

Profilaxia de Úlceras de Stress – Prática num Serviço de Medicina ao Longo de Dois Anos

Stress Ulcer Prophylaxis – Daily Practice in a Medical Ward for Two Years

Ângela Coelho, Lara de Andrade Maia, Marta Oliveira Ferreira, Liliana Oliveira, Jorge Salomão, Nuno Cardoso, Pedro Neves, Augusto Duarte

Resumo

Fundamento: A prevenção de úlceras de stress (US) está bem estabelecida em cuidados intensivos, no entanto, nos últimos anos, esta prática tem sido alargada a enfermarias médicas, apesar da pouca evidência que a suporta. A sua implementação baseia-se na associação de vários fatores de risco, contudo, estudos demonstram que 56 a 71% dos doentes de enfermarias médicas que fazem profilaxia de US não têm critérios para tal.

Objectivo: Com esta realidade em mente desenvolveu-se um trabalho que visava criar, aplicar e auditar a implementação de um protocolo de profilaxia de US num serviço de Medicina, ao longo de dois anos. Para tal, após revisão dos critérios para profilaxia de US em doentes médicos em 2011, efetuou-se uma auditoria sem aviso prévio seguida de formação do corpo clínico. Em 2012 e 2013 efetuaram-se novas auditorias.

Resultados: De 2011 para 2012 verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa na orientação dos doentes (57,8% para 70%), no entanto, verificou-se um retrocesso estatisticamente significativo de 2012 para 2013 (52,5%). Para a melhoria verificada da primeira para a segunda auditoria terá contribuído a elaboração do protocolo de profilaxia e a formação dos profissionais. No entanto, esta melhoria dissipou-se na terceira auditoria, o que pode ser explicado pela controvérsia que envolve este tópico e pela ausência de novas ações formativas.

Conclusões: com este trabalho pretende-se relembrar que nem todos os doentes internados têm critérios para profilaxia de US e que é importante definir protocolos de orientação clínica adaptados à realidade de cada instituição com formação contínua dos profissionais.

Palavras-chave: Úlcera de Stress, Profilaxia, Doentes Médicos, Auditoria, Formação dos Profissionais

Introdução

As úlceras de stress (US) são gastrites hemorrágicas que se desenvolvem durante e após eventos de grande stress (cirurgia, trauma, patologia aguda). Os fatores que contribuem para o seu desenvolvimento são variados, entre os quais perfusão sanguínea inadequada, aumento da permeabilidade da mucosa gástrica, oxigenação celular imprópria e diminuição do pH gástrico.¹⁻³

Abstract

Introduction: The prevention of stress ulcers (SU) is well established in intensive care units, however, recently, this practice has been extended to medical wards, despite little evidence to support it. Its implementation is based on the association of various risk factors, however, studies show that 56 to 71% of patients under SU prophylaxis in medical wards have no such criteria.

Objective: With this reality in mind, a trial was developed with the intent to create, apply and audit the implementation of a SU prophylaxis protocol in an Internal Medicine ward, over two years.

Material and Methods: To this end, after reviewing the criteria for SU prophylaxis in medical patients in 2011, an audit was performed without previous notice followed by training of the clinical staff. In 2012 and 2013 new audits were carried out.

Results: From 2011 to 2012, a statistically significant improvement in the guidance of patients was identified (57.8% to 70%), however, there was a statistically significant setback from 2012 to 2013 (52.5%).

Discussion: The contributing factors for the improvement seen from the first to the second audit may have been the elaboration of the SU prophylaxis protocol along with staff training. Such improvement was dissipated in the third audit, probably because of the controversy that surrounds this subject and the absence of new training activities.

Conclusion: This trial intends to remind that not all hospitalized patients have criteria for SU prophylaxis and that is important to define protocols adapted to the reality of each institution as well as maintaining permanent staff training.

