

A abordagem endoscópica das lesões também está seguramente diferente, pois ao contrário do que era feito em 2006 com injeção de adrenalina e esclerosante, mudou-se de atitude, quando foi verificado que a adição de esclerosante à injeção de adrenalina não acrescentava eficácia nem à hemostase, nem às recidivas hemorrágicas das úlceras.

Por outro lado a generalização do uso de *clips* hemostáticos, de árgon plasma e outros métodos térmicos, mudou seguramente o prognóstico das hemorragias agudas por úlceras relacionadas com os AINEs, esperando-se uma oportuna actualização deste interessante trabalho, especialmente no que concerne ao impacto destas técnicas nos prognósticos das hemorragias.

Por último, foi bem demonstrado que há vantagens em fazer IBPs em perfusão, depois da hemostase endoscópica¹².

Dado, como se viu, haver profundas modificações introduzidas nos últimos anos neste contexto, seria altamente recomendável que este estudo fosse repetido, particularmente num modelo prospectivo, quem sabe por exemplo em 2011, cinco anos depois do trabalho em discussão...!

REFERÊNCIAS

1. Couto G, Macedo G, Ribeiro F. Hemorragia digestiva alta associada ao consumo de ácido acetilsalicílico e de anti-inflamatórios não-esteróides em Portugal. Resultados do estudo PARAINES. GE - J Port Gastroenterol 2010;17:200-206.
2. Guidelines for prevention of NSAID related ulcer complications. Am J Gastroenterol 2009;104:728-738.
3. Kearney PM, Baigent C, Godwin J, et al. Do selective cyclooxygenase 2 inhibitors and traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs increase the risk of Atherothrombosis? Meta analysis of randomized trials. BMJ 2006;332:1302-1308.
4. Fries JF, Williams CA, Bloch DA, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drug associated gastropathy: incidence and risk factor models. Am J Med 1991;91:213-222.
5. Silverstein FE, Graham DY, Senior JR, et al. Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving nonsteroidal anti-inflammatory drugs - a randomized, double blind placebo controlled trial. Ann Intern Med 1995;123:241-249.
6. McQuaid KR, Laine L. Systemic review and meta-analysis of adverse events of low dose aspirin and clopidogrel in randomized controlled trials. Am J Med 2006;119:624-638.
7. Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Role of Helicobacter Pylori infection and non steroidal anti-inflammatory drugs in peptic ulcer disease: a meta-analysis. Lancet 2002;359:14-22.
8. Vergara M, Catalán M, Gisbert JP, et al. Meta-analysis: role of Helicobacter Pylori eradication in the prevention of peptic ulcer in NSAID users. Aliment Pharmacol Ther 2005; 21:1411-1418.
9. Scheiman JM, Yeomans ND, Talley NJ, et al. Prevention of ulcers by esomeprazol in at risk patients using non selective NSAIDs and COX 2 inhibitors. Am J Gastroenterol 2006;101:701-710.
10. Laine L, Curtis SP, Cryer B, et al. Assessment of upper gastrointestinal safety of etoricoxibe and diclofnac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and diclofnac arthritis long term (MEDAL) programme: a randomized comparison. Lancet 2007;369:465-473.
11. Rostom A, Muir K, Dubé C, et al. Gastrointestinal safety of cyclooxygenase -2 inhibitors: a Cochrane collaboration Systematic review. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:818-828.
12. Sung JJ, Barkun A, Kuipers EJ, et al. Intravenous esomeprazol for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: a randomized trial. Ann Int Med 2009;150:455-464.

AINEs e HDA em Portugal. Necessário insistir na gastro-protecção!

NSAIDs and upper bleeding in Portugal. It is necessary to insist in gastroprotection!

Gilberto Couto, Guilherme Macedo, Filipe Ribeiro

Agradecemos o interesse e os comentários do Dr. Alexandre Sarmiento e do Prof. Dr. Luís Carrilho Ribeiro, ao nosso artigo¹. É de sublinhar a revisão abrangente que faz o Dr. Alexandre

Sarmiento sobre a profilaxia e o tratamento da hemorragia digestiva alta associada ao consumo de anti-inflamatórios não esteróides e de ácido acetilsalicílico. Concordamos que algumas

das limitações do estudo poderão ser superadas por um estudo prospectivo e mais actual.

O Prof. Dr. Luís Carrilho Ribeiro dá-nos um contributo útil para explicar alguns dos nossos resultados, nomeadamente, os surpreendentemente baixos 15% de protecção gástrica na nossa amostra. Conforme sublinhámos, deve ser-se cauteloso na interpretação dos valores que conhecemos sobre o uso da gastro-protecção em Portugal. Se o inquérito de Dias Pereira *et al*² pode sobrestimar a percentagem de médicos que efectivamente “protege” os seus doentes (40%), a percentagem no nosso estudo certamente subestima este número, uma vez que analisámos apenas os doentes admitidos por hemorragia digestiva alta e desconhecemos quantos doentes não foram admitidos precisamente porque estavam adequadamente “protegidos”. A diferença entre as percentagens destes dois estudos^{1, 2} pode ainda ser explicada, além dos diferentes métodos e peso relativo dos factores de risco gastrintestinal considerados,

pela eventual não aderência dos doentes à profilaxia, na nossa amostra. Assim, podemos estimar que a realidade portuguesa no domínio da gastro-protecção estará algures entre os 15 e os 40%, intervalo onde evoluem as proporções de doentes de risco “protegidos”, nos últimos anos, numa série holandesa publicada recentemente³.

REFERÊNCIAS

1. Couto G, Macedo G, Ribeiro F. Hemorragia digestiva alta associada ao consumo de ácido acetilsalicílico e de anti-inflamatórios não-esteróides em Portugal. Resultados do estudo PARAINES. GE – J Port Gastrenterol 2010;17:200-206.
2. Dias Pereira A, Banhudo A, Nobre Leitão C, *et al*. AINES e protecção gástrica em Portugal. GE – J Port Gastrenterol 2008;15:41 abs 75.
3. Valkhoff VE, van Soest EM, Sturkenboom MC, *et al*. Time-trends in gastroprotection with nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). Aliment Pharmacol Ther 2010;31:1218-1228.