

## 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 estudo<sup>1</sup>.

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"<sup>2</sup>. 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 pesquisa<sup>3</sup>.

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.<sup>4</sup>. São todas alternativas que levam em consideração os vários modos que a comunidade pode se beneficiar com a pesquisa.