

# IMPACTO DOS CUIDADOS INTENSIVOS NO PROBLEMA DAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS

Paulo Fidalgo, David Pereira, Jorge Maltez e J. Pinto Correia  
Serviço de Medicina II. Hospital de Santa Maria. Lisboa. Portugal.

## RESUMO

Compararam-se retrospectivamente o diagnóstico e prognóstico a curto prazo de doentes internados por Hemorragia Digestiva Alta (HDA) numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCIGE) com os de doentes idênticos internados em anos anteriores em regime de enfermaria. Este regime de enfermaria incluía pessoal médico e de enfermagem com experiência no manejo de HDA. Consideraram-se separadamente, doentes sem e com Doença Hepática Crónica (DHC). No primeiro grupo incluíram-se 88 doentes da UCIGE e 88 doentes do período anterior, emparelhados por sexo, idade, episódios prévios de HDA, gravidade da doença associada e incidência de neoplasias. Os doentes da UCIGE revelaram-se, contudo, um grupo mais grave (maior incidência de hemorragias persistentes e/ou recidivantes). A percentagem de doentes sem diagnóstico de causa de HDA desceu de 28,3% para 6,8% ( $P < 0,01$ ); o tempo de internamento desceu de  $10,9 + 8,3$  para  $5,9 + 6,9$  dias ( $P < 0,01$ ). A incidência de intervenções cirúrgicas subiu de 14,7% para 28,4% ( $P < 0,05$ ); a mortalidade do 7.º dia desceu de 10,2% para 5,7% (NS). O segundo grupo incluiu 71 doentes da UCIGE e 71 doentes do período anterior, emparelhados por idade, gravidade de DHC e incidência de rotura de Varizes Esofágicas como causa de HDA. A percentagem de doentes sem endoscopia urgente (isto é, antes das 24 h) desceu de 26,7% para 5,6% ( $P < 0,01$ ); o tempo de internamento desceu de  $14,7 + 11,9$  para  $9,4 + 8,1$  dias ( $P < 0,01$ ); a mortalidade global ao 7.º dia foi de 18,3% nos 2 períodos; a mortalidade atribuível directamente a HDA, para todo o período de internamento, desceu de 18,3% para 12,6% (NS). Conclui-se que, embora se tenham registado melhores condições de diagnóstico e redução do tempo de internamento, não houve alteração significativa da mortalidade.

## SUMMARY

### Role of Intensive care units in the management of upper G.I. bleeding

The management and short term prognosis of patients with upper G. I. Bleeding in a specialized Intensive Care Unit (I.C.U.) have been compared retrospectively with similar groups of patients in a general medical ward in previous years. The medical and nursing staff of this ward have a large experience in dealing with these patients. We considered patients without and with chronic liver disease. In the first group there were 88 patients in each period, matched by sex, age, previous episodes of bleeding, severity of associated diseases and incidence of neoplasms. The patients of the I.C.U. have been more severe in relation to persistence or recurrence of hemorrhage. The incidence of patients with no diagnosis of the cause of bleeding decreased from 28,3% to 6.8% ( $P < 0.01$ ); and time in hospital from  $10.9 + 8.3$  to  $5.9 + 6.9$  days ( $P < 0.01$ ). On the other hand the incidence of surgery increased from 14.7 to 28.4% ( $P < 0.05$ ), but mortality up to the 7th day had a non-significant decrease from 10.2 to 5.7%. However the mortality of patients over 60 years of age decreased from 16.0 to 8.0% ( $P < 0.02$ ). The groups with chronic liver disease have 71 patients in each period matched by age, severity of liver disease, and percentage of ruptured varices as cause of bleeding. The incidence of patients with no endoscopy in the first 24 hours decreased from 26.7 to 5.6% ( $P < 0.01$ ); and time in hospital from  $14.7 + 11.9$  to  $9.4 + 8.1$  days ( $P < 0.01$ ). The mortality up to the 7th day has been 18.3% in both periods. However the mortality due directly to bleeding has had a non-significant decrease from 18.3 to 12.6%. We can conclude that even if there are better diagnosis and decrease of time in hospital, only selected groups of patients showed a decrease in mortality.

