

Tabela 37 – Profilaxia de úlcera de estresse. Resumo das publicações encontradas

Referência bibliográfica	Delineamento do estudo	Amostra	Intervenção / Desfechos	Resultados
128	Revisão sistemática 2000	2814 adultos em UTI	A) Ranitidina X placebo B) Sucralfato X placebo C) Ranitidina X sucralfato. Sangramento clinicamente importante e pneumonia.	Ranitidina não preveniu sangramento clinicamente importante em pacientes adultos em UTI e aumentou o risco de pneumonia nosocomial. Os estudos com sucralfato não foram conclusivos. O autor considera que o pequeno número de ensaios não permite conclusões definitivas sobre o tema.
137	Revisão sistemática 1996	Adultos em UTI	Antagonistas H2, sucralfato, prostaglandinas e pirenzopina vs.	Hemorragia manifesta: Antagonistas H2 ou sucralfato melhor que placebo ou ausência de tratamento OR 0.58 (IC95%: 0.42 a 0.79) e 0,58 (IC95%: 0,34 a 0,99), respectivamente. Anti H2

			<p>Placebo.</p> <p>Sangramento evidente ou clinicamente importante; pneumonia; mortalidade.</p>	<p>melhor que antiácidos OR 0.56 (IC95% 0.37 a 0.84).</p> <p>Hemorragia clinicamente importante:</p> <p>Antagonistas H2 melhor que ausência de tratamento OR: 0.44 (IC 95%: 0.22 a 0.88). Não foi possível avaliar o sucralfato.</p> <p>Pneumonia:</p> <p>Tendência a menor risco do sucralfato, mas sem significância estatística.</p> <p>Mortalidade:</p> <p>Sucralfato vs. antagonista H2, OR: 0.83 (IC95%: 0.62 a 1,09).</p>
138	Revisão sistemática 1994	Adultos em UTI	<p>Antagonistas H2, sucralfato, prostaglandinas e pirenzipina vs. placebo ou ausência de tratamento</p> <p>Sangramento evidente ou clinicamente</p>	<p>Validade dos estudos foi variável.</p> <p>Hemorragia manifesta:</p> <p>Antagonistas H2 melhor que placebo ou ausência de tratamento OR 0.29 (IC95%: 0.17 a 0.45). Antiácidos melhor que placebo ou ausência de tratamento OR 0.40(IC95% 0.20 a 0.79). Antagonistas H2 melhor que antiácidos OR 0.56 (IC95%: 0.33 a 0.97).</p> <p>Hemorragia clinicamente importante:</p> <p>Antagonistas H2 melhor que ausência de tratamento OR: 0.35 (IC 95%: 0.15 a 0.76); antiácidos não</p>

			importante; pneumonia; mortalidade.	superiores a ausência de tratamento: OR 0.35 (IC 95%: 0.08 a 1.33). Pneumonia: sucralfato menor incidência que antiácidos e antagonistas H2: OR 0.50 (IC95%: 0.21 a 0.79). Mortalidade: menor com sucralfato do que com antiácidos OR: 0.70 (IC95%: 0.52 a 0.94).
139	Revisão sistemática 1991	Oito estudos	Antiácidos ou antagonistas H2) vs. Placebo Manutenção de pH>3,5; pneumonia	Incidência de pneumonia foi menor nos que receberam antiácidos ou antagonistas H2 vs placebo: OR 0,42 (IC95% 0,17 a 1,11). Risco de pneumonia sucralfato vs antagonistas H2: OR: 0,55 (IC95%: 0,28 a 1,06).
140	Revisão sistemática 1991		Placebo vs. Antiácidos vs. Ranitidina vs. Sucralfato vs. Pirenzepina. Sangramento	Antiácidos (seis estudos) e bloqueadores H2 (12 estudos com cimetidina e dois com ranitidina) foram superiores ao placebo na prevenção de hemorragia. Pirenzepina foi significativamente superior a placebo na redução da taxa de hemorragia e tanto ela quanto o sucralfato foram superiores aos antagonistas H2, sendo o sucralfato quase tão efetivo quanto os

