

Bioética

BIOÉTICA E MORTE: RESPEITO AOS CADÁVERES

Destacamos o uso polêmico de cadáveres apresentados por dois artigos publicados nos jornais:

1. Recall de cadáveres - uma universidade americana pediu de volta pedaços de cadáveres distribuídos para institutos médicos com a alegação destes não terem sido testados para Aids e hepatite¹.

2. Utilização de cadáveres para um show público de dissecação e sua utilização, após transformação, em objetos de arte².

O médico lida com a saúde do ser humano. A morte enquanto evento natural e inevitável a todos não cabe à Medicina. Cuidar da saúde significa cuidar do sofrimento humano. Já o sofrimento que pode advir frente à idéia de morte, este sim vai ser lidado pela Medicina e também pelas religiões.

A representação da morte está presente desde o início do ensino médico: o estudo através de cadáveres. Seguramente, a evolução da Medicina se deveu à possibilidade de ensino e pesquisa éticos em cadáveres. O estudo da anatomia só foi possível pelo fato de Leonardo da Vinci ter se dedicado ao estudo dos cadáveres, mesmo que sua finalidade fosse a aplicação na arte, além do conhecimento.

Comentário

Do ponto de vista da bioética, os cadáveres devem ser vistos como "res-humana" e não objetos quaisquer de uso, pelo significado afetivo da memória de um ser humano, principalmente para os indivíduos que com ele estabeleceram vínculos emocionais.

Entendemos que o fundamental em bioética é o respeito ao outro. Por exemplo, não basta o médico querer esclarecer a causa morte para se realizar uma necropsia pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), pode ser necessário que a família autorize esse procedimento.

No caso em questão do recall e de utilização dos cadáveres enquanto objetos de arte, entendemos que a questão ética se encontra justamente no consentimento dado pelo indivíduo antes da morte, ou após morte, pelos familiares, independentemente da finalidade

da manipulação dos cadáveres, seja para transplante ou para criação de uma mostra artística.

O respeito aos cadáveres por si é uma atitude religiosa, bem representado pelas "Missas ao Cadáver" celebradas nas escolas médicas. Já o sentido bioético da preocupação com o uso de cadáveres está no respeito aos seres humanos e no significado das relações que eles estabelecem, pois este não extingue com a morte de um indivíduo.

CLAUDIO COHEN
GISELE GOBETTI

Referências

1. Agência REUTERS. Disponível em: URL:<http://www.noticias.uol.com.br/inter/reuters>. Acesso em: 06 ago 2002.
2. BBC Brasil. Disponível em: <http://www.uol.com.br/bbc>. Acesso em: 13 fev 2002.

Clínica Cirúrgica

ESÔFAGO DE BARRETT. PREVALÊNCIA, RISCO DE ADENOCARCINOMA E AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA

No departamento de Clínica Cirúrgica da Universidade de Pádua, na Itália, foi estudada a presença de metaplasia gástrica no esôfago distal. A definição do esôfago de Barrett foi modificada com o passar dos anos e apenas a metaplasia intestinal especializada tem demonstrado risco de desenvolvimento do câncer. A prevalência desta metaplasia em endoscopias com biópsias múltiplas, indicadas por sintomas dispépticos, varia de 9%-21% na cárdia e de 1,2%-8% ao se avaliar 3 cm acima da transição esôfago-gástrica.

Entre os doentes com esôfago de Barrett, há uma prevalência no sexo masculino, entre a quinta e a sétima década de vida e o risco de se desenvolver adenocarcinoma ainda não é bem estabelecido, mas calcula-se que seja de 30 a 125 vezes maior que o da população geral. O adenocarcinoma do esôfago é um tumor letal, com uma taxa de sobrevivência em cinco anos de 20%. Até agora nenhum dos estudos prospectivos empregando a endoscopia mostrou qualquer impacto positivo nas taxas de sobrevivência dos doentes, mas a

recomendação atual seria a de se monitorar doentes do sexo masculino, com boas condições gerais e com segmentos de esôfago de Barrett maiores que 3 cm.

