



Perfil dos pacientes com hemorragia digestiva em serviço de referência durante a pandemia do Sars-Cov-2 (Covid-19)

Profile of patients with gastrointestinal bleeding in reference service during the Sars-Cov-2 pandemic (Covid-19)

Ludmilla Ventura Lirio^{1,2}, Maria da Penha Zago Gomes^{1,2}, Luciana Lofêgo Gonçalves^{1,2}, Esteban Sadovsky^{1,2}

¹ Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Vitória/ES, Brasil.

² Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

Correspondência:

luciana.lofego@ebserh.gov.br

Direitos autorais:

Copyright © 2023 Ludmilla Ventura Lirio, Maria da Penha Zago Gomes, Luciana Lofêgo Gonçalves, Esteban Sadovsky.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

13/2/2023

Aprovado:

17/5/2023

ISSN:

2446-5410

RESUMO

Introdução: Hemorragia Digestiva é uma importante causa de morbidade, principalmente a Hemorragia Digestiva Alta. Durante a pandemia por Sars-Cov-2, o sangramento digestivo foi um sintoma gastrointestinal descrito. **Objetivo:** Analisar o perfil de pacientes internados em hospital universitário público por hemorragia digestiva ao longo de 95 dias da pandemia da COVID-19 e comparação entre infectados ou não por COVID. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários dos pacientes com hemorragia digestiva no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, caracterizando o perfil clínico, a apresentação da hemorragia, as variáveis hemodinâmicas e os achados endoscópicos. **Resultados:** No período, 251 internações registraram hemorragia digestiva, sendo que 21 deles tiveram infecção por COVID. A média de idade foi 60,04 ($\pm 12,2$) anos, um terço era de homens, ficaram 9,2 dias ($\pm 12,2$) dias internados, a média de hemoglobina era de 8,17 mg/dL ($\pm 2,98$) e a úlcera duodenal foi a principal causa da hemorragia digestiva, seguida de sangramento de varizes de esôfago. Ressangramento ocorreu em 22 casos (8,7%) e 42 pacientes faleceram (16,7%). **Conclusão:** Hemorragia digestiva tem grande morbidade e mortalidade; e pacientes com COVID 19 tiveram maior mortalidade e tempo de internação.

Palavras-chave: Hemorragia Gastrointestinal; Úlcera Péptica; Varizes Esofágicas e Gástricas; Covid-19.

ABSTRACT

Introduction: Digestive Bleeding (DB) is an important cause of morbidity, especially the upper gastrointestinal bleeding. During the Sars-CoV-2 pandemic, DB was one of the gastrointestinal symptoms described. **Objective:** To analyze the profile of patients hospitalized for DB along the 95-day period of pandemic and comparison between infection or not by COVID 19. **Methods:** Retrospective analysis of medical records of hospitalizations for BD at the University Hospital Cassiano Antonio Moraes. The clinical profile, presentation of the condition, hemodynamic variables, endoscopic findings and Sars-Cov-2 infection were characterized. **Results:** In the analyzed period, 251 hospitalizations were registered due to BD and in 21 COVID was present. The average age was 60.04 years, one third were male, with an average of 9.2 days in hospital, average hemoglobin of 8.17 mg/dL, duodenal ulcer was the main cause of DB, followed by esophageal varices. Rebleeding occurred in 22 cases and 42 patients died. **Conclusion:** DB is a clinical complication with high morbidity and high mortality risk. During the period of the COVID 19 pandemic, an increase in mortality was observed among infected patients.

Keywords: Gastrointestinal hemorrhage; Peptic ulcer; Esophageal and Gastric Varices; Covid-19.

INTRODUÇÃO

Hemorragia Digestiva Alta (HDA) é uma importante causa de internações em todo mundo, com incidência anual estimada de 100/100.000 habitantes¹ e pode ser dividida em HDA não varicosa (HDA_{nV}) e HDA varicosa (HDA_V). Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) apresenta incidência de internação menor que a HDA, com cerca de 36/100.000 habitantes por ano² e em 80% dos casos o sangramento é autolimitado¹.