			evidente; pneumonia e mortalidade.	antiácidos. Pneumonia foi mais freqüente com antiácidos e bloqueadores H2 do que com pirenzepina ou sucralfato. As diferenças mais significantes na ocorrência de pneumonia aconteceram nos pacientes com ventilação mais prolongada; neste grupo a mortalidade também foi maior para os que usaram antiácidos e bloqueadores H2 do que sucralfato. Mortalidade: semelhante para sucralfato, bloqueadores H2 e antiácidos.
127	Revisão sistemática 1991	Período 1972 a 1990 + 1296 casos relatados pelo Food and Drug Administration	Cimetidina, ranitidina, famotidina e nizatidina em pacientes internados e ambulatoriais. Efeitos adversos sobre sistema nervoso central.	Desorientação (45%); agitação, hostilidade ou delírio (22%); alucinações (18%); obnubilação ou sonolência (7%); alterações de estado mental (5%); psicose ou paranóia (3%). A maior parte das reações desapareceram após 3 dias de suspensão da droga e todas após 7 dias. A freqüência em pacientes ambulatoriais foi 0% a 0,16% e nos internados em UTI, 0,38% a 80%. Dois ensaios compararam as drogas entre si e não houve diferença entre cimetidina, ranitidina e famotidina. Os pacientes psiquiátricos ou em uso de drogas psicotrópicas não

				tiveram risco aumentado para estas manifestações. Apenas dados de ensaios não controlados encontraram risco maior para hepatopatas e nefropatas. Os pacientes ambulatoriais puderam ser manejados com a suspensão da droga ou substituição por outra similar; para os internados, o procedimento foi semelhante, mas algumas vezes foi necessário o emprego de drogas anti-psicóticas nos casos de maior agitação.
141	Guidelines 1999	Adultos e crianças	Prevenção de úlcera de estresse	Adultos: Profilaxia é recomendada para pacientes em UTI: coagulopatia; ventilação mecânica > 48 horas; história de sangramento ou úlcera gastroduodenal até há um ano da internação em UTI; com a associação de dois ou mais dos seguintes: sepse; permanência em UTI > 1 semana; sangramento oculto > seis dias doses altas de corticoesteróides (> 250mg de hidrocortisona ou equivalente). Indicações para populações especiais: escore de Glasgow para coma < 10 (ou inabilidade de obedecer a comandos simples); queimaduras > 35% superfície corpórea; pacientes em UTI com "hepatectomia parcial;

				<p>politraumatizados; transplantados em pós-operatório; lesão medular.</p> <p>Pediatria (> 1 mês de idade): insuficiência respiratória; coagulopatia; PRISM > 10; queimaduras graves.</p> <p>Drogas de escolha: antiácidos, bloqueadores H2 e sucralfato.</p>
142	ECR 1999	1077 adultos em ventilação mecânica	<p>Antiácidos, ranitidina ou sucralfato</p> <p>Incidência e fatores de risco para sangramento digestivo</p>	<p>Sangramento clinicamente importante: 30/177 (2,8%), ou 1,93/1000 dias de UTI. Os casos ocorreram, em 75% das vezes, nas duas primeiras semanas. O risco cumulativo aumentou com o tempo de internação.</p> <p>Fatores associados ao sangramento: plaquetopenia, creatinina máxima, provas hepáticas máximas, componente máximo do comprometimento pulmonar.</p> <p>Preditores independentes:</p> <p>Nível sérico máximo de creatinina RR 1,16 (IC95%: 1,02 a 1,32)</p> <p>Nutrição enteral RR 0,30 (IC95% 0,13 a 0,67)</p> <p>Uso de ranitidina: RR 0,39 (IC 95%: 0,17 a 0,83).</p> <p>Ação protetora da ranitidina diminuiu com o tempo de permanência na UTI: RR no 5º. dia = 0,18; no 10º. dia</p>

