

Pediatria

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NO DIABETES MELLITUS

Em 1979, o National Diabetes Data Group propôs uma classificação de diabetes mellitus (DM), (National Diabetes Data Group: Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Diabetes, 1979; 28: 1039-57) endossada pela Organização Mundial da Saúde em 1980 e publicada como um relatório técnico em 1985 [World Health Organization: Diabetes Mellitus: Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Org., 1985 (Tech. Rep. Ser., no. 727)] e que considerava dois maiores grupos de pacientes diabéticos: os insulino-dependentes e os insulino-independentes. Saía-se de uma classificação que levava em conta a faixa etária do paciente para classificá-lo em diabético juvenil ou tipo adulto e partia-se para a forma de tratamento (uso de insulina ou de hipoglicemiantes oral) como critério de classificação. Ocorre que vários pacientes com resistência à insulina e considerados insulino-independentes, podem necessitar de insulina e, por outro lado, alguns pacientes necessitam de insulina numa fase inicial de seu DM e deixam de necessitar de insulina numa fase posterior. Desta forma, as críticas que se faziam com relação aos diabéticos juvenis ou adultos (um adulto poderia ter um diabetes juvenil e vice-versa) também passaram a ser feitas com relação à

dependência de insulina para a classificação. Em 1997, a Academia Americana de Diabetes publicou uma nova recomendação de classificação, em que os termos insulino-dependente e insulino-independente foram abolidos e passou-se a considerar diabetes tipo 1 e tipo 2 como as categorias maiores nesta classificação. O DM tipo 1 caracteriza-se por destruição das células de Langerhans, mediada por um processo auto-imune. Tais pacientes passam a depender de insulina para a sobrevivência e tendem a descompensar com cetoacidose. Algumas formas de DM tipo 1 não têm etiologia definida.

O DM tipo 2 varia de resistência a insulina predominante com deficiência relativa de insulina aos casos em que predomina o defeito secretório com resistência a insulina. Ao menos inicialmente, e frequentemente por toda a vida, estes pacientes não necessitam de insulina para sobreviver. Nesses casos de DM tipo 2 não ocorre destruição de células beta.

Defeitos genéticos da célula beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, bem como outras síndromes genéticas associadas ao diabetes compõem a classificação proposta pela ADA. As categorias de diabetes gestacional e tolerância à glicose alterada persistem e criou-se uma nova categoria: glicemia de jejum alterada (glicemia de jejum entre 110 e 126mg/dL). A faixa de glicemia normal é considerada de 70 a 110mg/dL e considera-se alteração diabética uma glicemia de jejum superior a 126mg/dL. Glicemias ocasionais acima de 200mg/dL, com sintomas, também fazem o diagnóstico e o teste

de tolerância à glicose é considerado diagnóstico de DM se em duas horas a glicemia for superior a 200mg/dL.

Comentário

Com o evoluir dos conhecimentos a respeito do DM, tem-se verificado que se trata de uma doença bastante complexa, tanto no que tange aos seus mecanismos fisiopatológicos quanto aos seus aspectos terapêuticos. A ação da insulina sobre seu receptor é capaz de desencadear uma enorme quantidade de sinais para a célula, através da fosforilação da tirosina e da atuação nos IRS (insulin-receptor substrate), hoje em número de seis (IRS1 a 6). Isto significa que a insulina pode gerar, pelo que se conhece atualmente, um mínimo de 240 sinais diferentes para a célula-alvo.

A questão genética sendo mais bem conhecida nas formas de MODY (maturity-onset diabetes of the young) tem permitido a descoberta de novos genes envolvidos nos processos de regulação glicêmica. Ao lado de tudo isso, não devemos perder de vista que o DM ainda se constitui numa grande causa de morbimortalidade, sendo ainda hoje a maior responsável por cegueira adquirida (teoricamente prevenível) no mundo. As nefropatias, as neuropatias, bem como as complicações macrovasculares continuam a fazer vítimas em um número apreciável de diabéticos.

