



### 1. DEFINIÇÃO E FISIOPATOLOGIA

Úlceras por estresse (UE) são lesões ulceradas da mucosa gástrica associadas a estresse fisiológico extremo (1). O típico estado de hipersecreção ácida (fator comum na formação das úlceras duodenais) não representa o seu principal mecanismo patogênico (1).

São causadas por série de fatores envolvidos na redução da capacidade protetora da mucosa gástrica, como a menor produção de bicarbonato, menor motilidade gástrica e redução do fluxo sanguíneo em mucosa gástrica (1).

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Sangramento digestivo clinicamente importante em UTI tem incidência de 1,5 a 5%, destes, aproximadamente 40% são realmente devido a úlcera por estresse.

Nestes casos, ocorre aumento do tempo de internação em 8 dias, com mortalidade atribuída de 50%. (2)

Pacientes em ECMO elevam a incidência para 13.6% (2).

Entretanto, pacientes internados fora da UTI apresentam incidência muito baixa, entre 0,05 e 0,23% (2).

### 3. O PROBLEMA

O conceito de “Fast Hug” com visitas multidisciplinares diárias contemplando a necessidade de uso de profilaxia de úlcera de estresse foi amplamente difundido nas UTIs, acarretando em uso indiscriminado de medicações com ação no PH gástrico (3).

Estudos demonstram que cerca de 45% do uso da profilaxia de úlcera por estresse não tem indicação precisa e mais de 80% dos pacientes permanecem com estas medicações mesmo após a alta da UTI (4).

Os últimos guidelines específicos sobre este tema foram publicados em 1999, porém novos estudos demonstram que a profilaxia deve ser racional (5).

### 4. HÁ RISCOS DE EFEITOS ADVERSOS COM ESTAS MEDICAÇÕES?

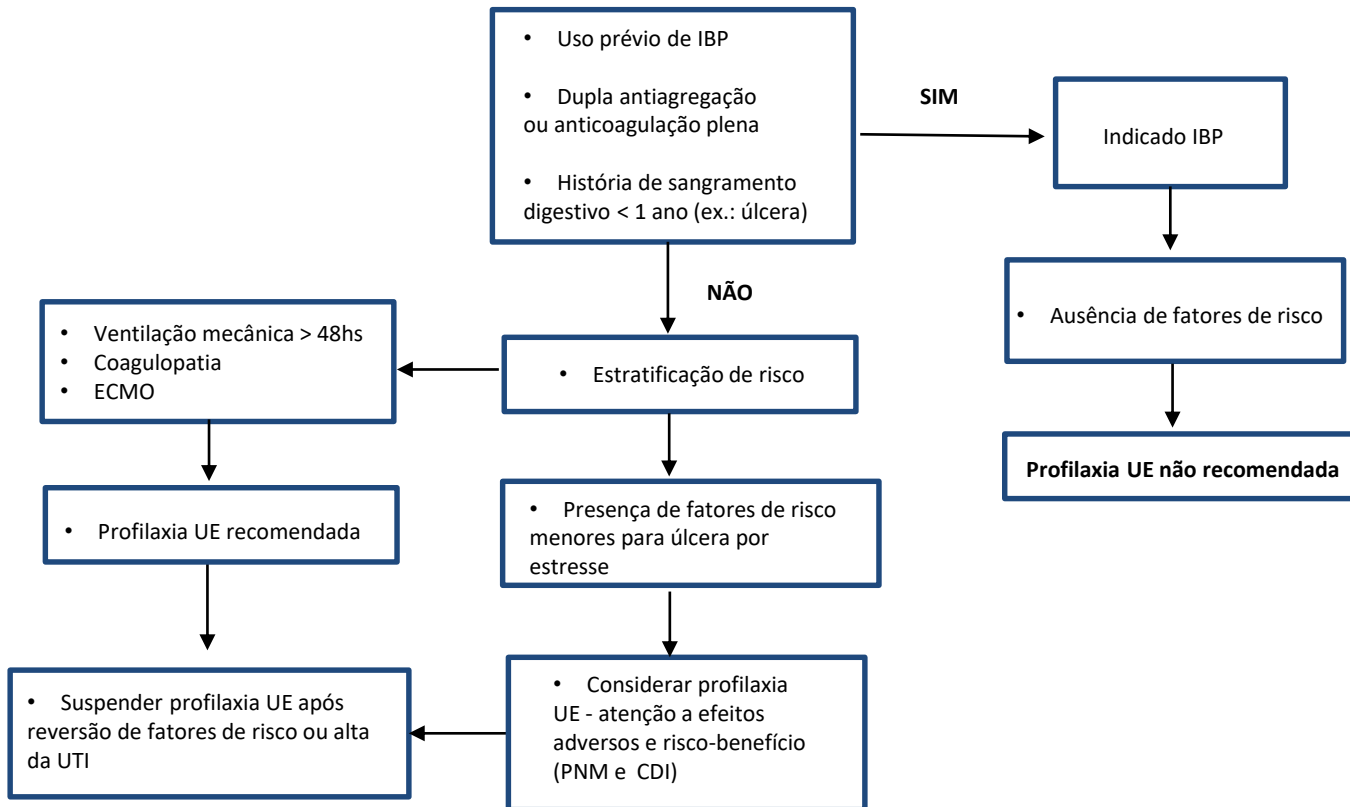
Além dos custos associados, grandes estudos observacionais e meta-análises evidenciam o risco aumentado de pneumonia associada a ventilação mecânica e de infecção por Clostridium Difficile na unidade de terapia intensiva em pacientes que utilizam medicações para profilaxia de úlcera por stress (6).