A gravidade do sangramento digestivo é baseada em parâmetros clínicos do estado hemodinâmico e na necessidade de hemotransfusão. Existem alguns escores para estratificação do risco na HDA, dentre eles, o escore de Glasgow - Blatchford (GBS), que é utilizado para identificar quais pacientes necessitam de intervenção mais precoce, e o Rockall que avalia o risco de ressangramento e mortalidade, podendo ser calculado pré e pós endoscopia. Porém nenhum escore mostrou ser excelente na previsão de todos os desfechos da HDA aguda³.

Na pandemia por Sars-CoV2 (COVID-19), a hemorragia digestiva foi um dos eventos gastrointestinais descritos como complicação da infecção, acometendo de 2 a 13% dos pacientes internados pela virose. No início da pandemia foi proposto que a endoscopia digestiva em sangramento digestivo fosse realizada apenas nos pacientes com instabilidade hemodinâmica ou anemia grave não responsiva à transfusão sanguínea, visando minimizar o risco de transmissão por aerossol gerado durante o exame⁴.

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil dos pacientes com hemorragia digestiva aguda alta e baixa em serviço de referência em um hospital universitário do Estado do Espírito Santo, Brasil, abrangendo um período de 95 dias, no início da pandemia por Sars-Cov-2, comparando os pacientes infectados com aqueles sem COVID 19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, série de casos, de natureza descritiva, de pacientes atendidos no Serviço de Endoscopia Digestiva da Unidade de

Gastroenterologia e Hepatologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) da Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil, durante período de pandemia do COVID 19, quando houve remanejamento do sistema de regulação da Secretaria de Saúde do Espírito Santo, para o atendimento de urgência de Hemorragia Digestiva, ficando o HUCAM responsável pelo atendimento desta complicação clínica por cerca de 03 meses.

A coleta de informações foi realizada nos dados de prontuário dos pacientes internados no hospital por hemorragia digestiva, que poderiam ser referenciado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), admissão no Pronto Socorro por livre demanda, encaminhados do serviço ambulatorial do próprio hospital, via regulação estadual em leitos de enfermaria, da Unidade de Terapia Intensiva ou pacientes internados nos diferentes setores do hospital que intercorreram com hemorragia digestiva e que tiveram seus dados registrados no Serviço de Endoscopia Digestiva.

Foram coletadas as variáveis: idade, sexo, comorbidades, forma de admissão no hospital, apresentação clínica da hemorragia digestiva (considerado HDA - paciente com hematêmese ou melena e HDB – com hematoquezia e enterorragia), variáveis hemodinâmicas definidas de acordo com Suporte de Vida Avançado no Trauma (ATLS) para estimativa de perda sanguínea, frequência cardíaca (estratificado em 4 faixas) e pressão arterial (pressão arterial reduzida como pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg), achados endoscópicos, classificação clínica em pacientes cirróticos (Escore de Child-Pugh), escores endoscópico (GBS e escore de Rockall pós endoscopia), taxa de ressangramento, infecção por Sars-CoV-2 e desfecho. O leito de internação foi definido como o local que o paciente estava internado ao final das primeiras 24h após admissão.

O manejo dos pacientes foi conforme protocolo da instituição, com estabilização hemodinâmica inicial (ressuscitação volêmica), suporte hemoterápico caso nível de hemoglobina inferior a 07 mg/dL ou, quando cardiopata, inferior a 08 mg/dL; dose de ataque de omeprazol endovenoso 80 mg *in bolus*, sendo que em pacientes sabidamente portadores de hipertensão portal ou com estigmas de hepatopa-

tia crônica, iniciado preferencialmente terlipressina ou, em caso de contra-indicação ou efeito adverso relatado a esta droga, feito octreotíde.

A revisão de literatura foi realizada e selecionada pelos autores, por pesquisa integrativa de artigos nas bases de dados do Pubmed, sendo selecionados artigos na língua inglesa e portuguesa que versavam sobre atendimento de urgência na hemorragia digestiva e/ou no atendimento de pacientes infectados pelo Sars-CoV-2.

Foram empregados testes estatísticos utilizando o *software SSPS Statistics*, versão 23 (IBM, Nova Iorque, Estados Unidos) inicialmente realizando uma análise descritiva. Para comparar as variáveis contínuas foi utilizado o teste t de Student e, quando necessário, o teste de Mann-Whitney. Para comparar as variáveis categóricas foi usado o teste do Qui-quadrado ou, quando necessário, o teste Exato de Fisher. Para comparação de médias foi utilizado teste de ANOVA. Considerou-se um nível de significância de 5% (p -valor < 0,05).

