

Bioética

DILEMAS ÉTICOS GERADOS PELA SARS

A epidemia de SARS (severe acute respiratory syndrome), além de grandes problemas médicos, epidemiológicos e de saúde pública, trouxe também importantes questionamentos éticos. Uma análise dos dilemas éticos surgidos durante a epidemia de SARS em Toronto foi recentemente publicada por um grupo canadense de especialistas de várias áreas, com formação em bioética. Esse grupo identifica 10 valores éticos que devem ser considerados e apresenta cinco casos em que a tomada de decisão se confronta com um dilema ético. O primeiro caso contrapõe a necessidade de quarentena à liberdade do indivíduo. O segundo nos remete ao dilema entre não tomar pública a identificação de um indivíduo infectado, ou seja, o seu direito à privacidade e a proteção de indivíduos que tiveram um contato eventual no transporte público. A identificação pode estigmatizar o indivíduo ou até mesmo criar um preconceito contra uma etnia como o relato feito pelos autores, de que as pessoas passaram a evitar o comércio com os chineses depois da identificação das pessoas que levaram a SARS da China para o Canadá. O terceiro caso trata do dilema de uma enfermeira de terapia intensiva entre a sua obrigação de cuidar de pacientes infectados e risco de adquirir a doença, até mesmo morrer, e também de transmiti-la a seus familiares. Até onde vai a obrigação profissional? O quarto caso discute os "efeitos colaterais" da epidemia para a população sem SARS, ou seja, a não realização de cirurgias e as internações somente em casos de extrema necessidade e sem permissão de visitas. Como balancear os direitos ao atendimento médico dos pacientes com SARS e da população em geral? O quinto, e último caso, analisa o problema das viagens aéreas que espalharam a SARS pelo mundo e a necessidade, em uma situação de risco, de todos os países rapidamente compartilharem informações.

Comentário

Esse artigo mostra que, perante a globalização das doenças infecciosas, devemos nos preparar não somente para um rápido diagnóstico e tratamento, mas também para inevitáveis desafios éticos.

REGINA ABDULKADER

Referência

Singer PA, Benatar SR, Berstein M, Daar AS, Dickens BM, MacRae SK, et al. Ethics and SARS: lessons from Toronto. *BMJ* 2003; 327:1342-4.

Clinica Cirúrgica

DIVERTÍCULO DUODENAL PERIAMPOLAR E DOENÇA BILIOPANCREÁTICA

Os divertículos periampolares (DPA) são abaulamentos extra-luminais da mucosa duodenal, adjacente ou contendo a ampola de Vater (papila maior), ou a porção intramural do ducto biliar comum. Os divertículos que se encontram dentro de um raio de 2 a 3 cm da ampola, mas não contendo a mesma, são chamados de justa-papilares, e a papila que se encontra dentro do divertículo é chamada de intradiverticular. Eles podem estar presentes em 0,16% a 27% da população geral e em 11% a 23% das necropsias. Sabe-se que sua incidência aumenta após a sexta década de vida, sendo excepcional antes dos 40 anos.

A relação entre os divertículos periampolares e a litíase da vesícula biliar é frequentemente sugerida, porém acredita-se que se trata de uma associação incidental e não causal. Sua associação com a litíase da via biliar principal, porém, já é bem estabelecida, ocorrendo desconjugação da bile pelas bactérias do interior do divertículo; os sais biliares livres se associam ao cálcio, formando cristais de bilirrubinato de cálcio e os cálculos.

Considerava-se o divertículo uma contra-indicação relativa à papilotomia endoscópica pelo risco de perfuração. Posteriormente, verificou-se que a papilotomia era segura e a hemorragia é a complicação mais freqüente do procedimento.

O divertículo duodenal geralmente não requer tratamento específico. No tratamento operatório da coledocolitíase, o divertículo não exige tratamento ao mesmo tempo. A conduta clássica ao tratamento específico do divertículo é sua ressecção ou inversão. Outra modalidade de tratamento é a duodenojejunosomia em Y-de-Roux, com objetivo de isolar o divertículo do trânsito

alimentar, minimizando a estase alimentar em seu interior, reduzindo a chance de colangite e pancreatite.

