

Etiologia da hemorragia digestiva alta em hospital de emergência em Recife – Pernambuco

Etiology of upper gastrointestinal hemorrhage in an emergency hospital in Recife, Pernambuco

THAÍS CAVALCANTI DE ALMEIDA,¹ ANA LÚCIA COUTINHO DOMINGUES,² JOSÉ ROBERTO DE ALMEIDA,³ KARLLA FERNANDA COSTA DE SANTANA CHAVES,⁴ ADMAR BORGES DA COSTA,⁵ ROBERTA CAVALCANTI DE ALMEIDA⁶

RESUMO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma importante emergência médica, com grande índice de morbidade e letalidade. A literatura sobre o tema evidencia as úlceras pépticas como as principais causas de sangramento, porém, em Pernambuco, devido à endemicidade da esquistossomose mansônica, há uma elevada frequência de hemorragia por ruptura de varizes esofágicas (VVEE). Há poucos relatos no estado sobre as características dos pacientes com HDA. **Objetivos:** Descrever e analisar aspectos demográficos, antecedentes pessoais, dados clínicos e endoscópicos de pacientes com HDA para caracterizar as etiologias mais frequentes do sangramento digestivo. **Pacientes e métodos:** Foi realizado estudo descritivo, tipo série de casos, de pacientes com HDA atendidos no Setor de Endoscopia Digestiva do Hospital da Restauração em Recife, referência no estado em hemorragia digestiva, no período de outubro de 2008 a outubro de 2009. Foram coletados dados sobre antecedentes pessoais, aspectos demográficos e clínicos, e realizado exame endoscópico para avaliação do sítio de sangramento e propedêutica para controle da hemorragia, se necessário. **Resultados:** Foram analisados 385 pacientes com média de idade de 55,9 anos (11-96 anos), sendo 60,8% do sexo masculino. A maioria dos

pacientes era natural (43,1%) e procedente (59,7%) da Região Metropolitana do Recife (RMR). O uso abusivo de álcool foi relatado por 38,7% dos pacientes, consumo de anti-inflamatórios (AINES) por 43,4%, história prévia de hemotransfusão por 47,3%, doença hepática crônica por 29,1%. A principal queixa clínica foi hematêmese em 50,4% dos casos, seguida pela associação de hematêmese e melena em 35,8%. A HDA foi classificada em não varicosa (41,3%) e varicosa (39,7%) e quanto à etiologia, secundária à VVEE em 38,1% dos casos, a úlcera péptica em 19,5% e não determinada em 19%. Observou-se relação entre o uso de AINES e o sangramento não varicoso ($p < 0,001$). **Conclusão:** No presente estudo, observa-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino e procedente da RMR. Houve elevado consumo de AINES, principalmente nos pacientes com sangramento do tipo não varicoso. As causas de HDA não varicosa e varicosa apresentam uma frequência semelhante, mas quando se considera a etiologia isolada, nota-se o predomínio de sangramento por VVEE devido à endemicidade de esquistossomose mansônica em Pernambuco.

Unitermos: Hemorragia Digestiva Alta, Hipertensão Portal, Esquistossomose Mansônica, Doença Ulcerosa Péptica.

1. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). **2.** Professora Adjunta do Departamento de Medicina Clínica do Centro de Ciências da Saúde (CCS - UFPE). **3.** Professor Adjunto do Departamento de Medicina Clínica do CCS - UFPE. **4.** Médica Gastroenterologista. **5.** Médica Gastroenterologista Voluntária do Serviço de Endoscopia do Hospital da Restauração. **6.** Médico Endoscopista Chefe do Serviço de Endoscopia do Hospital da Restauração. **Endereço para correspondência:** Thaís Cavalcanti de Almeida - Rua Olinda Maria da Silva, 85 - Cordeiro - Recife - Pernambuco - CEP 50721-190 - e-mail: trigalmeida@gmail.com. **Recebido em:** 07/07/2013. **Aprovado em:** 24/07/2013.

