



CURSO DE MEDICINA

MARIA LUÍZA BARBOSA FERREIRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DOS ESCORES DE *ROCKALL* E *GLASGOW-BLATCHFORD* NA PREDIÇÃO DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

SALVADOR

2024

Maria Luíza Barbosa Ferreira da Silva

AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DOS ESCORES DE *ROCKALL* E *GLASGOW-BLATCHFORD* NA PREDIÇÃO DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito para aprovação no 4º ano de Medicina.

Orientador: Paulo Lisboa Bittencourt

Salvador

2024

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por permitir que essa jornada fosse trilhada de maneira mais leve e abençoada.

Ao meu orientador, Paulo Lisboa, sou imensamente grata pelo cuidado, paciência e por todos os ensinamentos compartilhados. Sua orientação foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho. Ao professor Juarez Dias, meu sincero agradecimento pelo apoio constante e incentivo durante todo o percurso acadêmico. Sua contribuição foi fundamental para que eu pudesse seguir em frente com confiança. À minha família, meu porto seguro, que sempre esteve ao meu lado, ajudando-me a conquistar meus sonhos e a superar qualquer obstáculo. Vocês são a minha base, e nada disso seria possível sem o amor e o apoio de vocês. Ao meu quinteto, que compartilhou comigo as mesmas inquietações, dúvidas e alegrias ao longo dessa trajetória. A companhia de vocês tornou tudo mais leve e prazeroso, e sou extremamente grata por encerrar esse ciclo com vocês ao meu lado. Aos meus grandes amigos, por me apoiarem em inúmeros momentos com risadas e conselhos. Por fim, ao meu namorado, que foi essencial em todo esse processo. Obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos, ajudando-me nas mais diversas situações.

SUMÁRIO

1	. INTRODUÇÃO.....	6
2	OBJETIVOS.....	7
	2.1 Geral:	7
	2.2 Secundário:	7
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	7
4	METODOLOGIA	13
	4.1 Desenho do Estudo:.....	13
	4.2 Local e período do estudo.....	13
	4.3 População do estudo	13
	4.4 Critérios de inclusão e exclusão	13
	4.5 Amostra.....	13
	4.6 Variáveis de Interesse:.....	14
	4.7 Operacionalização da pesquisa	14
	4.8 Análise estatística:	14
	4.9 Aspectos éticos:	15
5	RESULTADOS	15
6	DISCUSSÃO.....	19
7	CONCLUSÕES.....	22
	REFERÊNCIAS.....	23
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	28

RESUMO

Introdução: Diversos escores prognósticos têm sido empregados para a predição do risco de mortalidade em pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva alta (HDA), com destaque para os scores *Rockall* (RS) e *Glasgow-Blatchford* (GBS). A eficácia desses escores na avaliação do risco de óbito intra-hospitalar ainda não foi suficientemente investigada em pacientes brasileiros com HDA. **Objetivos:** O presente estudo busca investigar a acurácia dos escores RS e GBS na predição de mortalidade em uma coorte de pacientes brasileiros diagnosticados com HDA. **Metodologia:** Foi realizada uma análise retrospectiva, utilizando-se a curva ROC para avaliar a capacidade preditiva desses scores prognósticos. A pesquisa incluiu 273 pacientes admitidos na Unidade de Gastroenterologia e Hepatologia do Hospital Português, no período de 2018 a 2022. **Resultados:** Foram avaliados 273 pacientes (169 homens), com uma mediana de idade de 71 anos (variando entre 59 e 83 anos). A maioria dos pacientes foi admitida com hematêmese (47%) e melena (35%), tendo como principais etiologias úlcera péptica (67 casos) e varizes esofágicas (52 casos). A mortalidade observada foi de 17,5% (48 pacientes). A análise das curvas ROC revelou que o RS, tanto pré-endoscopia (0,62) quanto pós-endoscopia digestiva alta (0,64), demonstraram melhor capacidade na predição de mortalidade em comparação ao GBS (0,59). **Conclusões:** A mortalidade observada foi inferior a 1/5 entre os pacientes hospitalizados com HDA. Os scores *Rockall*, tanto pré quanto pós-EDA, mostraram-se mais eficazes do que o GBS na avaliação do risco de mortalidade, sendo recomendados para uso clínico em nosso contexto, visando otimizar a assistência aos pacientes com HDA.

Palavras chaves: Hemorragia digestiva alta. Mortalidade. Scores Prognósticos

ABSTRACT

Background: Several prognostic scores have been employed to predict mortality risk in patients hospitalized for upper gastrointestinal bleeding (UGIB), notably the *Rockall* Score (RS) and the *Glasgow-Blatchford Score* (GBS). The efficacy of these scores in assessing in-hospital mortality risk has not been sufficiently investigated in Brazilian patients with UGIB. **Objectives:** This study aims to investigate the accuracy of the RS and GBS in predicting mortality in a cohort of Brazilian patients diagnosed with UGIB. **Methods:** A retrospective analysis was conducted, utilizing ROC curves to assess the predictive capacity of these prognostic scores. The research included 273 patients admitted to the Gastroenterology and Hepatology Unit of the Hospital Português from 2018 to 2022. **Results:** A total of 273 patients (169 men) were evaluated, with a median age of 71 years (ranging from 59 to 83 years). Most patients were admitted with hematemesis (47%) and melena (35%), with the main etiologies being peptic ulcer (67 cases) and esophageal varices (52 cases). The observed mortality rate was 17.5% (48 patients). ROC curve analysis revealed that the RS, both pre- (0.62) and post-upper gastrointestinal endoscopy (0.64), demonstrated better predictive capacity for mortality compared to the GBS (0.59). **Conclusions:** The observed mortality rate was less than 1 in 5 among hospitalized patients with UGIB. The *Rockall* Score, both pre and post-endoscopy, proved to be more effective than the GBS in assessing mortality risk, suggesting its recommendation for clinical use in our context to optimize care for patients with UGIB.

