

Emenda Parlamentar nº 81000311 - PORTARIA 1.453 de 14 de
junho de 2022 Contrato nº 073/2022

PRESTAÇÃO TRIMESTRAL DOS SERVIÇOS E METAS PACTUADAS

DEZEMBRO/JANEIRO/FEVEREIRO

2022/2023



LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Critérios para uso de profilaxia.....	6
Tabela 2. Quantidade de pacientes internados na UTI por mês e percentual de classificação de risco.	7
Tabela 3. Plano de ação para terapia medicamentosa.	9



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos pacientes por classificação de risco.	7
Gráfico 2. Taxa de adesão a terapia medicamentosa	8



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
1 INDICADOR DE PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE EM PACIENTES CRÍTICOS.....	5
2.1 Classificação de pacientes	5
2.2 Adesão a terapia medicamentosa	5
2.3 Exames diagnósticos complementares	10
2.3.1 Endoscopia digestiva alta	11
2.3.2 Lavagem gástrica	11
2.3.3 Hemograma e coagulograma	11
CONCLUSÃO.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
APÊNDICE A – PROTOCOLOS REVISADOS.....	15
APÊNDICE B – PLANO DE TRABALHO.....	25
APÊNDICE C – PRESTAÇÃO DE CONTAS.....	31



INTRODUÇÃO

A definição de úlcera gástrica são as erosões da mucosa gástrica superficial, principalmente em corpo e fundo gástrico, mas também podendo acometer o antro, duodeno ou esôfago distal. Podem ser geradas por baixo fluxo sanguíneo e hipoperfusão tissular, redução da barreira protetora da mucosa, hiper circulação de citocinas inflamatórias, infecção concomitante com *H. Pylori* e hipersecreção ácida.

A incidência de úlceras por estresse em pacientes críticos chega a 75% dos casos, sendo que na sua grande maioria serão assintomáticas. Entretanto cerca de 3% das úlceras podem complicar com sangramento levando a complicações que podem comprometer o tratamento proposto colocando a vida do paciente em risco, aumentando os custos hospitalares e prolongando sua internação. A profilaxia é capaz de reduzir em 50% a incidência de dano mucoso relacionado ao estresse

Para melhor controle da qualidade foi traçado como meta o acompanhamento da taxa de adesão medicamentosa dos pacientes classificados como alto risco para desenvolver a doença.

4

Para cumprir a meta, foram identificados os insumos, medicamentos e exames complementares para subsidiar a implementação do protocolo, garantido que mais de 80% dos pacientes classificados como alto risco tenham evolução no tratamento.



1 INDICADOR DE PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE EM PACIENTES CRÍTICOS

2.1 Classificação de pacientes

O quadro de úlcera de estresse em sua grande maioria é assintomático, entretanto alguns pacientes podem apresentar sangramento gástrico importante exteriorizados através de hematêmese, melena, anemia, hipotensão ortostática e choque hemorrágico.

O sangramento gastrointestinal relacionado a úlceras de estresse é uma complicação potencial da doença crítica, cuja fisiopatologia é complexa. A hemodinâmica sistêmica e as alterações locais resultam em comprometimento do fluxo sanguíneo na mucosa gástrica, com subsequente lesão isquêmica da mucosa.

Contudo, o fator crucial para o desenvolvimento de úlceras e sangramento gástrico é a elevada acidez intraluminal gástrica, que é potencializada pelo jejum. Este é o raciocínio que dá apoio ao uso de fármacos supressores de acidez na profilaxia farmacológica.

A profilaxia da úlcera por estresse aumenta o risco de pneumonia nosocomial, colite pseudomembranosa, trombocitopenia, nefrite intersticial aguda e efeitos colaterais/interações medicamentosas pelo fármaco, devendo ser indicada nos pacientes com alto risco ou muito alto risco para lesão aguda de mucosa gástrica.

5

2.2 Adesão a terapia medicamentosa

Os pacientes criticamente doentes correm o risco de desenvolver lesão da mucosa relacionada ao estresse (LMRE), levando a um aumento de morbidade e mortalidade em unidades de terapia intensiva (UTI).