				<p>= 0,26; no 15^o. dia = 0,40.</p> <p>Houve menos sangramento com ranitidina nos pacientes com dieta zero do que com sucralfato.</p>
143	ECR 1998	1200 adultos em ventilação mecânica	<p>Sucralfato, vs. ranitidina.</p> <p>Sangramento manifesto ou clinicamente importante; pneumonia; mortalidade</p>	<p>Sangramento clinicamente importante: ranitidina melhor que sucralfato RR:0,44 (IC95%:0,20 a 0,92) P=0,02.</p> <p>Pneumonia associada à ventilação: RR:1,18 (IC95%: 0,92 a 1,51).</p> <p>Mortalidade e duração da internação em UTI: sem diferença significativa.</p>
130	ECR 1998	158 adultos em UTI após cirurgia	<p>Placebo vs. pirenzepina vs. Ranitidina.</p> <p>Pneumonia; sangramento; mortalidade.</p>	<p>Pneumonia Sangramento Mortalidade</p> <p>Ranitidina 10/57 (17,5%) 10/44 (22,7%)</p>

				<p>10/57 (17,5%)</p> <p>Pirenzepina 3/57 (5,3%) 3/44 (6,8%) 2/57 (3,5%)</p> <p>Placebo 7/57 (12,3%) 12/44 (27,3%) 12/57 (21,1%)</p> <p>Diferenças não significantes entre as taxas.</p>
144	ECR 1998	10 crianças em UTI	Ranitidina vs. famotidina. Manutenção de pH>4	Famotidina elevou o pH gástrico ≥ 4 durante mais tempo que a ranitidina (P = 0,004).
145	ECR 1998	25 adultos em ventilação mecânica	Ranitidina vs. placebo. Manutenção de pH>4	Ranitidina aumentou significativamente o pH gástrico sem alterar o pH intracelular.

146	ECR 1998	140 adultos	No pós-operatório, sucralfato vs. Antiácidos vs. Placebo. Manutenção de pH; colonização; pneumonia.	O pH foi afetado pelo tipo de tratamento. A colonização do trato respiratório por germe gástrico foi mais freqüente no grupo que tomou antiácidos e a ocorrência de pneumonia esteve associada à colonização de vias aéreas.
147	ECR 1998	53 adultos	Sucralfato vs. Cimetidina. Manutenção de pH>4; fatores de risco; colonização.	Pacientes com insuficiência respiratória e risco elevado de morte tiveram pH médio de $1,96 \pm 1,5$ no início do estudo. Não houve diferença significativa no controle do pH e na taxa de colonização. Não houve correlação entre a gravidade da doença (APACHE II) e os valores da mediana de 24 horas do pH gástrico.
148	ECR 1997	67 adultos em UTI	Omeprazol vs. Ranitidina. Sangramento clínicamente	ranitidina omeprazol P

			importante; Pneumonia.	<p>Fatores de risco prévio para sangramento</p> <p>2,7</p> <p>1,9</p> <p>> 0,05</p> <p>Sangramento importante</p> <p>11/35 (31%)</p> <p>2/32 (6%)</p> <p>< 0,013</p> <p>Pneumonia nosocomial</p> <p>5/35 (14%)</p> <p>1/32 (3%)</p> <p>> 0,05</p> <p>Úlcera estresse em 27 c/ endoscopia</p> <p>14/15 (93,3%)</p> <p>11/12 (91,7%)</p> <p>NS</p>
149	ECR	48 recém-	Ranitidina profilática	Exame histológico normal foi mais comum com

	1997	nascidos termo e pré termos em ventilação mecânica iniciada > 2h de vida	vs. Placebo. Colonização; úlcera; complicações após a alta; mortalidade.	Ranitidina (RR:0,51; NNT: 2,4; P=0,004). Nenhuma criança tratada apresentou úlcera, enquanto nos controle a frequência foi de 32%.
150	ECR 1996	Adultos em ventilação mecânica	Sucralfato vs. Antiácidos vs. Ranitidina. Colonização; pneumonia e mortalidade.	Pneumonia foi mais comum nos pacientes onde houve colonização retrógrada por gram-negativos do estômago para a traquéia, mas isto aconteceu em apenas 13% de todas as pneumonias. Mortalidade em pacientes com pneumonia não foi diferente entre os três grupos. A mortalidade do grupo que usou antiácidos foi maior (P= 0,046), mas não teve como causa hemorragia ou pneumonia.
151	ECR 1994	67 adultos em UTI > 5 dias de ventilação mecânica	Gentamicina tópica na orofaringe vs.placebo. Todos com sucralfato.	Gentamicina placebo P

