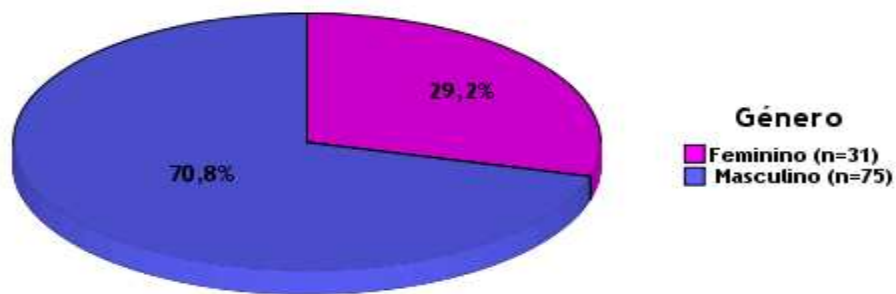
### **3.8. Considerações Éticas**

Foi elaborado um instrumento de recolha de dados (Anexo IV) com base na não violação de questões éticas tais como: o direito ao anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos sendo também, realizada uma declaração solicitando autorização para a recolha de dados, dirigido ao Exmo. Sr. Presidente do Concelho de Administração do CHCB, tendo a mesma sido concedida (Anexos I e II).

## 4. Resultados

### 4.1. Caracterização Demográfica

No período de 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2010 foram admitidos 106 casos de HDA no serviço de Unidade de Endoscopia do CHCB - Covilhã. Os indivíduos do estudo apresentavam em média 72,24 anos, com um desvio padrão de 14,41 anos. O participante mais novo tinha 27 anos e o mais velho 97 anos. A amostra era constituída por 75 indivíduos do género masculino (Figura 1.).



**Figura 1.** Distribuição por género dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=106).

Na Tabela 1. estão apresentados os seguintes dados:

Na classe de idades ( $\leq 20$ ) anos não se verificou nenhum caso de HDA.

Na classe de idades onde se verificou um maior número de episódios de HDA foi (75;84) anos com respetivamente 30/106 (28,3%) episódios de HDA.

Já na classe de idades (85 e mais anos) constatou-se que o maior número de episódios de HDA abrangeu o género feminino (14/31; 45,2%).

Pode ainda verificar-se que no género feminino à medida que a idade aumenta o número de episódios de HDA por classes de idades, também vai aumentando.

**Tabela 1.** Distribuição por faixa etária e género dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=106).

Idade (classes)	Género		Total (N) (%)
	Masculino (n) (%)	Feminino (n) (%)	
[21;49]	7 (9,3)	1 (3,2)	8 (7,5)
[50;64]	19 (25,3)	4 (12,9)	23 (21,7)
[65;74]	19 (25,3)	3 (9,7)	22 (20,8)
[75;84]	21 (28)	9 (29)	30 (28,3)
[85 e mais anos]	9 (12)	14 (45,2)	23 (21,7)
<b>Total</b>	<b>75 (100)</b>	<b>31 (100)</b>	<b>106 (100)</b>

Após avaliação de uma eventual correlação do fator de risco idade, comparando os indivíduos adultos (<65) anos com os idosos (≥65) anos, com as características demográficas, não se detetaram associações estatisticamente significativas relativamente ao género.

Relativamente à residência detetaram-se associações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Verificou-se ainda que, em ambas as classes de idades os indivíduos residiam mais em domicílio (Tabela 2.).

**Tabela 2.** Distribuição por grupo etário segundo género e residência dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N= 106).

Idade (classes)	Idade		p-Value
	Idade [<65] anos (n=31) (%)	Idade [≥65] anos (n=75) (%)	
<b>Características Demográficas</b>			
<b>Género, n (%)</b>			
Masculino	26 (83,9)	49 (65,3)	0,064*
Feminino	5 (16,1)	26 (34,7)	0,064*
<b>Residência, n (%)</b>			
Domicílio	29 (93,5)	53/74 (71,6)**	0,018*
Instituição	2 (6,5)	21/74 (28,4)**	0,018*

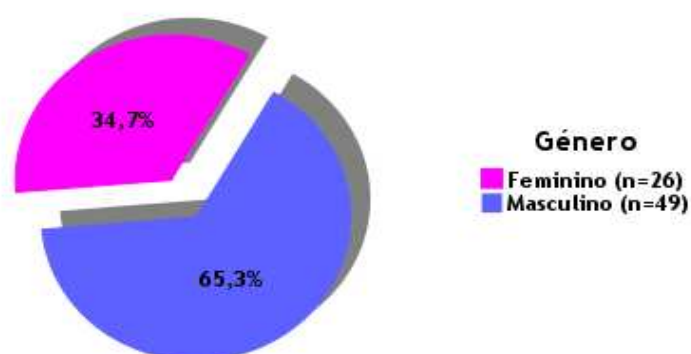
\* p-Value obtido através da Prova Exata de Fisher

\*\* Residência desconhecida de um indivíduo com idade ≥ 65 anos

Do número total de casos, 75/106 (70,8 %) ocorreram em idosos.

Com base na população idosa da área de referência do CHCB - Covilhã, Fundão e Belmonte (20 587 habitantes idosos de acordo com INE (2011)) - a incidência, durante o período de estudo, de HDA em idosos foi de 3,6 por 10 000 habitantes.

Na figura 2. apresenta-se a distribuição por género e observa-se que, maioritariamente a amostra era constituída por idosos do género masculino (49/75; 65,3%) .



**Figura 2.** Distribuição por gênero dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

Os idosos do estudo apresentaram em média 79,82 anos, com um desvio padrão de 8,14 anos, sendo a idade mediana verificada de 79 anos. O participante idoso mais novo tinha 65 anos e o mais velho 97 anos.

As idosas do estudo apresentavam em média 84,27 anos, com um desvio padrão de 7,60 anos, sendo a idade mediana verificada de 85 anos. A participante idosa mais nova tinha 67 anos e a mais velha 97 anos. Já os idosos do estudo apresentavam em média 77,49 anos, com um desvio padrão de 7,44 anos, sendo a idade mediana verificada de 77 anos. O participante idoso mais novo tinha 65 anos e o mais velho 93 anos.

Subdividindo-se os idosos por duas classes de idades: (65;74) anos, esta classe apresentou uma média de 70,36 anos e um desvio padrão de 3,09 anos e a classe dos ( $\geq 75$ ) anos apresentou uma média de 83,77 anos e um desvio padrão de 6,02 anos.

**Tabela 3.** Distribuição por grupo etário segundo gênero e residência dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

Características Demográficas	Idade (classes)		p-Value
	Idade [65;74] anos (n=22)	Idade [ $\geq 75$ ] anos (n=53)	
<b>Gênero, n (%)</b>			
Masculino	19 (86,4)	30 (56,7)	0,170*
Feminino	3 (13,6)	23 (43,4)	0,170*
<b>Residência, n (%)</b>			
Domicílio	17/21 (81,9)**	36 (68)	0,392*
Instituição	4/21 (19)**	17 (32,1)	0,392*

\* p-Value obtido através da Prova Exata de Fisher

\*\* Residência desconhecida de um indivíduo com idade [65;74] anos

Na Tabela 3. observam-se os dados obtidos através da avaliação de uma eventual correlação do fator de risco idade, comparando os idosos através de duas classes: (65;74) anos e ( $\geq 75$ ) anos, com as características demográficas (género e residência), onde não se detetaram associações estatisticamente significativas.

Contudo, verificou-se que, em ambas as classes de idades os idosos residiam mais em domicílio.

## 4.2. Antecedentes/Fatores de Risco

**Tabela 4.** Distribuição por grupo etário segundo infecção pelo *Helicobacter Pylori* e consumo de medicação dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=106).

Antecedentes/ Fatores de Risco	Idade (classes)		p-Value
	Idade [ $<65$ ] anos (n=31)	Idade [ $\geq 65$ ] anos (n=75)	
1. Infecção Hp, n (%)	16 (51,6)	25 (33,3)	0,085*
2. Medicação, n (%)			
Anticoagulantes	1 (3,22)	11 (14,7)	0,174*
Antiagregantes Plaquetares (Isoladamente)	5 (16,1)	20 (26,7)	0,318*
Antiagregantes Plaquetares e AAS (Associação)	1 (3,2)	2 (2,7)	1*
AINE's	3 (9,7)	8 (10,7)	1*
AAS	2 (6,5)	9 (12)	0,503*
ISRS	1 (3,2)	3 (4)	1*
Corticoides	—	2 (2,7)	1*
IBP e Antiulcerosa	11 (35,5)	30 (40)	0,827*

\* p-Value obtido através da Prova Exata de Fisher

Na Tabela 4. estão apresentados os dados aquando da verificação de uma eventual correlação do fator de risco idade, comparando-se os adultos ( $<65$ ) anos com os idosos ( $\geq 65$ ) anos, com outros antecedentes/fatores de risco, onde não se detetaram associações estatisticamente significativas.

Pode referir-se que, quanto ao fator de risco consumo de tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas, em ambas as classes de idade, maioritariamente a informação encontrava-se indisponível.

Quanto à presença de infecção pelo Hp, a classe dos ( $<65$ ) anos apresentava um maior numero de indivíduos com presença de Hp (16/31; 51,6%).

No que concerne ao consumo de medicação, os antiagregantes plaquetares (isoladamente) foi o tipo de medicação mais consumida pelos indivíduos em ambas as classes de idades: classe ( $<65$ ) anos (5/31; 16,1%) e classe ( $\geq 65$ ) anos (20/75; 26,7%).

No que concerne ao consumo de antiagregantes plaquetares mais anticoagulantes, na classe ( $<65$ ) anos o consumo foi de (9/31; 29%) e classe ( $\geq 65$ ) anos foi de (42/75; 56%).

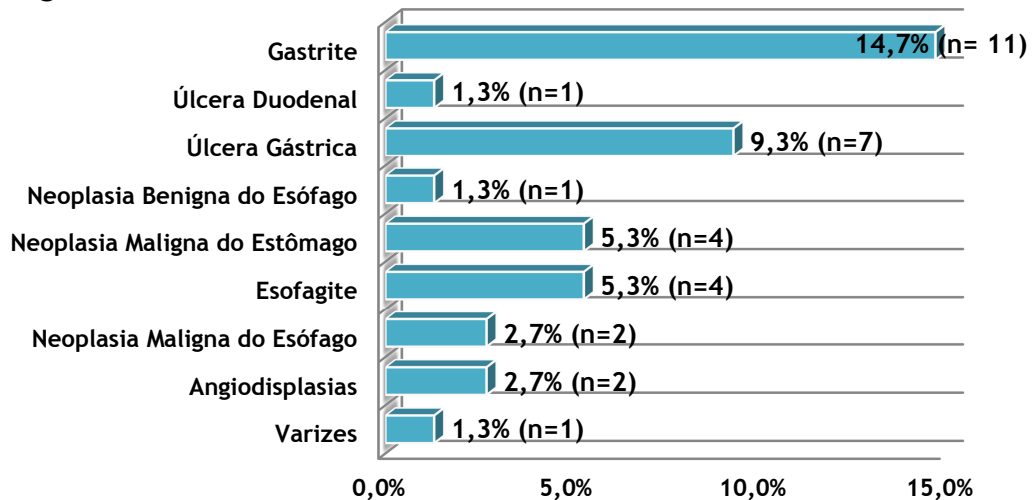
Relativamente ao consumo de IBP e medicação antiulcerosa, pode dizer-se que o consumo em ambas as classes foi relativamente parecido: classe (<65) anos (11/31; 35,5%) e classe (≥65) anos (30/75; 40%).

