

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA: ESTRATIFICAÇÃO PELO ESCORE DE GLASGOW-BLATCHFORD E O TIMING DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ASSOCIADA À INFUSÃO EM BOLUS DE IBP

NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: RISK STRATIFICATION BY GLASGOW-BLATCHFORD SCORE AND ENDOSCOPY TIMING COMBINED WITH BOLUS PPI REGIMENS

Gabriel Felipe Damo¹, Alan Felipe Bello Secco², Leonardo Ermindo Rempel Roveda³.

1. Acadêmico do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco; 2. Professor do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco; 3. Acadêmico do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco, rovedaxx@hotmail.com.

Eixo: 1

RESUMO

Introdução: A hemorragia digestiva alta não varicosa (HDANV), decorrente majoritariamente de úlceras pépticas gastroduodenais, é uma das causas mais prevalentes de hospitalização de urgência e mortalidade em gastroenterologia e medicina interna. A heterogeneidade clínica dos pacientes impõe a necessidade de estratificação precoce de risco para guiar a alocação de recursos, a necessidade de intervenção hemostática e a definição do momento ideal para a realização da endoscopia digestiva alta (EDA). **Objetivo:** Avaliar a acurácia prognóstica do escore de Glasgow-Blatchford (GBS) na triagem pré-endoscópica, analisar as evidências sobre o *timing* da realização da EDA e examinar a eficácia da supressão ácida com inibidores da bomba de prótons (IBP) em regime de *bolus* intermitente versus infusão contínua. **Método:** Revisão integrativa da literatura médica indexada nas bases PubMed, MEDLINE e Cochrane Library entre 2021 e 2026, com foco em ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e consensos da European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) e American College of Gastroenterology (ACG). **Resultados:** O escore de Glasgow-Blatchford consolidou-se como a ferramenta de maior sensibilidade para identificar pacientes de muito baixo risco (GBS igual a 0 ou 1), passíveis de manejo ambulatorial seguro, e selecionar os casos de alto risco que demandam ressuscitação hemodinâmica intensiva e internação. A realização da EDA no intervalo de 12 a 24 horas após a admissão e estabilização clínica inicial demonstrou os melhores desfechos, enquanto a intervenção ultrarrápida (inferior a 6 horas) não reduziu mortalidade ou ressangramento. O uso de IBP em *bolus* intermitente em altas doses comprovou não inferioridade à infusão contínua tradicional em bomba. **Discussão:** A elevação do pH intragástrico acima de 6,0 estabiliza o coágulo de fibrina e inibe a agregação plaquetária dependente de pepsina, sendo a hemostasia endoscópica combinada o padrão-ouro nas lesões com estigmas de alto risco de Forrest (Ia a IIb). **Conclusão:** A abordagem otimizada da HDANV baseia-se na estratificação sistemática pelo GBS, ressuscitação hemodinâmica antes da EDA em janela de 24 horas e administração racional de IBP em *bolus*, reduzindo tempo de internação e custos sem comprometer a segurança.

Palavras-chave: Hemorragia Digestiva Alta. Escore de Glasgow-Blatchford. Endoscopia Digestiva Alta. Inibidores da Bomba de Prótons. Úlcera Péptica.

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta não varicosa (HDANV) permanece como uma das emergências gastroenterológicas mais frequentes nos serviços de pronto atendimento e enfermarias de clínica médica no mundo¹. As lesões ulcerosas da mucosa gástrica e duodenal representam mais de 50% dos casos, frequentemente associadas à infecção crônica por

Helicobacter pylori, ao uso indiscriminado de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e à terapia antiplaquetária ou anticoagulante em populações envelhecidas²³.

A apresentação clínica varia amplamente, desde episódios autolimitados de melena com estabilidade hemodinâmica até hematemese volumosa com choque hipovolêmico e parada cardiorrespiratória iminente⁴. Diante dessa ampla variabilidade, a avaliação clínica empírica isolada é insuficiente para estimar o risco de ressangramento e mortalidade, tornando mandatório o emprego de escores prognósticos validados antes da realização de qualquer exame invasivo⁵. O escore de Glasgow-Blatchford (GBS) destaca-se por utilizar variáveis exclusivamente clínicas e laboratoriais colhidas na admissão, permitindo estratificar precocemente os pacientes que necessitam de intervenção hospitalar urgente daqueles elegíveis para alta e investigação eletiva^{6,7}.