			<p>Colonização gástrica e traqueal; tempo de ventilação mecânica; mortalidade.</p>	<p>Pneumonia nosocomial 3% 12% Não significante</p> <p>Ventilação mecânica (dias) 15,8 ± 11,1 19,9 ± 37,5 Não significante</p> <p>Mortalidade 27% 41% Não significante</p> <p>Colonização gástrica 12% 44% < 0,05</p> <p>Colonização traqueal 12%</p>
--	--	--	--	--

				41% < 0,05 * 13/15 (87%) bactérias que apareceram no grupo Gentamicina eram resistentes à Gentamicina.
152	ECR 1994	98 pacientes com traumas e ventilação mecânica	Sucralfato vs. Ranitidina. Úlcera; pneumonia; morte.	Riscos não diferentes para sangramento macroscópico, pneumonia, tempo de ventilação mecânica, e mortalidade.
130	ECR 1994	244 adultos em UTI médico-cirúrgica sob ventilação mecânica	Ranitidina vs. antiácidos vs. Sucralfato. Sangramento; colonização; pneumonia.	Sangramento macroscópico: P > 0,2. Pneumonia precoce: P > 0,2. Mortalidade: diferença não significativa. Colonização gástrica menos freqüente com sucralfato: P < 0,015. PH mais baixo com sucralfato: P < 0,001. Pneumonia de instalação tardia menos freqüente com sucralfato: P < 0,02.
153	ECR 1994	79 crianças em pós-operatório de	Ausência de tratamento vs. Pirenzepina ou	Foram mais freqüentes as úlceras nos casos sem profilaxia (25% e 2% P < 0,05).

		cirurgia cardíaca	Famotidina. Úlcera.	
154	ECR 1994	1126 adultos em UTI	Nizatadina vs placebo Necessidade de antiácidos para controle de pH, efeitos adversos	Grupo nizatadina necessitou menor quantidade de antiácidos para controlar pH ($P < 0,001$); efeitos adversos foram semelhantes em ambos os grupos.
155	ECR 1994	26 adultos em UTI sob ventilação mecânica	Sucralfato vs. Placebo. Úlcera.	Na admissão, 21,7% tinham erosões agudas por estresse e nenhuma úlcera. No 3º. dia a frequência passou a ser 37,5% para o grupo sucralfato e 88,9% para o controle, $P < 0,05$. No total, 7 desenvolveram úlcera no grupo controle e 1 no grupo intervenção, $P < 0,05$. Colonização gástrica e pneumonia foram semelhantes.
156	ECR 1993	139 pacientes gravemente enfermos em hospital geral	Sucralfato vs. Cimetidina. Sangramento	Frequência de sangramento foi semelhante, cimetidina (2/71.) e sucralfato (2/68)

157	ECR 1993	83 pacientes com traumas graves sob ventilação mecânica	Sucralfato vs. Ranitidina . Pneumonia.	Risco de pneumonia foi semelhante (P = 0,8805). Não houve sangramento clinicamente importante.
158	ECR 1993	140 adultos de UTI médico-cirúrgica	Cimetidina vs. Sucralfato. Pneumonia; hemorragia; mortalidade.	Pneumonia: Cimetidina 12,5% e sucralfato 13,8% (P>0,05) Hemorragia: Cimetidina 3,6% e sucralfato 3,4% (P>0,05).
159	ECR 1993	56 adultos em ventilação mecânica	Famotidina vs. Ranitidina. Manutenção de pH>4; sangramento.	PH gástrico foi significativamente mais alto com famotidina ($6,3 \pm 0,2$ x $5,8 \pm 0,6$ P < 0,05). Nenhum paciente apresentou hemorragia ou nenhum efeito adverso, exceto um caso de agitação psicomotora.
160	ECR 1993	131 adultos em UTI com pelo menos um fator de risco para	Cimetidina vs. Placebo. Manutenção de pH>4; Úlcera; fatores de	Cimetidina controlou o pH, previniu sangramento (P< 0,009). Nenhum paciente que recebeu cimetidina apresentou pneumonia vs 7% no grupo placebo. Os fatores de risco para sangramento não foram