Maioritariamente os idosos não apresentavam história de patologia gástrica anterior (42/75; 56,0%). Contudo dos que apresentavam história de patologia gástrica anterior (33/75; 44,0%), a patologia mais frequente era a gastrite (11/33; 14,7%), seguida da úlcera gástrica (9/33; 9,3%), como é possível analisar na Figura 3. e 4.



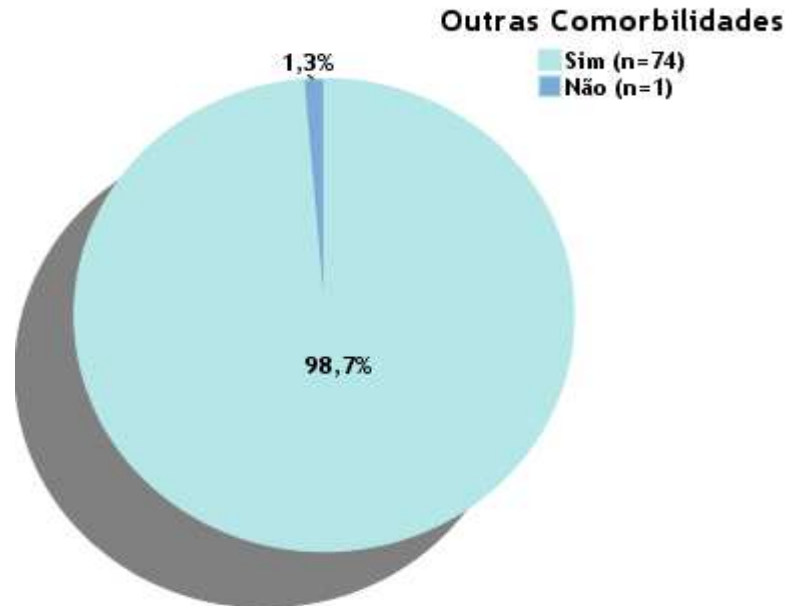
**Figura 3.** Distribuição por história de patologia gástrica anterior dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

### Patologias Gástricas Anteriores

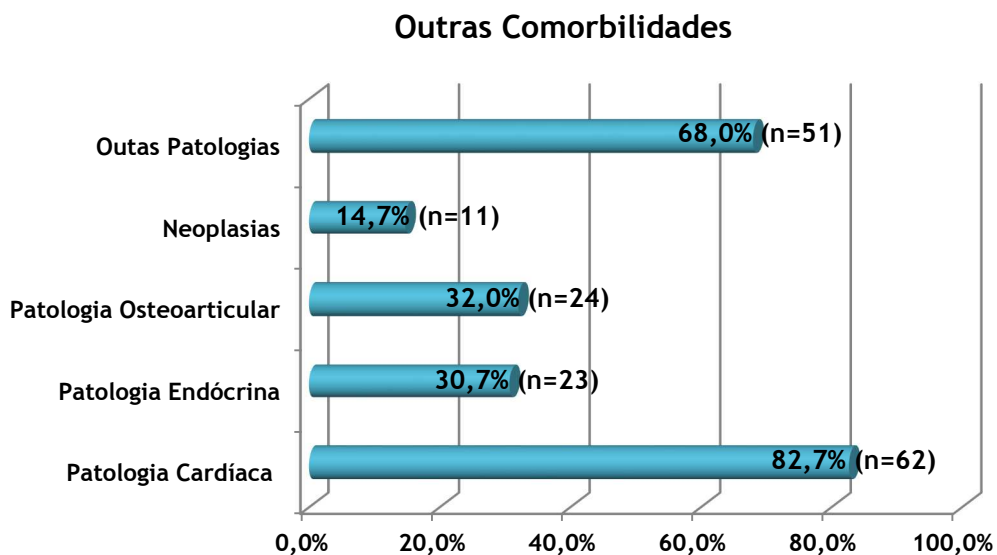


**Figura 4.** Distribuição por patologia gástrica anterior dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=33).

Os idosos maioritariamente apresentavam outras comorbilidades (74/75; 98,7%). Dessas comorbilidades as mais frequentes eram a patologia cardíaca (62/74; 82,7%) e outras patologias (51/74, 68,0%), conforme está indicado na Figura 5. e 6.



**Figura 5.** Distribuição por presença de outras comorbilidades dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).



**Figura 6.** Distribuição por outras comorbilidades dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=74).

Ao se estabelecer uma eventual correlação do fator de risco idade, comparando os idosos através de classes: (65;74) anos e ( $\geq$  75) anos, com outros antecedentes/fatores de risco, não se detetaram associações estatisticamente significativas.

Contudo, quanto à presença de infecção pelo Hp, em ambas as classes de idades, mais de um quarto dos idosos estava infetado: classe (65;74) anos (8/22; 36,4%) e classe ( $\geq 75$ ) anos (17/53; 32,1%).

No que concerne ao consumo de medicação, os anticoagulantes e os antiagregantes plaquetares (isoladamente) foram o tipo de medicação mais consumida pelos idosos da classe (65;74) anos (6/22; 27,3%), já os antiagregantes plaquetares (isoladamente) foram os medicamentos mais consumidos na classe ( $\geq 75$ ) anos (14/53; 26,4%).

Relativamente ao consumo de antiagregantes plaquetares mais anticoagulantes, na classe (65;74) anos o consumo foi de (13/22; 59,1%) e classe ( $\geq 75$ ) anos o consumo foi de (29/53; 54,7%).

Todos dados supramencionados podem ser observados na Tabela 5.

**Tabela 5.** Distribuição por grupo etário segundo infecção pelo *Helicobacter Pylori* e consumo de medicação dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

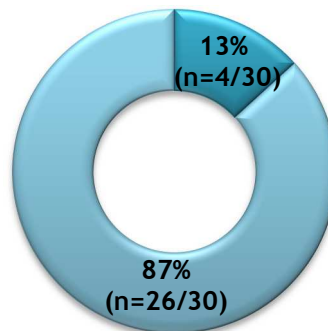
<i>Antecedentes/ Fatores de Risco</i>	<i>Idade (classes)</i>		<i>p-Value</i>
	<i>Idade [65;74] anos (n=22)</i>	<i>Idade [<math>\geq 75</math>] anos (n=53)</i>	
<b>1. Infecção Hp, n (%)</b>	8 (36,4)	17 (32,1)	0,773*
<b>2. Medicação, n (%)</b>			
Anticoagulantes	6 (27,3)	5 (9,4)	0,071*
Antiagregantes Plaquetares (Isoladamente)	6 (27,3)	14 (26,4)	1*
Antiagregantes Plaquetares e AAS (Associação)	—	2 (3,8)	1*
AINE's	—	8 (15,1)	0,096*
AAS	1 (4,5)	8 (15,1)	0,268*
ISRS	1 (4,5)	2 (3,8)	1*
Corticoides	1 (4,5)	1 (1,9)	0,503*
IBP e Antiulcerosa	12(54,5)	18 (34)	0,123*

\* *p-Value* obtido através da Prova Exata de Fisher

Através da Figura 7. é possível verificar que quanto ao consumo de IBP e medicação antiulcerosa, dos 75 idosos, 30 consomem os mesmos, sendo a toma ocasional a mais frequente (26/30; 87%).

### Modo de Administração dos IBP e Medicação Antiulcerosa

■ Toma Sistemática ■ Toma Ocasional



**Figura 7.** Distribuição por modo de administração dos inibidores da bomba de prótons e medicação antiulcerosa dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=30).

### 2.3. Apresentação Clínica

Foi verificar-se uma eventual correlação do fator de risco idade, comparando os adultos (<65) anos com os idosos (≥65) anos, com a apresentação clínica, e detetaram-se associações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) para apresentação clínica epigastralgias: classe (<65) anos (5/31; 16,1%) e classe (≥65) anos (3/75; 4%).

Nas restantes, não se detetaram associações estatisticamente significativas porém, pode dizer-se que, na classe (<65) anos a apresentação clínica mais observada foi as epigastralgias (5/31; 16,1%) e na classe (≥65) anos, a apresentação clínica mais observada foi as melenas (32/75; 42,7%), como é possível verificar na Tabela 6.

**Tabela 6.** Distribuição por grupo etário segundo apresentação clínica dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=106).

Apresentação Clínica	Idade (classes)		p-Value
	Idade [<65] anos (n=31)	Idade [≥65] anos (n=75)	
<b>1. Apresentação Clínica, n (%)</b>			
Dor Abdominal	2 (6,5)	6 (8)	1*
Anemia	—	7 (9,3)	0,103*
Epigastralgias	5 (16,1)	3 (4)	0,032*
Hematemeses	4 (13)	13 (17,3)	0,773*
Melenas	13 (42)	32 (42,7)	1*
Lipotímia	—	1 (1,3)	1*
Vómitos	3 (9,7)	7 (9,3)	1*
Náuseas	—	3 (4)	0,554*
Disfagia	3 (9,6)	3 (4)	0,355*
Síncope	1 (3,2)	—	0,292*

\* p-Value obtido através da Prova Exata de Fisher

Na Tabela 7. estão os dados de quando se foi verificar uma eventual correlação do fator de risco idade, comparando os idosos através de duas classes: (65;74) anos e ( $\geq 75$ ) anos, com a apresentação clínica, onde não se detetaram associações estatisticamente significativas todavia, pode dizer-se que, a apresentação clínica mais observada em ambas as classes de idades foi as melenas: (65;74) anos (10/22; 45,5%) e classe ( $\geq 75$ ) anos (22/53; 41,5%),

**Tabela 7.** Distribuição por grupo etário segundo apresentação clínica dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

Apresentação Clínica	Idade (classes)		p-Value
	Idade [65;74] anos (n=22)	Idade [ $\geq 75$ ] anos (n=53)	
<b>1. Apresentação Clínica, n (%)</b>			
Dor Abdominal	2 (9,1)	4 (7,5)	1*
Anemia	2 (9,1)	5 (9,4)	1*
Epigastralgias	—	3 (5,7)	0,551*
Hematemeses	5 (22,7)	8 (15,1)	0,507*
Melenas	10 (45,5)	22 (41,5)	0,801*
Lipotímia	1 (4,5)	—	0,293*
Vómitos	1 (4,5)	6 (11,3)	0,666*
Náuseas	—	3 (5,7)	0,551*
Disfagia	1 (4,5)	2 (3,8)	1*
Síncope	—	—	—

\* p-Value obtido através da Prova Exata de Fisher

## 2.4. Diagnóstico Endoscópico e Outros Exames

**Tabela 8.** Distribuição por grupo etário segundo diagnóstico endoscópico e outros exames dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=106).