Keywords: Peptic Ulcer/prevention and control; Physician's Practice Patterns; Stress, Physiological

Estudos efetuados em doentes críticos demonstraram que nas primeiras 24 horas após admissão em unidades de cuidados intensivos (UCI) 75 a 100% dos doentes desenvolvem lesões na mucosa gástrica que normalmente regridem com a melhoria do estado clínico. Nestes doentes o risco de mortalidade por hemorragia relacionada com US pode chegar aos 50%.⁴

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma diminuição do risco de hemorragia por US (20-30% nos anos 70 para 1,7-14% nos anos

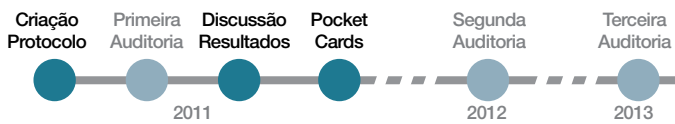


Figura 1: Esquema ilustrativo da evolução temporal do trabalho desenvolvido.

90) devido ao tratamento mais eficaz das condições médicas subjacentes e a uma maior utilização da profilaxia farmacológica.⁵ Vários estudos desenvolvidos desde os anos 80 tiveram como objetivo identificar frequência e fatores de risco para o desenvolvimento de US e hemorragia gastrointestinal (GI), de forma a definir estratégias de profilaxia adequadas.¹⁻⁶

As únicas guidelines publicadas no âmbito da profilaxia de US remontam a 1998-1999 e são da autoria da American Society of Health-Systems Pharmacists, definindo critérios específicos para a instituição de profilaxia de US em doentes em UCI, não advogando a sua implementação em doentes médicos fora das UCI.¹ No entanto, nos últimos anos, tem-se assistido a uma extrapolação desta prática a doentes em enfermarias médicas, apesar da pouca ou mesmo nenhuma evidência que a suporte.^{7,8}

Estudos mais recentes que visaram avaliar a implementação da profilaxia de US em doentes em enfermarias médicas, verificaram que 56 a 71% dos doentes que faziam a referida profilaxia não tinham critérios para tal.^{7,8} As razões apontadas para esta utilização disseminada, e por vezes indiscriminada, da profilaxia de US são:

- Pouco conhecimento das *guidelines* por parte dos profissionais de saúde^{8,9}
- Subvalorização dos potenciais efeitos laterais e interações medicamentosas dos antiácidos, inibidores de bomba de prótons (IBP) e antagonistas H₂, geralmente vistos como seguros, mas com um potencial iatrogénico que não pode ser ignorado, principalmente em doentes idosos, com patologias graves e polimedicados⁷⁻⁹
- Sobrestimação do risco de hemorragia GI por US,^{9,10} apesar de estudos que apontam para uma baixa incidência de hemorragia GI por US em doentes admitidos em enfermarias médicas, sem benefício comprovado da profilaxia com IBP nestes doentes¹⁰

Ao mesmo tempo que se identificaram os fatores que contribuem para a incorreta implementação da profilaxia de US, definiram-se intervenções com o objetivo de minimizar esta realidade, passando pela adaptação de guidelines internacionais a cada instituição e formação do pessoal médico.^{8,9}

Material e métodos

Com estas premissas em mente desenvolveu-se um trabalho no Serviço de Medicina I do Centro Hospitalar do Médio Ave – Unidade de Famalicão (CHMA-UF), ao longo de dois anos, com o objetivo de implementar um protocolo de profilaxia de US e auditar a sua aplicação (Fig. 1).

O trabalho foi iniciado em Agosto de 2011, com revisão dos critérios para profilaxia de US em doentes médicos, em UCI^{1-5,9} e em enfermarias médicas,⁶⁻⁸ e elaboração de um Protocolo de Orientação Clínica para profilaxia de US em enfermarias médicas (Fig.

