

Clinica Cirúrgica

COMO DIMINUIR O ÍLEO PÓS-OPERATÓRIO?

A atividade intestinal pode ficar prejudicada após cirurgias abdominais e extra-abdominais. A atividade do intestino delgado retorna ao normal em algumas horas, o estômago em 24 a 48 horas e o cólon em 3 a 5 dias. Essa atividade intestinal diminuída também é conhecida como íleo adinâmico ou íleo paráltico. O íleo adinâmico é diretamente proporcional ao trauma abdominal, isto é, quanto maior é o trauma ou a manipulação intestinal maior é o íleo. A anestesia geral com opiáceos ou anestesia peridural com morfina são causadores de íleo adinâmico. A peridural com bupivacaina diminui o íleo e a analgesia pós-operatória com opiáceos prolonga o íleo paráltico.

A deambulação precoce pós-operatória parece diminuir o período de íleo, além de prevenir a atelectasia, a pneumonia e a trombose venosa profunda. A inserção de sonda nasogástrica no pós-cirúrgico previne os vômitos, a náusea e os perigos da aspiração traqueal de secreções gástricas no pós-operatório com íleo adinâmico.

O uso de metoclopramida no pós-operatório diminui o período de íleo, além de permitir a retirada mais precoce da sonda nasogástrica. A cisaprida endovenosa também mostrou diminuição do período de íleo paráltico.

Deve-se evitar o uso de opiáceos na analgesia pós-operatória em favor do uso de anti-inflamatórios não-hormonais. A reposição hidroeletrólítica adequada no pós-operatório mostrou abreviação do íleo principalmente com soluções contendo sódio e potássio.

Em futuro próximo estarão disponíveis drogas opiáceas que propiciarão boa analgesia sem efeitos colaterais intestinais além de drogas específicas para aumentar a motilidade intestinal nos casos de íleo prolongado.

Conclusão: o íleo adinâmico ainda é um problema no pós-operatório de cirurgias abdominais, com etiologia multifatorial e deve ser tratado com diferentes abordagens de acordo com cada caso.

ELIAS JIRJOSS ILIAS

Referências

- 1) Luckey, A; Livingston, E; Tache, Y. Mechanisms and Treatment of Postoperative Ileus. Arch Surg. 2003; 138:206-214.
- 2) Baig, MK; Wexner, SD. Postoperative Ileus: A Review. Dis Colon Rectum 2004; 47: 516-526.

Medicina Farmacêutica

COMO ASSEGURAR BENEFÍCIO AOS PACIENTES APÓS SUA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISAS CLÍNICAS?

O desejo de colaborar com o desenvolvimento da ciência muitas vezes move os indivíduos a se engajarem em pesquisas clínicas, embora raramente o façam por esse motivo exclusi-

vamente. Geralmente, há associação de algum outro motivo que o impulsiona nesta direção e o acesso gratuito à medicação, por exemplo, pode ser um destes motivos; entretanto, o quanto ele de fato interfere nesta decisão não é, ainda, muito claro. O fornecimento da medicação durante o estudo é a regra, mas a sua continuidade após a conclusão da pesquisa clínica tem gerado importantes controvérsias. Até recentemente, o foco da discussão em pesquisa clínica vinha sendo a proteção aos direitos e bem-estar dos pacientes, o que seria assegurado através de um desenho apropriado do estudo, minimização dos riscos, revisão por um comitê independente e consentimento do paciente. Os códigos de ética e as legislações mantinham-se silenciosos quanto ao que aconteceria ao final do estudo¹.

A Declaração de Helsinque, no parágrafo 30, menciona, por exemplo, que "ao final do estudo, todos os participantes devem ter assegurado o acesso aos melhores métodos comprovados profiláticos, diagnósticos e terapêuticos identificados pelo estudo"². A posição do CIOMS (*Council for International Ethical Guidelines*) é de que o produto deve estar "razoavelmente disponível" para o país ou os habitantes da comunidade que hospedou o estudo, após sua conclusão. Exceções deveriam ser justificadas e acordadas por todos os envolvidos antes do início da pesquisa³.