Key-words: Mortality. Upper Gastrointestinal Bleeding. Prognostic Scores

1 INTRODUÇÃO

A HDA é uma emergência médica associada a elevada morbimortalidade.⁸ Sua incidência anual em 2009, nos Estados Unidos, foi estimada em 61 casos por 100.000 habitantes.^{7,9} com mortalidade variando de 10%-20%, sendo significativamente maior naqueles pacientes com sangramento por varizes de esôfago⁷⁻⁹ Os principais fatores de risco associados a maior risco de mortalidade na HDANV são antecedente de episódio prévio de HDA, idade avançada, comorbidade, uso de anticoagulantes e/ou anti-agregantes ou anti-inflamatórios não esteroides, coagulopatia e instabilidade hemodinâmica.³ O principal fator de risco associado a desfechos adversos na HDAV é cirrose avançada estratificada pelo *Model for End-Stage Liver Disease* (MELD) superior a 20 ou pela classificação de *Child Pugh* com pontuação superior a 10, assim como também por hipertensão portal com gradiente de pressão na veia porta superior a 20 mmHg.¹⁰

A maior parte das condutas recomendadas para o manejo da HDAV e HDANV são baseadas em evidências científicas, tendo sido sistematizadas em várias *guidelines* nacionais e internacionais.^{7,11,12} Vários escores prognósticos foram desenvolvidos para identificação daqueles pacientes com risco maior de mortalidade. Os mais comumente empregados na literatura são o escore de *Rockall*^{13,31} e *Glasgow-Blatchford*³². O escore de *Rockall* foi validado a partir de estudos realizados em múltiplos centros hospitalares no Reino Unido, com intenção de prever mortalidade, observando critérios na admissão (pré-endoscopia) e a causa da hemorragia na EDA (pós endoscopia). O escore de *Glasgow-Blatchford* (GBS), por outro lado, foi validado para estratificar o risco de mortalidade e necessidade de internação hospitalar em pacientes ingleses com HDA. Assim, se a pontuação do paciente for igual ou inferior a 1, pode-se adotar acompanhamento ambulatorial sem necessidade de internação hospitalar para procedimentos endoscópicos e tratamento de urgência. Ambos ainda não foram validados em pacientes brasileiros com HDA.^{7,13,14, 36}

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Avaliar a acurácia dos escores de *Rockall* e *Glasgow-Blatchford* na predição de mortalidade em pacientes brasileiros com HDA

2.2 Secundário:

Investigar as principais causas de HDA

Avaliar a mortalidade da HDANV e HDAV

Avaliar o perfil clínico dos pacientes com HDA

3 REVISÃO DE LITERATURA

A sobrevida dos pacientes com a hemorragia digestiva (HD) vem melhorando nos últimos anos devido a implementação na prática clínica de várias estratégias de diagnóstico e tratamento baseadas em evidências.¹ Didaticamente, a HD é classificada, de acordo com o local de sangramento, em hemorragia digestiva alta (HDA), quando o sangramento se localiza acima do ângulo de Treitz ou hemorragia digestiva baixa (HDB), quando ocorre após a válvula ileocecal.² Recentemente, a HDB foi reclassificada em HD média, quando o sítio do sangramento é localizado em intestino delgado abaixo do ângulo de Treitz e HDB propriamente dita quando a origem do sangramento tem topografia entre a válvula ileocecal e a linha pectínea. A HDA pode ser caracterizada em HDA varicosa (HDAV) e HDA não-varicosa (HDANV). A HDAV é causada por ruptura de varizes esofagogástricas associadas a hipertensão portal frequentemente de etiologia cirrótica. Por outro lado, a HDA não varicosa (HDANV) é frequentemente causada por úlcera péptica gástrica e/ou duodenal, esofagite, laceração de *Mallory-Weiss* e neoplasia gástrica.³⁻⁵

O sangramento digestivo alto pode se manifestar por melena, enterorragia, hematêmese, vômitos borráceos,⁶ podendo ser precedido por sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão, síncope, taquicardia).⁷

Diferenciação na etiologia e fisiopatologia da HDANV E HDAV:

A HDA é classificada em HDAV e HDANV. A HDAV é secundária a hipertensão portal que pode ter etiologia cirrótica e não cirrótica. As principais causas de cirrose no Brasil são as hepatites virais e a doença alcoólica do fígado. A etiologia principal de hipertensão portal não cirrótica no nosso meio é a esquistossomose hepato esplênica. Varizes esofagogástrica se formam quando a pressão portal se eleva para valores acima de 10 mmHg, enquanto o sangramento por rotura das varizes ocorre apenas com pressão portal superior a 12 mmHg.¹⁵ A HDANV pode ser decorrente de uma ampla variedade de etiologias, tais como úlcera duodenal e/ou gástrica, lesão aguda da mucosa gastroduodenal, esofagite, neoplasia gástrica e laceração de *Mallory-Weiss*, dentre outras.¹⁶

Quadro clínico

Apesar das diferenças na etiologia e fisiopatologia da HDAV e HDANV, o sangramento habitualmente se manifesta de forma semelhante com exteriorização por hematêmese, enterorragia, melena ou vômitos borráceos. A anamnese e o exame físico são importantes para diferenciação da HDAV e HDANV., uma vez que os antecedentes médicos, fatores de risco e sinais e sintomas de cirrose podem auxiliar no diagnóstico.¹⁷ Além disso, presença de icterícia, encefalopatia hepática, abdômen globoso à custa de ascite e circulação colateral podem ser indicativos de cirrose, principal etiologia de HDAV. Uso de medicamentos como anti-inflamatórios não esteroides (AINES), anticoagulantes e antiagregantes, por outro lado, podem ser indicativos de quadro de HDANV.¹⁸

Na hematêmese, o sangue tem aspecto vermelho vivo e indica sangramento de grande volume capaz de distender o estômago e induzir vômito. Na melena, o sangue tem aspecto mais escuro, semelhante a borra de café digerida nas fezes.

Os vômitos borráceos também indicam um sangramento alto de menor quantidade.¹⁹

No exame físico, o paciente pode apresentar sinais de choque a depender da quantidade de sangue perdida. Hipotensão (PAS < 90mmHg, PAD < 60mmHg ou PAM < 65 mmHg), taquicardia (<100bpm), taquipneia, síncope e tempo de enchimento capilar diminuído indicam um quadro de instabilidade hemodinâmica associada á perda sanguínea.²⁰

Diagnóstico e tratamento da HDA

O paciente com HDA deve, prontamente, se dirigir a uma emergência, local onde receberá o suporte inicial ao quadro clínico. Na emergência, a monitorização dos sinais vitais, coleta da história e exame físico permitirá classificar o paciente em estável ou instável. Caso apresente instabilidade, a reposição volêmica ou uso de drogas vaso ativas são a conduta escolhida. Por outro lado, se for um paciente estável, pode-se prosseguir para investigação. Cabe ressaltar que, sendo um paciente estável ou instável, a contagem da hemoglobina < 7 indica necessidade de transfusão de hemácias. A quantidade de caixas dependerá do quadro do paciente, uma vez que se deve evitar transfusão excessiva em HDAV.⁶

O exame de escolha para diagnostico e/ou tratamento da HDA é a endoscopia digestiva alta (EDA) que deve ser realizada nas primeiras 12 horas na suspeita de HDAV ou em 24 horas na suspeita de HDANV. No exame, é possível visualizar o esôfago, estomago e duodeno visando a identificação das lesões hemorrágicas.⁷

Mesmo antes da EDA, na suspeita de HDANV deve-se iniciar uso de inibidores de bomba de prótons (IBP).⁶ Na HDAV, o tratamento farmacológico se apresenta de forma diferente, o paciente fazer uso de antibióticos e vasoconstrictores esplâncnicos.²¹