Diagnóstico Endoscópico e Outros Exames	Idade (classes)		p-Value
	Idade [<65] anos (n=31)	Idade [ $\geq 65$ ] anos (n=75)	
<b>1. Diagnóstico Endoscópico, n (%)</b>			
Úlcera Gástrica e Duodenal	9 (29)	30 (40)	0,377*
Úlcera do Esófago	—	1 (1,3)	1*
Causa Inespecificada	3 (9,6)	1 (1,3)	0,074*
Síndrome Mallory-Weis	1 (3,2)	6 (8)	0,671*
Angiodisplasia	—	1 (1,3)	1*
Lesão de Dieulafoy	—	1 (1,3)	1*
Gastrite	5 (16,2)	11 (14,7)	1*
Duodenite	—	2 (2,7)	1*
Neoplasia Maligna do Esófago	4 (13)	2 (2,7)	0,058*
Neoplasia Maligna do Estômago	7 (22,6)	16 (21,3)	1*
Hemorragia Esofágica	2 (6,4)	4 (5,3)	1*
<b>2. Valores Analíticos, (média<math>\pm</math>desvio padrão)</b>			
Hemoglobina (g/dl)	10,22 $\pm$ 0,61	9,47 $\pm$ 0,32	0,299 <sup>†</sup>

\* p-Value obtido através da Prova Exata de Fisher

<sup>†</sup>p-Value obtido através do Teste Não-Paramétrico Mann-Whitney

Na Tabela 8. estão os dados quando se analisou uma eventual correlação do fator de risco idade, comparando os indivíduos adultos (<65) anos com os idosos (≥65) anos, com o diagnóstico endoscópico e outros exames, onde não se detetaram associações estatisticamente significativas.

O diagnóstico endoscópico mais verificado, em ambas as classes foi a UP gástrica e duodenal: classe (<65) anos (9/31; 29%) e classe (≥65) anos (30/75; 40%).

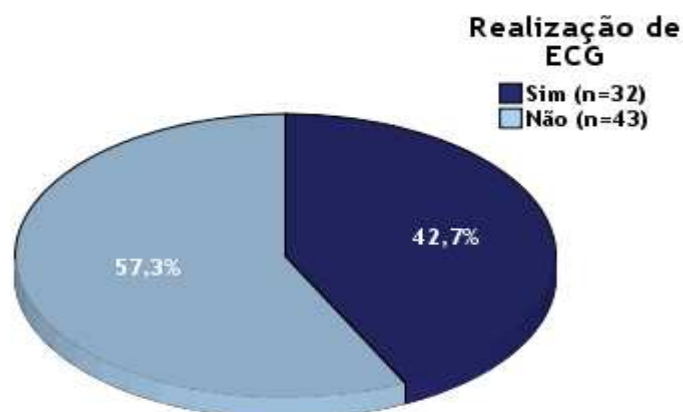
No que concerne ao valor de Hb apresentada pelos indivíduos, esse valor era ligeiramente inferior na classe (≥65) anos (9,47±0,32).

**Tabela 9.** Distribuição por grupo etário segundo diagnóstico endoscópico e outros exames dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

Diagnóstico Endoscópico e Outros Exames	Idade (classes)		p-Value
	Idade [65;74] anos (n=22)	Idade [≥75] anos (n=53)	
<b>1. Diagnóstico Endoscópico, n (%)</b>			
Úlcera Gástrica e Duodenal	6 (27,3)	24 (45,3)	0,198*
Úlcera do Esófago	1 (4,5)	—	0,293*
Causa Inespecificada	1 (4,5)	—	0,293*
Síndrome Mallory-Weis	2 (9,1)	4 (7,5)	1*
Angiodisplasia	—	1 (1,9)	1*
Lesão de Dieulafoy	1(4,5)	—	0,293*
Gastrite	3 (13,7)	8 (15,1)	1*
Duodenite	1 (4,5)	1 (1,9)	0,503*
Neoplasia Maligna do Esófago	1 (4,5)	1 (1,9)	0,503*
Neoplasia Maligna do Estômago	6 (27,3)	10 (18,9)	0,537*
Hemorragia Esofágica	—	4 (7,5)	0,314*
<b>2. Valores Analíticos, (média±desvio padrão)</b>			
Hemoglobina (g/dl)	9,12±3,29	9,62±2,58	0,487 <sup>x</sup>

\* p-Value obtido através da Prova Exata de Fisher

<sup>x</sup> p-Value obtido através do Teste t Student



**Figura 8.** Distribuição por realização de eletrocardiograma dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

Analisou-se uma eventual correlação do fator de risco idade, comparando os idosos através de duas classes: (65;74) anos e ( $\geq 75$ ) anos, com o diagnóstico endoscópico e outros exames, não se detetando associações estatisticamente significativas.

Todavia pode referir-se que, quanto ao diagnóstico endoscópico, na classe (65;74) anos os que mais se constataram foram a UP gástrica e duodenal (6/22; 27,3%) e a neoplasia maligna do estômago (6/22; 27,3%). Na classe ( $\geq 75$ ) anos, o diagnóstico mais observado foi a úlcera gástrica e duodenal (24/53; 45,3%).

No que concerne ao valor de Hb que os idosos apresentavam, foi semelhante em ambas as classes (Tabela 9).

Quanto à realização de ECG, maioritariamente os idosos não o realizaram (43/75; 57,3%), como está demonstrado na Figura 8.

## 2.5. Evolução Clínica

**Tabela 10.** Distribuição por grupo etário segundo evolução clínica dos indivíduos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=106).

<i>Evolução Clínica</i>	<i>Idade (&lt;65) anos (n=31)</i>	<i>Idade [<math>\geq 65</math>] anos (n=75)</i>	<i>p-Value</i>
<b>1. Complicações, n (%)</b>			
Infecção	3 (9,7)	10 (13,3)	0,752*
Episódios Isquémicos	—	—	—
Deterioração do Estado Mental	—	—	—
Outras	1 (3,2)	7 (9,3)	0,432*
Episódio de Recidiva	1 (3,2)	9 (12)	0,275*
Episódio de Recorrência	3 (9,7)	5 (6,7)	0,690*
<b>2. Dias de Internamento, (média<math>\pm</math>desvio padrão)</b>	8,26 $\pm$ 1,05	13,11 $\pm$ 1,77	0,125 <sup>†</sup>
<b>3. Morte, n (%)</b>	5 (16,1)	10 (13,3)	0,762*

\* *p-Value* obtido através da Prova Exata de Fisher

<sup>†</sup>*p-Value* obtido através do Teste Não-Paramétrico Mann-Whitney

Para se verificar uma eventual correlação do fator de risco idade, comparou-se os adultos (<65) anos com os idosos ( $\geq 65$ ) anos, com evolução clínica, não se detetando associações estatisticamente significativas.

No entanto, pode evidenciar-se que, a complicação mais observada na classe (<65) anos foi a infeção (3/31; 9,7%) e na classe ( $\geq 65$ ) anos, a complicação mais observada foi também a infeção (10/75; 13,3%).

Referentemente ao episódio de recidiva, o mesmo verificou-se mais na classe ( $\geq 65$ ) anos (9/75; 12%) e o episódio de recorrência durante o estudo verificou-se mais na classe (<65) anos (3/31; 9,7%).

Relativamente aos dias de internamento, os indivíduos da classe ( $\geq 65$ ) anos estiveram mais dias hospitalizados (13,11 $\pm$ 1,77).

No que concerne à mortalidade, na classe (<65 anos) foi de 16,1% (5/31) e na classe (≥65) anos foi de 13,3% (10/75), conforme está demonstrado na Tabela 10.

Para se verificar uma eventual correlação do fator de risco idade, comparando os idosos através de duas classes: (65;74) anos e (≥75) anos, com a evolução clínica, não se detetando associações estatisticamente significativas.

Conquanto, pode evidenciar-se que, as complicações mais observadas na classe (65;74) anos foram a infecção e outras com os mesmos valores (2/22; 9,1%) já na classe (≥75) anos, a complicação mais observada foi a infecção (8/53; 15,1%).

Quanto ao episódio de recidiva e recorrência durante o estudo, ambos foram mais observados na classe (65;74) anos: recidiva (3/22; 13,6%) e recorrência (3/22; 13,6%).

Relativamente aos dias de internamento, os idosos da classe (≥75) anos estiveram mais dias hospitalizados (13,30±2,05).

No que concerne à mortalidade pode dizer-se que foi idêntica para ambas as classes de anos. Os diferentes dados supramencionados podem ser observados na Tabela 11.

**Tabela 11.** Distribuição por grupo etário segundo evolução clínica dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

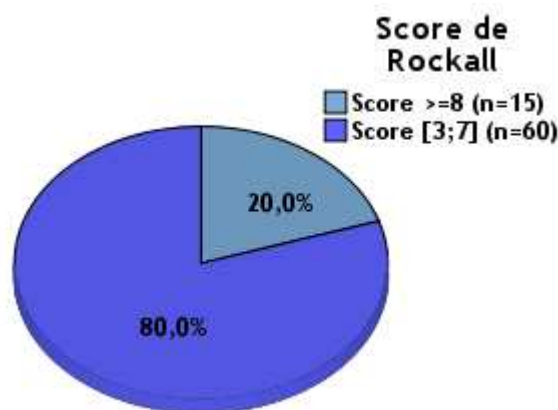
<i>Idade (classes)</i>	<i>Idade [65;74] anos (n=22)</i>	<i>Idade [≥75] anos (n=53)</i>	<i>p-Value</i>
<b><i>Evolução Clínica</i></b>			
<b>1. Complicações, n (%)</b>			
Infecção	2 (9,1)	8 (15,1)	0,714*
Episódios Isquémicos	—	—	—
Deterioração do Estado Mental	—	—	—
Outras	2 (9,1)	5 (9,4)	1*
Episódio de Recidiva	3 (13,6)	6 (11,3)	0,716*
Episódio de Recorrência	3 (13,6)	2 (3,8)	0,147*
<b>2. Dias de Internamento, (média±desvio padrão)</b>	12,64±3,55	13,30±2,05	0,525 <sup>†</sup>
<b>3. Morte, n (%)</b>	3 (13,6)	7 (13,2)	1*

\* p-Value obtido através da Prova Exata de Fisher

<sup>†</sup>p-Value obtido através do Teste Não-Paramétrico Mann-Whitney

Referentemente ao score de Rockall foi possível verificar-se que os idosos maioritariamente obtiveram uma pontuação que está englobada no intervalo [3;7] (60/75; 80%), como se observa na Figura 9.

Dos idosos que obtiveram uma pontuação [≥8] apenas um faleceu (1/15; 6,67%).



**Figura 9.** Distribuição por intervalo de pontuação obtida no score de Rockall dos idosos com Hemorragia Digestiva Alta, submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

**Tabela 12.** Distribuição dos óbitos por Hemorragia Digestiva Alta segundo género, dos indivíduos submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=106).

Óbito \ Género	Masculino	Feminino	Total
	(n) (%)	(n) (%)	(N) (%)
Sim	11 (14,7)	4 (12,9)	15 (14,2)
Não	64 (85,3)	27 (87,1)	91 (85,8)
<b>Total</b>	<b>75 (100)</b>	<b>31 (100)</b>	<b>106 (100)</b>

A mortalidade geral no meu estudo foi de 14,2%, como se observa na Tabela 12.

**Tabela 13.** Distribuição dos óbitos por Hemorragia Digestiva Alta segundo género, dos adultos submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=31).

Óbito \ Género	Masculino	Feminino	Total
	(n) (%)	(n) (%)	(N) (%)
Sim	4 (15,4)	1 (20)	5 (16,1)
Não	22 (84,6)	4 (80)	26 (83,9)
<b>Total</b>	<b>26 (100)</b>	<b>5 (100)</b>	<b>31 (100)</b>

Na Tabela 13. verifica-se que a mortalidade em adultos do género masculino foi de 15,4% e a mortalidade do género feminino foi de 20%.