		úlceras de estresse	risco; pneumonia.	predictivos.
161	ECR 1993	167 adultos com trauma craniano grave (Glasgow \leq 10), queimadura <20%.	Ranitidina vs. Placebo. Sangramento; pneumonia; fatores de risco.	Com dois, três a cinco e mais do que cinco fatores de risco, a incidência de sangramento foi, para o grupo placebo: 20%, 20% e 18% e, para o grupo ranitidina: 0%, 5% e 0%, respectivamente. Nenhum fator de risco individualmente teve efeito significativo na frequência de sangramento, sangramento aconteceu apenas quando pelo menos dois fatores de risco estavam presentes e sua incidência não aumentou com o aumento de fatores de risco presentes. Nenhum sangramento ocorreu em quatro pacientes sem nenhum fator de risco. O risco de pneumonia foi semelhante.
162	ECR 1992	165 crianças em UTI com um ou mais riscos de úlcera de estresse	Placebo vs. Antiácidos vs. Ranitidina vs. Sucralfato. Úlcera de estresse.	Profilaxia com amalgamato, ranitidina ou sucralfato reduzem a ocorrência de úlcera de estresse em crianças gravemente enfermas: controle: 20%, amalgamate 5,7%, ranitidina 8,5%, sucralfato 2,8%)

163	ECR 1992	145 adultos sob ventilação mecânica > 3 dias	Drenagem sub-glótica (DSS) sim e não e sucralfato ou antiácidos. Pneumonia; colonização.	Menos colonização, menor frequência e maior tempo até o início de pneumonia com DSS. Risco de pneumonia semelhante entre sucralfato (17,8%) e antiácidos (23,6%).
164	ECR 1992	127 adultos em pós- operatório sob ventilação mecânica.	Misoprostol vs. Cimetidina. Úlcera e mortalidade.	Pacientes em pós-operatório que necessitam ventilação mecânica e desenvolvem hipotensão ou sepse têm alto risco de sangramento digestivo, mesmo em uso de profilaxia. Misoprostol e cimetidina foram semelhantes na proteção contra úlcera de estresse. SARA, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática, coagulopatia e sangramento digestivo associaram-se a maior mortalidade.
165	ECR 1992	34 adultos com tétano / em UTI c/ traqueostomia	Ranitidina vs. Placebo. Colonização e pneumonia.	PH mais alto com ranitidina $P < 0.05$ Colonização gástrica: semelhante. Pneumonia: mais frequente com ranitidina $P < 0.01$. Colonização prévia pelo patógeno da pneumonia: mais frequente com ranitidina $P > 0.05$.

				Hemorragia digestiva alta: sem diferença para os dois grupos.
166	ECR 1991	60 adultos em ventilação mecânica	Ranitidina vs. Sucralfato Úlcera de estresse e pneumonia	Erosão ou úlcera endoscópica na admissão 13.5%, no 4º. dia, 18% com sucralfato e 36% com ranitidina (não significante). O pH médio mais alcalino com ranitidina (P < 0,01). Colonização com bacilos aeróbicos Gram-negativos 64.3% com ranitidina e 23,8% com sucralfato (P < 0,01). Pneumonia: mais freqüente com ranitidina P < 0,05.
132	ECR 1991	97 adultos em ventilação mecânica	Placebo vs. Sucralfato vs. Ranitidina. Úlcera e mortalidade.	Ocorrência global ulcerações por estresse foi de 15,6% e de sangramento, 6,2%. Não houve diferença significativa entre os grupos estudados para as ulcerações por estresse (3/30, 1/24 e 2/19, para o grupo placebo, sucralfato e ranitidina respectivamente P = 0,08) e para sangramento (1/30, 1/24 e 2/19, respectivamente P = 0,12). Não houve morte secundária ao sangramento.
167	ECR 1991	Pacientes com trauma em UTI	Antiácidos vs. Cimetidina vs. Sucralfato.	Em pacientes com trauma a incidência de pneumonia não aumentou com o uso de drogas profiláticas de ulcera que elevam o pH gástrico. O aumento do pH gástrico esteve associado a uma