## INTRODUÇÃO

A HDA permanece um problema clínico importante pela sua alta mortalidade<sup>1</sup>.

Não tem sido possível demonstrar eventuais benefícios que os avanços obtidos nos últimos anos produziram na abordagem e no prognóstico deste problema<sup>2</sup>. Referimo-nos sobretudo à endoscopia precoce sistemática e às Unidades de Cuidados Intensivos. As discrepâncias entre os vários Autores podem muito bem resultar da distribuição desequilibrada de

variáveis com importante peso prognóstico, entre os grupos em comparação<sup>3, 4</sup>. O significado dessas variáveis tem sido sugerido ou demonstrado por métodos estatísticos consistentes<sup>5, 6, 7</sup>.

No entanto, a comparação entre terapêutica intensiva e não intensiva, não traduz de modo geral a importância que tem a análise cuidadosa da distribuição de variáveis prognósticas. Torna-se impossível comparar grupos se não se tomar em conta a distribuição de variáveis, como a presença ou ausência de DHC, a gravidade da doença associada, a etiologia da HDA, etc.

Para tentar responder a uma parte destas questões procura-

**QUADRO 1** Gravidade da anemia nos 2 períodos, nos doentes sem e com DHC, e duração da Hemorragia. A HDA teve tendência para um comportamento mais grave na UCIGE, para os doentes sem DHC.

	Sem DHC		Com DHC	
	Pré UCIGE	UCIGE	Pré UCIGE	UCIGE
Hb mais baixa	8,9±3,1	8,3±2,9	8,0±2,1	8,8±1,9
	N.S.		N.S.	
HDA persistente recidivante	18,1%	29,5%	38,0%	40,9%
	P < 0,05		N.S.	

mos estudar o impacto que a UCIGE do HSM produziu no conjunto dos problemas das HDA. Comparámos doentes internados na UCIGE com doentes internados em período anterior, garantindo igualdade entre os grupos, quanto à idade, sexo, episódios anteriores de HDA, gravidade de doenças associadas e incidência de neoplasia nos doentes sem DHC. Nos doentes com DHC, garantimos igualdade quanto à idade, incidência de rotura de Varizes Esofágicas como causa de HDA e gravidade de DHC.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados os processos de 88 doentes internados na UCIGE durante o ano de 1982, com HDA e sem DHC. Foram separados os seguintes grupos etários: doentes com idade inferior a 40 anos, doentes com idade entre 40 e 60 anos e doentes com mais de 60 anos. Em cada um destes grupos foram separados os doentes por sexo, doença associada grave, neoplasia e com episódios de HDA no último ano.

Foram examinados os processos de doentes internados por razões idênticas de 1980 para trás (data de entrada em funcionamento da UCIGE), até serem encontrados doentes que emparelhassem com os da UCIGE, de acordo com os parâmetros mencionados. Os processos foram analisados de forma consecutiva.

Quanto aos doentes com DHC, foram escolhidos os 71 primeiros episódios de HDA, no ano de 1982, e emparelhados com os 71 primeiros episódios do período anterior, considerando os parâmetros idade, gravidade de DHC e incidência de rotura de Varizes Esofágicas como causa de HDA.

Considerou-se doença associada grave aquela que interfere significativamente com a actividade do doente ou lhe provoca incapacidade total. Considerou-se DHC grave aquela que apresenta um ou mais dos seguintes parâmetros: icterícia, ascite ou encefalopatia. Considerou-se HDA persistente aquela que, segundo critérios expressos no processo, persistia mais de 48 horas. Considerou-se HDA recidivante aquela que, segundo critérios expressos no processo, recomeça após intervalo livre de 48 horas.

Definem-se complicações major do tamponamento aquelas que obrigam a modificar activamente o manejo dos doentes.

Os testes estatísticos utilizados foram o chi-quadrado e o t de student.

## RESULTADOS

### 1) Eventuais factores de prognóstico

#### Gravidade de HDA

Não houve diferenças significativas quanto ao valor mais

**QUADRO 2** Etiologia de HDA nos doentes sem DHC nos 2 períodos. A úlcera gástrica foi mais frequente na UCIGE, mas sem alcançar significado estatístico. A percentagem de doentes sem diagnóstico etiológico reduziu-se significativamente no período UCIGE.