**Tabela 14.** Distribuição dos óbitos por Hemorragia Digestiva Alta segundo género, dos idosos submetidos a Endoscopia Digestiva Alta na Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar Cova da Beira, 2010 (N=75).

<i>Género</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Total</i>
<i>Óbito</i>	<i>(n) (%)</i>	<i>(n) (%)</i>	<i>(N) (%)</i>
Sim	7 (14,3)	3 (11,5)	10 (13,3)
Não	42 (85,7)	23 (88,5)	65 (86,7)
Total	49 (100)	26 (100)	75 (100)

Na Tabela 14. verifica-se que a mortalidade nos idosos do género masculino foi de 14,3% e a mortalidade do género feminino foi de 11,5%.

## 5. Discussão

A HDA é um dos problemas clínicos mais importantes na área da Gastreenterologia, pois é um dos motivos mais frequentes de admissão nas urgências hospitalares (Lima & Taranto,2006; Sampaio, 2006)

Nos últimos tempos tem-se verificado alterações significativas na epidemiologia e no prognóstico dos doentes como resultado dos avanços em endoscopia digestiva e na farmacoterapia (Lima & Taranto,2006; Sampaio, 2006).

No estudo observou-se que o episódio de HDA abrangeu maioritariamente o género masculino (70,8%) e apenas se verificou em 29,2 % no género feminino. Os resultados obtidos neste estudo sobre os episódios de HDA vão de acordo com a literatura, pois segundo Laine apresentado por Xiol (2001), González *et al.* (2003), Lourenço & Oliveira (2003) e Yamaguchi (2003), o episódio de HDA é duas vezes mais frequente no género masculino do que no género feminino e de acordo com Sampaio apresentado por Pedrosa (2006) aumenta com a idade. Isso também foi constatado nesta amostra pois, analisando a distribuição de episódios de HDA nas diferentes classes de idades observou-se um aumento desses mesmos episódios, sendo na classe (75;84) anos, onde se verificou um maior número de episódios (28,3%).

Segundo um estudo, em Espanha, no ano de 1947, apenas 2% dos doentes com episódio de HDA transpunham a faixa etária dos 70 anos, atualmente a quarta parte do número total de episódios de HDA correspondem a pessoas com idade superior a 80 anos (González *et al.*, 2003; Curado, 2005).

Na classe ( $\geq 85$ ) anos verificou-se um maior número de episódios de HDA no género feminino (45,2%), isto talvez possa ser explicado porque, o género feminino na atualidade vive mais que o género masculino e apresenta mais comorbilidades (Araoz & Llana, 2003; Fernandes, 2008; Ribeiro & Paúl, 2011; Almeida, 2012).

Relativamente à residência (domicílio e instituição), detetaram-se associações estatisticamente significativas quando se averiguou a relação entre os adultos e os idosos desta amostra ( $p < 0,05$ ).

Em relação à residência dos idosos, os resultados obtidos neste estudo são idênticos aos encontrados no estudo desenvolvido por Alkhatib e colaboradores (2010), que nos indica que, a maioria dos idosos residia em domicílio.

Verificou-se que 70,8 % de todos os episódios de HDA ocorreram em idosos, tendo os mesmos uma idade média de 79,82 anos, com um desvio padrão de 8,14 anos. Estes resultados são superiores aos obtidos em diferentes estudos. Segundo Adhiyaman & Black (2010), a percentagem de episódios de HDA em pessoas com 60 ou mais anos, em 1987, era de 46,1% e

em 2001 passou para 63,2%. E segundo um outro estudo, a idade média de um doente que apresenta episódio de HDA é muito superior a 60 anos (Herion *et al.*, 2008).

Segundo outros estudos, a HDA é uma patologia que cada vez mais abrange as pessoas idosas, com predominância do gênero feminino (González *et al.*, 2003; Curado, 2005; Lima & Taranto, 2006; Tariq & Mekhjian, 2007). Os resultados nesta amostra de idosos não foram de acordo com estes dados pois, em idosos o maior número de episódios de HDA verificou-se no gênero masculino (65,3%).

A incidência da HDA em idosos neste estudo foi de 3,6 por 10 000 habitantes. Segundo Curado (2005), alguns estudos indicam que, a incidência de HDA em idosos nos USA varia entre os 67 a 172/100 000 habitantes por ano e na Europa a sua incidência é de 45/100 000 habitantes por ano. Já estudos mais recentes referem que, a incidência de HDA em idosos é de 50 a 150/100 000 habitantes por ano, podendo a mesma ser superior em países mais ricos economicamente (Tariq & Mekhjian, 2007; Zullo *et al.*, 2007).

O aumento da idade é um fator de risco bastante considerável para o desenvolvimento de episódios de HDA, e como já foi supramencionado a nossa amostra tinha uma idade média de 79,82 anos (Sampaio, 2006).

No que concerne à história de patologia gástrica, na sua maioria as pessoas idosas não apresentavam a mesma (56%). Dos idosos que apresentavam história prévia, as patologias mais frequentes foram a gastrite (14,7%) seguida da úlcera gástrica (9,3%). Ambas resultam de um processo erosivo sobre a mucosa gástrica e ao não se apostar na prevenção e tratamento das mesmas, leva a que no futuro possam surgir episódios de HDA (Sands, 2003b).

Nos estudos analisados, nenhum fazia referência à presença de patologia gástrica prévia em idosos. No estudo PARAINES, com uma amostra de 280 indivíduos com HDA, a história prévia de úlcera gástrica estava presente em 24,1% dos indivíduos (Couto *et al.*, 2010).

Maioritariamente as pessoas idosas apresentavam outras comorbilidades (98,7%), as mesmas são preditores importantes, pois ajudam a determinar a evolução aquando do episódio de HDA (Laine, 2001; Parreira *et al.*, 2002; Lima & Taranto, 2006; Leerdam, 2008; Pilotto *et al.*, 2010). Das comorbilidades, a que apresentou uma maior percentagem foi a patologia cardíaca (82,7%). Segundo Yachimski & Friedman (2008), a presença de patologia cardíaca em idosos, tem uma elevada prevalência.

Atendendo à elevada presença desta comorbilidade, pode deduzir-se o tipo de medicação maioritariamente usada pelos idosos desta amostra.

O consumo de anticoagulantes, que muitas vezes são fornecidos aos idosos devido aos seus diferentes problemas cardíacos, potencia a ocorrência de HDA (Zullo *et al.*, 2007).

Segundo Zullo *et al.* (2007) o consumo de antiagregantes plaquetar (isoladamente) e anticoagulantes em simultâneo, também potencia a ocorrência de episódios de HDA.

Verificou-se que, a medicação mais usada em ambas as classes de idades nos idosos, foi os antiagregantes plaquetares (classe (65;74) anos = 27,3% e classe ( $\geq 75$ ) anos = 9,4%) e os anticoagulantes (classe (65;74) anos = 27,3% e classe ( $\geq 75$ ) anos = 26,4%).

A utilização de antiagregantes plaquetares (isoladamente) está cada vez mais a aumentar, devido ao seu evidente benefício no tratamento de doenças cardiovasculares contudo, está comprovado que, a sua utilização aumenta o risco do desenvolvimento de complicações que poderão levar ao surgimento da HDA. Quando o seu uso é concomitantemente com outra medicação tal como, AINE's, corticoides e anticoagulantes o risco de HDA é muito superior (Sampaio, 2006; Bhatt *et al.*, 2008). Num estudo realizado com uma amostra de 103 idosos, em que apenas foram verificados os resultados para o uso de Clopidogrel, na classe (65;74) anos obteve-se um consumo de 12,3% e na classe ( $\geq 75$ ) anos o consumo foi de 10,7% (Alkhatib & Elkhatib & Alkhatib & Maldonado & Abubark & Adler, 2010).

Quando se averiguou a relação entre os adultos e os idosos verificou-se que, os antiagregantes plaquetares (isoladamente) foi a medicação mais usada por ambas as classes: classe (<65) anos = 16,1% e classe ( $\geq 65$ ) anos = 26,7%. Este valor obtido no consumo de antiagregantes plaquetares (isoladamente) por parte dos adultos pensa-se que possa ser explicado, porque cada vez mais os adultos veem apresentar patologia cardíaca. Tal como nos idosos, o seu consumo potencia o risco de HDA.

No que concerne à ingestão de IBP e medicação antiulcerosa, quando se comparou o seu consumo entre adultos e idosos, o mesmo foi semelhante. Nos idosos, o seu consumo foi mais frequente na classe dos (65;74) anos (54,5%), tendo diminuído na classe dos ( $\geq 75$ ) anos. Estes resultados são contraditórios, quando comparados com um estudo realizado em idosos, nas mesmas classes de idades pois, o consumo de IBP aumentou na classe dos ( $\geq 75$ ) anos (Alkhatib & Elkhatib & Alkhatib & Maldonado & Abubark & Adler, 2010). Relativamente ao tipo de toma, verificou-se que dos idosos que usavam IBP ou medicação antiulcerosa, maioritariamente era de forma ocasional (87%).

Convém ainda referir que, segundo Pilotto *et al.* (2010), a toma prolongada de IBP em simultâneo com outra medicação, como é o caso do clopidogrel, pode provocar efeitos adversos, reduzindo a eficácia do clopidogrel.

A utilização dos IBP e da medicação antiulcerosa é um meio que permite reduzir o efeito tóxico dos medicamentos, já anteriormente mencionados, sobre a mucosa gástrica. A eficácia dos mesmos foi comprovada em diversos estudos como nos refere Sampaio (2006).

Os achados nesse estudo relativamente ao uso de IBP e medicação antiulcerosa, tanto em adultos como em idosos, indicaram-nos que cada vez mais é prática clínica o uso concomitante de proteção gástrica. Contudo, a mesma deve ser melhorada pois, quando foi analisado o modo de administração em idosos verificou-se que, a toma mais frequente era a ocasional. Para que, esse melhoramento ocorra, deve-se cada vez mais apostar em ações de sensibilização para o seu uso e também, se deve perceber o porquê de muitas vezes os idosos não aderirem ao seu uso pois, poderá ser por questões económicas e/ou não compreensão das orientações médicas.

Relativamente ao consumo de álcool e tabaco, maioritariamente a informação sobre este dado estava indisponível, tanto nos adultos como nos idosos, o que acabou por ser uma limitação para a análise estatística dos mesmos.

Um outro importante fator de risco é a presença da infeção pelo Hp, o mesmo é um fator etiológico bastante importante pois, este possui proteases que podem degradar a mucosa gástrica levando ao surgimento de úlceras pépticas (Sands, 2003b; Yamaguchi *et al.*, 2003). Analisando os resultados obtidos nesta amostra verifica-se que, mais de um quarto dos nossos idosos estava infetado pelo Hp. Contudo e de acordo com Curado (2005), a partir dos 60 anos a infeção pelo Hp normalmente sofre um decréscimo gradual.

Relativamente à apresentação clínica, nesta amostra, detetaram-se associações estatisticamente significativas para as epigastralgias quando se averiguou a relação entre adultos e idosos ( $p < 0,05$ ).

