
Editorial

UNIDADE DE SANGRANTES – PRESENTE E FUTURO

O PRESENTE

O advento das Unidades de Sangrantes (US) radica, no essencial, em três ordens de razões: o elevado número de casos de hemorragia digestiva alta que aflui aos serviços de urgência hospitalar; a enorme quantidade de variáveis que pode condicionar a evolução daquelas situações; e, por último, a diversidade de meios técnicos e humanos envolvidos no seu cuidado e tratamento (1,2).

Concretizando, as US surgem, assim, da necessidade de solucionar um conjunto variegado de problemas suscitado pelos episódios de hemorragia digestiva alta, a saber: ressuscitação adequada executada por pessoal devidamente treinado; realização atempada (primeiras 6/12 horas após a admissão) de uma endoscopia digestiva alta com propósitos diagnósticos, terapêuticos e prognósticos; estratificação dos doentes em categorias de risco, através de “scores” quantitativos devidamente validados; monitorização intensiva dos enfermos de alto risco em estruturas físicas convenientemente apetrechadas; execução de cirurgia urgente ou electiva precoce sempre que tal se revele necessário; coordenação dos profissionais de saúde envolvidos; optimização dos recursos técnicos disponíveis; unificação dos conceitos terminológicos empregues; e, por fim, elaboração de protocolos conjuntos de actuação, cuja eficácia deve ser periodicamente avaliada (1).

Todavia, os objectivos das US não se esgotam na resolução casuística dos problemas antes assinalados, devendo visar mais longe e mais alto, num esforço de não confundir a árvore com a floresta. Com efeito, constituem igualmente desígnios incontornáveis da US: o ensino pós-graduado, a investigação clínica e, como é óbvio, a redução das taxas de mortalidade associadas às situações de hemorragia digestiva (1,2).

No que respeita ao ensino, a filosofia subjacente à criação das US baseia-se no conceito de que a Gastreenterologia, a exemplo de outras Especialidades, deve oferecer uma assistência integral aos seus doentes, desde o primeiro sintoma na consulta externa até à complicação mais grave. Esta concepção – vertida, desde há já alguns anos, nas exigências curriculares do internato da

Especialidade –, implica que o gastreenterologista conheça e saiba aplicar as técnicas elementares de reanimação (as quais são idênticas para todas as áreas do saber médico), pois ninguém melhor do que ele está habilitado a tomar as decisões clínicas e a aplicar as técnicas de hemostase não-cirúrgica que o controlo dos episódios de hemorragia digestiva alta envolve. Deste modo, a formação pós-graduada e a educação contínua de médicos (não só gastreenterologistas mas também internistas e cirurgiões) e enfermeiros é um dos objectivos primordiais das US, exercendo-se sob duas formas: directa e indirecta. No primeiro caso, incide sobre os profissionais de saúde que estagiam nas US, tendo em vista a aquisição de competências e/ou a actualização, aperfeiçoamento e aprofundamento dos conhecimentos. No segundo caso, os elevados padrões qualitativos de funcionamento destas Unidades exercem um efeito pedagógico sobre o resto do Hospital onde se inserem (1).

No que se refere, por sua vez, à actividade de investigação, o seu desenvolvimento nas US é propiciado, quer pelo rigor da assistência clínica protocolizada nelas praticada, quer pela visão multidisciplinar que preside à análise de cada caso e à aferição objectiva do valor de cada procedimento, numa atitude de espírito aberta à incorporação de novas metodologias e à avaliação da sua real eficácia através do método científico. Neste contexto, a investigação nas US deve ser encarada, não como uma mera consequência da actividade assistencial, mas antes como um objectivo em si mesmo (1,2).

Finalmente, e no que concerne ao objectivo último das US – qual seja, a redução da mortalidade associada aos episódios de hemorragia digestiva –, encontram-se hoje em dia bem comprovadas as mais valias que, neste particular, aquelas Unidades proporcionam. Tal é o caso, paradigmático, dos acidentes hemorrágicos por úlcera péptica, surgidos em doentes de alto risco, cuja taxa de mortalidade passou dos mais de 30% anteriormente verificados para menos de 10% (1,3).