RESULTADOS

No período de 95 dias, de maio a agosto de 2020, foram realizadas 251 internações com apresentação de Hemorragia Digestiva, compreendendo um total

de 243 pacientes, considerando que 06 pacientes reinternaram por duas vezes e 01 paciente por três vezes. Foram 173 (68,9%) internações masculinas. Em 23,5% das internações houve diagnóstico de síndrome gripal, com confirmação de infecção por Sars-Cov-2 em 21/251 (08,37%) internações.

Das 251 internações com hemorragia digestiva, 90,4% foram de procedência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), média de idade dos pacientes internados foi de 60,4 anos, com idade mínima de 17 e máxima de 102 anos e a duração média geral das internações foi de $9,3 \pm 12,3$ dias. A Figura 1 apresenta a distribuição dos dias de internação.

Apenas 38 pacientes (15,1%) não apresentavam comorbidades. As comorbidades mais prevalentes foram o alcoolismo (161/251 – 64%), doenças cardiovasculares, que correspondem a Hipertensão Arterial Sistêmica (104/251 – 41,4%), Diabetes Mellitus (61/251 – 24,3%), Doença Arterial Coronariana e/ou Doença Arterial Periférica (31/251 – 12,3%); cirrose hepática (59/251 – 23,5%) e demência de etiologia vascular ou Alzheimer (20/251 – 8%).

Quando se analisa o grupo de pacientes com infecção por Sars-CoV-2 a média de idade foi 58,14 anos, a média de hemoglobina 7,1mg/dL e o tempo médio de internação foi de 23,5 dias ($\pm 15,64$). Das 21 internações confirmadas para COVID 19, o

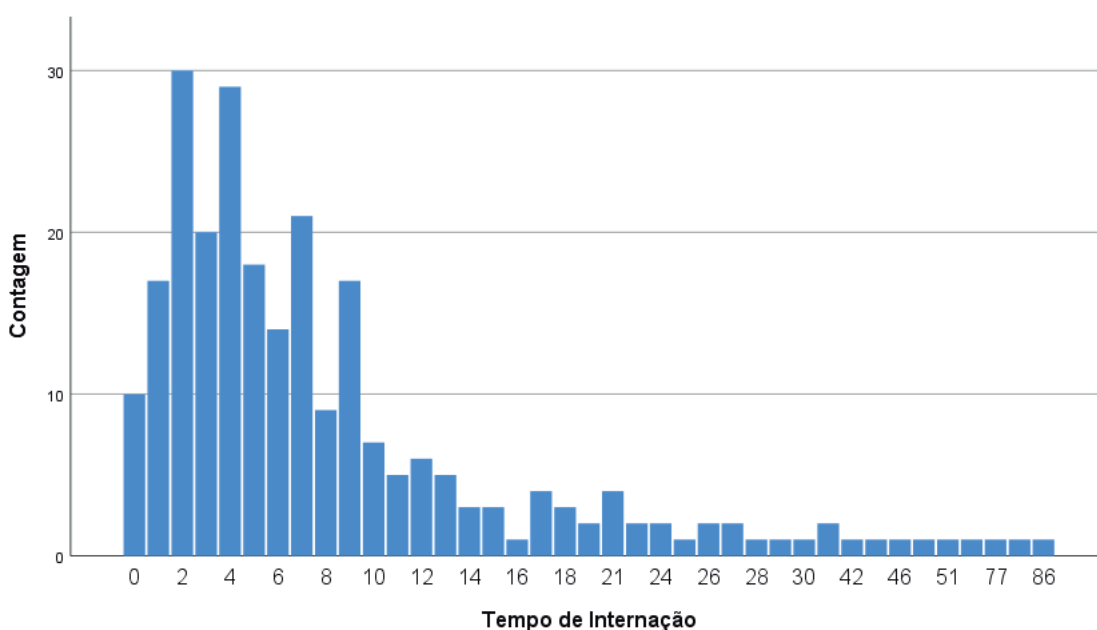


FIGURA 1. Tempo (em dias) das 251 internações dos pacientes com Hemorragia Digestiva na enfermagem de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Espírito Santo, Brasil. Fonte: Os autores.