Nos adultos as epigastralgias foi a apresentação clínica mais frequente e representou (16,1%) e nos idosos (4%). Estes resultados vão de acordo com, o que é mencionado por um autor, que as epigastralgias são menos frequentes nos idosos como resultado das alterações na perceção da dor que maioritariamente os mesmos apresentam (Lima & Taranto, 2006).

Nos idosos, a apresentação clínica mais frequente foi as melenas, (42,7%). Este resultado é superior ao obtido em outros estudos pois, segundo Lima & Taranto citado por Freitas *et al.* (2006) e Tariq *et al.* (2007) as melenas representam 30% das apresentações clínicas.

Quando se analisou a apresentação clínica em idosos através de duas classes de idades: (65;74) anos e ( $\geq 75$ ) anos, as melenas foram novamente a apresentação clínica mais observada com respetivamente (45,5%) e (41,5%). Estes dados foram inferiores aos obtidos num estudo em idosos, com as mesmas classes de idades, (65;74) anos = 66,7% e ( $\geq 75$ ) anos = 57,1% (Alkhatib & Elkhatib & Alkhatib & Maldonado & Abubark & Adler, 2010).

Relativamente ao diagnóstico endoscópico, a UP gástrica e duodenal foi a etiologia mais frequente nos adultos (29%) e nos idosos (40%).

Segundo inúmeros estudos publicados, as mesmas representam cerca de 50 a 60% de todos os casos de HDA (Hochain *et al.* 1996; Laine, 2001; González *et al.*, 2003; Lima *et al.*, 2006; Sampaio, 2006; Silva & Vasconcelos, 2006).

Outros estudos referem que, as UP são as maiores responsáveis pelo episódio de HDA em idosos.

No estudo de Cooper e colaboradores (1988) com uma amostra de 103 pessoas, com idades superiores a 80 anos, a percentagem de episódios de HDA por UP foi de 42%, no estudo de Segal e Cello (1997) com uma amostra de 100 pessoas, com idades superiores a 60 anos, a percentagem de episódios de HDA por UP foi de 73% e no estudo de Kaplan e colaboradores com uma amostra de 162 pessoas, com idades superiores a 65 anos, a percentagem de episódios de HDA por UP foi de 44% (Lima *et al.*, 2006; Trivedi & Pitchumoni, 2006; Tariq *et*

al., 2007; Yachimski & Friedman, 2008). No que concerne aos idosos, o valor obtido por esta amostra foi semelhante ao verificado nos estudos supramencionados.

Nos idosos, verificou-se que na classe (65;74) anos os diagnósticos endoscópicos mais frequentes foram a UP gástrica e duodenal e a neoplasia maligna do estômago, ambos apresentaram igual valor (27,3%) e na classe ( $\geq 75$ ) anos o diagnóstico endoscópico mais verificado foi novamente a UP gástrica e duodenal (45,3%). Os resultados obtidos neste estudo relativamente à UP gástrica e duodenal, foram inversos aos obtidos num estudo já anteriormente mencionado e com as mesmas classes de idades (classe (65;74) anos = 77,2% e classe ( $\geq 75$ ) anos = 33,9%) (Alkhatib & Elkhatib & Alkhatib & Maldonado & Abubark & Adler, 2010).

No que concerne ao valor médio de Hb, este foi inferior nos idosos, aquando da comparação com os adultos, podendo este resultado ser explicado pelas comorbilidades mais frequentes que os idosos apresentam. Nos idosos, nas duas classes de idades, o valor de Hb era semelhante. Contudo, na classe ( $\geq 75$ ) anos o valor médio de Hb obtido na nossa amostra (9,62 g/dl) foi semelhante ao obtido no estudo já mencionado (10,5 g/dl) (Alkhatib & Elkhatib & Alkhatib & Maldonado & Abubark & Adler, 2010).

Maioritariamente os idosos desta amostra não realizaram ECG (57,3%). Esta prática clínica deveria ser melhorada pois, está indicado a realização do mesmo, quando existem situações em que o doente apresente fatores de risco coronário ou uma hemorragia grave (Lima & Taranto, 2006). Como já foi mencionado (82,7%) dos idosos apresentavam patologia cardíaca concomitante, daí ser necessário apostar-se numa maior sensibilização dos profissionais para a realização do mesmo.

O episódio de recidiva foi mais frequente nos idosos (12%) e o episódio de recorrência mais frequente nos adultos (9,7%). A recidiva poderá dever-se à presença de maior número de comorbilidades na população idosa levando a que a terapêutica médica e endoscópica não fosse tão eficaz. O episódio de recorrência foi mais frequente nos adultos talvez porque os mesmos não cumpram as indicações médicas, estando novamente expostos aos diferentes fatores de risco.

Os idosos permaneceram em média, mais dias internados, ( $13,11 \pm 1,77$  dias). O mesmo se verificou nas duas classes de idades nos idosos, ou seja, os idosos da classe com ( $\geq 75$ ) anos estiveram em média, mais tempo internados, ( $13,30 \pm 2,05$  dias). Este resultado foi muito superior ao resultado obtido no estudo em idosos, já diversas vezes referido pois, nesse estudo em ambas as classes o tempo de internamento foi em média de 3,8 dias (Alkhatib & Elkhatib & Alkhatib & Maldonado & Abubark & Adler, 2010). Este resultado talvez seja indicador que se devem realizar melhoramentos na prática clínica aquando do episódio de HDA pois, ao se reduzir o tempo médio de internamento, também se poderá reduzir o número de infeções. Como já se verificou, as mesmas foram bastante frequentes nesta amostra.

O score de Rockall, que traduz o potencial de óbito e ressangramento associado á HDA, verificou-se que apenas 20% dos idosos apresentou um score  $[\geq 8]$ , que nos indica uma mortalidade entre os 41 e os 46% (Sampaio, 2006). Nesta amostra apenas um idoso com este score faleceu. Uma provável explicação para este resultado pode dever-se à eficiente atuação do Gastrenterologista tanto ao nível técnico como ao nível da terapêutica implementada.

Um estudo indica que, em indivíduos com idade inferior a 60 anos, a mortalidade por episódio de HDA varia entre os 0,5 e os 16% (Lima *et al.*, 2006). E de acordo com outros autores, a taxa global de mortalidade ao longo das últimas seis décadas variou entre os 6 e os 10% não se verificando diferenças entre adultos e idosos (Sampaio, 2006; Tariq & Mekhjian, 2007).

Nos idosos, em ambas as classes de idades, a mortalidade foi semelhante, na classe (65:74) anos = 13,6% e classe ( $\geq 75$ ) anos = 13,2%. Este resultado foi superior ao verificado no estudo desenvolvido por Alkhatib e colaboradores (2010) (classe (65;74) anos = 8,8% e classe ( $\geq 75$ ) anos = 5,4%).

O presente estudo apresentou algumas limitações. No que concerne ao tamanho da amostra, esta era relativamente pequena traduzindo-se numa limitação para o tratamento estatístico. Sendo um estudo retrospectivo dependia muito da qualidade dos registos clínicos, tanto em suporte papel como em suporte informático. Nem sempre foi possível encontrar em todos os processos clínicos a informação necessária, nomeadamente em relação a patologias anteriores, qual a medicação concomitante, hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco, entre outros.

Com base nas limitações supracitadas impõem-se as seguintes implicações/linhas de investigação futura: dar continuidade à investigação iniciada neste trabalho dando um carácter prospetivo à investigação. Para isso deve-se adaptar o protocolo de investigação usado, adaptar o instrumento de colheita de dados e ainda permitir a inclusão de uma amostra mais alargada, aumentando-se a área geográfica do estudo.

Sem dúvida que com a realização desse novo estudo se irá aprofundar melhor a realidade epidemiológica das HDA em idosos, contribuindo-se para a redução do impacto social, económico e humano que esta patologia acarreta.

## 6. Conclusão

Durante o período de estudo pode concluir-se que:

- Foi elevado o número de episódios de HDA em idosos, correspondendo a 70,8% dos casos, sendo que a sua maioria ocorreu no género masculino;
- A taxa de incidência de HDA em idosos foi de 3,6 por 10 000 habitantes;
- Maioritariamente os idosos não apresentavam história prévia de patologia gástrica, apresentavam outras comorbilidades, sendo a patologia cardíaca a mais frequente;
- O consumo de IBP e medicação antiulcerosa pelos idosos era realizado de forma ocasional;
- Maioritariamente os idosos que apresentaram episódio de HDA não realizaram ECG;
- No score de Rockall, maioritariamente os idosos obtiveram a pontuação no intervalo [3;7]. Dos que ficaram no intervalo  $[\geq 8]$  que nos indica uma mortalidade de 41 a 46% apenas um faleceu;
- A mortalidade nos idosos foi de 13,3% enquanto, nos adultos foi de 16,1%. Nos adultos de género masculino, a mortalidade foi de 15,4%. Nos idosos, a mortalidade no género masculino foi de 14,3% e no género feminino de 11,5%.
- Os episódios de HDA em idosos e adultos foram semelhantes em:
  - A medicação mais usada foi os antiagregantes plaquetares (isoladamente);
  - No consumo de IBP e medicação antiulcerosa;
  - No diagnóstico endoscópico que foi a UP gástrica e duodenal;
  - Valor médio de Hb;
  - Complicação mais frequente, a infeção.
- Os episódios de HDA em idosos e adultos foram diferentes em:
  - Na residência - residir em domicílio ou estar institucionalizado onde, se detetaram associações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).
  - Na manifestação clínica epigastralgias, onde se detetaram associações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

- Os episódios de HDA entre idosos, classe (65;74) anos e ( $\geq 75$ ) anos, foram semelhantes em:
  - Mais de um quarto apresentava infecção pelo Hp;
  - As melenas foi apresentação clínica mais frequente;
  - Quanto ao diagnóstico endoscópico;
  - Quanto aos episódios de recidiva, recorrência e mortalidade.

## 7. Referências Bibliográficas

- Alkhatib, Amer A. & Elkhatib, Fateh A. & Maldonado, Angela & Abubakr, Samer M. & Adler, Douglas G. (2010) - Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Elderly People: Presentations, Endoscopic Findings, and Outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 58, N.º 1, 182-184.
- Almeida, Henrique (2012) - Biologia do Envelhecimento: Uma Introdução in Ribeiro, Óscar & Paúl, Constança (Coord.), *Manual do Gerontologia*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Antonio, Emilio & Neto, Jeckel & Cunha, Gilson Luis da (2006) - Teorias Biológicas do Envelhecimento in Freitas, Elizabete V. & Py, Ligia & Cançado, Flávio A. X. & Doll, Johannes & Gorzoni, Milton L., *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Araoz, G. Bravo Fernández de & Llena, F. Guillén (2003) - Demografia del envejecimiento in Salgado, Alberto & Guillén, Francisco & Ruipérez, Isidro, *Manual de GERIATRÍA*, 3ª Edição. Barcelona: MASSON, S. A.
- Bhatt DL & Scheiman J & Abraham NS & Antman EM & Chan FKL & Furberg CD % et al./ACG/AHA (2008) - Expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. *Am J Gastroenterol*. Vol. 103, N.º 18, 2890-2907.
- Beija, Beatriz (2004) - Complicações in Cremers, M. Isabelle (Edit. Conv.), *Doença do Refluxo Gastroesofágico*, 4ª Edição. Lisboa: AstraZeneca - Produtos Farmacêuticos, Lda.
- Berger, Louise (1995) - Contexto dos Cuidados em Gerontologia in Berger, Louise & Mailloux-Poirier (Coord.), *Uma Abordagem Global das Pessoas Idosas. Processo de Enfermagem por Necessidade*. Lisboa: LUSODIDACTA.
- Cancela, Diana Manuela Gomes (2007) - O Processo de Envelhecimento. *Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto*. 1-15 acedido a 24 de janeiro de 2012 em <http://www.psicologia.com.pt>.
- Cantera, I. Ruipérez & Moya, D. Sepúlveda (2003) - Aparato digestivo: boca y dientes, esófago, estómago, intestino delgado, Enfermedades del colon. Enfermedades del hígado, vías biliares y pâncreas in Salgado, Alberto & Guillén, Francisco & Ruipérez, Isidro, *Manual de GERIATRÍA*, 3ª Edição. Barcelona: MASSON, S. A.