O FUTURO

Pelos indícios já surgidos, tudo indica que o novo

milénio irá trazer, no que à prestação dos profissionais de saúde diz respeito, dois grandes tipos de condicionantes: doentes cada vez mais idosos e uma pressão cada vez maior no sentido da redução dos custos (3,4). Estas circunstâncias são, como é fácil de ver, contraditórias entre si, reclamando da parte dos responsáveis políticos uma maneira nova de servir, em que a intenção de construir para o futuro prevaleça sobre a paixão efémera e inconsequente do presente. E o futuro, no âmbito das situações de hemorragia digestiva, são indubitavelmente as US, como as condicionantes antes referidas virão progressivamente a tornar mais evidente.

Com efeito, só as US permitirão assegurar um nível qualitativamente adequado de assistência ao número crescente de enfermos idosos que afluirão aos serviços de urgência hospitalar, acometidos por episódios de hemorragia digestiva alta. De facto, o aumento de prevalência da patologia associada severa que a idade avançada acarreta, fará cair, por si só, a maior parte destes doentes no grupo de alto risco, para o qual, afinal, as US primordialmente se destinam (3).

Da mesma forma, e por mais paradoxal que eventualmente pareça, as US poderão ainda contribuir para uma apreciável redução dos custos associados às situações de hemorragia digestiva. Com efeito, a estratificação dos doentes em diferentes categorias de risco – através da aplicação de “scores” numéricos devidamente validados, baseados em parâmetros clínicos e endoscópicos – irá possibilitar uma aferição mais precisa do nível de cuidados médico-cirúrgicos requerido, propiciando, deste modo, uma optimização da gestão dos recursos de saúde disponíveis. Assim, se para os enfermos incluídos no grupo de alto risco está indicado o internamento numa US, como atrás foi salientado, e nos doentes do grupo de risco intermédio se recomenda a sua admissão numa enfermaria hospitalar de rotina, os pacientes pertencentes ao grupo de baixo risco, por seu lado, podem ser tratados numa unidade de saúde menos diferenciada ou, mesmo, em regime ambulatorio (3,4).

Visiona-se, assim, um futuro promissor para as US e – na esperança do que agora é excepção passe amanhã a ser regra – a sua disseminação pelo tecido hospitalar do

nosso país, de modo a que todos os portugueses possam vir a usufruir, quando tal se revelar necessário e no mais curto prazo possível, dos benefícios que aquelas Unidades facultam, como aliás o princípio da solidariedade nacional impõe.

José Manuel Romãozinho

*Serviço de Gastrenterologia (UCIGE), Hospitais da
Universidade de Coimbra*

Correspondência:

José Manuel Romãozinho
Serviço de Gastrenterologia
Hospitais da Universidade de Coimbra
Praceta Prof. Mota Pinto
3000 Coimbra
Tel./Fax: 239 701 517

BIBLIOGRAFIA

1. Romãozinho JM, Lopes H, Camacho E, Ferreira M. Unidade de Cuidados Intensivos. In: Hemorragias Digestivas Altas (D. Freitas & C. Sofia, eds.), Biblioteca Gastrenterológica (F. Carneiro Chaves, ed.), Permanyer Portugal 1997, pgs. 83-89.
2. Terés J. Las unidades de sangrantes. In: Hemorragia Digestiva Alta (J. Terés & J.M. Bordas & J. Bosch, eds.), Monografias Clinicas en Gastroenterologia, Ediciones Doyma SA, Barcelona 1991, pgs. 167-171.
3. Romãozinho JM, Amaro P, Ribeiro B, Ferreira M, Camacho E, Rodrigues V, Freitas D. Avaliação de um “Score Numérico de Risco” na Úlcera Péptica Sangrante tratada numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia. GE – Jornal Português de Gastrenterologia 1999, 6: 94-100.
4. Woods KL. Upper GI Bleeding: Endoscopy in the Dark? (Timing, Techniques and Outcome). In: Clinical Gastroenterology in the New Millennium/Board Review, American College of Gastroenterology, Annual Postgraduate Course 1999, pgs. 53-63.