SUMMARY

Background: Upper gastrointestinal bleeding (UGB) is an important medical emergency, with a high rate of morbidity and mortality. In other localities, peptic ulcers are the main causes of UGB, but in Pernambuco, where schistosomiasis mansoni is endemic, bleedings due to the rupture of esophageal varices are very frequent. However, there is little data on the characteristics of the patients with this disease in the state. **Aim:** To describe and analyze demographical aspects, personal history, endoscopic and clinical data of patients with UGB to characterize the most common etiologies of digestive bleeding. **Patients and methods:** It is a descriptive study about patients with UGB assisted at the endoscopic unit of Restauração Hospital in Recife, which is reference in gastrointestinal bleeding in the state. The patients involved in the study filled out an application form regarding demographic features, personal history, clinical aspects and an endoscopy was performed to identify the area of the bleeding, as well as a propaedeutical endoscopy to control the bleeding, when necessary. **Results:** 385 patients were analyzed with specific-age rate of 55,9 years old (from 11 to 96 years old) and 60.8% of them were male. Most patients were born (43.1%) and lived (59.7%) in the metropolitan region of Recife. Alcohol abuse was detected in 38.7% of the patients, intake of NSAIDs (Non-steroidal anti-inflammatory drugs) in 43.4%, previous history of blood transfusion by 47.3% and hepatic chronic disease by 29.1%. The main clinical complaint was hematemesis in 50.4% of the cases followed by the association of hematemesis and melena in 35.8%. UGB was classified in nonvariceal (41.3%) and variceal (39.7%) bleeding, considering etiology causes, 38.1% of patients had esophageal varices, 19.5% peptic ulcer and 19% undetermined causes. A relation between use of NSAIDs and non-variceal bleeding was observed ($p < 0.001$). **Conclusion:** At the current study, most of the patients were male and from the metropolitan region of Recife. There were high intake of anti-inflammatory drugs, specially in patients with nonvariceal bleeding. The causes of variceal and non-variceal UGB comprise a similar frequency, but when the single etiology is considered, there is a superiority bleedings due to esophageal varices, due triggered by the presence of schistosomiasis mansoni in an endemic level in Pernambuco.

Keywords: Upper Gastrointestinal Bleeding, Portal Hypertension, Schistosoma Mansonii, Peptic Ulcer Disease.

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é importante situação de emergência, com uma incidência anual de 50-150

casos por 100.000 habitantes^{1,2} e cada episódio resulta em grande morbidade, mortalidade e alto custo com cuidados da saúde.³ Observa-se na literatura que a doença ulcerosa péptica (DUP) ainda é a principal causa de HDA em países desenvolvidos, com uma frequência em torno de 40-50% em algumas casuísticas.³

As varizes esofágicas tornam-se importante causa de HDA em áreas endêmicas para esquistossomose, como o Brasil que é o principal reservatório da América do Sul do *Schistosoma mansoni*, com 19 estados acometidos principalmente no Nordeste que apresenta, em mais de 20% de suas localidades, prevalência acima de 25%.⁴ Apesar de persistir uma elevada frequência de casos de sangramento digestivo alto nos hospitais de emergência em Pernambuco, não há estudos nos últimos 20 anos que abordem este tema em relação ao sangramento agudo no estado. Os dados são limitados em relação às principais causas de sangramento, condições socioeconômicas e eficácia da terapêutica no atendimento inicial a estes pacientes.

O objetivo deste estudo é descrever o perfil de pacientes com HDA que procuram o Hospital da Restauração (HR), referência em emergência para sangramento digestivo em Pernambuco, e analisar os principais aspectos demográficos, antecedentes pessoais, dados clínicos e endoscópicos, buscando caracterizar as etiologias mais frequentes.

PACIENTES E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo série de casos, em 385 pacientes com HDA atendidos no Setor de Endoscopia Digestiva do HR em Recife - PE, no período de outubro de 2008 a outubro de 2009. A coleta de dados foi realizada através de formulário padronizado incluindo antecedentes pessoais, aspectos demográficos e clínicos, e realização do exame endoscópico para avaliação do sítio de sangramento e propedêutica para controle da hemorragia, se necessário.

Como antecedentes pessoais analisados, o uso abusivo de álcool é definido, segundo a Organização Mundial de Saúde⁵ como padrão de consumo que excede o uso moderado, ou seja, acima de 03 doses diárias para homens e de 02 doses diárias para mulheres, sendo que 01 dose contém de 8 a 13 gramas de etanol e equivale a, aproximadamente, a 285ml de cerveja, 120ml de vinho ou 30ml de destilado. Da mesma forma, o consumo de AINES foi determinado como o uso deste tipo de medicamento em período recente (semana anterior) ou na época do episódio de HDA. Assim como a DHC foi referida pelo paciente como esquistossomose mansônica ou cirrose hepática por etilismo crônico ou por vírus de hepatite B e C.