Investe-se, então, num melhor controle (e todos nós sabemos das dificuldades de substituirmos a função normal de regulação glicêmica, já que, nas palavras de Robert Tethersal, "administramos insulina no local errado, na dose errada e no momento errado") e na detecção precoce e é nesse caminho que vem a proposta da Associação

Americana de Diabetes. A redução dos níveis que se consideram normais para a glicemia (< 110mg/dL) vai diagnosticar, ou colocar sob suspeita, indivíduos que na classificação anterior seriam considerados normais. A nova categoria de "glicemia de jejum alterada" deixa sob alerta pacientes que apresentam glicemias de jejum entre 110 e 125mg/dL, sempre no intuito de perseguir, com mais avidez, o diagnóstico da doença e detectá-la em fase inicial. Apesar de ainda haver divergências com relação a esta nova classificação proposta, acreditamos que estejamos caminhando para uma maior conscientização da importância que o DM tem e seu vigoroso impacto sobre a saúde da população.

DURVAL DAMIANI

Referência

• Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 1999; 22: S5-18.

Bioética

ASPECTOS ÉTICOS DO ATENDIMENTO MÉDICO DO ADOLESCENTE

Recentemente, os Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo publicaram recomendações sobre algumas questões éticas relacionadas ao atendimento médico do adolescente (Rev Paul Pediatr 1999; 17:95-7). Os Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria endossaram as citadas recomendações e resolveram adotá-las integralmente.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/90), é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade. Essa diferença é pouco relevante frente a todas as modificações biológicas, psicológicas e sociais que caracterizam esse período da vida.

Conforme estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU), os adolescentes representam cerca de 25% da população mundial. No Brasil, segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ibge) de 1991, esse grupo corresponde a 21,84% da população do país, sendo que nos últimos 25 anos a distribuição de jovens nas regiões urbanas triplicou.

A maior vulnerabilidade desse grupo aos agravos, determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, coloca-o na condição de presa fácil das mais diferentes situações de risco, como gravidez precoce, muitas vezes indesejada, DST/Aids, acidentes, diversos tipos de violência, maus tratos, uso de drogas, evasão escolar, etc. Quando somados esses fatores à importância demográfica que esse grupo representa, encontra-se plenamente justificada a necessidade de atenção integral à sua saúde, levando em consideração as peculiaridades específicas dessa faixa etária.

Em cumprimento à Constituição brasileira, promulgada em 05/10/88, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad), visando proporcionar aos jovens atenção integral à sua saúde.

A Sociedade Brasileira de Pediatria,

compreendendo que a atuação do pediatra estende-se desde a concepção até o término do crescimento somático do indivíduo, enviou comunicado, em 13/08/93, dirigido aos pediatras, às instituições públicas e privadas que prestam atendimento médico, às empresas de convênio e às cooperativas médicas, recomendando a abrangência da área de atuação do pediatra até os 18 anos de idade.

O médico envolvido na prática da medicina do adolescente (hebiatria) precisa estar preocupado com as peculiares dimensões éticas da relação médico-paciente nesse período da vida.

Reconhecendo essas particularidades e as dificuldades enfrentadas pelos pediatras no exercício dessa prática, resolvemos elaborar recomendações sobre os princípios éticos básicos que devem nortear o atendimento médico dessa faixa etária.

Recomendações

Os Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Pediatria apresentam as seguintes recomendações:

1. O médico deve reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada.
2. O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem-estar do jovem.
3. O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa

forma, o jovem tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento. Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o expresso consentimento do adolescente.

4. A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas.

5. A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos.

6. Em situações consideradas de risco (por exemplo: gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros) e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (por exemplo, biópsias e intervenções cirúrgicas), torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.

7. Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude.