Naqueles pacientes com HDANV que apresentem a EDA com estigmas de hemorragia ativa ou recente, é indicado terapia endoscópica com cliques hemostáticos ou termo coagulação com plasma de argônio associado ou não a injeção de epinefrina. As úlceras com base limpa classificadas em Forrest IIc ou III não tem necessidade de tratamento endoscópico.²² Pacientes com HDAV são candidatos a tratamento endoscópico com ligadura elástica ou escleroterapia.²³

Fatores de risco associados a mortalidade

No HDANV, os principais fatores de risco associados a desfechos adversos são uso de AINES, antiagregantes e anticoagulantes, sangramento recorrente, hematêmese ou enterorragia, comorbidade, idade avançada e choque a admissão.³ Idade avançada de risco associados a maior mortalidade.^{24,25}

Cirrose avançada definida como *Child C* ou por MELD superior a 20 se associam a hipertensão portal refratária com alta frequência de mortalidade.⁷

Mortalidade

A mortalidade por HDA oscila entre 10-20%, de acordo com idade e comorbidades, particularmente na presença de cirrose, neoplasia disseminada, insuficiência renal, cardíaca ou hepática e doença respiratória crônica.²⁶ Em 2010, taxas menores de mortalidade entre 3,1% e 5,5% foram descritas na Grécia e no Canadá.²⁷

Escores prognósticos

Os escores de *Glasgow Blatchford* e *Rockall* são os mais utilizados para a estratificação de risco de mortalidade em pacientes com HDA. O *Rockall* pré e pós endoscópico é realizado quando for decidido realizar EDA, sendo utilizado apenas em casos de HDA, enquanto o escore de *Glasgow-Blatchford* pode ser

empregado também na HDB. Nenhum dos dois escores foi validado para uso em pacientes brasileiros com HDA.¹⁴

O escore de *Rockall* é a escala prognostica mais utilizada para predição de mortalidade em pacientes com hemorragia não varicosa, com o ponto de corte para distinção entre alto risco e baixo risco no valor de 4. A elaboração dessa escore foi realizada a partir de estudos multicêntricos, com mais de 4.000 pacientes, por *Rockall* (1998) buscando identificar uma estratificação de risco para aqueles com maior chance de mortalidade, os quais devem ser devidamente observados pelo hospital e pela equipe médica^{28,29}

A escala prognostica se divide em pré endoscópica, na qual existe a pontuação de acordo com os seguintes critérios: idade (0-2 pontos), choque (1-2 pontos) e comorbidade (2-3 pontos), sendo esses marcados com um asterisco na tabela. Além desses critérios, existe a pós endoscópica que é realizada após a endoscopia, complementando a anterior. São coletados os seguintes critérios: causa da hemorragia na EDA, ou seja, diagnostico (0-2 pontos) e estigma de sangramento (0-2 pontos)^{30,31}

Critério (na admissão)	Pontuação
Idade*	
Menor que 60 anos	0
60-79 anos	1
Maior ou igual a 80 anos	2
Choque*	
Pulso < 100/min e PAS > 100mmHg (sem choque)	0
Pulso > 100/min e PAS > 100mmHg	1
Pressão arterial sistólica < 100mmHg	2
Comorbidades*	
Sem comorbidades maiores	0
Presença de comorbidades maiores exceto DRC, insuficiência hepática, metástase	2
Doença renal crônica, insuficiência hepática e metástase	3
Diagnóstico na endoscopia digestiva alta	
Sem lesão identificada ou Mallory-Weiss	0
Todos os outros diagnósticos	1
Neoplasia do trato gastrointestinal alto	2
Estigmas de sangramento na endoscopia digestiva alta	
Úlcera de base limpa ou plana, mancha escura	0
Sangue visível, sangramento ativo, vaso visível ou extravazando, coágulo	2

Critérios do Escore *Rockall*. Disponível em: <https://gpraj.com/gastroenterology/2019/10/13/acute-upper-gastrointestinal-bleeding>. Acesso: 07/11/2023. Traduzido em: 14/11/2023

O escore de *Glasgow-Blatchford* é o mais conhecido e considerado, por alguns autores, o mais acurado. Originalmente criado em 1997, por meio de um estudo realizado na Escócia, sendo publicado 2 anos depois na revista *Lancet* devido a importância do trabalho. O objetivo desse escore é avaliar a necessidade de internação e tratamento para pacientes com hemorragia digestiva alta, sendo o valor igual ou menor a 1 apresentando baixo risco. É fundamental a aplicação desse escore para que não exista sobrecarga do serviço hospitalar, pois muitos pacientes apresentam baixo risco e podem ser tratados ambulatorialmente.³²

Os critérios utilizados para esse modelo multivariado necessitam de uma coleta de sangue, para buscar o valor da ureia e da hemoglobina. O escore varia entre 0-23 pontos, sendo que a cada ponto adicionado (variável) aumenta-se a necessidade de intervenção e o risco de mortalidade.³³.

Critérios do Escore *Glasgow-Blatchford*

Critério (admissão)		Pontuação
Hemoglobina - Masculino	Hemoglobina - Feminino	
120-130	100-120	1
100-120		3
<100	< 100	6
Ureia Nitrogenada (mmol/L)		
6.5-8.0		2
8.0-10.0		3
10.0-25.0		4
maior ou igual 25.0		6
Pressão arterial sistólica (mmHg)		
100-109		1
90-99		2
<90		3
Outros		
Pulso maior ou igual que 100		1
Melena		1
Síncope		2
Doença hepática		2
Insuficiência cardíaca		2

Disponível em: <https://gpraj.com/gastroenterology/2019/10/13/acute-upper-gastrointestinal-bleeding>. Acesso: 07/11/2023. Traduzido em: 14/11/2023

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo:

Estudo retrospectivo descritivo utilizando dados secundários.

4.2 Local e período do estudo

O local de estudo foi a UTI 3 do Hospital Filantrópico em Salvador, Bahia, hospital de referência no estado para o manejo de hemorragia digestiva. O hospital conta com 261 unidades de internação de alto padrão, sendo 21 leitos na UTI. Atende a clientela com saúde suplementar. O estudo foi realizado no período entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022.