Entretanto, ao tentar aplicar esses princípios, algumas questões emergem: quem seria responsável pelo acesso, quanto tempo deve durar este acesso pós-estudo, como seguir os pacientes fora de um contexto de estudo clínico, como assegurar que os potenciais eventos adversos serão adequadamente relatados, caso o medicamento/procedimento ainda não esteja disponível no mercado? Estas e outras questões não são, infelizmente, facilmente respondidas. Além disso, a própria definição do que é "razoavelmente disponível" (CIOMS) ou mesmo "os melhores métodos comprovados" (Declaração de Helsinque) não é muito simples. Com relação à primeira, "razoavelmente disponível" pode ser totalmente gratuito, subsidiado, disponível a preços de mercado ou disponível na rede pública. Já quanto ao termo utilizado na Declaração de Helsinque, dificilmente um único estudo prova definitivamente a eficiência de determinada intervenção.

A Conferência de Aspectos Éticos da Pesquisa em países em desenvolvimento (EARD), de 2001, já havia discutido o tema da "disponibilidade razoável", conforme consta do documento CIOMS. Este sugere que somente um tipo de benefício poderia justificar a participação dos pacientes em protocolos de pesquisa, quando existem várias outras opções de benefícios para a comunidade como, por exemplo: treinamento em cuidados de saúde, do pessoal da pesquisa, construção de dependências para cuidados de saúde e outras infra-estruturas relacionadas, provisão de medidas de saúde pública, fornecimento do tratamento "standard" disponível, etc.⁴. São todas alternativas que levam em consideração os vários modos que a comunidade pode se beneficiar com a pesquisa.

Avaliar quais são as percepções dos participantes de pesquisa e suas experiências com as pesquisas também é uma necessidade. A publicação destes dados poderia ajudar a encontrar soluções reais, plausíveis e definidas de acordo com o ponto de vista do próprio paciente. Enquanto isso, a decisão deve continuar sendo caso-a-caso e, obviamente, definida antes do início do estudo, para que o CEP possa revê-la e validá-la.

SONIA MANSOLDO DAINESI

Referências

1. Grady C. The challenge of assuring continued post-trial access to beneficial treatment. *Yale J Health Policy Law and Ethics* 2005, V:1, p. 425-35.
2. Workgroup report on the revision of paragraph 30 of the Declaration of Helsinki. Disponível em: http://www.wma.net/e/ethicssunit/pdf_wh_doh_jan2004.pdf. Acesso em 09/12/2005.
3. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Disponível em: http://www.cioms.ch/guidelines_nov_2002_blurb.htm. Acesso em 12/12/2005.
4. Moral Standards for Research in Developing Countries. From "Reasonable Availability to "Fair Benefits". *Hastings Center Report* 2004, 34 (3):17-21. [* | incorporado.WMF*]

Medicina Baseada em Evidências

EXISTE LUGAR PARA A MONITORIZAÇÃO ELETROENCEFALOGRÁFICA EM PACIENTES GRAVES?