### 5. QUAL MEDICAÇÃO TEM MELHOR EFICÁCIA?

Os inibidores de bomba de prótons (IBP) apresentam maior eficácia no aumento de PH gástrico, exibindo maior eficácia quando comparados ao antagonistas de H2 em relação a incidência de úlcera por estresse (7).

Importante ressaltar que a incidência de hemorragia digestiva ocorre principalmente nos primeiros 5 dias de UTI e o uso destas medicações não deve se manter por tempo prolongado (8).

## ALGORITMO DE PROFILAXIA DE ÚLCERA POR ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI



### FATORES DE RISCO ATUALIZADOS

#### Maiores:

- ✓ Insuficiência respiratória (ventilação mecânica > 48 horas)
- ✓ Coagulopatia (INR > 1.5, Plaquetas < 50.000 e TTPA > 2.0)
- ✓ ECMO

#### Menores:

- ✓ Insuficiência hepática aguda ou crônica
- ✓ Insuficiência renal aguda ou crônica (terapia de substituição renal aumenta o risco)
- ✓ Disfunção de múltiplos órgãos (SOFA)
- ✓ Coma / Traumatismo crânio-encefálico grave (ECG < 9)
- ✓ Politrauma grave (ISS > 16) ou TRM
- ✓ Grandes queimados (SCQ > 20%)
- ✓ Altas doses de corticóides (> 250mg/dia de hidrocortisona ou equivalente)
- ✓ Uso de medicações anticoagulantes, anti-plaquetários ou anti-inflamatórios não esteróides (9)

## 6- PONTOS FUNDAMENTAIS

- Otimizar terapias para prevenção de lesão de mucosa, principalmente normalização de variáveis hemodinâmicas e início de dieta enteral precoce.
- Profilaxia medicamentosa somente em pacientes com fatores de risco para úlcera por estresse.
- Medicções inibidoras do bomba de prótons são mais eficazes, porém maior risco de pneumonia hospitalar e infecção por Clostridium difficile em relação anti-H2.
- Profilaxia deve ser por curto período, com reavaliações periódicas (diárias) sobre sua necessidade e sempre discutir suspensão após reversão dos fatores de risco e antes da alta da UTI.

## 7- INDICADORES

- **Meta:** Racionalização do uso, com suspensão de administração de medicamentos para profilaxia de úlcera por estresse sem indicação com base na literatura atual.
- **Indicador de Resultado:** 1) N° de doses / pacientes – dia de medicamentos relacionados a úlcera de estresse.
- **Indicador de Processo:** 2) Percentual de pacientes que recebem profilaxia indevida de úlcera de estresse; 3) Número de intervenções / mudanças na prescrição geradas pela equipe de farmacêuticos durante discussão em visita multiprofissional; 4) Percentual de pacientes que recebem profilaxia corretamente.
- **Indicador de Equilíbrio:** 5) Taxas de sangramento / HDA ; 6) Taxa de úlcera por estresse diagnosticada em exames (EDA).

## Referências

- [1] Machado AS, Teixeira C. Profilaxia para úlcera de estresse nas unidades de terapia intensiva: estudo observacional multicêntrico [Stress ulcer prophylaxis in intensive care units: an observational multicenter study]. Rev Bras Ter Intensiva. 2006 Sep;18(3):229-33. Portuguese.
- (2) Mazzeffi M, Kiefer J, Greenwood J, Tanaka K, Menaker J, Kon Z, Sanchez P, Pham S, Herr D. Epidemiology of gastrointestinal bleeding in adult patients on extracorporeal life support. Intensive Care Med. 2015 Nov;41(11):2015.
- (3) Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. Crit Care Med. 2005 Jun;33(6):1225-9.
- (4) Rafinazari N, Abbasi S, Farsaei S, Mansourian M, Adibi P. Adherence to stress-related mucosal damage prophylaxis guideline in patients admitted to the Intensive Care Unit. J Res Pharm Pract. 2016 Jul-Sep;5(3):186-92.
- (5) ASHP Therapeutic Guidelines on Stress Ulcer Prophylaxis. ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directors on November 14, 1998. Am J Health Syst Pharm. 1999 Feb 15;56(4):347-79.
- (6) Barbateskovic M, Marker S, Granholm A, Anthon CT, Krag M, Jakobsen JC, Perner A, Wetterslev J, Møller MH. Stress ulcer prophylaxis with proton pump inhibitors or histamin-2 receptor antagonists in adult intensive care patients: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Intensive Care Med. 2019 Feb;45(2):143-158.
- (7) Alshamsi F, Belley-Cote E, Cook D, Almenawer SA, Alqahtani Z, Perri D, Thabane L, Al-Omari A, Lewis K, Guyatt G, Alhazzani W. Efficacy and safety of proton pump inhibitors for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Crit Care. 2016 May 4;20(1):120.
- (8) Krag M, Perner A, Wetterslev J, Wise MP, Borthwick M, Bendel S, McArthur C, Cook D, Nielsen N, Pelosi P, Keus F, Guttormsen AB, Moller AD, Møller MH; SUP-ICU co-authors. Prevalence and outcome of gastrointestinal bleeding and use of acid suppressants in acutely ill adult intensive care patients. Intensive Care Med. 2015 May;41(5):833-45.
- (9) Cook D, Guyatt G. Prophylaxis against Upper Gastrointestinal Bleeding in Hospitalized Patients. N Engl J Med. 2018 Jun 28;378(26):2506-2516.

<b>Código Documento:</b> CPTW262.1	<b>Elaborador:</b> Roberto Rabelo Filho	<b>Revisor:</b> Mauro Dirlando C de Oliveira	<b>Aprovador:</b> Haggeas Da Silveira Fernandes	<b>Data de Elaboração:</b> 01/09/2021	<b>Data de Aprovação:</b> 01/09/2021
---------------------------------------	--	---	--	--	---