Os exames endoscópicos foram realizados com os aparelhos videogastroscópios: Olympus GIF-V, GIF-V2, GIF-Q180, Pentax EG-2940, EG-3431, Fujinon EG 470N5, EG 450D5 seguindo protocolo preestabelecido e técnica padronizada pelo serviço, com sedação endovenosa com benzodiazepínico e meperidina e/ou anestesia tópica com lidocaína a 10% spray. Os tratamentos realizados seguiram a rotina do serviço. Nos casos de HDA não varicosa, a terapêutica endoscópica foi realizada através da injetoterapia com adrenalina diluída em água destilada 1:10.000. Na HDA varicosa, foi utilizada injetoterapia intravascular com solução esclerosante de oleato de etanolamina a 2% diluída em água destilada ou o método de ligadura elástica.

O estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HR e os pacientes foram abordados após conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido. Nenhum paciente se recusou a participar do estudo.

Após a coleta dos dados, os resultados foram analisados a partir do SPSS 13.0 para Windows e do Excel 2003 em que se calcularam as medidas de proporção, média e desvio-padrão. Na análise estatística foram utilizados o teste Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas, comparando proporções para determinar o valor “p” ao nível de significância de 5%. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

RESULTADOS

A média de idade foi de 55,9 anos (com variação de 11-96 anos), sendo 234 (60,8%) do sexo masculino. A faixa etária mais frequente foi de 50 a 59 anos, com 25,4% dos casos (98).

Na avaliação da naturalidade dos pacientes separados por mesorregiões de Pernambuco, observou-se que 166 (43,1%) eram naturais da Região Metropolitana do Recife (RMR) e 109 (28,3%) da Zona da Mata. Quanto à procedência, 230 (59,7%) vieram da RMR e 85 (22,1%) da Zona da Mata. O uso abusivo de álcool foi relatado por 149 (38,7%) pacientes, consumo de AINES por 167 (43,4%), história prévia de hemotransfusão por 182 (47,3%) e relato de doença hepática crônica (DHC) em 112 (29,1%).

As principais queixas clínicas dos pacientes ao referir sangramento digestivo foram hematêmese em 194 casos (50,4%), seguida pela associação de hematêmese e melena em 138 (35,8%). Apenas melena foi visto em 45 pacientes (11,7%) e hematoquezia em 03 (0,8%) - tabela 1. Foi evidenciado que dos 385 casos, em 159 (41,3%) a causa de HDA foi não varicosa e em 153 (39,7%), varicosa. Ao isolar a etiologia,

Tabela 1 - Ocorrência dos aspectos clínicos

Variáveis	N	%
Queixas		
Hematêmese	194	50,4
Hematêmese + melena	138	35,8
Melena	45	11,7
Hematoquezia	3	0,8
Hematêmese + hematoquezia	4	1,0
Hematoquezia+ melena	1	0,3

AINES: anti-inflamatórios não esteroides; HTF: hemotransfusão

observou-se que o sangramento foi secundário a: VVEE em 147 (38,1%), UG em 45 (11,7%), gastrite hemorrágica em 32 (8,3%), UD em 30 (7,8%), esofagite hemorrágica em 17 (4,4%), Mallory-Weiss em 16 (4,1%), neoplasia gástrica em 06 (1,6%), outras causas em 08 (2,1%), VVGG em 06 (1,6%), gastropatia da hipertensão portal (GHP) em 05 (1,3%). A causa da hemorragia não foi determinada em 73 pacientes (19%), seja por mau preparo pela lavagem gástrica, não sendo possível encontrar o sítio de sangramento (38 – 9,9%) ou por não haver indícios de hemorragia prévia (35 – 9,1%) durante o exame - tabela 2.