2). Definiram-se fatores de risco agudos e potenciais a justificar a introdução de profilaxia e o tipo de terapêutica a instituir (Fig. 2), ressaltando a importância de reavaliar e suspender a profilaxia se resolução dos fatores de risco e via oral totalmente restabelecida. A profilaxia de US devia ser instituída na presença de pelo menos um fator de risco agudo.

Posteriormente realizou-se no serviço, uma auditoria sem aviso prévio, com revisão de todos os doentes internados num determinado dia, excluindo aqueles que faziam IBP terapêutico (hemorragia digestiva ativa, úlcera péptica).

Para cada doente registaram-se, a partir do processo clínico, dados demográficos, critérios de inclusão e exclusão, motivo de internamento, fatores de risco para US e tipo de profilaxia instituída. Todos os dados recolhidos foram analisados com recurso ao Excel 2007® e o teste estatístico aplicado foi o Qui quadrado (estatisticamente significativo se $\chi < 0.01$).

De seguida efetuou-se, no serviço, uma ação formativa do corpo clínico com apresentação da revisão bibliográfica, dos resultados da auditoria e do Protocolo de Orientação Clínica para Profilaxia de US a ser aplicado, distribuído na forma de *pocket cards* (Fig. 2).

Em Fevereiro de 2012 e Julho de 2013 procedeu-se à reavaliação com novas auditorias, sem realização de eventos formativos.

Resultados e Discussão

Na **primeira auditoria**, em 2011, estavam internados 47 doentes, 49% homens e 51% mulheres, com idades entre os 24 e 94 anos (média de idade 75 anos); destes, 2 foram excluídos por se encontrarem a fazer IBP terapêutico.

Dos 45 doentes incluídos no estudo 26 apresentavam critérios para profilaxia (57,8% da totalidade), sendo que destes, 23 doentes (88,5%) faziam protetor gástrico profilaticamente, e somente 3 (11,5%) não o faziam.

Dos 19 doentes sem critérios para profilaxia de US (42,2%), apenas 3 (15,8%) não se encontravam a fazer protetor gástrico, isto é, 16 doentes (84,2%) faziam protetor gástrico profilático incorretamente.

Concluindo 57,8% da totalidade de doentes estavam corretamente orientados.

Na **segunda auditoria**, 5 meses após a primeira auditoria e ação formativa, foram incluídos 47 doentes (2 excluídos por IBP terapêutico), sendo que 53% eram do sexo masculino e 47% do sexo feminino, com média de idade de 75 anos (entre 29 e 90 anos).

Dos 47 doentes avaliados, 30 apresentavam critérios para profilaxia (63,8% da totalidade), e destes, 26 faziam protetor gástrico profilaticamente (86,7%), e apenas 4 não o faziam (13,3%).

Dos 17 doentes que não apresentavam critérios para profilaxia de US (36,2%), 7 não faziam protetor gástrico profilaticamente (41,2%), enquanto 10 faziam (58,8%).

Podemos então concluir que cerca de 70% dos doentes estavam orientados corretamente.

Ou seja, da primeira para a segunda auditoria, detetamos uma melhoria estatisticamente significativa na orientação dos doentes ($\chi < 0.01$), passando de 57,8% para 70% de doentes orientados corretamente (Fig. 3). Pensamos que para esta melhoria tenham contribuído a elaboração do Protocolo de Orientação Clínica, baseado na informação científica existente à data, e a formação dos clínicos.

Profilaxia Úlcera de Stress

*Adaptado de "STRESS ULCER PROPHYLAXIS: Surgical Critical Care and Medical Critical Care Services at Orlando Regional Medical Center 2004-2005"

INDICADA PROFILAXIA se Fatores de Risco Agudos

Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica $\geq 24 - 48$ horas

Coagulopatia: aPTT $> 2 \times$ Normal, INR > 1.5 , PLQ $< 50.000\text{mm}^3$

Insuficiência renal: CICr $< 40\text{mL}/\text{min}$, oligúria $< 500\text{mL}/24\text{h}$, Cr $> 2.8\text{mg}/\text{dL}$