- Couto, Gilberto & Macedo, Guilherme & Ribeiro, Filipe (2010) - Hemorragia Digestiva alta associada ao consumo de ácido acetilsalicílico e de anti-inflamatórios não-esteróides em Portugal. Resultados do estudo PARAINES. *Jornal Português de Gastreenterologia*. Vol. 17 acessado a 5 de dezembro de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt>.
- Cullen, D. J. E. & Hawkey, G. M. & Greenwood, D. C. & Humpherys & Shepherd, V. Logan R. F. A. & Hawkey, C. J. (1997) - Peptic ulcer bleeding in the elderly: relative roles of *Helicobacter pylori* and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aging and the alimentary tract*. Vol. 41, 459-462.
- Curado, António (2005) - Profilaxia da Hemorragia Digestiva Alta no Idoso: AINE'S, COXIBS e IBP'S in Curado, António (Edit. Conv.), *Patologias Gastreenterológicas Frequentes na Criança, na Grávida e no Idoso*. Lisboa: AstraZeneca - Produtos Farmacêuticos, Lda.
- Dias, Isabel & Rodrigues, Eduardo Vítor (2012) - Demografia e Sociologia do Envelhecimento in Paúl, Constança & Ribeiro, Óscar (Coord.), *Manual de Gerontologia*, Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Dias, Isabel & Rodrigues, Eduardo Vítor (2012) - Demografia e Sociologia do Envelhecimento, Ribeiro, Óscar & Paúl, Constança (Coord.), *Manual de Gerontologia*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Farrel, James J. & Friedman, Lawrence S. (2003) - Evaluation and managing GI bleeding in the elderly: atypical presentations can complicate the workup. *The Journal of Critical Illness*. acessado a 23 de fevereiro de 2012 em <http://business.highbeam.com>.
- Fernandes, Ana Alexandre (2008) - Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População. *Manual Universitário*. Vol. 2. Lisboa: Edições Colibri - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Fernandes, S. Sousa & Ferreira, M. & Romãozinho, J. M. & Ferreira, M. & Amaro, P. & Leitao, M. Correia (2009) - Caracterização da Hemorragia Digestiva Aguda Severa por Angiodisplasia. *Jornal Português de Gastreenterologia*. Vol. 16, 142-148.
- Ferriolli, Eduardo & Moriguti, Julio C. & Lima, Nereira K. da C. (2006) - Envelhecimento do Aparelho Digestório in Freitas, Elizabete V. & Py, Ligia & Cançado, Flávio A. X. & Doll, Johannes & Gorzoni, Milton L., *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fontaine, Roger (2000) - *Psicologia do Envelhecimento*. 1.ª Edição. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

- Freitas, Diniz de (2005) - *Gastroenterologia - Semiologia Clínica & Laboratorial*. Coimbra: AstraZeneca Produtos Farmaceuticos, Lda., 117 - 141.
- González, JA. Lázaro & Marcos, N. Moreno & Torres, P. Peláez Torres & Herrero, A. Marcos & Pascual, M. Hidalgo (2003) - Hemorragia digestiva alta. Diagnóstico y tratamiento. *Salud Rural*. Vol. 20, N.º 1, acessado a 2 de novembro de 2011, em <http://www.msp.gub.uy/>.
- Gurahnick, Jack M. & Ferrucci, Luigi (2009) - Demography and Epidemiology in Halter, Jeffrey B. & Ouslander, Joseph G. & Tinetti, Mary E. & Studenski, Stephanie & High, Kerin P. & Asthana, Sanjay, *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 6ª Edição. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.
- Henrion, J. & Schapira, M. & Ghilain, JM. & Maisin, JM. & De Maeght SM. & Deltenre, P. *et al.* (2008) - Upper Gastrointestinal Bleeding: What has changes during the last 20 years?, *Gastroenterol Clin Biol*. Vol. 32, N.º 10, 830 - 847.
- Hochain, Patrick & Merle, Véronique & Capet, Corinne & Ducrotté, Philippe & Michel, Pierre & Riachi, Ghassan & Colin, Raymond (1996) - Hémorragies digestives hautes du sujet âgé plus de 80 ans: fréquence et facteurs pronostiques. *Gastroenterol Clin Biol*. N.º 20, 638 - 644.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2011) - *Principais Indicadores*. Lisboa: INE acessado a 29 de Setembro de 2012 em <http://censos.ine.pt/>.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2012) - *Censos 2011 - Resultados Pré-definitivos* (informação à comunicação social de 3 de fevereiro de 2012). Lisboa: INE acessado a 27 de março de 2012 em <http://censos.ine.pt/>.
- Jiménez. M. Bixquert (2003) - Cambios digestivos en la madurez in Salvador-Carulla, L. & Sánchez, A. Cano & Cabo-Soler, J. R. (Coord.), *Longevidad - Tratado integral sobre salud e n la segunda mitad se la vida*, 1ª Edição. Buenos Aires - Madrid: EDITORIAL MÉDICA panamericana.
- Kaplan, Robert C. & Heckbert, Susan R. & Koepsell, Thomas D. & Furberg, Curt D. & Polak, Joseph F. & Schoen, Robert E. & Psaty, Bruce M. (2001) - Risk Factors for Hospitalized Gastrointestinal Bleeding Among Older Persons. *American Geriatrics Society*. Vol. 49, 126-133.
- Kane, Robert L. & Ouslander, Joseph G. & Abrass, Itamar B. (2005) - *Geriatría Clínica*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.

- Laine, Loren A. (2001) - Tratamiento de la HDA in Xiol, Joan Monés, *Acid Related Diseases Updated*, 1ª Edição. Barcelona: Medical Trends, S. L..
- Leerdam, ME van (2008) - Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. Vol. 22, N.º 2, 209-224.
- Lima, David Corrêa Alves de & Taranto, Marcos Paulo de Lima (2006) - Hemorragia Digestiva in Freitas, Elizabete V. & Py, Ligia & Cançado, Flávio A. X. & Doll, Johannes & Gorzoni, Milton L., *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lourenço, Karla Glaysia A. & Oliveira, Ricardo B. de (2003) - Abordagem do Paciente com Hemorragia Digestiva Alta Não Varicosa. *Urgências e Emergências Digestivas*, N.º 36, 261-265.
- Mamdani, Muhammad & Rochon, Paula A. & Juurlink, David N. & Kopp, Alex & Anderson, Geoffrey M. & Naglie, Gary & Austin, Peter C. & Laupacis, Andreas (2002) - Observational study of upper gastrointestinal haemorrhage in elderly patients given selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BJM*. Vol. 325, N.º 7365 acessado a 3 de novembro de 2011 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.
- Martín, Ignacio & Brandão, Daniela (2012) Políticas para a Terceira Idade in Paúl, Constança & Ribeiro, Óscar (Coord.), *Manual de Gerontologia*, Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Moura, Cláudia (2006) - *Século XXI, Século de Envelhecimento*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Netto, Matheus Papaléo (2006) - O Estudo da Velhice: historia, definição do campo e termos básicos in Freitas, Elizabete V. & Py, Ligia & Cançado, Flávio A. X. & Doll, Johannes & Gorzoni, Milton L., *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ornelas, Rita & Guerreiro, Horácio (2006) - Hemorragia Digestiva Associada à Hipertensão Portal in Pedrosa, José (Edit. Conv.), *Situações Urgentes em Gastrenterologia*, 5ª Edição. Lisboa: AstraZeneca - Produtos Farmacêuticos, Lda.
- Parreira, José Gustavo & Pfiffer, Tulio Eduardo Flesch & Solda, Silvia Malheiros, Carlos & Rasslan, Samir (2002) - Revista da Associação Médica Brasileira. *Fatores do Tratamento Preditivos Operatório na UP Hemorrágica*. Vol. 48, N.º 4 acessado a 28 de outubro de 2011 em <http://www.scielo.br/>.

- Paúl, Constança (2012) - Tendências Atuais e Desenvolvimentos Futuros da Gerontologia *in* Paúl, Constança & Ribeiro, Óscar (Coord.), *Manual de Gerontologia*, Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Pilotto, A. & Malfertheiner, P. (2002) - an approach to the Helicobacter pylori infection in the elderly. *Aliment Pharmacol Ther.* Vol. 16, N.º 4, 683-691.
- Pilotto, Alberto & Franceschi, Marilisa & Maggi, Stefania & Addante, Filomena & Sancarlo, Daniele (2010) - Optimal Management of peptic Ulcer Disease in the Elderly. *Drugs Aging.* Vol. 27, N.º 7, 545-558.
- Pongprasobchai, Supot & Nimitvilai, Sireethorn & Chasawat, Jaroon & Manatsathit, Sathaporn (2009) - Upper gastrointestinal bleeding etiology score for predicting variceral and non-variceral bleeding. *World Journal of Gastroenterology.* Vol. 15, N.º 9, 1099-1104 acedido a 13 de março de 2012 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Ribeiro, Óscar & Paúl, Constança (2011) - Envelhecimento Activo *in* Ribeiro, Óscar & Paúl, Constança (Coord.), *Manual do Envelhecimento Activo*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, Óscar & Paúl, Constança (2012) - Introdução *in* Ribeiro, Óscar & Paúl, Constança (Coord.), *Manual do Gerontologia*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, Óscar (2012) - Género e Envelhecimento *in* Ribeiro, Óscar & Paúl, Constança (Coord.), *Manual do Gerontologia*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Ruipérez, Isidro & Llorente, P. (1998) - *Guias Práticos de Enfermagem Geriátrica*, 1ª Edição. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.
- Sampaio, Margarida (2006) - Hemorragia Digestiva Alta no Serviço de Urgência *in* Pedrosa, José (Edit. Conv.), *Situações Urgentes em Gastrenterologia*, 5ª Edição. Lisboa: AstraZeneca - Produtos Farmacêuticos, Lda.
- Sands, Judith K. (2003a) - Avaliação das Pessoas com Problemas na Boca e Esófago *in* Phipps, Wilma G. & Sands, Judith K. & Marek, Jane F., *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*, 6ª Edição, Vol. III. Loures: Lusociência.
- Sands, Judith K. (2003b) - Avaliação das Pessoas com Problemas no Estômago e Duodeno *in* Phipps, Wilma G. & Sands, Judith K. & Marek, Jane F., *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*, 6ª Edição, Vol. III. Loures: Lusociência.