4.3 População do estudo

Pacientes que foram admitidos na UTI, diagnosticados com quadro de HDA.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão:

Diagnóstico de HDA confirmado por EDA

Exclusão:

Pacientes com dados incompletos no prontuário que não permitissem cálculo dos escores RS e GBS

4.5 Amostra

Amostra de conveniência

4.6 Variáveis de Interesse:

Demográficas: Idade (cronológica) e Sexo (masculino e feminino)

Clínicas laboratoriais na admissão: Estabilidade hemodinâmica (definido pela presença de pelo menos um dos seguintes sintomas: síncope, taquicardia, hipotensão) (Sim e não), tipo de manifestação de sangramento na admissão (melena, hematêmese, vômitos borráceos, enterroragia), hemoglobina (mediana e IIQ), tempo de permanência na unidade de terapia gastro-hepática (dias)

Escores prognósticos: Escore de *Rockall* pré e pós-endoscopia e escore de *Glasgow-Blatchford* foram calculados de acordo com pontuação específica empregando as variáveis demográficas (sexo e idade), clínicas (pressão arterial sistêmica (PS e PD), frequência cardíaca (batimentos/min), causa hemorragia a EDA, estigmas de sangramento, presença de doença hepática ou cardíaca, exames laboratoriais (ureia nitrogenada, hemoglobina).^{8,13,26}

Critério de desfecho: (Vivo e óbito)

4.7 Operacionalização da pesquisa

A coleta de dados ocorre semanalmente no Hospital de referência por meio do sistema *Tasy* (prontuário eletrônico) e coletado no Excel apenas as variáveis de interesse. O material coletado eletrônico foi armazenado em banco de dados geral, salvo em HD Externo usado apenas para esse objetivo e ficará sob a responsabilidade exclusiva do pesquisador responsável. Cinco anos após o término da pesquisa, todos os dados serão excluídos e o dispositivo será formatado. Os dados obtidos neste estudo serão utilizados somente para as finalidades descritas neste projeto.

4.8 Análise estatística:

As variáveis categóricas foram descritas como valores absolutos e percentuais e as contínuas como mediana e intervalo interquartil de acordo com a normalidade da distribuição avaliada pelo teste de *Komogorov-Smirnov*. Para verificação de

diferenças estatisticamente significante entre as variáveis quantitativas foi utilizado o teste de *Mann Whitney* ou qui-quadrado. Avaliação da acurácia dos escores *Rockall* e *Glasgow-Blatchford* foi avaliada empregando-se análise da *Receiver operating curve* (ROC).^{1,2} Valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significante. Os dados foram analisados empregando o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 14.0 para a análise estatística.

4.9 Aspectos éticos:

De acordo com a Resolução 466/2012, toda pesquisa que envolve seres humanos precisa estar pautada nos princípios da bioética. Deste modo, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Português sob o CAAE 26123819.6.0000.5029 e número do parecer: 3.773.147

5 RESULTADOS

Neste estudo foram identificados 273 pacientes, sendo 169 (61,9%) do sexo masculino e 104 (38,1%) do feminino, diferença estatisticamente significante ($p = 0,000$). A mediana e intervalo interquartil para os sexos foi 71 IIQ (59-83) anos. Nos homens a idade variou de 15 a 98 com mediana de 67 IIQ (58-80) e nas mulheres 26 a 98 anos e mediana de 75 IIQ (65-85). Diferença estatisticamente significante ($p < 0,001$). A maior frequência de idade foi na faixa etária 70 a 79 anos, 62 (22,8%) seguido de 60-69 anos, 54 (19,7%). E a menor, nos menores de 18 anos com apenas um (0,4%) paciente (Tabela 1).

Tabela 1. Número e percentual de pacientes com hemorragia digestiva alta segundo sexo e faixa etária. Salvador-Bahia. 2018-2022.

Sexo/Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<18	1	100	-	-	1	0,4
20-29	3	50	3	50	6	2,2
30-39	1	25	3	75	4	1,5
40-49	10	71,4	4	28,6	14	5,2
50-59	38	77,6	11	22,4	49	17,9
60-69	41	76	13	24	54	19,7
70-79	31	50	31	50	62	22,8
80-89	29	58	21	42,0	50	18,3
>90	15	45	18	55,0	33	12,0
Total	169	61,9	104	38,1	273	100,0

Fonte:Prontuário eletrônico da UGH-Hospital Português.

No estudo, observa-se que o motivo principal de admissão no hospital foi melena 127 (46,5%), seguido da hematêmese 95 (34,8%), além dos vômitos borracheos 34 (12,5%) e enterorragia 17 (6,2%) pacientes. Destes pacientes, 204 (76,5%) se caracterizavam como HDAV. Na análise da hemoglobina na admissão, o valor da mediana foi 8,9 IIQ [7,3;10,9] e o tempo de permanência na UGH foi 3,7 IIQ [2,12;6,06] dias

Com instabilidade hemodinâmica foram identificados 110 (40,2%) casos. Mortalidade intra-hospitalar foi 17,5%, sendo 11,7% naqueles com HDANV e 5,8% nos pacientes com HDAV. A mortalidade também se mostrou significativamente maior naqueles indivíduos com instabilidade hemodinâmica, sendo demonstrado pelo teste de qui-quadrado. (32% vs. 8% dos indivíduos sem instabilidade hemodinâmica, $p < 0,001$).

Tabela 2. Dados clínicos e laboratoriais na admissão de pacientes com HDA. Salvador-Bahia. 2018-2022

Variáveis	n	%
Tipo de sangramento na admissão		
Melena	127	46,5
Hematêmese	95	34,8
Vômitos Borráceos	34	12,5
Enterroragia	17	6,2
Tipo de hemorragia digestiva alta		
Não varicosa	204	74,6
	69	25,4
Hemoglobina		
Mediana,IIQ	8,9 [7,3;10,9]	-
Tempo permanência Unidade Gastro Hepática		
Mediana,IIQ (dias)	3,7 [2,12;6,06]	
Estabilidade hemodinâmica		
Sim	163	59,7
Não	110	40,3
Evolução		
Vivos	225	82,4
Óbitos	48	17,56

Fonte: Prontuário eletrônico da UGH-Hospital Português.

Nas principais causas da HDA, dentre as etiologias varicosas, as varizes esofágicas, se posicionam com maior frequência, 52 (28,26%), seguida das varizes gástricas quatro (2,17%) dos casos. Nas etiologias não varicosas, observa-se a predominância das úlceras duodenais 39 (21,20%) e gástricas 28 (15,22%), respectivamente. Ainda nas etiologias não varicosas, a esofagite erosiva teve 30 (16,3%) casos.

A ectasia vascular antral (GAVE), mostrou-se com uma porcentagem mais discreta 10 (5,43%), seguida da Síndrome de *Mallory-Weiss* com 9 (4,89%) e as neoplasias do

TGI alto, quatro (2,00%) gástrica e três (1,63%) esofágica. As outras causas não descritas possuem uma prevalência muito baixa na população estudada (Gráfico 1).

