

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados do trabalho estão apresentados em duas partes:

I - construção das recomendações baseadas em evidências;

II – avaliação da apropriabilidade das práticas.

5.1 Construção das recomendações baseadas em evidências

Os procedimentos escolhidos para avaliação estão apresentados a seguir obedecendo a seqüência:

- razões clínicas para seu uso ou não;
- questões clínicas formuladas para a busca de evidências;
- busca das publicações;

- o recomendações baseadas nas evidências encontradas classificadas de acordo com seus níveis de evidência;

O resumo das publicações encontradas encontra-se no ANEXO I .

5.1.1 Uso de albumina em paciente gravemente enfermo

5.1.1.1 Razões clínicas para o procedimento

Estima-se que aproximadamente 300 a 400 toneladas de albumina humana tenham sido administradas durante o ano de 1998 no mundo todo, 100 toneladas nos Estados Unidos e outras 100 toneladas na Europa, o equivalente a 4 milhões de frascos de albumina na concentração de 25% contendo 100ml de solução o que, em alguns serviços representa 30% do total de gastos da farmácia hospitalar. (47)

Por outro lado, o melhor tipo de fluido para restaurar a volume intravascular do paciente hipovolêmico ainda é objeto de controvérsia. A água e os eletrólitos dos fluidos isotônicos administrados distribuem-se na quantidade de 75% no espaço extravascular e 25% no intravascular, portanto o volume a ser administrado no tratamento da hipovolemia deve ser três a quatro vezes maior que o das perdas.

Os cristalóides são considerados como expansores do extravascular e os colóides do intravascular, na medida em que aumentariam a volemia pela elevação da pressão oncótica do interior do vaso. No entanto, a vida média da albumina exógena é inferior a oito horas e cerca de 10% desta substância deixa o espaço vascular em duas horas e, depois de dois dias, apenas 25% da dose administrada continua no compartimento intravascular.

Em pacientes portadores de doenças graves com dano da função endotelial, a albumina abandona o interior do vaso mais rapidamente, diminuindo a pressão colóido-osmótica do plasma e

aumentando a do espaço intersticial, favorecendo o acúmulo de líquido neste último. (48)

5.1.1.2 Questões para a busca de evidências

- Qual o papel da albumina exógena no tratamento da criança gravemente enferma?
- Quais os efeitos adversos do uso da albumina no paciente grave?.

5.1.1.3 Busca das publicações

Foram selecionadas 19 publicações para o período: quatro revisões sistemáticas, 14 ensaios aleatorizados e um *guideline*. (49 – 67)

5.1.1.4 Recomendações para a prática

Tabela 2 – Recomendações para o uso de albumina no paciente grave

Recomendações	Nível das evidências
Em pacientes graves com queimaduras, trauma, sepse, em pós-operatório, com ou sem hipoalbuminemia, a expansão volumétrica com albumina, quando comparada àquela realizada com cristalóides, não resulta em redução da mortalidade ou em melhor resposta clínica e em alguns casos, está associada a aumento da mortalidade.	Ia
Albumina 25% associada a furosemide em pacientes nefróticos resulta em perda de peso e remoção de fluidos transitoriamente e pode estar associada a efeitos adversos	Ib

Em pacientes cirróticos com ascite, a infusão de albumina pode encurtar a internação e acelerar o esvaziamento da ascite. lb

5.1.2 Uso de dopamina como proteção da função renal

5.1.2.1 Razões clínicas para o uso ou não do procedimento

Piora da função renal é comum em pacientes internados em UTI pela própria natureza das doenças que levam à internação. Uma redução na perfusão renal abaixo da faixa de auto-regulação fisiológica (pressão arterial média < 80mmHg) leva a uma queda abrupta na filtração glomerular e na diurese. (68)

O tratamento habitualmente se dirige à resolução da doença de base e a medidas de suporte. A dopamina é o precursor imediato da norepinefrina e da epinefrina com ações dose-dependentes. Com infusões menores que 5 µg/kg/min o efeito predominante é a estimulação dos receptores dopaminérgicos DA₁ e DA₂ situados no rim, mesentério e coronárias, resultando em vasodilatação. (69)

Em voluntários, doses baixas de dopamina aumentam o fluxo sangüíneo renal e a taxa de filtração glomerular. (70)

Ensaio randomizados têm demonstrado, no entanto, que não existem evidências suficientes para apoiar esta indicação da dopamina e, por outro lado, o uso da dopamina não é isento de riscos, mesmo em doses baixas. (71)

5.1.2.2 Questões clínicas formuladas para a busca de evidências

- Há um efeito protetor sobre a função renal de pacientes graves com o uso da dopamina na dose de 0,5 – 3,0 µg/kg/min ?