óbito ocorreu em 08 (38,1%), o que representa 19% do total de óbitos. A causa do óbito foi diretamente relacionada à hemorragia digestiva em 02 pacientes infectados pelo Sars-CoV-2 e nos outros 06 foi relacionada a outros fatores (infecção ou neoplasia em estágio avançado).

A maior prevalência entre os pacientes admitidos foi de Hemorragia Digestiva Alta (83,2%), em sua maioria com hematêmese. A hemorragia digestiva baixa correspondeu a 16,7% dos casos, com maior prevalência de enterorragia.

Em relação aos parâmetros clínicos e laboratoriais, a média de hemoglobina foi 8,17 mg/dL

(±2,98), sendo menor que 07 mg/dL em 93 casos e entre 7-8mg/dL em 37 casos, com necessidade de hemotransfusão em 44,2% das internações, maioria dos pacientes apresentavam à admissão frequência cardíaca menor que 100 batimentos por minuto (68,9%) e pressão arterial normal (90,4%). Os dados de comparação entre os pacientes com Hemorragia Digestiva sem infecção e com COVID 19 estão sumarizados na Tabela 1.

A maioria dos pacientes (67,3%) ficou internado em leito de enfermaria. O desfecho hospitalar com alta hospitalar foi de 80,1%, porém o óbito ocorreu em 42 casos (16,7%), sendo que em 18 pacientes

TABELA 1. Dados demográficos, epidemiológicos e clínicos de 251 internações por Hemorragia Digestiva na Enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Espírito Santo, Brasil, comparando pacientes não infectados e infectados pelo SARS-CoV-2

DADOS DEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS	TOTAL N=251	SEM COVID 19 N=230	COM COVID 19 N=21	VALOR P
Média de idade (anos)	60,04 ±12,27	60,21 ±9,79	58,14 ±15,64	0,57
Sexo				
Masculino	173 (68,9%)	162 (70,4%)	11 (52,4%)	0,087
Feminino	78 (31,1%)	68 (29,7%)	10 (47,6%)	
Tempo de internação (dias)	9,26 ±12,27	7,97±9,8	23,48±15,64	<0,001
Valor hemoglobina (mg/dL)	8,17 ±2,98	8,27±2,99	7,06±2,77	0,075
Origem				
SAMU	227	208	19	
Regulação	11	11	0	
Internação	9	7	2	0,30
Ambulatório	4	4	0	
Hemorragia				
Hematêmese	150	135	15	
Melena	59	56	3	
Enterorragia	35	32	3	0,330
Hematoquizia	07	7	0	
Local do sangramento				
Úlcera péptica	78	76	2	0,018
Varizes	63	58	5	0,88
Divertículo	31	29	1	-
Neoplasia	16	15	1	-
Local internação				
UTI	50	42	8	
Enfermaria	169	159	10	0,07
Pronto Socorro	30	28	2	
Ressangramento	22	20	2	0,89
Risco cardiovascular	111	97	14	0,031
Óbito	42	32	8	0,006

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, UTI: Unidade de Terapia Intensiva. Fonte: Os autores.

(7,2%) o óbito teve relação direta com a hemorragia digestiva, pois foram considerados como choque hipovolêmico (14 pacientes) ou choque misto (choque hipovolêmico associado a choque séptico em 3 pacientes ou a choque cardiogênico em 1 caso). Os demais óbitos, foram relacionados a evolução de neoplasia avançada, infecção, abdome agudo obstrutivo, disfunção cardiopulmonar aguda e/ou disfunção renal. Os óbitos por choque hipovolêmico foram avaliados de acordo com as doenças de base e estão apresentados na Tabela 2.

TABELA 2. Avaliação do desfecho clínico em óbito em 251 internações por Hemorragia Digestiva, comparado com a doença de base (comorbidade) dos pacientes internados na enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Espírito Santo, Brasil

COMORBIDADE	TOTAL	ÓBITOS	VALOR P
Cirrose hepática (todas)			
Sim	61	16	<0,001
Não			
Cirrose hepática Child C			
Sim	16	11	<0,001
Não			
Alcoolismo			
Sim	161	24	0,300
Não	90	18	
Risco cardiovascular			
Sim	108	32	0,001
Não	111	10	
Infecção por Sars-Cov-2			
Sim	21	8	0,006
Não	230	34	

Fonte: Os autores.