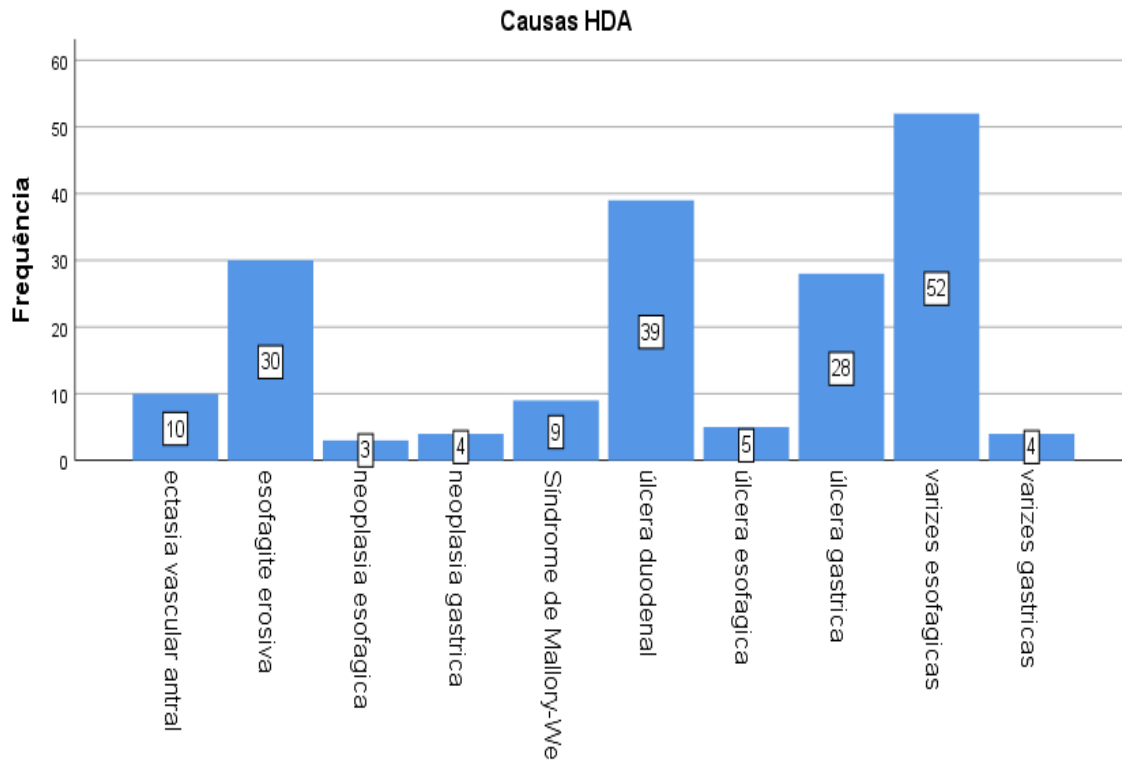
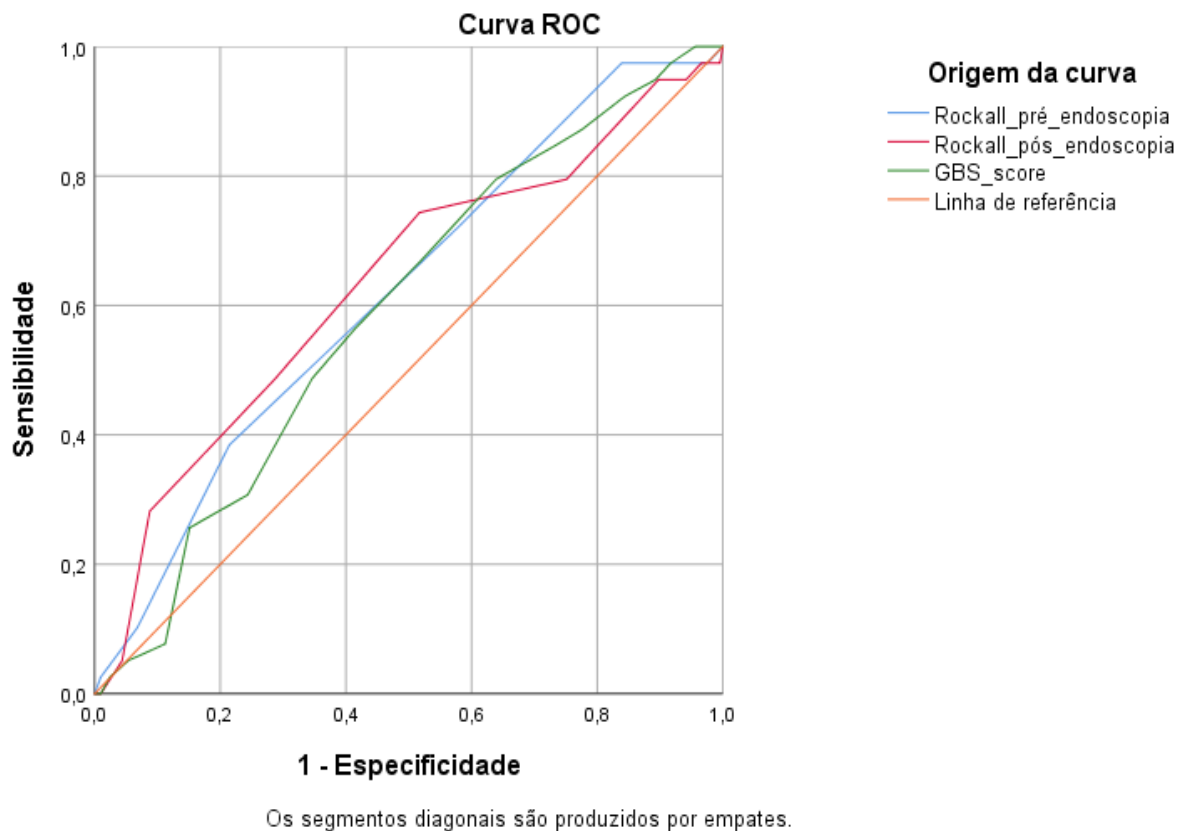


Gráfico 1. Principais causas de Hemorragia digestiva alta considerando HDAV e HDANV.Salvador-Bahia.2019-2022.

Fonte: Prontuário eletrônico do Hospital Português.

Figura 1. Curva AUROC dos escores *Rockall* e *Glasgow-Blatchford* na predição da mortalidade. Salvador-Bahia.2019-2022.



A acurácia do *Rockall* pré endoscopia demonstrou área abaixo da curva de 0,620 enquanto o valor do teste pós endoscopia foi 0,637. Enquanto no teste GBS score 0,593. Em determinado momento, existe equivalência entre o grupo de estado real positivo e o grupo de estado real negativo em todos os escores. Apesar desse equivalência, pode-se negar a hipótese nula, uma vez que esta é caracterizada quando área = 0,5. Valor de $p < 0,02$ na amostra.