- Há efeitos adversos do uso da dopamina na dose de 0,5 – 3,0 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$?

5.1.2.3 Busca das publicações

A revisão sistemática (71) encontrada incluiu o levantamento bibliográfico de todos os anos até 1998. A busca de estudos até o ano 2000 selecionou ainda para o ano de 1998 os ensaios não constantes no trabalho citado e aqueles publicados em 1999 e 2000. No total, foram escolhidas sete publicações: uma revisão sistemática e seis ensaios aleatorizados. (71 – 77)

5.1.2.4 Recomendações para a prática

Tabela 3 – Recomendações para uso da dopamina (0,5 – 3,0 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$)

Recomendações	Classificação da recomendação
Dopamina na dose de 0,5 – 3,0 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ não tem efeito protetor sobre a função renal em pacientes graves ou candidatos a cirurgia cardíaca e pode estar associada a efeitos indesejáveis.	1a

5.1.3 Sedação e analgesia

5.1.3.1 Razões clínicas para o procedimento

Crianças, inclusive as recém-nascidas, sentem dor e estresse e existem escalas suficientes para medi-los. (78)

Os efeitos adversos da sedação em pediatria não são raros e podem estar associados a combinações de drogas. (79)

O reconhecimento da dor e da ansiedade no paciente pediátrico depende, no entanto, muito da percepção da equipe médica e da de enfermagem.

De 467 questionários distribuídos a médicos e enfermeiras de unidades neonatais americanas, os 374 respondidos mostraram que apenas 59% dos médicos e 64% das enfermeiras acreditavam que lactentes sentiam dor como os adultos; postectomia e drenagem torácica foram considerados os procedimentos mais dolorosos e aspiração traqueal, passagem de sonda naso-gástrica e cateterização umbilical foram considerados os menos dolorosos; médicos e enfermeiras consideraram que drogas e medidas de conforto deveriam ser mais empregadas do que o são. (80, 81)

A Unidade de Tratamento Intensivo submete os pacientes a uma grande variedade de estímulos intimidatórios, sonoros, luminosos e dolorosos, trazendo como consequência a ansiedade, característica praticamente universal a todos os pacientes ali internados. Pacientes adultos recordam-se, muitas vezes em detalhes, do período em que estiveram internados, tanto das experiências positivas (segurança e conforto), quanto das negativas (distúrbios de sono, dor, ansiedade). (82)

Alterações comportamentais, agitação, interferência nos cuidados médicos e de enfermagem, extubação, danos corporais, hiperatividade simpática, aumento do consumo de oxigênio são alguns dos principais problemas da não sedação adequada. Embora a qualidade da sedação em pediatria venha melhorando, ainda é um procedimento menos freqüente e menos bem empregado em crianças do que em adultos. (83, 84)

A importância crescente da sedação em pediatria já se manifesta pela criação de unidades específicas para sedação, preparadas para ter

uniformidade de condutas, maior segurança com o emprego adequado de monitorização, tanto para procedimentos invasivos quanto para os não invasivos. (85)

5.1.3.2 Questões para a busca de evidências

- Quais as drogas que melhor desempenham o papel de analgésicos e sedativos para a criança grave?
- Quais os principais efeitos adversos destas drogas?

5.1.3.3 Busca das publicações

Foram selecionadas 15 publicações para o período: duas revisões sistemáticas, quatro *guidelines*, sete ensaios aleatorizados e dois estudos prospectivos não controlados. (86 – 100)

5.1.3.4 Recomendações para a prática

Tabela 4 – Conceitos em sedação e analgesia

Estado	Conceito	Referências bibliográficas
Dor	Experiência emocional e sensorial desagradável associada a um real ou potencial dano tissular ou descrita em termos de tais danos.	101
Analgesia	Ausência de sensibilidade à dor ou a estímulos nocivos no paciente consciente.	90
Sedação	Abrandamento do estado de excitação.	91