A despeito do advento das técnicas de neuroimagem, como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, a eletroencefalografia continua sendo o exame mais difundido para avaliação da função cerebral¹. O eletroencefalograma (EEG) de rotina é uma ferramenta diagnóstica de baixo-custo, de elevada sensibilidade e especificidade no diagnóstico e manejo de pacientes com epilepsia¹. Entretanto, nas últimas duas décadas, a exequidade e o sucesso da aplicação do EEG contínuo à beira de leito no intra-operatório, trouxe novas perspectivas para a monitorização eletrofisiológica em pacientes graves na terapia intensiva (UTI), mostrando-se útil em condições sistêmicas, tais como desordens metabólicas, tóxicas, degenerativas, pós-anóxicas, inflamatórias e pós-traumáticas, que afetam o sistema nervoso central direta ou indiretamente². Apesar dos achados eletroencefalográficos nas encefalopatias difusas usualmente serem inespecíficos, são valiosos na avaliação da etiologia e do prognóstico de pacientes em coma³. Adicionalmente, permite identificar eventos neurológicos adversos para uma rápida intervenção e redução dos danos neurológicos secundários². No intra-operatório, o EEG contínuo permite identificar eventos isquêmicos relacionados à circulação extra-corpórea, na cirurgia cardiovascular, e aos procedimentos neurocirúrgicos, tais como na endarterectomia de carótida, na clipagem de aneurisma cerebral e na ressecção de mal-formação arteriovenosa. Adicionalmente, permite a monitorização da eficácia da hipotermia sobre o sistema nervoso central. Ainda, permite identificar com maior precisão focos epileptiformes durante a cirurgia para epilepsia e permite titular

a dose de barbitúricos. No pré-operatório, o EEG pode ser utilizado para localizar as áreas sensoriomotoras e de linguagem que pretendem ser preservadas na cirurgia e para localização das áreas de memória e linguagem (teste Wada) antes de procedimentos neuroradiológicos de embolização arterial¹.

Recentemente, a monitorização com EEG contínuo têm sido indicada na UTI para pacientes com hemorragia subaracnóide (HSA), sangramento intracraniano, trauma craniano, *status epilepticus*, suspeita de *status epilepticus* não convulsivo, acidente vascular cerebral embólico ou trombótico e nos estados de coma prolongado^{1,2}. A morbidade neurológica do vasoespasmó pós-HSA é a complicação mais incapacitante desta doença. O manejo se baseia no reconhecimento e tratamento deste insulto secundário, mas geralmente o tratamento é instituído quando déficits neurológicos irreversíveis já se estabeleceram. A monitorização com EEG contínuo possui um potencial único para detectar precocemente os insultos secundários e permitir uma intervenção igualmente precoce². Vespa et al. conduziram um estudo em 32 pacientes com HSA, encontrando uma redução na variabilidade quantitativa relativa das ondas alfa (RA) em 100% dos 19 pacientes com vasoespasmó documentado angiograficamente, sendo que em 10 destes 19 pacientes, a redução da RA precedeu o diagnóstico de vasoespasmó em 2,9 dias. Desta forma, os autores concluíram que os achados no EEG são capazes de detectar precocemente as complicações neurológicas, como vasoespasmó, antes de qualquer manifestação clínica². Embora a utilização do EEG seja bem estabelecido no diagnóstico e manejo de pacientes com epilepsia, é na sua complicação mais temida - *status epilepticus*, que o estudo eletroencefalográfico assume um papel primordial¹. O *status epilepticus* é uma emergência neurológica comum, com elevada morbidade e uma mortalidade estimada de 20% (3%-35%) alcançando níveis superiores a 60% quando refratário⁴. O manejo destes pacientes visa o controle da atividade convulsiva e suporte das funções vitais. Embora o estudo eletroencefalográfico não seja disponível na sala de emergência, a monitorização com EEG contínuo deve ser obtido o mais breve possível, especialmente quando nos casos de uma resposta insatisfatória ao tratamento anticonvulsivante inicial. Se por um lado, até 23% dos pacientes admitidos com *status epilepticus* na UTI podem apresentar crises pseudoepilépticas, sendo o diagnóstico definido apenas com auxílio do EEG, as descargas ictais persistentes são identificadas no EEG em cerca de 20% dos pacientes em que a atividade convulsiva cessa após tratamento anticonvulsivante. Recentemente, Claassen et al. em um estudo retrospectivo de 33 pacientes com *status epilepticus* não-convulsivo, portanto, diagnosticado somente através da monitorização eletroencefalográfica, observaram controle imediato das crises em mais de 80% dos casos com midazolam endovenoso contínuo. Entretanto, as crises recorreram durante o tratamento com midazolam em mais de 50% dos casos e após sua suspensão em