- Schwartzmann, Gilberto *et al.* (1991) - *Oncologia Clínica: Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, Lda.
- Sequeira, Carlos (2010) - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Silva, Filipe Gomes & Vasconcelos, Helena (2006) - Tratamento Endoscópico de Hemorragia Digestiva Alta de Causa Não Varicosa *in* Pedrosa, José (Edit. Conv.), *Situações Urgentes em Gastreenterologia*, 5ª Edição. Lisboa: AstraZeneca - Produtos Farmacêuticos, Lda.
- Squire, Anne (2005) - *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas - Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Editora Lusociência.
- Tariq, Syed H. & Mekhjian, George (2007) - Gastrointestinal Bleeding in Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, N.º 23, 769-784, acedido a 27 de outubro de 2011 em [http://medinfo.ufl.edu:8050/other/emed/pgy1/4/gastrointestinal\\_bleeding\\_in\\_older\\_adults.pdf](http://medinfo.ufl.edu:8050/other/emed/pgy1/4/gastrointestinal_bleeding_in_older_adults.pdf).
- Theocharis, George J. & Arvaniti, Vassiliki & Assimakopoulos, Stelios F. & Thomopoulos, Konstantinos C. & Xourgias, Vassilis & Mylonakou, Irini & Nikolopoulou, Vassiliki N. (2008) - Acute upper gastrointestinal bleeding in octogenarians: Clinical outcome and factors related to mortality. *World Journal of Gastroenterol.* Vol. 14, N.º 25, 4047-4053.
- Thomas, Debora Jane (2003) - Avaliação dos Sistemas Gastrintestinal, Biliar e Pancreático Exócrino *in* Phipps, Wilma G. & Sands, Judith K. & Marek, Jane F., *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*, 6ª Edição, Vol. III. Loures: Lusociência.
- Torres, A. Ruiz (2003) - Biología del envejecimiento *in* Salgado, Alberto & Guillén, Francisco & Ruipérez, Isidro, *Manual de GERIATRÍA*, 3ª Edição. Barcelona: MASSON, S. A.
- Trivedi, Chirag D. & Pitchumoni, C. S. (2006) - Gastrointestinal Bleeding in Older Adults *in* Dharmarajan, T. S. & Pitchumoni, C. S. *Practical Gastroenterology: Geriatric Gastroenterology*. N.º 16, 15-42.
- Tytgat, Guido (2001) - Actualización sobre Helicobacter Pylori *in* Xiol, Joan Monés, *Acid Related Diseases Updates*, 1ª Edição. Barcelona: Medical Trends, S. L..
- Vieira, Margarida (2009) - *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. 2.ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Walraven, C. van & Mandani, M. M. & Williams, J. I. (2001) - Inhibition of serotonin reuptake by antidepressants and upper gastrointestinal bleeding in elderly patients:

retrospective cohort study. *B J M.* Vol. 323, N.º 7314 acedido a 4 de dezembro de 2011 em <http://www.bmj.com>.

- WHO - World Health Organization (2004) - A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. *WHO Centre for Health Development. Agein and Health Technical Report.* Vol. 5. Japan: WHO.
- Yachimski, Patrick S. & Friedmam, Lawrence S. (2008) - Gastrointestinal bleeding in the Elderly. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology.* Vol. 5, N.º 2, 80-93 acedido a 20 de Outubro de 2011 em <http://www.nature.com/>.
- Yamaguchi, Yasuharu *et al.* (2003) - HELICOBACTER PYLORI: Endoscopic hemostasis: Safe treatment for peptic ulcer patients aged 80 years or older?. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, N.º 18, 521-525.
- Zimmerman, J. & Shohat, V. Tsvang, E. & Arnon, R. & Safadi, R. & Wengrower, D. (1997) - Esophagitis is a majpor cause of upperr gastrointestinal hemorrhage in the elderly. *Scand J. Gastroenterol.* Vol. 32, 906-909.
- Zullo, Angelo & Hassan, Cesare & Campo, Salvatore, M. A. & Morini, Sérgio (2007) - Bleeding Peptic Ulcer in the Elderly. Risk factors and Prevention Strategies. *Therapy In Practice.* Vol. 24, N.º 10, 815-828.

## 8. Anexos

### Anexo I

***Requerimento para aplicação do Protocolo de  
Tese de Mestrado - Colheita de Dados***

**Ex.<sup>mo</sup> Sr. Presidente do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E**

**Assunto: Requerimento para aplicação de Protocolo de Tese de Mestrado.**

Eu, *Tiago José Felizardo Pereira*, enfermeiro com n.º mecanográfico 3547, a exercer funções no Serviço de Unidade de Endoscopia deste Centro Hospitalar, pretendo realizar um trabalho de investigação para a obtenção do Grau de Mestre, no âmbito da frequência do 2º Ano Curricular do Curso de Mestrado em Gerontologia que decorre na Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde. O mesmo será orientado pela Professora Auxiliar Márcia Soares de Melo Kirzner e co-orientado pela Assistente Convidada de Gastrenterologia Célia Maria Duarte Lemos Vicente, subordinado ao tema: “*Hemorragia Digestiva Alta em Idosos*”.

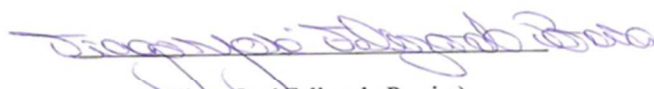
Assim, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, a autorização para aplicação do Protocolo de Tese de Mestrado (enviado em *Anexo*) e, por conseguinte o desenvolvimento das actividades a ele inerentes no Serviço supracitado deste Centro Hospitalar.

Agradeço desde já a Vossa colaboração, e mais se acrescenta que todos os dados recolhidos serão alvo de criteriosa confidencialidade, estando disponíveis para consulta sempre que Vossa Excelência o encontre necessário.

Com os melhores cumprimentos, subscrevo-mo atenciosamente.

Covilhã, 31 Novembro de 2011

Pede deferimento, o enfermeiro:

  
(Tiago José Felizardo Pereira)

## Anexo II

**Autorização para aplicação do Protocolo de  
Tese de Mestrado - Colheita de Dados**

 Centro  
Hospitalar  
Cova da Beira, E.P.E.

Luis

ADMINISTRAÇÃO  
C.H.C.B., E.P.E.  
27.06.2011  
ENVIADO A  
Dr. Rosa Saraiva

Parecer:	Despacho: <u>OK</u> 27.06.2011 <i>autorizado</i> <i>[Signature]</i>
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº115/2011 - "Hemorragia digestiva alta em idosos"	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 114/2011
<b>DE:</b> Núcleo de Investigação	<b>Data</b> 16/12/2011
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Tiago José Felizardo Pereira, aluno do Mestrado em Gerontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema, "Hemorragia digestiva alta em idosos" a realizar no Departamento de Medicina (Serviço de Unidade de Endoscopia) deste Centro Hospitalar.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009: "A Comissão de Ética decidiu ainda: ---</p> <p>Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;...".</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>perovicis</i></p> <p style="text-align: center;">P'lo Núcleo de Investigação</p> <p style="text-align: center;"><i>Rosa Saraiva</i></p> <p style="text-align: center;">(Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	

Pág. 1 / 1

## Anexo III

### *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (Versão 10)*

150.0 - Neoplasia maligna do esófago cervical;

150.1 - Neoplasia maligna do esófago torácico;

150.2 - Neoplasia maligna do esófago abdominal;

150.3 - Neoplasia maligna do terço superior do esófago;

150.4 - Neoplasia maligna do terço médio do esófago;

150.5 - Neoplasia maligna do terço inferior do esófago;

150.8 - Neoplasia maligna de outras partes do esófago;

150.9 - Neoplasia maligna do esófago parte não especificada;

151.0 - Neoplasia maligna do cárdia;

151.1 - Neoplasia maligna do piloro;

151.2 - Neoplasia maligna do antro;

151.3 - Neoplasia maligna do fundo;

151.4 - Neoplasia maligna do corpo;

151.5 - Neoplasia maligna da pequena curvatura;

151.6 - Neoplasia maligna da grande curvatura;

151.8 - Neoplasia maligna de outras partes específicas do estômago;

151.9 - Neoplasia maligna do estômago, parte inespecificada;

152.0 - Neoplasia maligna do duodeno;

530.21 - Úlcera do esófago com hemorragia;

530.7 - Síndrome Mallory-Weis;

530.82 - Hemorragia esofágica (por vezes associada com o código 530.11 - Esofagite de refluxo);

531.00 - Úlcera gástrica aguda com hemorragia, sem obstrução;

531.01 - Úlcera gástrica aguda com hemorragia, com obstrução;

531.20 - Úlcera gástrica aguda com hemorragia e perfuração, sem obstrução;

531.21 - Úlcera gástrica aguda com hemorragia e perfuração, com obstrução;

531.40 - Úlcera gástrica crónica ou inespecificada com hemorragia, sem obstrução;

531.41 - Úlcera gástrica crónica ou inespecificada, com hemorragia, com obstrução;

531.60 - Úlcera gástrica crónica ou inespecificada, com hemorragia e perfuração, sem obstrução;

531.61 - Úlcera gástrica crónica ou inespecificada, com hemorragia e perfuração, com obstrução;

532.00 - Úlcera duodenal aguda com hemorragia, sem obstrução;

532.01 - Úlcera duodenal aguda com hemorragia, com obstrução;

532.20 - Úlcera duodenal aguda com hemorragia e perfuração, com obstrução;

532.21 - Úlcera duodenal aguda com hemorragia e perfuração, com obstrução;

532.40 - Úlcera duodenal crónica ou inespecificada com hemorragia, sem obstrução;

532.41 - Úlcera duodenal crónica ou inespecificada, com hemorragia, com obstrução;

532.60 - Úlcera duodenal crónica ou inespecificada, com hemorragia e perfuração, sem obstrução;

532.61 - Úlcera duodenal crónica ou inespecificada, com hemorragia e perfuração, com obstrução;

533.00 - UP (local inespecificado) aguda com hemorragia, sem obstrução;

533.01 - UP (local inespecificado) aguda com hemorragia, com obstrução;

533.20 - UP (local inespecificado) com hemorragia e perfuração, sem obstrução;

533.21 - UP (local inespecificado) aguda com hemorragia e perfuração, com obstrução;

533.40 - UP (local inespecificado) crónica ou inespecificada com hemorragia, sem obstrução;

533.41 - UP (local inespecificado) crónica ou inespecificada, com hemorragia, com obstrução;

533.60 - UP (local inespecificado) crónica ou inespecificada, com hemorragia e perfuração, sem obstrução;

533.61 - UP (local inespecificado) crónica ou inespecificada, com hemorragia e perfuração, com obstrução;

534.00 - Úlcera gastro-jejunal (inclui anastomose, gastro-intestinal, gastro-jejunal, jejunal, estoma) aguda com hemorragia, sem obstrução;

534.01 - Úlcera gastro-jejunal (inclui anastomose, gastro-intestinal, gastro-jejunal, jejunal, ostoma) aguda com hemorragia, com obstrução;

534.20 - Úlcera gastro-jejunal (inclui anastomose, gastro-intestinal, gastro-jejunal, jejunal, ostoma) com hemorragia e perfuração, sem obstrução;

534.21 - Úlcera gastro-jejunal (inclui anastomose, gastro-intestinal, gastro-jejunal, jejunal, ostoma) aguda com hemorragia e perfuração, com obstrução;