Dos 61 pacientes cirróticos, em 04 não houve possibilidade de classificação de Child-Pugh pelos dados do prontuário, além disso, apenas 12 (21,8%) foram classificados como Child-Pugh A, sendo que cerca da metade era Child-Pugh B (29 internações) e 26% Child-Pugh C.

Das 251 internações, em 14 pacientes não foi realizado nenhum exame endoscópico (10 paci-

entes por instabilidade hemodinâmica, 01 gestante estável hemodinamicamente e sem queda hematemática, 01 paciente com intussuscepção íleo cecal por tumoração, 01 paciente com infecção confirmada e 01 suspeita por Sars-Cov-2). Endoscopia Digestiva Alta (EDA) foi realizada em 231 das internações, sendo que em 28 casos não foi encontrado nenhum achado que justificasse o quadro de hemorragia digestiva. O diagnóstico endoscópico mais frequente foi a doença ulcerosa péptica (78/231 – 33,7% das EDA), 46 (19,9%) diagnósticos endoscópicos de úlcera gástrica. As varizes esofágicas e/ou gástricas foram evidenciadas em 63 (27,3%) das EDA, sendo na maioria dos casos de varizes esofágicas. Colonoscopia foi realizada em 48 internações e a causa mais importante de sangramento foi a diverticulose. A Tabela 3 mostra os diversos achados endoscópicos.

As úlceras esofágicas e gastroduodenais encontradas foram classificadas de acordo com a classificação de Forrest, com maior prevalência do achado de Forrest III (sem sinal atual de sangramento), correspondendo a 51,3% das úlceras.

Em relação ao tratamento medicamentoso, inibidor de bomba de prótons foi utilizado em 84,9% das internações, enquanto terlipressina e octreotida foram usados em 15,1% e 1,6%, respectivamente. Os tratamentos hemostáticos variaram de acordo com o achado endoscópico, sendo que para úlceras foi empregado clipe hemostático e/ou injeção com solução de adrenalina. Nas varizes esofágicas, os tratamentos utilizados foram ligadura elástica ou escleroterapia com Ethamolín; para varizes esofagogástricas GOV 1, ligadura elástica ou cianoacrilato; para varizes esofagogástricas GOV 2, angiectasias foram tratadas endoscopicamente com escleroterapia com Ethamolín ou ligadura elástica ou solução com adrenalina; para Mallory Weiss, hemoclipe e/ou solução de adrenalina e para Dieulafoy clipe hemostático. Nenhum dos exames de colonoscopia com diverticulose apresentava sangramento ativo, não sendo assim realizado nenhum tratamento hemostático. A Tabela 4 mostra a necessidade de transfusão de hemoconcentrados nesses pacientes.

TABELA 3. Diagnósticos endoscópicos de 251 internações por Hemorragia Digestiva na enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Espírito Santo, Brasil, comparando pacientes não infectados e infectados pelo SARS-COV 2

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	TOTAL (%)	SEM COVID 19	COM COVID 19	VALOR P
EDA	231	213	18	
Doença ulcerosa péptica	78 (37,4%)	76 (36,6%)	3 (16,7%)	0,26
Úlcera gástrica	46 (19,9%)	44 (20,6%)	2 (11,1%)	
Úlcera duodenal	29 (12,5%)	29 (13,6%)	0	
Úlcera esofágica	3	3	0	
Varizes esofágicas e gástricas	63 (27,3%)	58 (27,2%)	5 (27,7%)	0,88
Varizes esofágicas	53	49	4	
GOV1	7	6	1	
GOV2	2	2	0	
IGV2	1	1	0	
Mallory-Weiss	5 (2,2%)	5	0	1,0
Neoplasia	13 (5,6%)	12	1	1,0
Esofagite, gastrite ou duodenite ou LAMGD	18 (7,8%)	16	2	0,65
Angiectasias	8 (3,5%)			
Dieulafoy	4 (1,7%)			
Gastropatia hipertensão portal	3 (1,3%)			
Colonoscopia	48	45	3	
Diverticulose colônica	31 (64,6%)	29 (64,4%)	2 (66,6%)	0,55
Doença Inflamatória Intestinal	4 (8,3%)			
Neoplasia	1	1	0	
Angiectasia colônica	1			

Fonte: Os autores.