Sedação consciente	Depressão da consciência medicamente controlado, que mantém os reflexos protetores e que permite a manutenção das vias aéreas pérvias e a resposta do paciente a estímulos físicos.	91, 102
Sedação analgesia	/ Estado que permite ao paciente tolerar procedimentos desagradáveis, mantendo a função cárdio-respiratória e a possibilidade de responder a comandos verbais ou à estimulação tátil. Os pacientes que apenas responderem com movimentos reflexos a estímulos dolorosos são considerados mais sedados do que o definido para este estado.	89, 102
Sedação profunda	Estado medicamente controlado de depressão da consciência ou inconsciência do qual o paciente não é facilmente acordado. Pode estar acompanhado de perda parcial ou completa dos reflexos protetores e inclui a inabilidade de manutenção da permeabilidade das vias aéreas e de resposta a estímulos físicos ou comando verbal.	91, 102
Sedativos	Drogas para indução de obnubilação, sono ou para reduzir excitação psicológica e ansiedade.	101
Analgésicos	Drogas capazes de aliviar a dor sem perda de consciência, ou sem anestesia	101

Tabela 5 – Medicamentos habitualmente empregados em sedação e analgesia

Droga	Características farmacológicas	Ações clínicas	Referências bibliográficas
Hidrato de cloral	Ação não reversível.	Sedação, ansiólise e controle da movimentação. Não tem ação analgésica.	102
Midazolam	Benzodiazepínico de ação curta (vida média de 4-6 horas e aumentada em hepatopatias, nefropatias, insuficiência cardíaca). Antagonista: flumazenil	Sedação, perda de memória, ansiólise e controle de movimentos. O uso prolongado aumenta o tempo de ação. Ação depressora potencializada por opióides. Não tem ação analgésica.	84
Morfina	Opióide de ação longa. Antagonista: naloxone	Sedação e analgesia. Liberação de histamina, hipotensão e depressão de sistema nervoso central.	84
Fentanyl	Opiáceo sintético de ação curta. Antagonista: naloxone	Sedação, ansiólise e analgesia. Ação amnésica inferior ao midazolam e propofol. O uso prolongado aumenta o tempo de ação da droga.	84
Propofol	Anestésico. Vida média curta (30-60 minutos).	Sedativo, hipnótico, ansiolítico, amnésia anterógrada, anti-emético.	84

		Não tem ação analgésica.	
Ketamina	Anestésico. Início da ação 30 segundos. Duração da ação 20 min.	Potente ação analgésica. Estimulação cardiovascular e respiratória. Efeitos alucinogênicos podem ser minimizados associando-se benzodiazepínicos.	84
Clonidina	Agonista alfa adrenérgico	Agente anti-hipertensivo com ações de sedação e analgesia.	103
Ketorolac	Anti-inflamatório não esteróide.	Analgesia. Risco de sangramento digestivo.	104

Tabela 6 – Recomendações para sedação e analgesia

Recomendações	Classificação da recomendação
Sedação deve ser usada em todas as idades pediátricas, inclusive a neonatal, para todos os procedimentos que necessitem imobilidade do paciente não voluntariamente obtida, ou que possam desencadear estresse por ansiedade ou dor. Para os procedimentos dolorosos a sedação deve envolver analgesia.	Ia
A sedação de crianças deve ser precedida de: anamnese dirigida a antecedentes relativos às drogas que serão empregadas; jejum ou esvaziamento gástrico (tempo variável de acordo com a idade e a urgência do procedimento); ser realizada na presença de pessoal	IV

treinado e de equipamentos de ressuscitação adequados.	
Deve ser monitorada, da indução ao despertar da sedação e/ou analgesia, a ocorrência dos efeitos adversos mais freqüentes: depressão respiratória, hipotensão arterial transitória, quedas de saturação da hemoglobina, sialorréia, vômitos.	IV
Para sedação sem necessidade de analgesia em procedimentos não invasivos, midazolam é a droga de escolha.	Ib
Propofol ou midazolam associados a opióides parecem ser semelhantes quanto à qualidade de sedação e analgesia obtidas. Alguns ensaios mostram extubação e despertar mais rápidos com propofol.	Ib
Ketamina isoladamente, ou associada a midazolam são opções efetivas para analgesia em procedimentos dolorosos de urgência ou pós-operatório. Vômitos parecem ser mais freqüentes com o uso de ketamina.	Ib
Ainda não há evidências de que, em recém-nascidos, anestesia mais profunda seguida de opióides no pós-operatório proporcione melhor sedação e menos complicações do que anestesia menos profunda seguida de benzodiazepínicos (apenas um ensaio randomizado encontrado).	Ib