	PRE-UCIGE	UCIGE	P
Úlcera Gástrica	20,4% (15,9% isolada)	32,9% (20,4 isolada)	NS (NS)
Úlcera Duodenal	30,6% (23,8% isolada)	36,3% (19,5 isolada)	NS (NS)
Gastrite	1,1%	5,6%	NS
Esofagite	3,4%	2,2%	NS
Bulbite	1,1%	2,2%	NS
Outros	9,0%	6,8%	NS
Sem diagnóstico	23,8%	6,8%	P<0,01

baixo de hemoglobina registado durante o internamento, nos doentes sem ou com DHC (Quadro 1).

A incidências de HDA persistente ou recidivante subiu, de 18,1% para 29,5%, no período UCIGE, nos doentes sem DHC (P < 0,05).

Nos doentes com DHC manteve-se estacionária (38,0% para 40,9% na UCIGE) (Quadro 1).

### Etiologia de HDA nos doentes sem DHC

A etiologia da HDA nos doentes sem DHC foi semelhante nos 2 períodos, embora a incidência de úlcera gástrica mostrasse tendência para subir, de 20,4% para 32,9% na UCIGE (0,05 < P < 0,10). Contudo, reduziu-se significativamente na UCIGE o número de doentes sem diagnóstico etiológico (Quadro 2).

### Duração de DHC

A duração de DHC, anterior ao episódio de HDA, foi de 35,1 + 46,8 + meses nos doentes da UCIGE em comparação com 26,8 + 41,3 meses nos doentes do período anterior (P < 0,05).

## II) Internamento, diagnóstico e tratamento

### Internamento

Nos doentes sem DHC o tempo de internamento baixou significativamente de 10,9 + 8,3 para 5,9 + 6,1 dias (P < 0,01).

Nos doentes com DHC, o tempo de internamento baixou significativamente de 14,7 + 11,9 para 9,4 + 8,1 (P < 0,01).

### Diagnóstico

Nos doentes sem DHC, a percentagem de doentes em que não foi estabelecido diagnóstico, quer porque a endoscopia não foi efectuada quer porque não demonstrou a origem da HDA, desceu significativamente de 23,8% para 6,8% na UCIGE (P < 0,01).

Nos doentes com DHC, a percentagem de doentes a quem não foi feita endoscopia antes das primeiras 24 horas de internamento, desceu significativamente de 26,7% para 5,6% na UCIGE (P < 0,01).

### Transfusão

O volume de sangue transfundido durante o internamento não foi significativamente diferente nos doentes sem e com DHC, nos períodos pré-UCIGE e UCIGE (Quadro 3).

**QUADRO 3** Volume total de sangue transfundido nos períodos pré-UCIGE e UCIGE. Não houve diferenças significativas nos valores médios do volume de sangue transfundido por doente.

	Sem DHC		Com DHC	
	Pré UCIGE	UCIGE	Pré-UCIGE	UCIGE
Transfusão (ml)	930,5±1293,5	1197,5±1136,4	2530,2±2424,2	2072,1±1535,5
P	NS		NS	

**Cirurgia nos doentes sem DHC**

As intervenções cirúrgicas aumentaram significativamente na UCIGE de 14,7% para 28,4% (P < 0,02).

**Tamponamento e Pituitrina**

A percentagem de doentes com DHC a quem foi aplicado balão de Segstaken-Blakemore foi igual na UCIGE e na pré-UCIGE: 40,8%. Destes doentes, 2 tiveram complicações major no período pré-UCIGE (7,1%) e nenhum na UCIGE (Quadro 4).

No entanto encontraram-se diferenças quanto à forma de administração de pituitrina. Nos doentes da UCIGE apenas 7,0% fizeram exclusivamente *bolus*, em comparação com 64,7% no período anterior (P < 0,001). Inversamente, na UCIGE, 47,8% dos doentes fizeram pituitrina em perfusão contínua em comparação com 9,8% no período anterior (P < 0,0001) (Quadro 4).