Embora a fisiopatologia não esteja completamente compreendida, os fatores que estão envolvidos na etiologia da LMRE são a diminuição do pH gástrico, o aumento da permeabilidade da mucosa gástrica e a isquemia.

Quando o pH gástrico é elevado acima de 3,5-4,0, a frequência de LMRE e de sangramento gastrointestinal alto diminui significativamente. Dentre os prováveis fatores de



risco para UE, vários estudos têm sugerido que a ventilação mecânica (VM) é um dos mais importantes, tanto para adultos quanto para crianças internados em UTI.

As drogas preferencialmente utilizadas para profilaxia da UE incluem antiácidos, sucralfato, antagonistas de receptor H-2 e inibidores da bomba de prótons⁷ e deveriam ser utilizadas apenas nos pacientes que apresentam fatores de risco para UE.

Entretanto, a profilaxia da úlcera por estresse aumenta o risco de pneumonia nosocomial, colite pseudomembranosa, trombocitopenia, nefrite intersticial aguda e efeitos colaterais/interações medicamentosas pelo fármaco, devendo ser indicada nos pacientes com alto risco ou muito alto risco para lesão aguda de mucosa gástrica.

O primeiro passo é a estratificação dos pacientes avaliando aqueles que iram se beneficiar com a profilaxia, segue abaixo critérios de gravidade para uso de profilaxia:

Tabela 1. Critérios para uso de profilaxia.

Risco	Fator de risco	Risco de sangramento gastrointestinal significativo (por 1000)
Baixo	Paciente crítico sem outro fator de risco Insuficiência hepática aguda Uso de corticoides e imunossupressores Uso de anticoagulante Neoplasia Sexo masculino	10 – 20
Alto risco	Coagulopatia 2 ou mais fatores de risco moderado	41 – 60
Muito alto risco	Ventilação mecânica sem dieta enteral Cirrose hepática	81 - 100