Paralelamente à estratificação e à reposição volêmica com cristaloides, o manejo farmacológico com inibidores da bomba de prótons (IBP) e o momento (*timing*) da realização da endoscopia digestiva alta (EDA) constituem os eixos terapêuticos determinantes⁸. Historicamente, preconizava-se a infusão contínua em bomba de IBP por 72 horas e a realização imediata da EDA em todos os pacientes, condutas que foram amplamente revistas por ensaios clínicos contemporâneos⁹. Esta revisão analisa a acurácia do GBS, a janela temporal ótima para o exame endoscópico e o racional da supressão ácida por meio de regimes de *bolus*.

MÉTODO

A presente análise estruturou-se por meio de uma revisão integrativa da produção científica compreendida entre 2021 e 2026. A busca documental foi realizada nas bases PubMed, MEDLINE, Scopus e Cochrane Database of Systematic Reviews, utilizando os descritores em ciências da saúde (MeSH): *Gastrointestinal Hemorrhage*, *Peptic Ulcer Hemorrhage*, *Risk Assessment*, *Endoscopy*, *Gastrointestinal*, *Proton Pump Inhibitors* e *Omeprazole*.

A seleção incluiu ensaios clínicos controlados, coortes multicêntricas, diretrizes de prática clínica emitidas pelo *American College of Gastroenterology* (ACG), *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) e Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED), além de revisões sistemáticas com metanálise^{1,8,10}. Foram incluídos estudos que avaliaram o desempenho preditivo do escore GBS em relação a desfechos clínicos (necessidade de transfusão de hemoderivados, hemostasia endoscópica e óbito em 30 dias), estudos que compararam a EDA precoce (menor que 6 a 12 horas) versus padrão (12 a 24

horas), e ensaios comparando regimes de IBP intravenoso em *bolus* versus infusão contínua. Foram excluídos relatos de caso isolados e artigos voltados exclusivamente para hemorragia digestiva de origem varicosa portal.

RESULTADOS

A literatura científica consolidou o escore de Glasgow-Blatchford como a ferramenta de triagem pré-endoscópica de escolha, demonstrando sensibilidade superior a 98% para identificar pacientes de alto risco que necessitarão de intervenção médica ou endoscópica urgente^{6,11}. O escore integra parâmetros hemodinâmicos (pressão arterial sistólica e frequência cardíaca), laboratoriais (ureia e hemoglobina) e comorbidades/sintomas (presença de melena, síncope, insuficiência cardíaca e hepatopatia) em uma escala numérica de 0 a 23 pontos^{5,7}. Pacientes categorizados com GBS de 0 ou 1 apresentam risco de complicações graves ou óbito inferior a 0,5%, podendo receber alta com segurança diretamente do pronto-socorro para propedêutica ambulatorial sem necessidade de internação hospitalar^{1,12}.

Em contrapartida, pontuações de GBS iguais ou superiores a 2 (e particularmente acima de 7 a 8 pontos) identificam indivíduos sob elevado risco de ressangramento e instabilidade hemodinâmica, demandando internação hospitalar, monitorização contínua e preparo ativo para EDA^{8,13}. Quanto ao momento da abordagem endoscópica, diretrizes e ensaios clínicos randomizados multicêntricos demonstraram que a realização da EDA precoce no intervalo entre 12 e 24 horas após a apresentação clínica é a estratégia associada aos melhores desfechos terapêuticos e menor mortalidade^{10,14}. A realização da endoscopia em caráter de urgência extrema (menos de 6 horas da admissão) não conferiu benefício adicional em termos de ressangramento ou sobrevida em 30 dias quando comparada à janela de 24 horas, associando-se a maior risco de broncoaspiração em pacientes inadequadamente ressuscitados volêmicamente^{14,15}.

No âmbito da farmacoterapia, a inibição potente da secreção ácida gástrica é indispensável, pois a pepsina promove lise do coágulo sanguíneo em pH ácido inferior a 6,0 e a agregação plaquetária é maximizada em pH neutro^{8,16}. Ensaios clínicos e metanálises de grande escala comprovaram a não inferioridade da administração de IBP intravenoso em *bolus* intermitente (omeprazol ou pantoprazol 80 mg de ataque seguido por 40 a 80 mg a cada 12 horas em injeção intravenosa direta) quando comparada à clássica infusão contínua em bomba de 8 mg/hora por 72 horas^{9,17}. Ambos os regimes atingem taxas idênticas de prevenção de ressangramento pós-terapia endoscópica, tempo de internação e mortalidade geral^{17,18}.