**III) Mortalidade**

*Mortalidade nos doentes sem DHC*

No grupo sem DHC, a mortalidade até ao 7.º dia baixou de 10,2% no período pré-UCIGE, para 5,6% na UCIGE. Esta diferença não alcança significado estatístico (P < 0,05). Contudo, se considerarmos apenas o grupo etário acima dos 60 anos, baixou de 16,0% para 8,%, alcançando significado estatístico (P < 0,02) (Quadro 5).

A análise dos óbitos até ao 7.º dia mostra que no período pré-UCIGE, a HDA foi a causa de morte em 3 de um total de 9 (ao 3.º, 4.º e 5.º dias). No período da UCIGE, pelo contrário, nenhuma das mortes deste período se ficou a dever à HDA, mas a factores independentes como neoplasia, edema pulmonar agudo, aspiração de vômito, peritonite, etc.

*Mortalidade nos doentes com DHC*

Nos doentes com DHC, a mortalidade até ao 7.º dia foi igual nos 2 grupos (18,6%) (Quadro 5). No entanto a mortalidade por HDA, quando considerado todo o período de internamento, baixou de 18,6% para 12,6% na UCIGE (P < 0,05).

A análise dos óbitos, em relação com a gravidade de DHC, revela que a mortalidade nos doentes sem icterícia, ascite ou EPS, manteve-se semelhante (pré-UCIGE = 4,2%; UCIGE = 2,8%).

**DISCUSSÃO**

As taxas de mortalidade constituem o melhor critério último (embora não o único) da eficácia de atitudes terapêu-

**QUADRO 4** Uso de Tamponamento e Pituitrina nos períodos pré-UCIGE e UCIGE: diferenças significativas na administração de Pituitrina.

	Pré-UCIGE	UCIGE	P
Tamponamento	40,8%	40,8%	-
Pituitrina, (exclusiv. em forma de bolus)	64,5%	7,0%	P < 0,01
Perfusão de Pituitrina	9,8%	47,8%	P < 0,01

ticas. Sob este ponto de vista verificámos que a mortalidade se reduziu significativamente na UCIGE apenas no subgrupo de doentes sem DHC e idade superior a 60 anos. Nos doentes com DHC houve redução de mortalidade, mas sem alcançar significado estatístico (erro tipo II?), no subgrupo de doentes que morreram em consequência directa de hemorragia digestiva. Houve também uma redução na mortalidade total dos doentes com DHC, quando considerado todo o período de internamento. É provável que isto tenha que ver com as atitudes terapêuticas durante a fase aguda da hemorragia, como sugerem também os resultados do grupo de Copenhague, com a esclerose<sup>8</sup>, mas é impossível demonstrá-lo.

Os benefícios reais e aparentes atrás mencionados, podem resultar quer de diferenças na abordagem e manejo dos doentes, quer de diferenças nas 2 amostras analisadas.

Em relação ao manejo dos doentes há a referir um facto não mensurável no nosso trabalho: a melhor monitorização de todas as variáveis e daí maior atenção a todos os problemas. Existem ainda dois dados objectivos: maior percentagem de intervenções cirúrgicas nos doentes sem DHC, e alterações na forma de administração da pituitrina, com muito maior percentagem de doentes sujeitos a infusão contínua prolongada.

O aumento do número de intervenções cirúrgicas no período da UCIGE pode ter resultado de uma atitude mais intervencionista (fruto p.e. de melhor monitorização), mas também pode ser um resultado falsamente positivo, consequência de referência muito precoce de doentes para cirurgia no período pré-UCIGE, sem passagem pelos Serviços de Medicina. É contudo pouco provável que assim seja, e pensamos que houve um aumento efectivo das indicações cirúrgicas. Os nossos resultados concordam assim com os de Hellers<sup>9</sup>, que sugere que a redução da mortalidade se associa, nos doentes sem DHC, a maior recurso à cirurgia. Esta opinião não é, contudo, universalmente aceite, e alguns AA<sup>10</sup> associam, pelo contrário, o aumento de indicações cirúrgicas a um aumento de mortalidade, exactamente por se operarem doentes mais idosos e de maior risco.