6

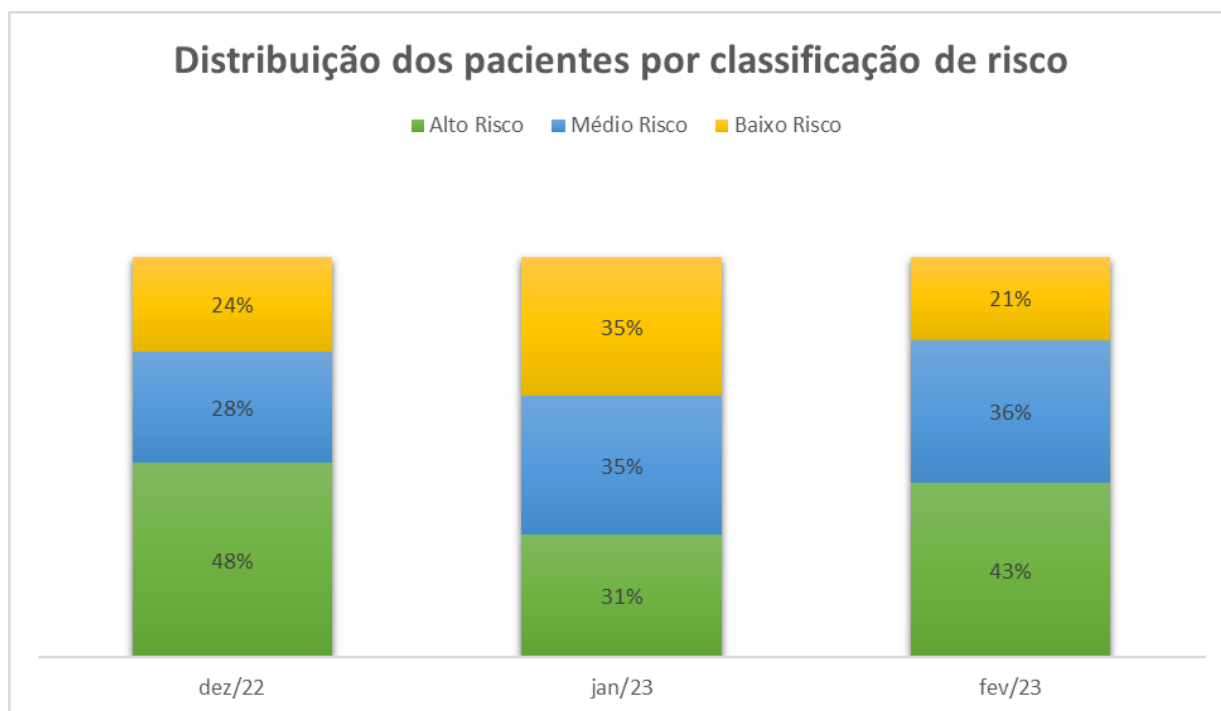


Para melhor análise e acompanhamentos destes pacientes segue abaixo os demonstrativos da quantidade de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva por mês e sua classificação quanto ao risco de sangramento gastrointestinal, obedecendo os critérios estabelecidos em protocolo:

Tabela 2. Quantidade de pacientes internados na UTI por mês e percentual de classificação de risco.

Ano/mês	Pacientes internados UTI	Alto Risco	Médio Risco	Baixo Risco
Dezembro/22	97	47	27	23
Janeiro/23	95	29	33	33
Fevereiro/23	115	50	41	24

Gráfico 1. Distribuição dos pacientes por classificação de risco.



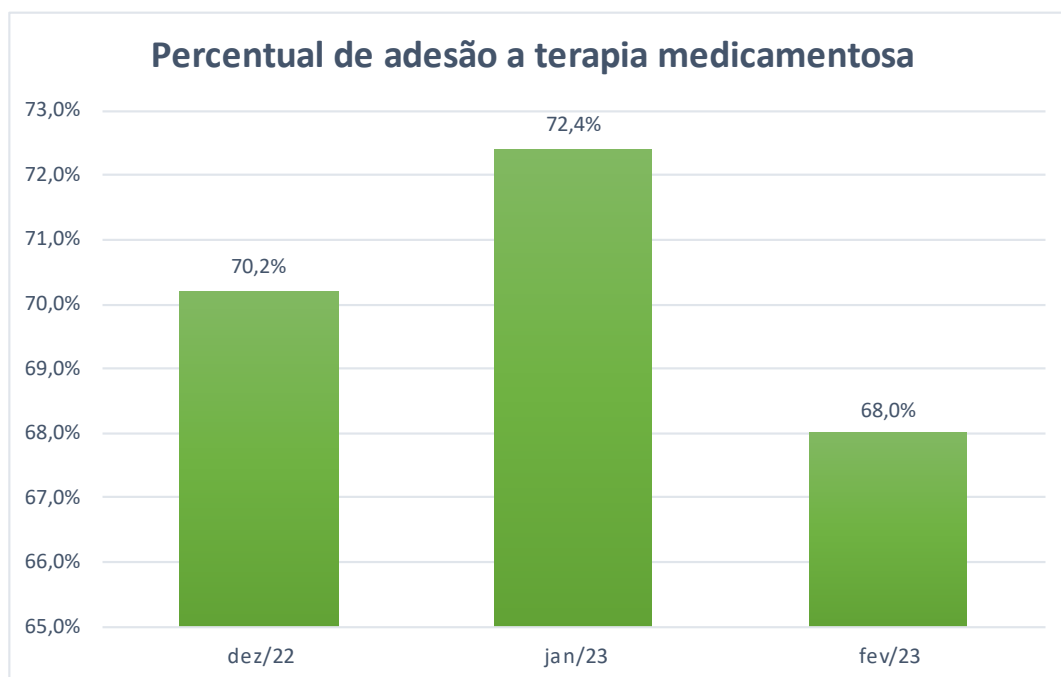
Abaixo gráfico com percentual dos pacientes por tipo de classificação para risco de desenvolver úlcera por estresse dos pacientes críticos:

Após análise dos pacientes críticos e classificação do risco para desenvolver úlceras por estresse foi realizado um levantamento em prontuário verificando qual o percentual de pacientes classificados com alto risco de desenvolver ulcera recebeu a profilaxia adequada e tratamento necessário.