Comentário

Existem controvérsias para o diagnóstico desta doença, mas há uma preferência pela definição do epitélio de Barrett como apenas aquele que apresenta metaplasia intestinal especializada, que é o único tipo ligado à incidência aumentada de adenocarcinoma.

A endoscopia pode sugerir a alteração, presente em cerca de 10% dos portadores de doença do refluxo, mas as biópsias são sempre necessárias para confirmar e aumentar a frequência dos diagnósticos, detectando microfocos de metaplasia. A endoscopia com magnificação da imagem, recurso antes utilizado nas colonoscopias, passa a ganhar destaque na avaliação desta afecção. O exame endoscópico anual com múltiplas biópsias tem sido recomendado, mas esta recomendação não seria justificada na presença de epitélios colunares fúndico e cárdico. O acompanhamento endoscópico pós-operatório mostra que o epitélio não se altera com o passar do tempo, sendo descritos doentes com degeneração adenocarcinomatosa após a correção do refluxo. Considera-se que 80% dos doentes operados para tratar o refluxo gastroesofágico não apresentam regressão do epitélio colunar e novas opções de tratamento endoscópico, ainda em estudo, como a fotoablação com laser e a terapia fotodinâmica, que embora tenham resultados iniciais promissores, ainda esperam estudos a longo prazo para uma avaliação adequada.

PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME
RODRIGO ALTENFELDER SILVA
OTTO-MICHAEL PIUS HÖHNE

Referências

1. Zaninotto G, Costantini M, Molena D, Rizzetto C, Ekser B, Ancona E. Barrett's esophagus. Prevalence, risk of adenocarcinoma, role of endoscopic surveillance. *Minerva Chir* 2002; 57: 819-36.
2. Prolla JC, Dietz J. Epitélio de Barrett. In: Marchesini JB, Malafaia O, editores. *Doença do refluxo gastroesofágico*. São Paulo: Atheneu; 1996.p.93-103.
3. Pollara WM. Conduta terapêutica no esôfago de Barrett. In: Marchesini JB, Malafaia O,

editores. Doença do refluxo gastroesofágico. São Paulo: Atheneu; 1996.p.105-31.

4. Yokota ME, Borsatto R, Malheiros CA. Endoscopia com magnificação: novo método de avaliação do esôfago de Barrett. Panorama Internacional. Rev Assoc Med Bras 2002; 48:276.

Clinica Médica

INTERVENÇÃO MULTIFATORIAL E DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM PACIENTES COM DIABETES TIPO 2

O risco de morte por causas cardiovasculares aumenta de duas a seis vezes em indivíduos diabéticos. Associações científicas internacionais têm recomendado o controle dos múltiplos fatores de risco cardiovascular, embora os benefícios desta estratégia para reduzir morbidade e mortalidade ainda não tivessem sido adequadamente documentados. O Steno-2 foi um estudo randomizado, aberto, paralelo, que comparou os efeitos do tratamento convencional sobre a hiperglicemia, hipertensão arterial e hiperlipidemia com um esquema intensivo sobre estes fatores de risco modificáveis, em pacientes com diabetes melito tipo 2 microalbuminúricos (80 em cada grupo). Desfechos micro e macrovasculares foram considerados. Invariavelmente, os pacientes alocados para o esquema intensivo recebiam – além das medicações específicas para suas doenças – inibidores do sistema renina-angiotensina (independente dos níveis pressóricos), AAS e vitaminas. A duração média de acompanhamento foi de 7,8 anos, quando os parâmetros hemodinâmicos e metabólicos foram menores no grupo de pacientes intensivamente tratados. O risco de eventos micro e cardiovasculares foram reduzidos em 50% entre os pacientes diabéticos tipo 2 microalbuminúricos que receberam tratamento intensivo para os múltiplos fatores de risco presentes nesta condição. Esta cifra foi a maior das até então observadas com tratamentos intensivos isolados para quaisquer dos clássicos fatores de risco cardiovascular.