TABELA 4. Necessidades de hemotransfusão em 251 internações por Hemorragia Digestiva na enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Espírito Santo, Brasil

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES	N (%)
Hemácias	111 (44,2%)
Plaquetas	02 (0,8%)
Plasma Fresco Congelado	07 (2,8%)

Fonte: Os autores.

Em 22 internações houve ressangramento após propedêutica inicial, sendo que 03 pacientes apresentaram dois ou mais ressangramentos, 02 deles por sangramento varicoso e 01 por LAMGD. O Escore de Rockall foi capaz de indicar o risco de óbito, considerando que pontuação maior que 5 ocorreu em 53 pacientes, com 15 óbitos e pontuação

menor que 2 ocorreu em 18 pacientes, sem nenhum óbito ($p=0,02$), porém não foi capaz de prever ressangramento ($p=0,14$).

DISCUSSÃO

Existem poucos estudos de hemorragia digestiva no Brasil, destacam-se os estudos realizados no Rio de Janeiro por Zaltaman e colaboradores⁵ que analisaram pacientes admitidos no Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro com HDA e em São Paulo, no Hospital Universitário de Campinas por Aluizio⁶ e colaboradores que avaliaram a estratificação de risco do sangramento varicoso.

Nosso estudo mostrou maior prevalência de pacientes do sexo masculino, com média de idade

de 60,4 anos (pouco acima das relatadas) e como principal manifestação a hematêmese (59,8%). Variáveis de forma de admissão no serviço e leito de internação não foram avaliadas nos outros estudos e são importantes ferramentas nas políticas de saúde pública, considerando que serviços de atendimento como SAMU possibilitam maior rapidez na propedêutica e o tipo de leito de internação impacta no custo. O tempo de internação médio geral foi de $9,3 \pm 12,27$ dias, porém quando levado em consideração infecção por Sars-CoV-2 o tempo de internação aumentou muito ($23,5 \pm 15,64$ dias), o que pode ser justificado pela gravidade dos pacientes infectados pelo vírus, necessidade de maior tempo de internação para tratamento das complicações.

Os diagnósticos mais prevalentes na endoscopia digestiva alta foram: doença ulcerosa péptica (31,1%) e varizes esofagogástricas (25,1%), condizente com achados descritos por Kamboj e colaboradores⁷, porém menor prevalência do que descrito por Weledji⁸ (45% de úlceras ou erosões pépticas) e próximo ao descrito por Zaltaman⁵ e colaboradores no Brasil (35,23% de DUP e 20% de origem varicosa). Na colonoscopia o principal diagnóstico foi diverticulose colônica, encontrada em 12,4% dos pacientes submetidos ao exame endoscópico baixo.

O tratamento empregado nas úlceras pépticas baseia-se nos achados endoscópicos de acordo com a caracterização pela Classificação de Forrest⁹. Aquelas Forrest Ia, Ib e IIa necessitam de tratamento endoscópico em monoterapia mecânica com clipe hemostático ou terapia dupla, como injeção de adrenalina e clipe hemostático; nas úlceras classificadas como Forrest IIb o tratamento é baseado na remoção ou não do coágulo local enquanto Forrest IIc e III não demandam tratamento endoscópico. No estudo, 51,3% das úlceras eram classificadas como Forrest III, o que justifica a baixa necessidade de tratamento e a prevalência foi próxima ao encontrado em estudo realizado por Enestvedt e colaboradores com 2.401 pacientes (55%)¹⁰.

O tratamento de escolha de varizes esofágicas é a ligadura elástica¹¹, empregada também em varizes esofagogástricas tipo GOV1 e angiectasias gastroduodenais, justificando a ampla utilização no estudo, em 21,5% das internações.

Em relação à hemotransfusão, o alvo de hemoglobina geral é 07 mg/dl e nos portadores de doença cardiovascular 08 mg/dL. Estudos mostraram que não há diferença no desfecho final entre a decisão clínica de hemotransfusão liberal e restritiva, em relação a mortalidade no 28º dia (7% versus 5%), ressangramento (9% versus 5%), reação transfusional (2% versus 1%) e eventos tromboembólicos/isquêmicos (7% versus 4%)¹². Em 111 internações (44,22%) foi necessário transfusão de concentrado de hemácias.