Comentário

Cada vez mais são reconhecidas e devidamente valorizadas as peculiaridades inerentes ao atendimento médico de adolescentes. Os médicos – mesmo aqueles que atendem adolescentes com alguma frequência – enfrentam, às vezes, dilemas éticos

de difícil resolução. As recomendações da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Pediatria certamente auxiliarão os médicos nessas delicadas situações.

GABRIEL OSELKA
EDUARDO JUAN TROSTER

Clinica Médica

II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DISLIPIDEMIAS

Segundo os dados do Datasus a associação de doença isquêmica do coração (n=17.267) e infarto do miocárdio (n=56.369) foi responsável por cerca de 73 mil óbitos em 1997. Dentre os clássicos fatores de risco para a aterosclerose temos hipertensão arterial, fumo, história familiar, sedentarismo, diabetes melito, o colesterol elevado do sangue e níveis reduzidos de HDL-colesterol. Com o advento das vasclatinas foi demonstrado que o controle do colesterol, principalmente o LDL-colesterol, reduz os eventos coronários, necessidade de revascularização do miocárdio e principalmente a mortalidade. O II Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias visou normatizar a determinação do colesterol e triglicérides, e estabeleceu metas para a prevenção da aterosclerose. Considera-se hipercolesterolemia quando o colesterol total e o LDL-colesterol são respectivamente > 240 mg/dL e > 160 mg/dL. Ocorre hipertrigliceridemia se os triglicérides forem > 200 mg/dL e o HDL-colesterol é considerado reduzido se for < 35 mg/dL. Entretanto, as metas de prevenção são um

pouco diferentes, já que a maior parte dos infartos do miocárdio ocorre em pessoas sem colesterol alto. Dessa forma, na prevenção secundária, ou seja, pacientes portadores de doença coronária a recomendação para o LDL-colesterol é < 100 mg/dL. Para a prevenção primária de alto risco (dois ou mais fatores de risco, além do colesterol elevado, exceto diabetes melito) LDL-colesterol < 130 mg/dL. Em indivíduos com menos que dois fatores de risco além do colesterol, o LDL-colesterol deverá ser < 160 mg/dL. Para todos os casos os triglicérides deverão ser < 200 mg/dL e o HDL-colesterol > 35 mg/dL. Os portadores de diabetes melito são considerados um grupo à parte devido a seu alto risco de aterosclerose. Neles o LDL-colesterol deverá ser < 100 mg/dL e os triglicérides < 150 mg/dL. Apesar das recomendações, dados sugerem que o Consenso Brasileiro é seguido em menos da metade dos casos de prevenção secundária.

Comentário

Apesar das recomendações terem sido publicadas há quatro anos, dados sugerem que o Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias seja seguido em menos da metade dos casos de prevenção secundária da aterosclerose (Santos RD et al. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2000; 75:289-295). A Sociedade Brasileira de Cardiologia está atualizando as recomendações, além de promover cursos de educação médica continuada para corrigir as falhas nas condutas dos médicos.

RAUL DIAS DOS SANTOS FILHO

Referência

• II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias. Detecção, avaliação e tratamento. *Arq Bras Cardiol*; 1996;67:1-16

Ginecologia

ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NA ENDOMETRIOSE DE BEXIGA

O diagnóstico de endometriose de bexiga baseia-se no quadro clínico que frequentemente é confundido com infecção urinária. A cistoscopia faz o diagnóstico definitivo. O tratamento clínico isolado melhora os sintomas, porém a lesão persiste e volta a se manifestar tão logo o tratamento seja interrompido. O tratamento mais resolutivo é o cirúrgico, utilizando-se a videolaparoscopia. Dependendo da localização do implante, realiza-se a excisão do nódulo endometriótico ou a cistectomia parcial. Neste último caso, antes da excisão da lesão endometriótica, deve-se cateterizar os meatos ureterais, que servirão de referência para o procedimento cirúrgico. A abertura da bexiga é realizada por via laparoscópica assim como a sutura. A paciente permanece sondada por 10-14 dias. O uso de agonistas de GnRH prévio ao procedimento cirúrgico está indicado em lesões sangrantes e/ou localizadas nas proximidades dos meatos ureterais. Sob ação dos agonistas o tumor endometriótico pára de sangrar e a diminuição de volume possibilita uma intervenção mais segura, diminuindo a possibilidade de lesão dos meatos ureterais. A abordagem laparoscópica nestes casos tem se tornado um procedimento seguro e resolutivo em pacientes que apresentam endometriose de bexiga.