5.1.4 Transfusões de concentrado de hemácias

5.1.4.1 Razões clínicas para o procedimento

O concentrado de hemácias é preparado pela centrifugação de eritrócitos do sangue total. Cada unidade tem um volume de 300 ml

com hematócrito de 65% a 75% (em 1989, 65% unidades pediátricas ligadas a instituições de ensino ajustavam com plasma o Ht e apenas 29% dos demais hospitais faziam o mesmo. (105). Contem eritrócitos, pouco plasma, algumas plaquetas e leucócitos.

Durante muito tempo ficou estabelecido que o nível mínimo para indicar uma transfusão deveria ser a concentração de hemoglobina ([Hb]) de 10g/dl ou hematócrito (Ht) de 30%. Caso houvesse sangramento ativo, os níveis críticos seriam superiores. Mas, logo se observou que pacientes nefropatas crônicos podiam sobreviver bem com Ht de 23% ou 24%, enquanto portadores de cardiopatias graves necessitavam mantê-lo em 34% ou 35%. Experimentos com babuínos mostraram que, respirando em ar ambiente, a morte ocorria quando o Ht chegava a < 5% e, na concentração de 60% de oxigênio, os animais suportavam Ht de até 1% ou 2%. (106, 107)

Em 1988 o consenso para transfusões de hemácias no período peri-operatório do *National Institute of Health* sugeriu que nenhum critério isolado deve ser usado para indicar transfusões mas que múltiplos fatores relacionados com o quadro clínico e com as necessidades de oxigênio devem ser considerados. Um estudo que avaliou 452 questionários enviados em 1989 a instituições de cuidados neonatais americanas mostrou divergências para indicação de transfusão entre as unidades ligadas ou não às escolas médicas. Para recém-nascidos com membrana hialina o nível de Ht para indicar transfusão variou de 30% a 45% em hospitais universitários e de 23% a 40% nos demais; para crianças estáveis, o Ht limite oscilou entre 20% e 40%. (105)

Volumes de 17,5ml/kg a 34,1ml/kg foram transfundidos em recém-nascidos em unidades neonatais americanas em estudo publicado em 1998.(108)

Em levantamento feito em hospitais canadenses em 1993, observou-se que os médicos ligados a escolas médicas indicaram

transfusões para valores mais baixos de [Hb] do que os demais ($P < 0,0001$); os limites de [Hb] para indicação de transfusão variaram de 5,0g/dl a 12,0g/dl, sendo o valor mais citado pelos médicos o de 10,0g/dl; uma vez atingido o limiar, 90% dos médicos prescreviam 2 unidades de concentrado de hemácias. (109)

Estratégias mais conservadoras para a indicação de transfusões têm como justificativas o menor risco de reações transfusionais e de infecções transmitidas por esta via; maiores reservas de sangue nos bancos de sangue; redução nos custos financeiros. Por outro lado, a sub-indicação de transfusões pode levar a um tempo maior de ventilação mecânica, à isquemia cardíaca, à disfunção pulmonar e de outros órgãos. (110)

Um das causas mais comuns de anemia em crianças hospitalizadas é a coleta de sangue para exames laboratoriais, que podem chegar a 10%-30% da volemia no período neonatal. Estima-se que mais de 80% dos lactentes em UTI recebam pelo menos uma transfusão e que aqueles que tomam mais de uma transfusão, recebem sangue de 4,9 doadores em média. (108).

5.1.4.2 Questões para a busca de evidências

- Quando indicar transfusões com concentrado de hemácias em crianças gravemente enfermas ?