A terapia medicamentosa indicada para sangramento varicosos, baseia-se no uso de drogas vasoativas como como terlipressina e octreotide, que promove ação vasoconstritora esplâncnica¹³. Neste estudo, o sangramento varicoso correspondeu a 63 internações (25,1%), porém o uso de drogas vasoativas ocorreu em um total de 16,7% dos pacientes. Essa diferença ocorreu devido à indisponibilidade de tais medicações durante o período analisado. Assim, foram priorizados pacientes com presença de sangramento ativo ou presença de resíduos hemáticos em câmara gástrica durante o exame endoscópico.

O ressangramento foi definido como exteriorização de sangramento ou queda de hemoglobina maior que 02 mg/dL após terapia inicial. Nas lesões ulceradas, o risco de ressangramento varia de acordo com a classificação de Forrest, sendo de 90-100% para Forrest Ia e Ib, 50% para IIa, 30% para IIb, 5 a 10% para IIc e III⁸ e nas varicosas esse risco varia de 25 a 30%¹⁴. Das 22 internações em que houve ressangramento, apenas em 3 casos o sangramento inicial era de origem ulcerosa, com lesão inicial Forrest Ib, IIa e IIb, as duas primeiras haviam sido submetidas a tratamento endoscópico com terapia mecânica e adrenalina e 04 casos foram ressangramentos varicosos.

As internações de pacientes com hemorragia digestiva e infecção confirmada por COVID 19 não teve diferença estatística quanto ao sexo e idade, porém apresentaram diferença na causa do sangramento, que foi menor por úlcera péptica, e maior no tempo de internação, no risco cardiovascular e mortalidade. O tempo de internação e mortalidade desses pacientes foram mais de 2 vezes acima da

média geral. Martin e colaboradores⁴ avaliaram pacientes admitidos em hospital dos Estados Unidos com COVID-19 e que apresentaram hemorragia digestiva e verificaram a média de idade de 68,7 anos, acima do encontrado no nosso estudo, porém sendo observado maior prevalência do sexo masculino (66%) e nível de hemoglobina semelhante (7,5mg/dL).

Mauro e colaboradores¹⁵ avaliaram pacientes internados por COVID-19 em hospitais no norte da Itália que apresentaram HDA. Foram 4871 internações com 23 casos de HDA, desses 78% eram homens, com idade média de 75 anos, a manifestação mais comum foi melena (52%) e o achado endoscópico prevalente foi a doença ulcerosa péptica (44%). Do total, 5 pacientes evoluíram com óbito, todos por piora do quadro respiratório. Em meta-análise de Marasco e colaboradores¹⁶ foram analisados 10 estudos de diferentes países (Estados Unidos, Itália, Israel, China e Espanha) de pacientes com HDA ou HDB com COVID-19 confirmado, totalizando 534 pacientes. Desses, 76,6% apresentaram HDA e 22,7% HDB, com média de idade 45,3 anos, prevalência do sexo masculino e diagnóstico mais frequente doença péptica (úlcera ou gastroduodenite) concluindo que pacientes com COVID-10 tem risco de sangramento gastrointestinal de 2%. Porém, em ambos não foi possível confirmar causalidade do COVID com sangramento digestivo.

Os mecanismos aventados para sangramento na vigência de infecção são coagulopatia induzida pela inflamação, lesão direta do vírus na mucosa gastrointestinal e consequências do tratamento sistêmico, como por corticosteroides^{16,17}. Prasoppokakorn e colaboradores¹⁷ também analisaram pacientes internados com infecção por Sars-Cov-2 que apresentaram sangramento digestivo e efetividade com profilaxia com Inibidor de Bomba de Prótons (IBP). De 6373 pacientes, 43 apresentaram HDA, desses 23 eram homens, 72,1% apresentavam múltiplas comorbidades, as principais manifestações foram vômito em “borra de café” e melena e o principal achado endoscópico foi úlcera gastroduodenal. Além disso, o estudo sugere que o uso de IBP pro-

filático em pacientes internados reduz a gravidade da HDA.