			Manutenção de pH>4; pneumonia	maior colonização gástrica, mas não com a ocorrência de pneumonia relacionada a colonização gástrica. Embora microrganismos do trato GI superior possam ser causadores de pneumonia, eles são raramente causas de bacteremia.
168	ECR 1991	100 adultos em enfermaria com doenças graves	Antiácido vs. Placebo. Sangramento.	Sangramento: maior risco no grupo controle. (22,9% e 1,9%). Dois ou mais fatores de risco estiveram associados a maior ocorrência de sangramento (P < 0,05). Insuficiência respiratória e uso de corticoesteróides associaram-se à ocorrência de sangramento maior (P < 0,05 para ambos). É recomendável a profilaxia com antiácidos para portadores de doenças graves em enfermaria.
169	ECR 1991	57 adultos em pós-operatório de <i>by pass</i> coronária-no	Cimetidina vs. ranitidina vs. famotidina vs. Antiácido. Manutenção de pH>4.	Melhores resultados com famotidina e com ranitidina (P < 0,003). Efeitos adversos (hematológicos e neurológicos) foram notados apenas com cimetidina. Conclusão: as drogas preferidas seriam a famotidina e a ranitidina.

170	ECR 1990	298 adultos graves em pós-operatório	Meciadanol vs Sucralfato vs. Maalox Manter pH > 4	Ocorrência de sangramento: diferenças não significantes entre as drogas. Não houve associação entre a ocorrência de sangramento e a gravidade da doença. Sangramento foi mais freqüente em pacientes mais idosos.
171	ECR 1990	107 pacientes em UTI pós-cirurgia cardíaca	Pasta e solução oral com polimixina, gentamicina e nistatina + antiácidos ou bloqueadores H2 vs. Sucralfato. Colonização gástrica; pneumonia; mortalidade.	Colonização por bacilos Gram negativos menos freqüente com descontaminação (12% x 55%, P = 0,001), o mesmo para as infecções por Gram negativos (6% x 20%), P = 0,02) e também para a ocorrência de infecções em geral (12% x 27% P = 0,04). Pneumonia: descontaminação 1/51 (1,9%); sucralfato 5/56 (8,9%). Mortalidade e tempo de permanência em hospital semelhantes. Uso de antibióticos foi 1/3 menor no grupo com descontaminação, sem aumento na taxa de resistência antimicrobiana.
172	ECR	40 pacientes	Placebo vs.	PH gástrico maior no grupo com profilaxia: P < 0,001.

	1990	adultos graves pós-neurocirurgia	Ranitidina + anti-ácidos. Manutenção de pH>4; sangramento	Incidência de úlcera de estresse após 5 dias semelhante. Nenhum paciente teve sangramento clinicamente importante.
173	ECR 1989	281 adultos	Antiácidos vs misoprostol PH e úlcera de estresse	PH elevou-se nos dois grupos e não houve diferença na ocorrência de úlcera de estresse entre os tratamentos empregados.
174	ECR 1989	25 adultos em UTI	Descontaminação vs. Placebo. Todos receberam antiácido e um grupo também m bloqueador H2. Colonização	Todos estavam colonizados com bactérias Gram negativas no estômago no 4º. dia e 40% estavam com <i>Candida sp</i> no 8º. dia. Coincidência de microorganismo gástrico com o de secreção tráqueo-brônquica 65,7%, com o de sangue 5,7%, com o de urina 5,7% e em ferimentos 11,4%. O uso de antibióticos não impediu que colonização tráqueo-brônquica precedida de colonização gástrica. Conclusão: Colonização em pacientes alcalinizados é universal, é fonte comum de infecção em outros locais e não é evitável com o uso de antibióticos.