Hipoperfusão: sépsis, choque e disfunção orgânica
Altas doses de CCT: $\geq 250\text{mg}/\text{dia}$ de hidrocortisona ou equivalente

Lesão cerebral/medular

Queimaduras significativas: $> 35\%$ da SCT

PONDERAR PROFILAXIA se Fatores de Risco Potenciais

Uso concomitante de AINEs

Uso concomitante ou recente de CCT: $< 250\text{mg}/\text{dia}$ de hidrocortisona ou equivalente

História de hemorragia GI, úlcera péptica ou gastrite há ≤ 1 ano

INTOLERÂNCIA para alimentação entérica

Ranitidina 50 mg EV (8-8h)

TOLERÂNCIA para alimentação entérica

Ranitidina 150 mg PO (19h)

Sucralfato 1g PO (8-8h)
(se \emptyset interações medicamentosas)

SE CI OU INTOLERÂNCIA ao Antagonistas H2/Sucralfato ou SE TERAPÊUTICA HABITUAL COM IBP

Esomeprazol 40 mg EV (7h)

Esomeprazol 40 mg PO (9h)

IMPORTANTE REAVALIAR E SUSPENDER PROFILAXIA SE

Fatores de Risco resolvidos
+
Via oral totalmente restabelecida

Figura 2: Protocolo de Orientação Clínica para Profilaxia de US aprovado e atualmente implementado no Serviço de Medicina I do CHMA-UF. Legenda: aPTT – tempo tromboplastina parcial ativada; INR – índice internacional normalizado; PLQ – plaquetas; CICr – clearance creatinina; Cr – creatinina; CCT – corticoide; SCT – superfície corporal total; AINE – anti-inflamatório não esteroide; EV – endovenoso; PO – oral; IBP – inibidor da bomba de prótons; \emptyset – ausência; CI – contraindicação.

Na **terceira** e última **auditoria**, realizada cerca de 2 anos após o início do trabalho, foram incluídos 40 doentes. A distribuição por gênero foi equilibrada (50% homens, 50% mulheres) e a média de idade foi de 79 anos (entre os 54 e 103 anos).

Dos 40 doentes, 23 apresentavam critérios para profilaxia de US (57,5%), sendo que mais de 73% estavam corretamente medicados (17 doentes) e apenas uma minoria não estava (6 doentes – 26,1%).

Dos 17 doentes sem critérios para profilaxia de US (42,5%), apenas 23,5% não estavam medicados (4 doentes), isto é, a maioria dos doentes sem critérios faziam protetor gástrico (13 doentes – 76,5%).

Conclui-se que apenas 52,5% da totalidade dos doentes estavam orientados corretamente. Comparando estes resultados com os da primeira auditoria não se encontram diferenças estatisticamente significativas, no entanto, o mesmo não acontece comparativamente à segunda auditoria, detetando-se uma diminuição estatisticamente significativa da percentagem de doentes orientados corretamente (Fig. 3).

Analisando retrospectivamente os resultados das três auditorias (Tabela 1 e Fig. 3) verifica-se uma melhoria estatisticamente sig-

nificativa da primeira para a segunda auditoria, no entanto, esta melhoria esbateu-se na terceira auditoria, o que pode ser explicado por dois fatores:

- Primeiro, a ausência de *guidelines* aprovadas internacionalmente para profilaxia de US em doentes médicos, o que pode contribuir para a menor adesão dos médicos a protocolos de orientação clínica nesta área.
- Segundo, mas não menos importante, a ausência de novas ações formativas, o que vem reafirmar a importância da formação contínua dos profissionais.