A mortalidade geral por hemorragia digestiva, apesar do surgimento de novas terapias, chega até a 10%¹³, porém em sangramento varicoso esse índice pode chegar a mais de 20%⁶. No nosso estudo, dos 42 pacientes que faleceram, em 16 foi por sangramento varicoso, com uma taxa de mortalidade de 25,4%. A taxa real poderia ter sido maior, pois em 9 casos que foram a óbito não foi realizado exame endoscópico, e desses, 6 eram sabidamente cirróticos. De acordo com análises dos dados do estudo, a presença de cirrose hepática, cirrose hepática Child-Pugh C, alcoolismo e ausência de risco cardiovascular, tiveram relação com óbito por choque hipovolêmico, com significância estatística.

CONCLUSÃO

Em 95 dias sendo responsável pelo atendimento de urgência em hemorragia digestiva no Espírito Santo, o HUCAM realizou 251 internações, com mortalidade de 16,7%. Os pacientes infectados com COVID 19 tiveram maior morbidade, demonstrada pelo maior no tempo de internação e também maior mortalidade. Ao se observar o tempo necessário de internação de todos os pacientes, as propedêuticas necessárias, incluindo procedimentos endoscópicos, medicações e transfusões de hemoderivados, percebe-se a necessidade de investimento no tratamento da hemorragia digestiva, porém isso se traduz em diminuição da mortalidade, que tem caído nas últimas décadas, devido à instituição de protocolos específicos.

REFERÊNCIAS

1. Savides TJ, Jensen DM. Capítulo 19 Sangramentos Gastrointestinais. In: Sleisenger & Fordtran. Tratado gastrointestinal e doenças do fígado Volume 1. Tradução 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.p.287-327.
2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. Gastrointestinal endoscopy, Volume 79, No. 6 : 2014.p.875-885.

3. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sander DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. 2015; 47: a1–a46
4. Martin TA, Wan DW, Hajifathalian K, Tewani S, Shah SL, Mehta A, et al. Gastrointestinal Bleeding in Patients With Coronavirus Disease 2019: A Matched Case-Control Study. *The American Journal of GASTROENTEROLOGY*. 2020. Volume 00.
5. Zaltaman C, Souza HSP, Castro MEC, Sobral MF, Dias PC, Lemos Jr V. Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. *Arq Gastroenterol*. 2002. V39-no.2, p.74-80.
6. Aluizio CLS, Montes CG, Reis GFSR, Nagasako CK. Risk stratification in acute variceal bleeding: Far from an ideal score. *Clinics*. 2021.
7. Kamboj AK, Hoversten P, L CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo clinic proceedings*. 2019. p.697-703.
8. Weledji EP. Acute upper gastrointestinal bleeding: A review. *Surgery in Practice and Science*. 2020.
9. Laine L, Jensen DM. Management of Patients With Ulcer Bleeding. *The American Journal of GASTROENTEROLOGY*. 2012. p.345-360.
10. Enestvedt BK, Gralnek IM, Mattek N, Liberman DA, Eisen G. An evaluation of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in a large multicenter consortium. *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY* Volume 67, No. 3. 2008. p.422-429.
11. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. *Gastrointestinal endoscopy*. Volume 80, No2: 2014. P.221-227.
12. Laine L, Barkun NA, Saltzman JR, Mrtel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *The American Journal of GASTROENTEROLOGY*. Volume 116. 2021. P. 899-917.
13. Stanley AJ, Laine L. Management of acute Upper gastrointestinal bleeding. *The BMJ*. 2019. p.1-13.
14. Nable JV, Graham A. Gastrointestinal bleeding. *Emerg Med Clin N am*. 2016.
15. Mauro A, Grazia F, Lenti MV, Penagini R, Frego R, Ardizzone S, et al. Upper gastrointestinal bleeding in COVID-19 inpatients: Incidence and management in a multicenter experience from Northern Italy. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology* 45. 2021.
16. Marasco G, Maida M, Morreale GC, Licata M, Renzulli M, Cremon C, et al. Gastrointestinal Bleeding in COVID-19 Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2021.
17. Prasoppokakorn T, Kullanvanijaya P, Pittayanon R. Risk factors of active upper gastrointestinal bleeding in patients with COVID-19 infection and the effectiveness of PPI prophylaxis. *BMC Gastroenterology*. 2022.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente para a redação, metodologia, coleta de dados, pesquisa, revisão e edição final deste artigo.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Tania Reuter, José Geraldo Mill.

Endereço para correspondência

Av. Mal. Campos, 1355, Santos Dumont, Vitória/ES, Brasil, CEP: 29041-295.