Ressaltamos que este trabalho é diário no momento da visita a beira leito é avaliado o grau de risco, os benefícios e contra-indicações para se iniciar a profilaxia ou não. Ao final do mês os dados são compilados e analisados para verificar a eficácia do tratamento e as possíveis complicações dos pacientes críticos.

A taxa de adesão a terapia medicamentosa para prevenção de ulcera de estresse em pacientes críticos foi de 70,2% dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva em dezembro, 72,4% em janeiro e 68% em fevereiro.

Gráfico 2. Taxa de adesão a terapia medicamentosa



No mês de dezembro foram internados 97 pacientes na UTI, sendo 47 classificados com alto risco para desenvolver úlceras por estresse, destes 33 foi prescrito medicações profiláticas e apenas 14 não foi encontrado registro de prevenção.



No mês de janeiro foram internados 95 pacientes na UTI, sendo 29 classificados com alto risco para desenvolver úlceras por estresse, destes 21 foi prescrito medicações profiláticas e apenas 8 não foi encontrado registro de prevenção.

No mês de fevereiro foram internados 115 pacientes na UTI, sendo 50 classificados com alto risco para desenvolver úlceras por estresse, destes 34 foi prescrito medicações profiláticas e apenas 16 não foi encontrado registro de prevenção.

Foi possível observar uma queda significativa na adesão a terapia medicamentosa nos últimos meses, o desafio representado pela implementação de protocolos de qualidade exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas encontrados e a definição de intervenções eficientes e eficazes para além de alcançar as metas propostas, manter os padrões de qualidade.

Diante do cenário apresentado vamos iniciar a nossa reflexão sobre o planejamento e execuções das atividades, e discutir a importância do planejamento no trabalho das equipes de saúde e a necessidade de trabalhá-lo como um processo.

A partir da detecção do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

Segue plano de ação elaborado para melhorar a adesão a terapia medicamentosa:

Tabela 3. Plano de ação para terapia medicamentosa.

Porque?	Onde?	Quando?	Quem?	Como?
Melhorar a classificação e a identificação dos pacientes classificados com alto risco.	UTI	Março/23	Coordenação Médica	Implementação de ficha de classificação via prontuário eletrônico.
Aperfeiçoar o corpo clínico para olhar	UTI	Abril/23	Coordenação Médica	Realizar treinamento in loco da equipe medica para



crítico a este grupo de pacientes.				preenchimento correto da identificação dos pacientes e adesão a terapia medicamentosa.
Campanha de conscientização da equipe multidisciplinar.	UTI	Maio/23	Coordenação médica, enfermagem, fisioterapia.	Desenvolver campanha com toda equipe multidisciplinar para conscientização sobre a importância da prevenção de ulcera de estresses nos pacientes críticos e o papel de cada um no sucesso do protocolo.

Fica claro a necessidade de acompanhamento das necessidades do paciente crítico e alguns pontos são fundamentais para oferecer uma assistência individualizada e de qualidade a este grupo de paciente, são eles:

10

- I. Otimizar terapias para prevenção de lesão de mucosa, principalmente normalização de variáveis hemodinâmicas e início de dieta enteral precoce;
- II. Profilaxia medicamentosa somente em pacientes com fatores de risco para úlcera por estresse;
- III. Medicações inibidoras da bomba de prótons são mais eficazes, porém maior risco de pneumonia hospitalar e infecção por *Clostridium difficile* em relação anti-H2;
- IV. 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.

2.3 Exames diagnósticos complementares

O diagnóstico preciso da causa determinante e as repercussões locais e gerais do presente processo patológico devem ser o objetivo principal da avaliação clínica do paciente e deve ser feito no menor tempo possível.

A precisão e a rapidez do diagnóstico são importantes e exigem tratamento imediato, o qual será mais efetivo quanto mais cedo for instituído, estes são os exames recomendados:

2.3.1 Endoscopia digestiva alta

É um exame indicado para avaliação diagnóstica e, quando necessário, tratamento das doenças da parte superior do tubo digestivo, incluindo o esôfago, o estômago e a porção inicial do duodeno. Padrão ouro, deve ser realizado em casos de sangramento vultuoso ou choque hemorrágico sem etiologias definida.