Tabela 2 – Etiologia da hemorragia digestiva alta

Variáveis	N	%
VVEE	147	38,1
Úlcera gástrica	45	11,7
Gastrite hemorrágica	32	8,3
Úlcera duodenal	30	7,8
Esofagite hemorrágica	17	4,4
Mallory-Weiss	16	4,1
Outras causas*	8	2,1
Neoplasia gástrica	6	1,6
VVGG	6	1,6
GHP	5	1,3
Não determinada		
Mal preparo para endoscopia	38	9,9
Sem indícios	35	9,1

VVEE: varizes esofágicas; VVGG: varizes gástricas; GHP: gastropatia da hipertensão portal; *Outras causas: Coto vascular em anastomose gastrojejunal (01), Dieulafoy (01), GIST (01), Laceração gástrica (02), Tumor esofágico (02), Pólipo gástrico (01).

Observou-se relato de DHC em 17 (10,7%) pacientes com HDA não varicosa e 75 (49%) no grupo varicosa ($p < 0,001$). Quanto à referência de HTF prévia, 57 (35,8%) pacientes pertenciam ao grupo não varicosa e 100 (65,4%) ao varicosa ($p < 0,001$). Dos 167 usuários de AINES, 92 (57,9%) tiveram HDA não varicosa e 45

(29,4%) varicosa ($p < 0,001$) - tabela 3. Houve associação do uso de AINES com a presença, ao exame endoscópico, de UG (40/167 - 24%) ($p = 0,001$) e gastrite erosiva (58/167 - 34,7%) ($p = 0,001$). Também houve relação do uso desta droga quando a causa de HDA não varicosa foi secundária a estas patologias (UG 32/167 - 23,4%; gastrite 18/167 - 13,1%) ($p < 0,001$) - tabela 4.

Tabela 3 – Associação entre hemorragia digestiva alta não varicosa e varicosa com antecedentes pessoais e aspectos clínicos

Variáveis	Causa HDA				p=valor
	Não Varicosa		Varicosa		
	N	%	N	%	
Doença Hepática					
Sim	17	10,7	75	49,0	<0,001 *
Não	142	89,3	78	51,0	
AINES					
Sim	92	57,9	45	29,4	<0,001 *
Não	67	42,1	108	70,6	
HTF					
Sim	57	35,8	100	65,4	<0,001 *
Não	102	64,2	53	34,6	
Queixas					
Hematêmese	76	47,7	74	48,3	<0,001**
Hematêmese + Melena	54	34,0	73	47,7	
Melena	27	17,0	5	3,3	
Hematêmese + Hematoquezia	2	1,3	1	0,7	
Episódios Anteriores					
Sim	54	34,0	101	66,0	<0,001 *
Não	105	66,0	52	34,0	

AINES: anti-inflamatórios não esteroides; HTF: hemotransfusão
(* Teste de Qui-Quadrado; (** Teste Exato de Fisher)

Em relação às queixas clínicas, houve diferença entre os tipos de sangramento não varicoso e por varizes no relato de apenas melena, sendo 27 (17%) dos casos no primeiro grupo e 5 (3,3%) no segundo ($p < 0,001$) (tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo foi observado predomínio do sexo masculino, com 60,8% dos casos, semelhante a Loperfido *et al.*⁶ em 2009, na Itália, com 64,5%; assim como no grupo de HDA não varicosa com 65,4% comparando com Enestvedt

Tabela 4 – Associação entre uso de anti-inflamatórios não esteroides e hemorragia digestiva alta não varicosa

Variáveis	AINE				p=valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Causa HDA não varicosa					
Úlcera gástrica	32	23,4	13	7,4	<0,001*
Úlcera duodenal	18	13,1	12	6,9	
Gastrite	18	13,1	14	8,0	
Outros	69	50,4	136	77,7	
Presença à endoscopia					
Gastrite erosiva	58	34,7	42	19,3	0,001*
Úlcera gástrica	40	24	23	10,6	0,001*
Úlcera duodenal	23	13,8	19	8,7	0,158*

(*) Teste de Qui-Quadrado

*et al.*⁷ em 2008, nos Estados Unidos que evidenciou 65,7% de pacientes deste gênero. No grupo de HDA varicosa, Silveira *et al.*⁸ 1997, revendo 59 teses e monografias sobre a forma hepatoesplênica da esquistossomose em seis centros médicos do Brasil, no período de 1945 a 1993, englobando 3086 pacientes, verificaram um predomínio do sexo masculino (53%).