175	Coorte prospectiva 1998	881 crianças em UTI (3 dias - 18 anos)	Sangramento clinicamente importante.	46%: ventilação mecânica; 10,8%: nutrição enteral; 10,9%: profilaxia para sangramento GI. Mortalidade: 5,5%; sangramento GI: 10,2%. Complicações do sangramento GI: queda de Hb (10/16); transfusão (10/16), hipotensão(3/16), cirurgia (1/16). Fatores de risco: insuficiência respiratória (OR: 10,2 IC95%: 2,8 a 30,3), coagulopatia (o mais significantes P = 0,0002) e escore PRISM \geq 10. Três fatores de risco simultaneamente: 9/16 (56,2%) Dois fatores de risco: (14/16) 87,5% Nenhum fatir de risco: (1/16) 6,3%
176	Coorte prospectiva 1998	45 crianças em UTI (2 semanas - 264 meses.)	Ranitidina. Manutenção de pH>4	71% dos que receberam doses de ranitidina < 3 mg/kg/dia não conseguiram um adequado controle de pH, contra 19% dos tratados com \geq 3mg/kg/dia (P< 0,05). O controle adequado do pH não esteve associado à nutrição, à intubação, ao uso de bloqueadores neuromusculares, às drogas vasoativas ou à idade (P>0,05).
177	Coorte	874 adultos	Papel do <i>H. pylorii</i>	Mortalidade: 49% se sangramento franco e 15% no

	prospectiva 1996	em UTI	como fator de risco	grupo que não sangrou, $P < 0,001$. Fatores de risco identificados para sangramento: insuficiência hepática, sonda nasogástrica persistente, alcoolismo, aumento dos níveis intra- gástricos de IgG anti <i>H. pylori</i> .
178	Coorte prospectiva 1994	2252 adultos em UTI	Fatores de risco	Sangramento clinicamente importante: 1,3%. Dois fatores de risco independentes foram identificados: insuficiência respiratória necessitando ventilação mecânica > 48 horas (OR:15,6) e coagulopatia (OR:4,3). Dos 37,6% que apresentaram pelo menos um destes dois fatores de risco, 3,7% (IC95% 2,5% a 5,2%) tiveram sangramento importante. Dos 62,3% restantes, apenas 0,1% (IC95%: 0,02 a 0,5%).tiveram sangramento importante Mortalidade: 48,5% no grupo com sangramento e 9,1% nos demais ($P < 0,001$). Conclusão: Poucos pacientes têm sangramento importante, portanto a medicação profilática deve ser indicada naqueles com fatores de risco.
179	Coorte	208 crianças	Nenhuma intervenção	25% apresentaram sangramento. Não houve

	prospectiva 1992	em UTI	Fatores de risco e sangramento.	associação com sexo, idade, raça ou peso. Diagnósticos associados a sangramento: choque, cirurgia > 3 horas de duração; trauma. Não houve seqüela associada ao sangramento. O uso de antagonista H2 diminuiu a progressão do sangramento.
180	Coorte retrospectiva e prospectiva 2000	189 recém-nascidos em UTI	Fatores de risco e ocorrência de úlcera	20% apresentaram sinais de sangramento. No estudo retrospectivo, ventilação mecânica foi o único fator de risco (OR 4,06; IC95%: 1,21 a 12,3). Na fase prospectiva, apenas pacientes em ventilação mecânica foram avaliados e 53% apresentaram lesões gástricas; outros três fatores de risco foram: distócia de parto, parto demorado e hipotensão após o nascimento.
181	Coorte retrospectiva 1996	304 pacientes em UTI (trauma, pós-operatório e complicações cirúrgicas)	Profilaxia vs. não profilaxia	13/304 (4%) apresentaram sangramento relacionado à úlcera de estresse, 11/251 (4%) do grupo tratado e 2/53 (4%) do grupo não tratado, P = 0,86.
182	Análise de	Adultos em	Cimetidina ou	Sucralfato: custo médio = U\$1.144 / sangramento

	decisão e custo-efetividade 1996	UTI	Sucralfato vs. Placebo Sangramento e custo de tratamento	evitado U\$103.725 / sangramento evitado em pacientes de baixo risco Cimetidina: custo 6,5 vezes maior do que os do sucralfato. Conclusão: custos são proibitivos para pacientes de baixo risco
183	Ensaio não aleatorizado 1998	16 recém-nascidos termo e pré termo em UTI	Ranitidina IV em doses diferentes. Manutenção de pH>4	Recém-nascido de termo e pré-termo são capazes de produzir ácido em mucosa gástrica. Ranitidina aumentou o pH, interrompeu o sangramento e não houve efeito adverso. O efeito de uma única dose persistiu por mais tempo nos pré-termos. O período necessário para atingir pH máximo foi maior nos pré-termos. Houve relação entre dose, duração e grau de elevação do pH. Dose ótima para pré-termos foi 0,5mg/kg/dose duas vezes por dia e para os de termo, 1,5mg/kg/dose três vezes por dia.
184	Ensaio não aleatorizado 1995	Adultos em UTI	Famotidina em bolus versus uso contínuo. Manutenção de pH>4	Famotidina em uso contínuo manteve pH mais elevado durante mais tempo, embora o tempo de latência para o início da ação tenha sido maior.