No que diz respeito ao tipo de profilaxia instituída, o protetor gástrico mais utilizado na primeira auditoria, em 94,6% dos doentes tratados, foi o antagonista H2 (ranitidina), tendo o IBP (esomeprazol) sido utilizado nos restantes, nos quais já era terapêutica habitual. Na segunda auditoria, todos os doentes estavam medicados com antagonista H2 e, na terceira, 7% dos doentes estava sob IBP, casos em que também já era terapêutica do domicílio. No que diz respeito à escolha do protetor gástrico, a primeira opção continua a ser o antagonista H2,^{1,4,11} no entanto, alguns autores advogam que nos doentes que já fazem IBP em ambulatório é lícito mantê-lo como profilaxia de US, desde que o doente tenha

Tabela 1: Resultado das 3 auditorias, com divisão dos doentes de acordo com a presença ou não de critérios para profilaxia de US e a instituição ou não de terapêutica.

	1.ª Auditoria	2.ª Auditoria	3.ª Auditoria
	n	n	N
Número total de doentes incluídos	45	47	40
Com critérios para profilaxia US (CC)	26	30	23
Com terapêutica (CT)	23	26	17
Sem terapêutica (ST)	3	4	6
Sem critérios para profilaxia US (SC)	19	17	17
Com terapêutica (CT)	16	10	13
Sem terapêutica (ST)	3	7	4

indicação.¹¹

Conclusão

Neste trabalho, e de acordo com os critérios para profilaxia de US definidos no nosso Protocolo de Orientação Clínica, verificou-se que a percentagem de doentes orientados corretamente foi de 57,8% na primeira auditoria, tendo aumentado para 70% na segunda auditoria (melhoria estatisticamente significativa), mas diminuído para 52,5% na terceira auditoria (diminuição estatisticamente significativa).

Se, à semelhança de trabalhos internacionais,^{7,8} olharmos para a totalidade de doentes a fazerem profilaxia de US e nos centramos naqueles que não apresentam critérios para tal, verifica-se que existe um padrão semelhante ao da orientação geral dada aos doentes. Isto é, na primeira auditoria 39 doentes faziam profilaxia, mas destes 16 não possuíam critérios (41% dos doentes), na segunda auditoria 36 doentes estavam medicados, mas 10 não tinham indicação para tal (27,8% dos doentes), enquanto na terceira auditoria, dos 30 doentes medicados, 13 não tinham critérios (43,3% dos doentes). Estas percentagens, apesar de ligeiramente inferiores às descritas na literatura, mantêm o padrão de melhoria após a apresentação do protocolo de orientação clínica e formação do pessoal e agravamento após 2 anos sem novos eventos formativos.

O nosso estudo vem também corroborar trabalhos realizados em Portugal, nomeadamente Fonseca et al.,¹² que identificaram uma

elevada taxa de prescrição inadequada de terapêutica de supressão ácida em serviços de Medicina, no entanto, no nosso estudo esta percentagem foi menor (28 a 43% vs 76%), provavelmente resultado da utilização de diferentes critérios.

Outro aspeto importante a ser analisado é a percentagem de doentes com critérios para profilaxia de US nos quais esta não estava prescrita, que aumentou gradualmente ao longo das auditorias efetuadas, 7%, 9% e 15% respetivamente, o que acreditamos resulte da ausência de novas ações formativas, corroborando a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde.

Em conclusão, os aspetos fulcrais que se pretendem difundir com este trabalho são:

- Apesar de não existirem *guidelines* estabelecidas nesta área sabe-se que nem todos os doentes internados têm critérios para efetuar profilaxia de US, o que deve ser lembrado a todos os profissionais de saúde, pois a sua instituição não é isenta de riscos para o doente (iatrogenia medicamentosa) e acarreta gastos supérfluos para o Serviço Nacional de Saúde, devendo a sua prescrição ser cuidadosamente ponderada.
- Necessidade imperiosa de formação contínua dos profissionais, reafirmando que ações isoladas trazem benefícios, mas geralmente autolimitados, pelo que se deve apostar na formação assídua.