2.3.2 Lavagem gástrica

Procedimento simples que pode ser utilizado em caso de dúvida de sangramento gastrointestinal alto.

2.3.3 Hemograma e coagulograma

São capazes de detectar anemia e discrasias sanguíneas que devem ser corrigidas ou investigadas. 11



CONCLUSÃO

Já é sabido que prevenção da úlcera de stress é importante para segurança do paciente uma vez que evitar complicações que podem trazer aumento da morbidade e mortalidade, provenientes da assistência médica, principalmente em pacientes críticos. Um ambiente seguro para o paciente, além de trazer melhores desfechos clínicos, ainda permite uma gestão em saúde mais organizada, evitando-se desperdício e custos com terapias que poderiam ser evitados.

Fica claro com o acompanhamento que não é uma tarefa fácil, na prática assistencial, observa-se que o protocolo ainda está em implementação, e apresenta desafios para consolidação em todas as suas fases.

O desenvolvimento das etapas de implantação tem-se defrontado com algumas dificuldades, as quais as intuições e os profissionais vêm procurando superar. Dentre estas destacam-se o pouco conhecimento sobre este método, resistência dos profissionais em realizá-lo e a carência de recursos tecnológicos para seu desenvolvimento.

12

Destaca-se ainda o ensino incipiente sobre os protocolos de qualidade durante a graduação. Todavia sua realização é imprescindível para a organização e qualidade da assistência. Para tanto, há estratégias que podem ser utilizadas pelos profissionais e instituição para a implementação e consolidação deste método na prática profissional.

Dentre as estratégias, destacam-se a implementação e desenvolvimento de ações em educação permanente, informatização da assistência, e apoio das instituições de ensino.

Concluimos que os protocolos assistenciais são instrumentos para facilitar a prática assistencial, e visa contribuir para sua implementação na instituição e para isso buscou-se conhecer os desafios enfrentados e as possíveis estratégias a serem adotadas para o sucesso das ações.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barkun AN, Bardou M, Pham CQD, et al. Proton pump inhibitors vs. histamine 2 receptor antagonists for stress-related mucosal bleeding prophylaxis in critically ill patients: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2012 Apr; 107(4):507-20; quiz 521.

Cook D, Guyatt G. Prophylaxis against upper gastrointestinal bleeding in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 2018 Jun 28; 378(26):2506-2516.

Machado ASA, Teixeira C, Furlanetto L, et al. Profilaxia para úlcera de estresse nas unidades de terapia intensiva: estudo observacional multicêntrico. *Rev Bras Terap Intens*. 2006; 18(3): 229-233.

Pompilio CE, Cecconello I. Profilaxia das úlceras associadas ao estresse. *ABCD, Arq Bras Cir Dig*. 2010; 23(2):114-117.

Selvanderan SP, Summers MJ, Finnis ME, et al. Pantoprazole or placebo for stress ulcer prophylaxis (POP-UP): randomized double-blind exploratory study. *Crit Care Med*. 2016 Oct; 44(10):1842-50.
Krag M, Perner A, Moller MH. Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 2016 Apr; 22(2):186-90.

Ye Z, Blaser AR, Lytvyn L, et al. Gastrointestinal bleeding prophylaxis for critically ill patients: a clinical practice guideline. *BMJ*. 2020 Jan 6; 368:l6722.

Toews I, George AT, Peter JV, et al. Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jun 4; 6(6):CD008687.

PEPTIC Investigators for the Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group, Alberta Health Services Critical Care Strategic Clinical Network, and the Irish Critical Care Trials Group; Young PJ, Bagshaw SM, et al. Effect of stress ulcer prophylaxis with proton pump inhibitors vs histamine-2 receptor blockers on in-hospital mortality among ICU patients receiving



invasive mechanical ventilation: the PEPTIC Randomized Clinical Trial. JAMA. 2020 Feb 18; 323(7):616-626.

Mendes JJ, Silva MJ, Miguel LS, et al. Diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para profilaxia da úlcera de estresse na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intens. 2019; 31(1):5-14.