5.1.4.3 Busca das publicações

Foram selecionadas 12 publicações: uma revisão não sistemática de ensaios aleatorizados, seis *guidelines*, cinco ensaios aleatorizados. (69, 111 – 121)

D 4- Recomendações para a prática

Tabela 7 – Recomendações para transfusões de concentrado de hemácias

Recomendações	Classificação da recomendação
Adultos e crianças com boa oxigenação tecidual podem ser mantidos com [Hb] > 6g/dl ou 7g/dl.	Ib
Na presença de doença miocárdica, isquemia cerebral, doença cárdio-respiratória, a [Hb] deve ser mantida > 9-10g/dl ou Ht > 30% a 35%.	Ib
Nas anemias crônicas, a transfusão deve ser indicada se a anemia for resistente ao tratamento farmacológico e/ou se sintomática (síncope, dispnéia, taquipnéia, taquicardia, angina, hipotensão postural, crise isquêmica transitória). De modo geral nunca abaixo de 10g/dl e praticamente sempre se < 5g/dl.	Ib
No período peri-operatório não é necessário o screening hematológico para crianças saudáveis antes de cirurgias eletivas. O manejo anestésico e a evolução pós-operatória não são influenciados se a [Hb] >9.5 g/L. A dosagem de [Hb] está indicada quando uma anemia mais intensa ([<9g/dl]) é suspeitada (lactentes de termo ou pré-termo em crescimento; crianças portadoras de doenças crônicas) ou para estabelecer um valor de referência quando são antecipadas perdas sangüíneas significantes durante a cirurgia.	Ib

Em anemias agudas por hemorragias de grande porte, em primeiro lugar deve-se repor volume com cristalóides. Queda da [Hb] para menos de 6g/dl, ou perda rápida de volume de sangue > 30%-40% indicam transfusão para a maioria dos pacientes. Entretanto, sempre que for possível avaliar a oxigenação sangüínea nos pacientes monitorizados de modo invasivo, este será um melhor indicador. Quando a monitorização invasiva não for possível, recomenda-se medir a frequência cardíaca, a pressão arterial e caracterizar a perda sangüínea, se ativa, em controlada ou não controlada.	lb
Em recém nascidos com sucção débil; baixo ganho de peso; apnéia recorrente; taquicardia, taquipnéia manter [Hb] > 8g/dl – 10g/dl.	lb
Em recém-nascidos com persistência de canal arterial, síndrome de desconforto respiratório, manter Ht > 30%-35%.	lb
Recomenda-se a unidades de tratamento intensivo pediátricas e neonatais reduzir e racionalizar o volume de sangue coletado para exames.	lb
Na anemia falciforme e na talassemia, a transfusão está indicada para prevenir complicações agudas e crônicas. Em pacientes com anemia falciforme de 2 a 16 anos de idade com risco de acidente vascular cerebral avaliado por estudo ultrassonográfico com Doppler e que ainda não tenham tido nenhum acidente vascular cerebral, considerar transfusões para manter a [Hb S]<30% da [Hb] total.	lb
Contra-indicações: Anemia farmacologicamente tratável	lb

5.1.5 Profilaxia de úlceras gastroduodenais de estresse

5.1.5.1 Razões clínicas para o procedimento

Úlcera de estresse, gastrite hemorrágica por estresse, gastrite erosiva são algumas das denominações da síndrome erosiva relacionada ao estresse (*SRES - stress-related erosive syndrome*).

O aumento da produção ácida e a hipo-perfusão da mucosa digestiva parecem ser os fatores mais importantes na fisiopatologia da úlcera de estresse no paciente gravemente enfermo. A má perfusão contribui para a lesão da mucosa, provavelmente pela produção deficiente de energia, pelo aumento da permeabilidade, pela menor capacidade de tamponamento e por reduzir a capacidade regenerativa das células. Até mesmo alterações complexas nos mecanismos de defesa da mucosa presentes em razão das alterações sistêmicas apresentadas pela criança gravemente enferma (p.ex. a menor síntese de prostaglandinas citoprotetoras), além do possível papel desempenhado pela bile, vêm sendo associados à patogênese das úlceras de estresse. Outro mecanismo levantado é a rápida reperfusão que se segue à isquemia prolongada, cujos efeitos deletérios podem ser mais graves do que os da própria isquemia. (122, 123)

Estudos experimentais em animais submetidos previamente a isquemia mostraram a existência de liberação de histamina endógena originária de mastócitos no período em que se dá a melhora da circulação sanguínea local e demonstraram que o emprego de bloqueadores de receptores H₂ da histamina (cimetidina, ranitidina) diminuíram significativamente a resposta pós-isquêmica. (124, 125)