6 DISCUSSÃO

Os escores GBS e *Rockall* apresentaram baixa acurácia para predizer mortalidade em pacientes com HDA, com AUC de 0,537 e 0,620, respectivamente. Estes resultados estão em consonância com os achados de Custovic et al³⁶. (2017) que também

identificaram maior poder preditivo em relação à mortalidade pelo escore *Rockall*³. A baixa acurácia observada pode ser atribuída ao reduzido número de pacientes na amostra, com 273 pacientes, o que pode limitar a detecção de pequenas diferenças na acurácia dos escores preditivos. O escore *Rockall* pós-endoscopia mostrou-se mais eficaz que o pré-endoscopia para prever mortalidade, conforme discutido por Frias-Ordonez, J et al.⁴ (2022) que descreve AUROC relacionando o *Rockall* e mortalidade com 0.787⁵

O *Glasgow-Blatchford Score* (GBS) foi desenvolvido e validado em 1997 para prever a necessidade de internação em pacientes com hemorragia digestiva. Uma série de critérios é analisada para determinar se o paciente apresenta gravidade, exigindo tratamento hospitalar, ou se pode ser tratado ambulatorialmente. No que diz respeito à predição da mortalidade, o GBS não demonstrou a acurácia necessária neste estudo, corroborando os achados de Rohat e Ak (2021), que relataram uma AUROC de 0,542 para o GBS em relação à mortalidade. Em contraste, o *Rockall Score* (RS) apresentou uma acurácia superior, com AUROC de 0,620 e 0,637 ($p < 0,02$).⁴⁴

A relação entre idade e HDA está associada ao estilo de vida, comorbidades, ao uso de medicamentos, como antiagregantes e anticoagulantes para prevenção secundária e primária de doenças cardiovasculares, que podem causar erosão da mucosa gástrica. Ray et al.⁶ (2018) analisou 1 643 000 casos de HDA, em diversos locais do mundo, e demonstrou a associação entre uso de anticoagulantes e HDANV. Reforçou uma comparação na prevalência entre pacientes que associaram bomba de inibidor de prótons ao tratamento com anticoagulantes, explicitando menor risco de desenvolver HDANV. Além disso, o uso indiscriminado de anti-inflamatórios para dores crônicas e doenças osteomusculares, muito comuns no envelhecimento, também enfraquece a mucosa gástrica, tornando-a mais suscetível a lesões.⁷

A instabilidade hemodinâmica foi definida como síncope, hipotensão ou taquicardia, sendo observada em 40% dos pacientes, dependendo de fatores como a apresentação clínica do sangramento, comorbidades associadas, idade e resposta

fisiológica à perda sanguínea. Esta variável apresentou significância estatística em relação à mortalidade. Em concordância com outros estudos, a instabilidade hemodinâmica é um fator de risco relevante para mortalidade e ressangramento dentro de 30 dias.⁸ Uma meta-análise conduzida por Garcia-Iglesias P et al.⁹ (2011) também demonstrou uma associação estatisticamente significativa entre instabilidade hemodinâmica e aumento do risco de mortalidade (OR 3.30), corroborando os achados deste estudo. Portanto, é crucial que pacientes hemodinamicamente instáveis recebam tratamento direcionado, com a realização de endoscopia dentro de 24 horas para tratar a causa do sangramento e mitigar possíveis focos hemorrágicos.

As causas de HDA permanecem constantes ao longo dos anos de pesquisa. A úlcera péptica, tanto duodenal quanto gástrica, continua sendo a principal causa de HDA. Entretanto, com os avanços no tratamento da *H.pylori*, não se pode atribuir a bactéria como causa principal. Além disso, a esofagite erosiva também é uma causa comum de HDA. Outras etiologias, como angiectasia vascular, síndrome de Mallory-Weiss e neoplasias do trato gastrointestinal, são menos comuns na amostra. Na HDAV, as varizes esofágicas são a principal etiologia, associada à fisiopatologia da hipertensão portal, que provoca turgescência das veias esofágicas, mais propensas a sangrar que as gástricas. As principais causas observadas nesse estudo são concordantes com a literatura científica, que expressa alta prevalência das úlceras e varizes esofágicas.^{3,7}

A mortalidade observada neste estudo foi de 17,5%, sendo 11,7% naqueles com HDANV e 5,8% nos pacientes com HDAV. convergindo com os dados globais que indicam uma taxa de aproximadamente entre 10-20%, conforme a literatura mundial.¹⁰ Em um estudo epidemiológico brasileiro feito no Paraná sobre HDAV, óbito foi descrito 28%.⁴⁵ No entanto, é crucial considerar a escassez de estudos científicos brasileiros que abordem de forma abrangente a epidemiologia e mortalidade associadas à hemorragia digestiva alta no país.

Entre as principais limitações deste estudo, destaca-se o pequeno número de pacientes na amostra, o que impacta o cálculo da acurácia dos escores preditivos. A

aplicação da ferramenta estatística AUROC exige um maior número de participantes para reduzir erros aleatórios. Além disso, o uso de dados secundários representa outra limitação, uma vez que o processo de coleta pode ser influenciado por fatores externos. No entanto, para mitigar essa limitação, os dados foram coletados semanalmente por apenas três pesquisadores, utilizando um banco de dados adequadamente estruturado.

Apesar dessas limitações, o estudo é de grande relevância para a comunidade médica e a sociedade, ao caracterizar e descrever dados sobre hemorragia digestiva alta, um tema pouco explorado e descrito na literatura brasileira.

7 CONCLUSÕES

Em resumo, a análise dos testes *Rockall*, tanto pré quanto pós-endoscopia, revelou uma acurácia moderada na previsão de mortalidade, enquanto o escore de *Glasgow-Blatchford* (GBS) apresentou uma acurácia baixa para a mesma previsão. O perfil demográfico dos pacientes com hemorragia digestiva alta (HDA) é predominante na faixa etária avançada (70-79 anos), com uma maior incidência no sexo masculino. Entre as variáveis clínicas avaliadas, a instabilidade hemodinâmica mostrou-se uma variável causal significativa para a mortalidade (<20%). Observou-se uma maior prevalência de hemorragia digestiva alta não varicosa (HDANV), sendo as úlceras duodenais a principal etiologia, enquanto as varizes esofágicas foram identificadas como a principal causa de hemorragia digestiva alta varicosa (HDAV).

REFERÊNCIAS

1. Fujita M, Manabe N, Murao T, Suehiro M, Tanikawa T, Nakamura J, et al. Differences in emergency endoscopy outcomes according to gastrointestinal bleeding location. *Scand J Gastroenterol*[Internet]. 2021. [Acesso: 3 nov 2023];56(1):86–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00365521.2020.1847316>
2. Saydam ŞS, Molnar M, Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. *World J Gastrointest Surg*[Internet]. 27 de abril de 2023. [Acesso: 3 nov 2023];15(4):723–39. Disponível em: <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i4.723>
3. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and Risk Factors for Upper Gastrointestinal Bleeding. Vol. 25, *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2015. [Acesso em: 3 nov 2023] p. 415–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.giec.2015.02.010>
4. Moledina SM, Komba E. Risk factors for mortality among patients admitted with upper gastrointestinal bleeding at a tertiary hospital: A prospective cohort study. *BMC Gastroenterol*. 20 de dezembro de 2017. [Acesso: 3 nov 2023];17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12876-017-0712-8>
5. Kim JJ, Sheibani S, Park S, Buxbaum J, Laine L. Causes of Bleeding and Outcomes in Patients Hospitalized With Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2013. [Acesso: 3 nov 2023]. Disponível em: www.jcge.com
6. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *American Journal of Gastroenterology*. 1º de maio de 2021. [Acesso: 3 nov 2023];116(5):899–917. Disponível em: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001245>
7. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Guideline recommendations from the international consensus group. *Ann Intern Med*. 3 de dezembro de 2019; [Acesso: 3 nov 2023];171(11):805–22. Disponível: <https://doi.org/10.7326/m19-1795>
8. Moledina SM, Komba E. Risk factors for mortality among patients admitted with upper gastrointestinal bleeding at a tertiary hospital: A prospective cohort study. *BMC Gastroenterol*. 20 de dezembro de 2017 [Acesso: 3 nov 2023];17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12876-019-1131-9>
9. Kurien M, Lobo AJ. Acute upper gastrointestinal bleeding. *Clinical Medicine*. 5 de outubro de 2015. [Acesso: 3 nov 2023];15(5):481–5. Disponível em: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-5-481>
10. Jakab SS, Garcia-Tsao G. Evaluation and Management of Esophageal and Gastric Varices in Patients with Cirrhosis. Vol. 24, *Clinics in Liver Disease*. W.B. Saunders; 2020. [Acesso: 3 nov 2023] p. 335–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cld.2020.04.011>