Foram apresentados dois trabalhos re-

ferentes à endometriose de bexiga durante o VII Congresso Mundial de Endometriose em Londres. Donnez *et al.* mostraram casuística de 17 casos tratados com retirada dos nódulos endometrióticos sem abertura de mucosa. Viscomi *et al.* mostraram em vídeo as duas técnicas laparoscópicas de abordagem de endometriose de bexiga.

Comentário

Cerca de 1% de mulheres com endometriose apresenta lesões do trato urinário (Abeshouse BS, Abeshouse G. Endometriosis of the urinary tract: a review of the literature and a report of four cases of vesical endometriosis. J Int Coll Surg 34:43-1960). A bexiga é o órgão mais acometido em torno de 81% (Denes FT, Pompeo ACL, Montelatto NID, Lopes RN. Ureteral endometriosis. Int. Urol. Nephrol 12:205-1980). As técnicas cirúrgicas utilizadas dependem se há ou não invasão da mucosa. Quando não há invasão da mucosa a sintomatologia referida é de aumento da frequência urinária, dor, disúria e raramente hematuria. A cistoscopia mostra uma compressão extrínseca, porém com mucosa íntegra. O tratamento cirúrgico baseia-se na excisão do nódulo endometriótico da intimidade da musculatura do detrusor. A sintomatologia quando a lesão invade a mucosa além do aumento da frequência urinária, dor, disúria é acrescida pela hematuria. A cistoscopia mostra o tumor endometriótico dentro do lúmen da bexiga. O tratamento cirúrgico baseia-se na excisão parcial da bexiga com a retirada do tumor.

FRANCESCO VISCOMI

Referência

- Donnez J, Nissolle M. Laparoscopic approach in bladder endometriosis. VII Congresso Mundial de Endometriose – Londres - maio 2000.

Obstetrícia

PREVENÇÃO DA ALOIMUNIZAÇÃO RH*

Antes da introdução da imunização anti-D no puerpério das gestantes Rh negativas que deram à luz a filhos Rh positivos, a incidência de conceptos afetados era de 9 a 10% das gestações e era a maior causa de morbidade e mortalidade perinatal. Em gestantes aloimunizadas leve e moderada, a anemia hemolítica e a hiperbilirrubinemia ocorre em 25 a 30% e a hidropisia em 25% desses casos. A administração de anti-D no período pós-parto (década de 1960) e antiparto (década de 1970) promoveu redução dramática desses casos nestas duas últimas décadas. Porém, a aloimunização continua preocupando, pois existem falhas na aplicação dos protocolos (0,1 a 0,2% de sensibilizações), havendo, então, a necessidade de atualizações acerca do tema para que as pacientes Rh negativas sob risco de sensibilização não sejam manipuladas sem os cuidados recomendados.

As falhas na prevenção se devem a dois motivos. O primeiro diz respeito a má aplicação dos protocolos. Em estudo recente efetuado no Reino Unido, demonstrou-se que de 900 casos, apenas 59% receberam anti-D após algum evento de risco (falha na administração com 28-30 semanas; falha no reconhecimento da necessidade do risco de sensibilização em eventos clínicos ou procedimentos e falha na administração pós-natal). O segundo motivo seria porque nas pacientes nas quais houve falha não haveria nenhum marcador reconhecível que apontasse qualquer risco, e daí não ser absolutamente prevenível.