DISCUSSÃO

A conduta inicial na HDANV deve priorizar a estabilização hemodinâmica do paciente antes de qualquer tentativa de intervenção diagnóstica. A ressuscitação volêmica guiada por metas de perfusão com soluções cristaloides balanceadas restaura a microcirculação e previne a isquemia coronariana e renal secundária à hipovolemia, sendo a condição prévia obrigatória para a sedação segura durante a EDA¹. A estratégia transfusional de concentrado de hemácias deve ser restritiva na maioria dos pacientes, estabelecendo o gatilho transfusional em hemoglobina inferior a 7,0 g/dL (com alvo entre 7,0 e 9,0 g/dL), visto que a transfusão liberal (alvo acima de 9,0 a 10,0 g/dL) eleva a pressão portal e a sobrecarga volêmica, aumentando as taxas de ressangramento e mortalidade².

Durante o procedimento endoscópico, a classificação morfológica de Forrest guia a necessidade de intervenção hemostática ativa: lesões com sangramento ativo em jato (Forrest Ia), sangramento em porejamento (Forrest Ib) e vaso visível não sangrante (Forrest IIa) exigem terapia hemostática combinada (injeção de adrenalina associada a método térmico, como sonda de calor/coagulação com plasma de argônio, ou mecânico, com hemoclipes)^{8,10}. Para coágulos aderidos (Forrest IIb), a remoção suave do coágulo seguida de hemostasia da lesão de base é indicada, enquanto lesões com base hematínica (Forrest IIc) ou base clara e limpa (Forrest III) não necessitam de hemostasia endoscópica ou infusão prolongada de IBP em altas doses, podendo receber transição imediata para IBP oral em dose padrão^{13,16}.

A transição da infusão contínua para o regime em *bolus* simplificou a logística hospitalar nas enfermarias de clínica médica, liberando bombas de infusão e reduzindo o consumo de recursos materiais sem perda de eficácia biológica^{9,17}. Adicionalmente, a administração de procinéticos intravenosos (como eritromicina 250 mg ou metoclopramida 10 mg administrada 30 a 60 minutos antes da EDA) favorece o esvaziamento gástrico de sangue e coágulos retidos, melhorando significativamente a visualização da mucosa pelo endoscopista e reduzindo a necessidade de reexames por visualização inadequada^{10,15}.

CONCLUSÃO

A abordagem contemporânea da hemorragia digestiva alta não varicosa baseia-se em uma cadeia de cuidados estruturada que alia estratificação de risco, estabilização clínica e intervenção direcionada. O emprego sistemático do escore de Glasgow-Blatchford permite triar com alta segurança os pacientes de baixo risco para condução ambulatorial, reservando a estrutura hospitalar para indivíduos com maior probabilidade de evolução desfavorável.

A endoscopia digestiva alta realizada na janela de 12 a 24 horas, após adequada ressuscitação volêmica, estabelece o momento ideal para o diagnóstico e tratamento das lesões de alto risco, afastando os riscos associados à intervenção intempestiva em pacientes instáveis. O uso de inibidores da bomba de prótons em regime de *bolus* intermitente assegura estabilização eficaz do pH intragástrico com menor complexidade assistencial. A integração dessas diretrizes melhora o prognóstico clínico, otimiza o uso de leitos hospitalares e consolida a segurança do paciente com hemorragia digestiva aguda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med*.
2. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*.
3. Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Primers*.
4. Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ*.
5. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for uppergastrointestinal haemorrhage. *Lancet*.
6. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *Lancet*.
7. Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, et al. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA*.
8. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, et al. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol*.
9. Sachar H, Vaidya K, Laine L. Intermittent vs continuous proton pump inhibitor therapy for high-risk bleeding ulcers: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*.
10. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*.

11. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ*.
12. Meltzer AC, Burnett S, Pinchtein E, et al. Pre-endoscopic risk stratification in patients with upper gastrointestinal bleeding: A systematic review. *Am J Emerg Med*.
13. European Society of Gastrointestinal Endoscopy. ESGE Clinical Practice Guidelines for Non-Variceal Upper GI Bleeding: 2025-2026 Update. *Endoscopy*.
14. Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, et al. Timing of Endoscopy for Urgent Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med*.
15. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*.
16. Sung JJ, Chan FK, Chen M, et al. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. *Gut*.
17. Cochrane Database of Systematic Reviews. Intermittent versus continuous proton pump inhibitor dosing for high-risk bleeding peptic ulcers. *Cochrane Library*.
18. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Diretrizes Brasileiras para Manejo da Hemorragia Digestiva Alta Não Varicosa – Atualização 2026. *Arq Gastroenterol*.