No grupo não varicoso, as faixas etárias mais frequentes foram as que compreendem os anos de 50-59 e acima de 70 anos, o que pode ser explicado por estar relacionada a doenças crônicas como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial e uso de AINES. Alkhatib *et al.*⁹ em 2010, nos Estados Unidos, evidenciaram o aumento da ocorrência de HDA em idosos acima de 65 anos, assim como Serrano *et al.*¹⁰ em 2002, na avaliação de pacientes com doença cardiovascular e uso de baixas doses de aspirina, identificaram uma média de idade de 65 anos.

Na HDA varicosa, observa-se maior frequência nos grupos etários de 50-59 e de 60-69 anos. Strauss *et al.*¹¹ 1984, em São Paulo, observaram grupo de cirróticos com sangramento digestivo com predomínio nas 5ª e 6ª décadas. No ano de 2009, em Recife, Basílio *et al.*¹² evidenciaram elevada ocorrência da forma esquistossomótica hepatoesplênica em idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, assim como Silva *et al.*¹³ no mesmo ano, também em Recife, mostraram que as faixas etárias de 31 a 60 anos são as mais acometidas pela forma grave da esquistossomose mansônica. Após o programa de controle da esquistossomose instituído pelo Ministério da Saúde, houve um deslocamento da faixa etária da forma hepatoesplênica para idades mais avançadas.¹⁴

O predomínio de pacientes naturais da RMR com 43,1% dos casos, mesmo quando separado por tipo de HDA não varicosa (44,7%) ou varicosa (38,5%), poderia ser explicado, em relação ao grupo varicoso, pela urbanização da esquistossomose mansônica observada nas últimas décadas. Barbosa *et al.*¹⁵ em 2000 na Ilha de Itamaracá, e em 2001,¹⁶ Porto de Galinhas - Ipojuca, e por Souza *et al.*¹⁷ 2008, em Jaboatão dos Guararapes, evidenciaram criadouros e focos de vetores da esquistossomose nestas localidades. No que se refere ao uso abusivo de álcool, não se observou diferença entre a sua positividade em nenhum grupo de HDA.

Foi evidenciada diferença estatística quanto ao relato de história de HTF prévia em relação à causa varicosa de HDA com 65,4% ($p < 0,001$). Este fato provavelmente se deve ao maior índice de ressangramento em pacientes portadores de VVEE com até 70% de chance de ressangramento após o primeiro episódio, como referido por Ravipati *et al.*¹⁸ em 2009

A referência de uso de AINES por 43,4% dos pacientes evidencia o consumo indiscriminado deste tipo de medicamento, o que também foi observado por Loperfido *et al.*⁶ em 2009, com 46,4% da sua casuística. Embora Zaltman *et al.*¹⁹ em 2002, no Rio de Janeiro, tenham encontrado em apenas 14,2% dos pacientes.

Pilotto *et al.*,²⁰ em 2004, e Shiotani *et al.*,²¹ em 2008, mostraram a grande associação de AINES com HDA não varicosa, especialmente a gastrite hemorrágica e a úlcera péptica (UP), sendo observada, no presente estudo, diferença estatística quanto ao tipo de HDA e ao consumo desta droga com 57,9% ($p < 0,001$) em relação ao grupo de sangramento não varicoso.

Também se evidenciou maior frequência do uso destas drogas nos pacientes com gastrite erosiva (58% - 58/100) ($p = 0,001$) e nos portadores de úlcera gástrica (63,5% - 40/63) ($p = 0,001$).

Estes resultados foram semelhantes aos de Ohmann *et al.*,²² em 2005, na Alemanha, que evidenciaram 45% dos pacientes com história de consumo de AINES, nos portadores de UP sangrante, assim como Van Leerdam *et al.*,²³ em 2003, na Holanda, com 51%.

O relato da maior presença de DHC no grupo de HDA varicosa do que no não varicosa (4,9% x 10,7%) ($p < 0,001$), evidencia a importância da HP na influência do tipo de HDA mais frequente em Pernambuco, provavelmente secundário à esquistossomose mansônica.

Na avaliação das queixas clínicas, observou-se que apenas melena foi mais frequente na HDA não varicosa (17%) em relação ao grupo varicoso (3,3%) ($p < 0,001$), provavelmente por ser o sangramento secundário à VVEE de volume maior, resultando geralmente em hematêmese ou na associação de hematêmese e melena. Enestvedt *et al.*⁷ evidenciaram na HDA não varicosa, 43,2% de melena.