As diferenças no uso da Pituitrina não conduziram a redução no emprego do balão de Sengstaken-Blakemore, nem a redução na mortalidade na primeira semana. A redução na mortalidade durante todo o internamento poderá contudo resultar de um mais precoce controlo da Hemorragia e de maior atenção aos múltiplos factores de descompensação destes doentes.

No que se refere à eventual diferença nas duas amostras analisadas (pré-UCIGE e UCIGE), ela pode resultar de diferenças na distribuição de variáveis não consideradas, e que poderão ter peso no prognóstico. Para aceitar esta explicação teria que se admitir como resultado global a constituição de um grupo com melhor prognóstico no período UCIGE. Ora tudo aponta no sentido oposto. No grupo de doentes sem DHC a

### QUADRO 5 Mortalidade nos períodos pré-UCIGE e UCIGE, em doentes sem e com DHC.

Mortalidade até ao 79 dia	Sem DHC		Com DHC	
	Pré-UCIGE	UCIGE	Pré-UCIGE	UCIGE
TOTAL	10,2%	5,6%	18,6%	18,6%
	NS		NS	
> 60 anos (n=50 em cada grupo)	16,0%	8,0%		
	P < 0,02			
Sem icterícia, ascite ou EPS (n=17 em cada grupo)			4,2%	2,8%
			NS	

percentagem de doentes com hemorragia persistente ou recidivante (um dos índices de agravamento do prognóstico) foi significativamente maior na UCIGE. A incidência de úlcera gástrica mostrou também tendência para aumentar, o que segundo alguns Autores<sup>11</sup> tenderia antes a agravar o prognóstico. A incidência dos factores de prognóstico no grupo com DHC manteve-se idêntica. Quer dizer que, no conjunto, parece que o grupo UCIGE é constituído por doentes mais graves do que o anterior. Portanto as melhorias verificadas assumem assim maior significado clínico.

#### BIBLIOGRAFIA

- Roff, S. B., Duggan, J. M., Smith, E. R., Thursby, C. J. Conservative treatment of gastrointestinal haemorrhage. *Gut*, 1985; 26: 481-4.
- Young, A. E., (Editorial) Stopping the haemorrhage from peptic ulcers. *Br. Med. J.* 1982; 284: 530.
- Horwitz, R. I., Feinstein, A. R. Methodologic standards and contradictory results in case-control research. *Am. J. Med.* 1979; 66: 556-64.
- Feinstein, A. R. An additional Basic Science for Clinical Medicine: III. The challenges of comparison and measurement. *Ann. Intern. Med.* 1983; 99: 705-12.
- Olivera, A. C., Pinto Correia, J. Prognostic factors in Upper GI Bleeding: a multifactorial analysis (em publicação).
- Pundiville, T., Trudeau, W. Prognostic indicators in acute variceal bleedings (abstract). *Gastrointest. Endosc.* 1985; 31: A40; 134-5.
- Morgan, A. G., McAdam, W. A. F., Walmsley, G. L., Jessop, A., Honocks, S. C., Dombal, F. T. Clinical findings, Early endoscopy, and Multivariate analysis in patients bleeding from upper gastrointestinal tract. *Br. Med. J.* 1977; 2: 237-40.
- The Copenhagen Esophageal Varices Sclerotherapy project. Sclerotherapy after first Variceal Hemorrhage in cirrhosis. *N. Engl. J. Med.* 1984; 311: 1594-1600.
- Hellers, G., Ihre, T. Impact of change to early diagnosis and surgery in major upper gastrointestinal bleeding. *Lancet.* 1975; 2: 1250
- Dronfield, M. W., Atkinson, M., Langman, M. J. S. Effect of different operation policies on mortality from bleeding peptic ulcer. *Lancet.* 1979; 1: 1126-8.
- Schiller, K. R. F., Truelove, S. C., Williams, D. G. Haematemesis and maelena with special reference to factors affecting outcome. *Br. Med. J.* 1970; 1: 7-14.

Pedido de separatas: J. Pinto Correia  
Serviço Medicina II  
Hospital Universitário de Santa Maria  
1600 Lisboa, Portugal.