11. Karstensen JG, Ebigbo A, Bhat P, Dinis-Ribeiro M, Gralnek I, Guy C, et al. Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. *Endosc Int Open*. julho de 2020. [Acesso: 3 nov 2023] 08(07):E990–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/a-1187-1154>
12. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanás A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Vol. 47, *Endoscopy*. Georg Thieme Verlag; 2015. [Acesso: 3 nov 2023] p. a1–46. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1393172>
13. Rockall TA, Logan FA, Devlin B, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Vol. 38, *Gut*. 1996. [Acesso: 3 nov 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gut.38.3.316>
14. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, Ngu JH, Schultz M, Abazi R, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: International multicentre prospective study. *BMJ (Online)*. 2017. [Acesso: 3 nov 2023];356. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.i6432>
15. Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. Vol. 364, *BMJ (Online)*. BMJ Publishing Group; 2019. [Acesso 3 nov 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.i536>
16. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: Incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol*. abril de 2013. [Acesso 3 nov 2023];48(4):439–47. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/00365521.2012.763174>
17. Kupfer Y, Cappell MS, Tessler S. Acute gastrointestinal bleeding in the intensive care unit. The Intensivist's Perspective. *Gastroenterol Clin North Am*. 2000 Jun. [Acesso 3 nov 2023];29(2):275-307, v. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0889-8553\(05\)70117-5](https://doi.org/10.1016/s0889-8553(05)70117-5). PMID: 10836184.
18. Cremers Isabelle RSuzane. Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. . *Therapeutic Advances in Gastroenterol*. setembro de 2014. [Acesso: 3 nov 2023];7(5):206–16. Disponível em: DOI: 10.1177/ 1756283X14538688
19. McGuirk TD, Coyle WJ. Upper gastrointestinal tract bleeding. *Emergency Medicine Clinics of North America*. Vol. 14. 1996. [Acesso: 3 nov 2023]. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0733-8627\(05\)70265-0](https://doi.org/10.1016/s0733-8627(05)70265-0)
20. Laura Cotta Ornellas Halfeld, Juliano Machado de Oliveira e Adilton Toledo Ornellas. Capítulo 1. In: Dani R PMDCF. *Gastroenterologia Essencial*. 4ª edição. Brasil: Grupo GEN; 2011[Acesso 4 Nov 2023]. p. 3-15. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-277-1970-4/pageid/35>
21. Jasmohan S Bajaj AJS. Methods to achieve hemostasis in patients with acute variceal hemorrhage [Internet]. *UptoDate*. 2022. [Acesso: 4 Nov 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/methods-to-achieve-hemostasis-in-patients-with-acute-variceal-hemorrhage?source=bookmarks>

22. Han C, Ling X, Liu J, Lin R, Ding Z. Management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: role of endoscopic ultrasound-guided treatments. Vol. 15, Therapeutic Advances in Gastroenterology. SAGE Publications Ltd; 2022. [Acesso: 3 nov 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17562848211056148>
23. John R Saltzman. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults [Internet]. UpToDate. 2023 [Acesso: 1 out 2023]. Disponível em: Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults – UpToDate
24. Stolow E, Moreau C, Sayana H, Patel S. Management of Non-Variceal Upper GI Bleeding in the Geriatric Population: An Update. Curr Gastroenterol Rep. 2021 Mar 25.[Acesso: 3 nov 2023] ;23(4):5. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11894-021-00805-6>
25. Siebenhüner K, Blaser J, Nowak A, Cheetham M, Mueller BU, Battegay E, et al. Comorbidities Associated with Worse Outcomes Among Inpatients Admitted for Acute Gastrointestinal Bleeding. Dig Dis Sci. 1º de agosto de 2022.[Acesso: 5 nov 2023];67(8):3938–47. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10620-021-07197-7>
26. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. BMJ. 22 de julho de 1995. [Acesso: 3 nov 2023];311(6999):222–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6999.222>
27. Van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol. abril de 2008. [Acesso 3 nov 2023];22(2):209–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2007.10.011>
28. Vreeburg EM, Terwee CB, Snel P, Rauws EAJ, Bartelsman JFWM, Vd Meulen JHP, et al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Gut. 1999. [Acesso: 5 nov 2023];44(3):331–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gut.44.3.331>
29. Chen IC, Hung MS, Chiu TF, Chen JC, Hsiao CT. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. Am J Emerg Med. setembro de 2007.[Acesso: 5 nov 2023];25(7):774–9. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2006.12.024>
30. Frías-Ordoñez JS, Arjona-Granados DA, Urrego-Díaz JA, Briceño-Torres M, Martínez-Marín JD. Validation of the rockall score in upper gastrointestinal tract bleeding in a colombian tertiary hospital. Arq Gastroenterol. Março de 2022. [Acesso: 5 nov 2023];59(1):80–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0004-2803.202200001-15>
31. Rockall TA, Logan FA, Devlin B, Northfield TC. Variation in outcome after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Vol. 6, Am J Prev Med. 1990. [Acesso 5 nov 2023]. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(95\)92227-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(95)92227-x)
32. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. The Lancet. outubro de 2000. [Acesso: 5 nov 2023];356(9238):1318–21. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02816-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02816-6)