No entanto, não nos devemos esquecer das limitações deste estudo, entre as quais, o fato do Protocolo de Orientação Clínica elaborado e aplicado não incluir todos os fatores de risco descritos na literatura para o desenvolvimento de US, apenas aqueles com *odds ratio* maior.

Nesta fase, tendo em conta os resultados não só do nosso estudo, mas também de estudos internacionais, torna-se imperioso avaliar o verdadeiro risco de hemorragia GI por US nos doentes médicos e definir os fatores de risco para desenvolvimento de US que possam justificar a instituição de profilaxia nestes doentes.

Com este trabalho os autores esperam alertar para a necessidade de critério na prescrição profilática de protetores gástricos, e demonstrar os efeitos benéficos da definição de protocolos internos de atuação, assim como da formação contínua do pessoal médico. ■

Conflitos de Interesse: O autor declara a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho

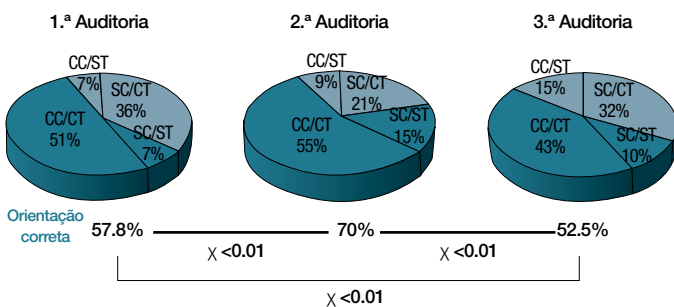


Figura 3: Gráficos representativos da orientação dada aos doentes nas 3 auditorias, com ênfase na percentagem (%) de doentes orientados corretamente. X resultante da aplicação do Teste Chi quadrado.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo

Correspondência: angela.daniela.coelho@gmail.com

Recebido: 26/10/2014

Aceite: 21/05/2015

Bibliografia

1. ASHP commission on therapeutics. ASHP Therapeutic Guidelines on Stress Ulcer Prophylaxis. *Am J Health Syst Pharm.* 1999;56:347-79.
2. Stollman N, Metz DC. Pathophysiology and prophylaxis of stress ulcer in intensive care unit patients. *Journal of Critical Care.* 2005;20:35-45.
3. Duerksen DR. Stress-related mucosal disease in critically ill patients. *J Crit Care.*
4. Sesler JM. Stress-related mucosal disease in the Intensive Care Unit. *AACN Adv Crit Care.* 2007;18:119-26.
5. Navab F, Steingrub J. Stress ulcer: is routine prophylaxis necessary? *Am J Gastroenterol.* 1995;90:708-12.
6. Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, Marshall JC, Leasa D, Hall R, Winton TL, Rutledge F, Todd TJ, Roy P, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med.* 1994;330:377-81.
7. Arthur Grube RR, Byron May D. Stress ulcer prophylaxis in hospitalized patients not in intensive care units. *Am J Health Syst Pharm.* 2007;64:1396-400.
8. Heidelbaugh JJ, Inadomi JM. Magnitude and economic impact of inappropriate use of stress ulcer prophylaxis in non-ICU hospitalized patients. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:2200-6.
9. Hussain S, Stefan M, Visintainer P, Rothberg M. Why do physicians prescribe stress ulcer prophylaxis to general medicine patients? *South Med J.* 2010;103:1103-10.
10. Amaral MC, Favas C, Alves JD, Riso N, Riscado, MV. Stress-related mucosal disease: Incidence of bleeding and the role of omeprazole in its prophylaxis. 2010; 21: 386-388.
11. Stress Ulcer Prophylaxis: Surgical Critical Care and Medical Critical Care Services at Orlando Regional Medical Center. Orlando: ORMC; 2005.
12. Fonseca T, Lopes D, Barreto P, Costa L, Dias VP. Inibição da secreção ácida num Serviço de Medicina Interna. *Med Interna.* 2013; 20: 61-7.