Quanto às causas de HDA, no presente trabalho, observou-se que as VVEE foram as mais frequentes com 38,1% dos casos seguidas pelas úlceras pépticas 19,5%. Cordeiro *et al.*²⁴, 1985, em Recife encontraram uma frequência de VVEE semelhante com 39,3%. Zaltman *et al.*¹⁹ evidenciaram uma incidência de VVEE de 18,7% e UP de 35,2%, enquanto que na Grécia, Tsesmeli *et al.*,²⁵ em 2007, 55,4% e 14,5%, respectivamente.

Esta divergência, na ocorrência de etiologia em comparação com a literatura, certamente, é devido à endemicidade para esquistossomose mansônica em Pernambuco, que associada ao álcool e a outras causas de doença hepática crônica, aumenta o índice de pacientes com HP e, conseqüentemente, VVEE.

CONCLUSÃO

Neste estudo, pode-se observar que a maioria dos pacientes era do sexo masculino e procedente da RMR do estado, devido à proximidade dos municípios que compõem esta mesorregião com Recife, onde se encontra o Hospital no qual se realizou o estudo.

Foi evidenciado também que as causas de HDA não varicosa e varicosa apresentam uma ocorrência semelhante, mas quando se considera a etiologia isolada, nota-se o predomínio de sangramento por ruptura de VVEE seguidas por UP, diferentemente de outras regiões do Brasil e de outros países.

Os resultados não mostraram associação do tipo de HDA não varicosa e varicosa com o uso abusivo de álcool. Porém, foi observada relação entre o uso de AINES com o grupo de sangramento não varicoso e com a presença de UG e gastrite erosiva ao exame.

Também se observou relação entre o relato de história prévia de HTF e de DHC com a HDA varicosa. Mostrando a importância da HDA como complicação da HP e a frequência de maior ressangramento nos pacientes com sangramento por ruptura de VVEE.

A hematêmese foi a queixa clínica de maior ocorrência, porém a associação foi encontrada na presença de melena com HDA não varicosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostra as características dos pacientes com HDA no Hospital da Restauração, evidenciando as doenças mais frequentes. Como hospital de referência em sangramento digestivo no estado, com elevada concentração de casos e representatividade de todas as mesorregiões, pode-se abranger estes resultados como a realidade da HDA em Pernambuco.

Não há estudos recentes no estado sobre a situação e as características da HDA em hospitais de emergência. Estes dados são importantes para que medidas sejam providenciadas na tentativa de se evitar o sangramento digestivo como complicação de patologias preveníveis, como a UG e a gastrite, devido ao uso indiscriminado de medicamentos, diminuição da hemorragia digestiva varicosa secundária à esquistossomose, doença parasitária que pode ser controlada através de programas específicos de tratamento e orientação da população.

Além disso, centros especializados, com profissionais capacitados, terapêutica medicamentosa adequada e endoscópica eficaz, podem surgir após o conhecimento das características deste tipo de paciente e, assim, diminuir a morbidade e mortalidade.

Os pacientes com HDA em Pernambuco apresentam características diferentes das observadas em outros estudos na medida em que ocorre maior prevalência de sangramento secundário a ruptura de VEE, que apresenta maior mortalidade e maior índice de ressangramento.