33. Kim BJ, Park MK, Kim SJ, Kim ER, Min BH, Son HJ, et al. Comparison of scoring systems for the prediction of outcomes in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: A prospective study. *Dig Dis Sci*. Nov de 2009. [Acesso: 5 nov 2023];54(11):2523–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10620-008-0654-7>
34. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (internet). [Acesso: 28 Out 2023] Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def.
35. Hanley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Diagnostic Radiology*. 1982 Apr [Acesso: 3 Jun 2024];143(1):29-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1148/radiology.143.1.7063747>
36. Custovic N, Husic-Selimovic A, Srsen N, Prohic D. Comparison of Glasgow-Blatchford Score and Rockall Score in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. *Med Arch*. 2020 Aug 1 [Acesso: 15 Jul 2024].;74(4):270–4. Disponível em: <https://doi.org/10.5455/medarh.2020.74.270-274>
37. Wang CY, Qin J, Wang J, Sun CY, Cao T, Zhu DD. Rockall score in predicting outcomes of elderly patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol*. 2013 [Acesso: 18 Jul 2024].;19(22):3466–72. Disponível em: <https://doi.org/0.3748/wjg.v19.i22.3466>
38. Yachimski PS, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in the elderly. Vol. 5, *Nature Clinical Practice Gastroenterology and Hepatology*. 2008. . [Acesso: 18 Jul 2024] p. 80–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ncpgasthep1034>
39. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Smalley WE, Daugherty JR, Dupont WD, et al. Association of Oral Anticoagulants and Proton Pump Inhibitor Cotherapy with Hospitalization for Upper Gastrointestinal Tract Bleeding. In: *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2018. [Acesso: 1 Ago 2024]. p. 2221–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21222>
40. Lee YJ, Kim ES, Hah YJ, Park KS, Cho KB, Jang BK, et al. Chronic kidney disease, hemodynamic instability, and endoscopic high-risk appearance are associated with 30-day rebleeding in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *J Korean Med Sci*. 2013 [Acesso: 1 Ago 2024].;28(10):1500–6. Disponível em: <https://doi.org/10.3346/jkms.2013.28.10.1500>
41. García-Iglesias P, Villoria A, Suarez D, Brullet E, Gallach M, Feu F, et al. Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011 Oct [Acesso em: 2 Set 2024].;34(8):888–900. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2011.04830.x>
42. Wilkins Thad M, Britany P. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2020 [Acesso em: 7 Set 2024].;5(101):294–300. Disponível em: PMID: 32109037
43. Sostres C, Lanas A. Epidemiology and Demographics of Upper Gastrointestinal Bleeding: Prevalence, Incidence, and Mortality. Vol. 21, *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*. 2011 [Acesso em: 7 Set 2024].p. 567–81. Disponível em: [Epidemiology and Demographics of Upper Gastrointestinal Bleeding: Prevalence, Incidence, and Mortality - Gastrointestinal Endoscopy Clinics \(theclinics.com\)](https://www.theclinics.com/abstract/Gastrointestinal-Endoscopy-Clinics-21-567-81)

44. Ak R, Hökenek NM. Comparison of AIMS65 and Glasgow Blatchford scores in predicting mortality in patients with upper gastrointestinal bleeding. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2021 Jun [Acesso 27 Set 2024];67(5):766-770. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210580>. PMID: 34550270.
45. Pereira, MG. Mortalidade e complicações em pacientes com hemorragia digestiva alta varicosa. *Revista Médica do Paraná* 2021; [Acesso em: 28 Set 2024]. 79(2): 65-68. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/361928860>

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE
SETEMBRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DA HEMORRAGIA VARICOSA NA VIDA REAL: RESULTADOS DE CENTRO DE REFERENCIA

Pesquisador: paulo lisboa bittencourt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82984917.2.0000.5029

Instituição Proponente: REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO

Patrocinador Principal: REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.554.840

Apresentação do Projeto:

Protocolo já apresentado e analisado pelo CEP e aprovado com pendências documentais. Não houve modificação do protocolo, exceto pela adição dos termos de apresentação obrigatória, atendendo a pendência.

O estudo se propõe a analisar, retrospectivamente, o impacto do protocolo utilizado na Unidade de Gastroenterologia e Hepatologia do Hospital Português da Bahia no tratamento do sangramento varicoso. Tem como racional avaliar a importância da adoção das medidas cientificamente fundamentadas no tratamento do sangramento digestivo alto.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Avaliar os resultados do tratamento da hemorragia digestiva alta varicosa na vida real de acordo com os desfechos: falência de tratamento em 5 dias e sobrevida em seis semanas em centro de referência.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- 1) Correlacionar adesão às recomendações internacionais para manejo da hemorragia varicosa com os desfechos: falência de tratamento em 5 dias e sobrevida em seis semanas.
- 2) Correlacionar a ocorrência e o tipo das infecções de acordo com o uso de profilaxia

Endereço: Avenida Princesa Isabel, 5º andar, nº 690, Barra Avenida
Bairro: Barra Avenida **CEP:** 40.144-900

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3203-5797 **Fax:** (71)3203-5797

E-mail: cep@hportugues.com.br

HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE
SETEMBRO



Continuação do Parecer: 5.554.840

antimicrobiana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como apresentado e analisado no protocolo original, em se tratando de um estudo retrospectivo no qual as variáveis a serem analisadas serão extraídas do prontuário eletrônico, já utilizadas na assistência a esses pacientes, como detalhadamente apresentadas no protocolo. Não há riscos diretos aos participantes do estudo. Porém, como em qualquer estudo clínico, há o risco da perda do sigilo das informações dos pacientes envolvidos, porém os dados serão da responsabilidade do autor.

Não haverá benefícios para os participantes desse estudo. Os resultados advindos, entretanto, contribuirão para a avaliação da eficácia do tratamento do sangramento digestivo alto por varizes gastroesofágicas que poderá resultar no desenvolvimento de outras medidas que visem diminuir a morbimortalidade associada a essa condição.

O binômio risco X benefício é, então, favorável ao desenvolvimento do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não houve modificação /alteração por projeto original. O protocolo já foi analisado e comentado por esse CEP e foram feitas extensas considerações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apensados ao protocolo atendendo, assim, a pendência. Por ser um estudo retrospectivo, o TCLE foi dispensado, como solicitado.

Recomendações:

Recomendamos a aprovação do protocolo do estudo, considerando que a pendência foi atendida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas (adição dos termos de apresentação obrigatória). Não há inadequações ou óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida Princesa Isabel, 5º andar, nº 690, Barra Avenida
Bairro: Barra Avenida CEP: 40.144-900
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3203-5797 Fax: (71)3203-5797 E-mail: cep@hportugues.com.br

**HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE
SETEMBRO**



Continuação do Parecer: 5.554.840

Considerando que os termos de apresentação obrigatória foram apensados e que não há inadequações ou óbices éticos, o colegiado do CEP acatou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1053708.pdf	13/06/2022 13:28:40		Aceito
Declaração de concordância	TCPPHDAV.pdf	13/06/2022 13:28:20	paulo lisboa bittencourt	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20220610163214716.pdf	13/06/2022 13:26:12	paulo lisboa bittencourt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	HDAVTCF.doc	13/06/2022 13:24:01	paulo lisboa bittencourt	Aceito
Cronograma	cronogramaHDAV.docx	13/06/2022 13:22:37	paulo lisboa bittencourt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto2017.doc	13/12/2017 21:33:28	paulo lisboa bittencourt	Aceito
Folha de Rosto	hdav.pdf	13/12/2017 21:32:56	paulo lisboa bittencourt	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 01 de Agosto de 2022

Assinado por:
Reinaldo Martinelli
(Coordenador(a))