A imunoglobulina anti-D vem acondicionada em frascos de 300 µg, quantidade suficiente para inativar 30 mL de sangue Rh positiva. Portanto, para a inativação de cada mL são necessários 10µg de imunoglobulina, sendo esta a proporção considerada para se estimar a quantidade de imunoglobulina que deve ser administrada nas situações de hemotransfusão equivocada.

Além dos períodos bem conhecidos, puerpério (de preferência em 72 horas, ou em casos falhos, até 28 dias) e antenatal com 28 a 30 semanas, vale citar outras situações em que se deve fazer a imunoprofilaxia com anti-D.

a) Após procedimentos invasivos: biópsia de vilo corial e amniocenteses

- I trimestre: 50 µg (proteção para 2,5 mL de hemácias fetais)

- II e III trimestres: 300 µg

a) Abortamentos: 300 µg. Discutível na ameaça de abortamento.

b) Sangramento de II e III trimestres: 300 µg. Há necessidade de se realizar teste de Kleihauer para monitorizar a hemorragia feto-materna. Eventualmente, um complemento de anti-D deve ser ministrado.

c) Óbito intra-uterino: embora discutível, a profilaxia é indicada. Em 11-13% dos casos, o óbito ocorre por hemorragia feto-materna, sendo esta a razão que alguns preconizam a monitorização desta hemorragia (Kleihauer).

d) Após gestação molar: imunoprofilaxia deve ser a rotineira com 300 µg, mesmo que seja discutível a presença de antígenos D nesta eventualidade.

e) Após trauma abdominal de gestantes com Rh negativo:

Recomenda-se a administração do anti-D. Como a hemorragia feto-materna pode ser maciça nestes casos, o rastreamento da passagem de maior quantidade de sangue fetal para o compartimento materno deve ser realizado para eventual complementação da imunoprofilaxia.

f) Após prenhez ectópica: neste evento, a quantidade de antígenos fetais que irão circular na corrente sangüínea materna é incerta. Todavia, recomenda-se a administração da imunoglobulina e em casos duvidosos proceder a monitorização da hemorragia feto-materna com Teste de Kleihauer-Betke.

g) Gestações prolongadas: Considerando-se o limite de 12 semanas a efetividade da imunoglobulina, se ela for administrada com 28 semanas, após 40 semanas expira o período de segurança desta imunização. Em função disso, muitos especialistas recomendam a feitura de nova dose da imunoglobulina, sem entretanto, estarem seguros da obrigatoriedade deste procedimento.

Comentário

A prevenção da Aloimunização Rh continua sendo um problema muito grave em nosso meio. Ainda são freqüentes os casos de negligência na profilaxia, trazendo sérios prejuízos à reprodutibilidade de muitas mulheres Rh negativas. Estas falhas se fazem notar tanto no período pré-natal quanto no puerpério.

O Colégio Americano de Obstetras

e Ginecologistas veio a tempo, com seu boletim, divulgando este Guia de Manejo Clínico, em 1999, pois, mesmo em países desenvolvidos, observam-se falhas neste procedimento. Trata-se de um boletim que se reveste de caráter prático, é conciso, claro e, além disso, traz à tona as condutas muito atualizadas diante de vários procedimentos invasivos que a Medicina Fetal introduziu recentemente no seio da Obstetrícia Moderna. Portanto, é muito pertinente que se divulgue aos obstetras do País, em veículos de alta penetração na comunidade interessada, o que se preconiza nos Estados Unidos.

SEIZO MIYADAHIRA

*Prevention of Rh D Alloimmunization - American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) - Committee on Practice Bulletins

Referências

• American College of Obstetricians and Gynecologists - Prevention of Rh D Alloimmunization - Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 4, May, 1999.

• Bowman, JM. Controversies in Rh prophylaxis. Who needs Rh immune globulin and when should it be given? *Am J Obstet Gynecol*, 1985; 151:289-94, 1988.

• National Blood Transfusion Service Immunoglobulin Working Party. Recommendations for use of anti-D immunoglobulin. 137-45, 1991.