A compreensão sobre a ocorrência de lesões inflamatórias em vários órgãos após a ocorrência de sepse, choque, trauma vem trazendo mudanças na abordagem terapêutica e preventiva do paciente grave, no qual a doença não se limita ao órgão ou sistema afetado inicialmente. (126)

Em Pediatria, a incidência de sangramento digestivo alto em crianças gravemente enfermas varia de 9,3 a 20%, podendo ser maior ainda no período neonatal . (123)

A úlcera de estresse pode causar sangramento clinicamente importante caracterizado por hemorragia franca (sangue vivo pela sonda nasogástrica), queda significativa nos índices dos hematimétricos (> 5% do hematócrito, ou > 2g/dL da hemoglobina sérica), diminuição da pressão sistólica superior a 20 mmHg, necessidade de hemotransfusão, instabilidade hemodinâmica e aumento da mortalidade.

Por este motivo, tem se preconizado a administração de antiácidos e outras drogas anti-ulcerosas com o intuito de prevenir a ocorrência de úlcera de estresse.

Admite-se, no entanto, que o aumento do pH gástrico possa estar relacionado a uma maior colonização bacteriana do estômago, o que poderia facilitar a migração de microrganismos para o trato respiratório e aumentar o risco de ocorrência de pneumonia nosocomial. (129, 130)

O uso rotineiro da profilaxia para todos os pacientes internados em UTI não é necessário e expõe o paciente aos efeitos colaterais das drogas sem trazer benefícios significantes, além de elevar substancialmente o custo do da internação. (131 – 134)

Portanto, a identificação dos pacientes que possam se beneficiar da profilaxia pode ser até mais importante do que a escolha da medicação a ser usada. Embora os ensaios demonstrem menor incidência de úlcera de estresse com as medidas de prevenção, não se tem observado redução da mortalidade diretamente relacionada a elas, provavelmente por serem estes pacientes já portadores de doenças bastante graves que terminam, por si só, levando-os à morte.

Zinner e Tryba (1992) publicaram em 1992 tabelas com escores modificados para crianças, com o objetivo de identificar aquelas com maiores riscos de sangramento gastrintestinal por estresse e que,

conseqüentemente, seriam as indicadas para receber profilaxia. (135, 136)

5.1.5.2 Questões clínicas formuladas para a busca de evidências

- Qual o papel das drogas anti-ulcerosas na prevenção da úlcera de estresse em crianças gravemente enfermas?

5.1.5.3 Busca das publicações

Foram selecionadas 61 publicações: seis revisões sistemáticas, um *guideline*, 37 ensaios controlados e aleatorizados, nove ensaios não controlados e/ou não aleatorizados, sete coortes e uma análise de custo-benefício. (127, 128, 131, 133, 137 – 191)

5.1.5.4 Recomendações baseadas nas evidências encontradas classificadas de acordo com seus níveis de evidência

Tabela 8 – Fatores de risco para úlcera de estresse

Fatores de risco	Classificação da recomendação
Ventilação mecânica por mais de 48 horas	Ib
Coagulopatia (plaquetas < 50.000/mm ³ , tempo de protrombina ou de tromboplastina prolongados)	Ib
Choque	Ib
Pós-operatório de grandes cirurgias e de transplantes de órgãos	Ila
Associação de duas ou mais das condições abaixo:	Ila
Sepses	
Insuficiência hepática	
Insuficiência renal	
Permanência prolongada em UTI (> 1 semana)	

Glasgow \leq 10; PRISM \geq 20	IV
Grandes queimados (> 35% da superfície corpórea)	IV
Politraumatizados	IV

Tabela 9 – Ações profiláticas para úlcera de estresse

Procedimento	Classificação da recomendação
Antiácidos (hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio)	Ia
Antagonistas de receptores H ₂ da histamina (cimetidina, ranitidina, famotidina e nizatadina)	Ia
Sucralfate	Ia
Inibidores de bomba de prótons (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol e rabeprazol).	Ib

Tabela 10 – Resumo geral da busca de publicações para as recomendações

	Revisões			Ensaio não		Total
	sistemáticas	ECR	Guidelines	controlados	Coortes	
Albumina	4	14	1			19
Dopamina	1	6				7
Sedação	2	7	4	2		15
Transfusões	1	5	6			12
Úlcera de estresse	6	37	1	10	7	61
Total	14	69	12	12	7	114