Comentário

É provável que, após a publicação dos resultados do United Kingdom Prospective Diabetes Study – UKPDS¹, referentes ao impacto do controle intensivo da glicemia sobre a morbidade e mortalidade cardiovascular, o Steno-2 Study, reportado por Goede et al², será um novo marco na literatura médica, amplamente citado no campo da clínica médica e da diabetologia. O Steno-2 Study - ao contrário do UKPDS que não revelou benefícios do controle exclusivo da glicemia sobre infarto do miocárdio e mortes cardiovasculares – finalmente forneceu as esperadas evidências de que somente através do controle dos múltiplos fatores de risco cardiovascular presentes no paciente diabético microalbuminúrico, tais como a hiperglicemia, hipertensão arterial sistêmica e hiperlipemia, é possível reduzir significativamente os eventos cardiovasculares, que representam sua principal causa de morte.

Com base em uma casuística (80 indivíduos por grupo) e duração de acompanhamento bastante razoáveis (7,8 anos), hoje é possível se ter certeza daquilo que antes era apenas intuitivo na prática clínica. Não é suficiente manter os níveis glicêmicos (e de A1c) na faixa da normalidade quando se deseja prolongar a vida de pacientes com diabetes tipo 2 microalbuminúricos, mas também se faz necessário normalizar sua pressão arterial à custa de inibidores do sistema renina-angiotensina aldosterona, além de outros anti-hipertensivos e seu perfil lipídico, em associação com terapia antiagregante plaquetária. A intervenção hipolipemiante mostrou ser a mais efetiva. No entanto, ainda é uma questão não-respondida qual das manobras terapêuticas foi a mais crucial na redução do risco cardiovascular. Esta é uma limitação do Steno-2, o que gera grande expectativa sobre resultados de futuros estudos. Apesar da ausência desta resposta, as diretrizes terapêuticas básicas para o paciente com síndrome metabólica estão bem definidas. Portanto, hoje é inconcebível que pacientes de tão alto risco cardiovascular não tenham acesso a todas estas terapias, visando a melhorar sua qualidade e expectativa de vida.

SANDRA ROBERTA G. FERREIRA

Referências

1. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 33. Lancet 1998;352:837-53.
2. Goede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial interventional and cardiovascular disease in patient with type 2 diabetes. N Engl J Med 2003;48:383-93.

Emergência e Medicina Intensiva

RISCOS DE SE FORÇAR A DIURESE NA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

A insuficiência renal aguda (IRA) está associada com uma alta morbidade e mortalidade no paciente criticamente enfermo. Mehta RL et al, 2002¹, realizaram um estudo coorte, retrospectivo em 522 pacientes, durante um período de seis anos, com IRA na unidade de cuidados intensivos que receberam avaliação com um nefrologista. Comparou-se os pacientes que receberam diurético de alça ou uma combinação deste com tiazídicos (n= 326) no momento da consulta com a nefrologia com um grupo similar de pacientes que não receberam diuréticos. Após se fazer o ajuste para covariáveis relevantes e escores de tendência, a utilização de diurético estava associada com um aumento do risco de óbito (68%) ou não recuperação da função renal (razão de chance, 1,77; intervalo de confiança 95%, 1,14-2,76). O aumento do risco foi principalmente observado nos pacientes que eram relativamente não-responsivos aos diuréticos. Os autores concluíram que a utilização de diuréticos de alça podem ser perigosos para os pacientes criticamente enfermos com IRA, sugerindo que a ampla utilização destes deve ser desencorajada.

Comentário

Os diuréticos de alça através de seu mecanismo de ação bloqueando a reabsorção de soluto na alça de Henle diminuem significativamente o consumo de oxigênio da medula renal e podem proteger o rim de lesões