534.40 - Úlcera gastro-jejunal (inclui anastomose, gastro-intestinal, gastro-jejunal, jejunal, ostoma) crónica ou inespecificada com hemorragia, sem obstrução;

534.41 - Úlcera gastro-jejunal (inclui anastomose, gastro-intestinal, gastro-jejunal, jejunal, ostoma) crónica ou inespecificada, com hemorragia e perfuração, sem obstrução;

534.61 - Úlcera gastro-jejunal (inclui anastomose, gastro-intestinal, gastro-jejunal, jejunal, ostoma) crónica ou inespecificada, com hemorragia e perfuração, com obstrução;

**535.01** - Gastrite aguda com hemorragia;

**535.11** - Gastrite atrófica com hemorragia;

**535.21** - Gastrite hipertrófica com hemorragia;

**535.41** - Outra gastrite especificada (biliar, tóxica, superficial, irritante, alérgica) com hemorragia;

**535.61** - Duodenite com hemorragia;

**537.83** - Angiodisplasia do estômago e duodeno com hemorragia;

**537.84** - Lesão de Dieulafoy gástrica e duodenal com hemorragia;

**578.0** - Hematemeses;

**578.1** - Melenas;

**578.9** - Hemorragia do trato gastrointestinal, inespecificada.

## Anexo IV

## Instrumento de Colheita de Dados

## Mestrado em Gerontologia



*Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pero da  
Covilhã*

*Serviço Unidade de Endoscopia/Gastroenterologia*

*Instrumento de Colheita de Dados*

*O Instrumento que se segue tem como objetivo a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Hemorragia Digestiva Alta em Idosos”, para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia pela FCS-UBI.*

**I. IDENTIFICAÇÃO**

<b>1. DOENTE N.º (Processo n.º)</b>	
<b>2. IDADE</b>	<b>3. GÉNERO</b>
_____anos	Feminino <input type="checkbox"/>
	Masculino <input type="checkbox"/>
<b>4. PROVENIÊNCIA</b>	<b>5. RESIDÊNCIA</b>
Localidade _____ Freguesia _____	Domicílio _____ <input type="checkbox"/> Com quem vive _____
	Instituição <input type="checkbox"/>
<b>6. GRAU DE DEPENDÊNCIA</b>	
Independente	<input type="checkbox"/>
Dependente:	
- Parcial	<input type="checkbox"/>
- Total/Acamado	<input type="checkbox"/>

## II. HISTÓRIA PREGRESSA

<b>7. ANTECEDENTES PESSOAIS</b>	
<b>7.1 Hábitos de Vida</b>	
<u>7.1.1 Ingestão de Bebidas Alcoólicas</u>	<u>7.1.2 Tabaco</u>
Sim <input type="checkbox"/>  Tipo de Bebida _____ Quantidade _____	Sim <input type="checkbox"/>  Quantidade _____
Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Antecedentes <input type="checkbox"/>	Ex-Fumador <input type="checkbox"/>  À quantos anos _____
<b>7.1 Patologia Gástrica Anterior</b>	<b>7.2 Intervenção Cirúrgica Gástrica Anterior</b>
Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Quais _____	Quais _____
Data do Diagnóstico __ / __ / __	Data da Intervenção __ / __ / __
<b>7.3 Episódio de Hemorragia Digestiva Alta Anterior</b>	<b>7.4 Erradicação do Helicobacter Pylori</b>
Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Causa _____	Se <b>Sim</b> , foi realizada a sua confirmação:
Número _____	- Sim <input type="checkbox"/>
Data do Episódio _____	- Não <input type="checkbox"/>
<b>7.5 Outras Patologias Anteriores</b>	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Estádio 1: Sem Doenças Graves <input type="checkbox"/>  <div style="text-align: center;"><i>(Hipertensão, Doenças Endócrinas, Ortopédicas...)</i></div> Estádio 2: Doenças que necessitam de Monitorização <input type="checkbox"/>  <div style="text-align: center;"><i>(Diabetes Mellitus, Problemas Cardíacos, Cirrose e Neoplasias compensadas....)</i></div> Estádio 3: Doentes com Graves Problemas de Saúde <input type="checkbox"/>  <div style="text-align: center;"><i>(Enfarte Agudo do Miocárdio, Cirrose e Neoplasias descompensadas e Metástases...)</i></div>	
<b>7.6 Outras Intervenções Cirúrgicas Anteriores</b>	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Quais _____	
<b>7.7 Medicação</b>	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

<i>Anticoagulantes:</i>	
<i>Heparina não fracionada</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Qual</i> _____	
<i>Posologia</i> _____	
<i>Heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose profilática</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Qual</i> _____	
<i>Posologia</i> _____	
<i>Anticoagulantes orais</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Qual</i> _____	
<i>Posologia</i> _____	
<i>Antiagregantes Plaquetares:</i>	
<i>Antiagregante Plaquetares</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Associação de Antiagregante Plaquetares</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Qual</i> _____	
<i>Posologia</i> _____	
<i>Anti-inflamatórios não-esteroides (AINE`s) e AAS:</i>	
<i>AINE`s</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Qual</i> _____	
<i>Posologia</i> _____	
<i>AAS</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Posologia</i> _____	
<i>Inibidores Seletivos da Recepção da Serotonina (ISRS):</i>	
<i>ISRS</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Qual</i> _____	
<i>Posologia</i> _____	
<i>(Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina e Sertralina)</i>	
<i>Corticoides:</i>	
<i>Corticoides</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Qual</i> _____	
<i>Posologia</i> _____	
<i>Medicação Antiulcerosa:</i>	
<i>Sim</i> <input type="checkbox"/>	<i>Não</i> <input type="checkbox"/>
<i>Toma Ocasional</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Toma Sistemática</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Qual</i> _____	
<i>Posologia</i> _____	
<i>Outra Medicação:</i>	
<i>Qual</i> _____	
<i>Posologia</i> _____	

<b>III. SITUAÇÃO ATUAL</b>
----------------------------

<b>8. DATA DO DIAGNÓSTICO</b>	<b>9. MOTIVO DA URGÊNCIA/ APRESENTAÇÃO CLÍNICA</b>
___/___/___	_____

<b>10. TEMPO DA QUEIXA</b>	<b>11. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO/ ETIOLOGIA DA HEMORRAGIA</b>
_____	_____
<b>12. PARAMETROS VITAIS DURANTE O EPISÓDIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>13. VALORES ANALÍTICOS DURANTE O EPISÓDIO DE HEMORRAGIA</b>
Tensão Arterial (T.A.) ___/___ mmhg Frequência Cardíaca (Fc.) ___ bpm Saturação de O <sub>2</sub> ___ % Temperatura ___ °C Dor ___ / Escala Utilizada _____	Hemoglobina (Hb.) ___ g/dl Hematócrito ___ % Plaquetas ___ 10 <sup>3</sup> /ul Tempo de Protrombina ___ seg. ___ % Ureia ___ mg/dl Creatinina ___ mg/dl <i>(Valores Analíticos mais baixos)</i>

<b>14. TRANSFUSÃO</b>
-----------------------

Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Contrentado de Eritrócitos <input type="checkbox"/>	Quantidade _____ unidades
Plasma Fresco Congelado <input type="checkbox"/>	Quantidade _____ unidades
Plaquetas <input type="checkbox"/>	Quantidade _____ unidades
Fatores de Coagulação <input type="checkbox"/>	Quantidade _____

<b>15. REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG)</b>
--

Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data da Realização ___/___/___	

<b>16. TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA EFETUADA</b>
---

Injeção de Fármaco:	
Injeção de Fármaco <input type="checkbox"/>	
Adrenalina 1 ml (diluída em 9 ml de NaCl a 0,9%) _____ ml injetados	
Polidocanol 2% 2 ml (4 ml diluídos em 6 ml de NaCl a 0,9%) _____ ml injetados	
Hystoacril _____ ml injetados	
Terapêutica Térmica:	
Eletrocoagulação com Árgon Plasma <input type="checkbox"/>	

<i>Terapêutica Mecânica:</i>										
Hemoclipes Laqueação Elástica Endoloop Sutura/Cirurgia	<input type="checkbox"/> Número de Hemoclipes aplicados _____ <input type="checkbox"/> Número de Elásticos aplicados _____ <input type="checkbox"/> Número aplicado _____ <input type="checkbox"/>									
<b>17. TERAPÊUTICA INIBIDORA DA BOMBA DE PROTÕES (IBP) CONCOMITANTE</b>										
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>									
Qual _____ Posologia _____ _____										
<i>Administração Intravenosa:</i>										
Bolus Perfusão Contínua	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<b>18. TERAPÊUTICA CONCOMITANTE - TERLIPRESSINA</b>										
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>									
Posologia _____										
<b>18. EPISÓDIO DE RECIDIVA DURANTE O ESTUDO</b>	<b>19. EPISÓDIO DE RECORRÊNCIA DURANTE O ESTUDO</b>									
Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>									
Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>									
Se <b>Sim</b> , ao fim de quanto tempo _____	Se <b>Sim</b> , ao fim de quanto tempo _____									
Qual o tratamento aplicado _____	Qual o tratamento aplicado _____									
<b>20. DIAS DE INTERNAMENTO</b>	<b>21. COMPLICAÇÕES DURANTE O INTERNAMENTO</b>									
_____ _____ _____	Infecção <input type="checkbox"/> Qual _____ Episódios Isquêmicos <input type="checkbox"/> Qual _____ Deterioração do Estado Mental <input type="checkbox"/> Outras _____ _____ _____									
<b>16. MORTALIDADE</b>	<b>17. VIGILÂNCIA DE SAÚDE</b>									
Sim <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Sim</td> <td style="text-align: right;">Não</td> </tr> <tr> <td>- Antes do problema atual</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Só depois do problema atual</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sim	Não	- Antes do problema atual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Só depois do problema atual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sim	Não								
- Antes do problema atual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
- Só depois do problema atual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Não <input type="checkbox"/>	Consulta _____									
Data ____ / ____ / ____										

## Anexo V

<b>Score de Rockall</b>
-------------------------

1. Idade	Pontuação	4. Diagnóstico	Pontuação
< 60 anos	<u>0</u>	MW, S/lesão ou estigma	<u>0</u>
60-79 anos	<u>1</u>	Outros diagnósticos	<u>1</u>
> 80 anos	<u>2</u>	Lesão maligna de GI alta	<u>2</u>
2. Choque	Pontuação	5. Estigmas de hemorragia	Pontuação
S/ sinais	<u>0</u>	S/ estigmas ou mancha negra	<u>0</u>
Pulso >100 e TA sist. >100	<u>1</u>	Sangue no trato GI alto, vaso visível coágulo, hemorragia	<u>2</u>
TA sist. <100	<u>2</u>		
3. Comorbilidade	Pontuação		
Ausente ou discreta	<u>0</u>		
Insuf. Cardíaca, d. coronária...	<u>2</u>		
Insuf. Renal ou hepática, neoplasia	<u>3</u>		

Cotação: Score  $\geq 8$  = mortalidade 41% a 46%

Score  $\leq 2$  = mortalidade não valorizável

**Adaptado de:** Sampaio, Margarida (2006) - Hemorragia Digestiva Alta no Serviço de Urgência in Pedrosa, José (Editor Convidado), Situações Urgentes em Gastrenterologia, 5ª Edição. Lisboa: AstraZeneca - Produtos Farmacêuticos, Lda.