185	Ensaio não aleatorizado 1995	40 adultos em UTI	Famotidina em infusão contínua ou a cada 12h. Manutenção de pH>4; sangramento; mortalidade.	Uso contínuo (grupo 1) teve melhores resultados no controle do pH: 83% versus 63% (P<0,001) Não houve diferença para a ocorrência de sangramento e de mortes.
186	Ensaio não aleatorizado 1994	183 pacientes em UTI sob ventilação mecânica por mais de 48h	Profilaxia mantida se já em uso. Todos: descontaminação seletiva: cefotaxima; polimixina, tobramicina e anfotericina B de uso tópico na orofaringe e estômago. Sangramento ou úlcera de estresse	O score médio Tryba para sangramento relacionado a úlcera de estresse foi 38. 17 já estavam usando profilaxia: 12 antagonista H2 e 17 sucralfato. Um paciente, sem profilaxia, (0,6%) desenvolveu sangramento macroscópico.

187	Ensaio não aleatorizado 1994	16 crianças em UTI	Ranitidina IV: ataque + infusão contínua vs. intermitente. Manutenção de pH>4; fatores de risco.	Ao houve diferença significativa entre os dois regimes de tratamento. Não houve correlação entre os escores de gravidade e os valores do pH gástrico.
188	Ensaio não aleatorizado 1993	Crianças em UTI	Crianças. Ranitidina IV para todos PH gástrico e fatores de risco.	Pacientes com doenças mais graves (PRISM \geq 20) ou com doenças neurológicas tiveram pH gástrico mais baixo do que o restante (P=0,008) e permaneceram mais tempo com pH < 4 (P=0,003). O controle do pH foi insuficiente em 100% dos pacientes mais graves ou com doenças neurológicas e apenas em 20% dos demais P=0,01.
189	Ensaio não aleatorizado 1993	18 adultos pós-operatório em UTI	Ranitidina em doses alternadas ou infusão contínua. Manutenção de pH>4	A elevação do pH com tratamento foi de 1,9 para 5,4 (P < 0,01) no contínuo e de 1,55 para 2,65 (P < 0,02) em bolus. O pH foi mantido > 4 em 52%, (P = 0,01) no uso contínuo e em 40% (P = 0,08) em bolus, quando comparado com 10,8% e 6,2% para os períodos

				<p>basais respectivos.</p> <p>Conclusão: Não há diferença significativa entre os dois modos de uso, embora haja tendência a melhores resultados com o uso contínuo.</p>
190	Ensaio não aleatorizado 1992	30 adultos em UTI	<p>Placebo e a seguir ranitidina.</p> <p>Manutenção de pH>4</p>	<p>10/30 pacientes se mostraram hipossecretorios (pH>4) sem tratamento, portanto, uma parte considerável de pacientes de UTI pode não necessitar profilaxia.</p> <p>Nos pacientes normossecretorios, ranitidina elevou o pH quando comparada com placebo (P < 0,0001).</p>
191	Ensaio não aleatorizado 1992	23 adultos em UTI: trauma; neuro-cirurgia	<p>Alimentação gástrica normal (pH= 6,5) vs. Alimentação duodenal normal (pH = 6,5) vs. Alimentação gástrica acidificada (pH = 3,5).</p> <p>Manutenção de pH>4; colonização;</p>	<p>Permaneceram estéreis 7/8 (87,5%) com alimentação acidificada e 5/15 (33,3%) dos demais (P < 0,027).</p> <p>Não houve diferença entre os grupos quanto à ocorrência de sangramentos.</p>

			sangramento.	
--	--	--	--------------	--