REFERÊNCIAS

1. Van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*.2008;22(2):209-24.
2. Atkinson RJ, Hurlstone DP. Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*.2008;22(2):233-42.
3. Kovacs TOG, Jensen DM. The Short-Term Medical management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Drugs*.2008;68(15):2105-11.
4. Domingues ALC, Silva G. Esquistossomose mansônica. In: Filgueira NA. *Conduas em clínica médica*. 4ªed. Rio de Janeiro: Medsi; 2007.p.594-603.
5. Centro de informações sobre saúde e álcool [internet].São Paulo: Centro de informações sobre saúde e álcool:c2004-2010 [acesso em 22/02/2010]. Info Álcool, Padrões de Consumo; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/>.
6. Loperfido S, Baldo V, Piovesana E, Bellina L, Rossi K, Groppo M, *et al*. Changing trends in acute upper gastrointestinal bleeding: a population-based study. *Gastrointest Endosc*. 2009;70(2): 212-23.
7. Enestvedt BK, Gralnek IM, Mattek N, Lieberman DA, Eisen G. An evaluation of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage in a large multicenter consortium. *Gastrointest Endosc*.2008;67(3):422-9.
8. Silveira RK, Silveira M, Kelner S. Prevalência do sexo, raça e grupo etário entre 3086 portadores de esquistossomose hepatoesplênica. In: Kelner S, Silveira M, editores. *Varizes esofágicas na esquistossomose mansônica*. Recife: editora Universitária da UFPE;1997. p41-53.
9. Alkhatib AA, Abubakr SM, Elkhatib FA. Acute upper gastrointestinal bleeding among early and late elderly patients. [carta ao editor].*Dig Dis Sci*.2010.
10. Serrano P, Lanás A, Arroyo MT, Ferreira IJ. Risk of upper gastrointestinal bleeding in patients taking low-dose aspirin for the prevention of cardiovascular diseases. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1945-53.
11. Strauss E, Pinheiro Jr A, Santos WR. História natural da hemorragia digestiva alta na cirrose hepática. *GED*.1984;3(4):113-19.
12. Basílio ILD. Comportamento da esquistossomose mansônica forma hepatoesplênica em pacientes com idade acima de 60 anos [Dissertação de Mestrado], Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2009
13. Silva PCV, Montarroyos UR, Domingues ALC. Aspectos epidemiológicos da esquistossomose mansônica hepatoesplênica em Pernambuco. [Dissertação de Mestrado], Recife:Universidade Federal de Pernambuco; 2009
14. Andrade ZA. The situation of hepatoesplenic schistosomiasis in Brazil today. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 1998;93 suppl1:313-16.
15. Barbosa CS, Pieri OS, Silva CB, Barbosa FS. Ecoepidemiologia da esquistossomose urbana na Ilha de Itamaracá, estado de Pernambuco. *Rev Saúde Publica*. 2000;34(4): 337-41.
16. Barbosa CS, Domingues ALC, Abath F, Montenegro SML, Guida U, Carneiro J, *et al*. Epidemia de esquistossomose aguda na praia de Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2001;17(3):725-8.
17. Sousa MAD, Barbosa VS, Wanderlei TNG, Barbosa CS. Criadouros de *Biomphalaria*, temporários e permanentes, em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2008;41(3):252-6.
18. Ravipati M, Katragadda S, Swaminathan PD, Molnar J, Zarling E. Pharmacotherapy plus endoscopy intervention is more effective than pharmacotherapy or endoscopy alone in the secondary prevention of esophageal variceal bleeding: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Gastrointest Endosc* 2009;70(4):658-64.
19. Zaltman C, Souza HSP, Castro MEC, Sobral MFS, Dias PCP, Lemos Jr V. Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian Hospital: a retrospective study of endoscopic records. *Arq Gastroenterol*.2002;39(2):74-80.
20. Pilotto A, Franceschi M, Leandro G, Paris F, Cascavilla L, Longo MG, *et al*. Proton-pump inhibitors reduce the risk of uncomplicated peptic ulcer in elderly either acute or chronic users of aspirin/non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004; 20:1091-7.
21. Shiotani A, Kamada T, Haruma K. Low-dose aspirin-induced gastrointestinal diseases: past, present and future. *J Gastroenterol*. 2008;43:581-8.
22. Ohmann C, Imhof M, Ruppert C, Janzik U, Vogt C, Frieling T, *et al*. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol*.2005;40:914-20.
23. Van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws AJ, Geraedts AAM, Tijssen JGP, Reitsma JB, *et al*. Acute upper GI bleeding: Did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000. *Am J Gastroenterol*.2003;98(7):1494-1499.
24. Cordeiro F, Jucá N, Knecht R. Estudo endoscópico e histopatológico da gastrite erosiva associada a varizes do esôfago. *GED*.1985;4(3):87-90.
25. Tsesmeli NE, Kotsaftis PS, Savopoulos CG, Hatzitolios AI, Kaiafa GD, Kounanis AD, *et al*. Incidence and etiology of acute non-malignant upper gastrointestinal bleeding in northern Greece. *J Gastroenterol and Hepatol*. 2007; 22(7):1009-13.