A relação do divertículo periampolar com neoplasia da via biliar não é bem estabelecida. Lobo et al. demonstraram em sua casuística 5% de colangiocarcinoma associados ao divertículo. Acredita-se também que o DPA possa participar da patogênese de alguns casos de pancreatite aguda ou crônica.

Comentário

Os DPA apesar de serem relativamente freqüentes são pouco discutidos na prática clínica. A coexistência dos divertículos com a coledocolitíase dificulta o tratamento endoscópico e aumenta as taxas de complicações, principalmente quando a papila é intradiverticular. O tratamento específico do divertículo, apesar de ter indicação restrita, é acompanhado de complicações, principalmente quando há necessidade do reimplante da papila.

CARLOS ROBERTO PUGLIA

Referências

1. Lobo DN, Balfour TW, Iftikhar SY, Rowlands BJ. Periampullary diverticula and pancreaticobiliary disease. *Br J Surg* 1999; 86:588-97.
2. Zoepf T, Zoepf D, Arnold J. Juxtapapillary duodenal diverticula and biliopancreatic disease. *Gastrointest Endosc* 2001; 54:61-56.
3. Kennedy RH, Thompson MH. Are duodenal diverticula associated with choledocholithiasis? *Gut* 1998; 29:1003-6.
4. Egawa N, Kamisawa T, Tu Y, Sakaki N, Tsuruta K, Okamoto A. The role of juxtapapillary duodenal diverticulum in the formation of gallbladder stones. *Hepatogastroenterology* 1998; 45:917-20.

Emergência e Medicina Intensiva

O ÓXIDO NÍTRICO NÃO DEVE SER RECOMENDADO PARA LESÃO PULMONAR AGUDA

A hipoxemia e a hipertensão pulmonar estão presentes na síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e a gravidade de cada uma está intimamente relacionada com a mortalidade. A utilização do óxido nítrico

inalatório (NOi) determina uma vasodilatação pulmonar sem nenhum efeito sistêmico. Taylor RW et al, 2004¹, realizaram uma pesquisa multicêntrica, randomizada, placebo controlada, avaliando 385 pacientes com lesão pulmonar aguda (LPA) e SDRA moderadamente grave (relação PaO₂ / FiO₂ = 250), sem sepse ou evidência de disfunção orgânica não pulmonar. O grupo placebo recebia gás nitrogênio e o grupo com intervenção NOi na dose de 50ppm por um tempo de até 28 dias, interrupção da ventilação assistida ou óbito. Observaram como resultados que o NOi a 5ppm não aumentou o número de dias que os pacientes permaneceram vivos e sem respiração assistida (média [DP], 10.6 [9.8] dias no grupo placebo e 10.7 [9.7] dias no grupo com NOi; p= 0.97; diferença, - 0.1 dia [95% intervalo de confiança, - 2,0 a 1,9 dias]). A mortalidade foi similar entre os grupos (20% no grupo placebo versus 23% no grupo com NOi; p= 0.54). Observou-se, a curto prazo (primeiras 24 horas), uma melhora estatisticamente significativa na PaO₂. Os autores concluíram que não existe um impacto substancial na duração da ventilação pulmonar mecânica ou mortalidade, apesar da melhora precoce da oxigenação utilizando-se doses baixas de NOi em pacientes com LPA.

Comentário

Pesquisas anteriores em pacientes adultos e pediátricos^{2,3,4} demonstraram que o NOi determinava melhora da oxigenação nos pacientes com LPA e SDRA, mas não tinha nenhum efeito na mortalidade ou na duração da ventilação pulmonar mecânica.

Portanto, os dados cumulativos das pesquisas clínicas sugerem que o NOi não tem lugar na terapêutica de rotina em pacientes com LPA e SDRA, não sendo recomendado como uma intervenção padrão nestes pacientes. A sua utilização pode ser justificada em pacientes nos quais a melhora da oxigenação manteria a estabilidade clínica durante a fase aguda da disfunção respiratória hipoxêmica, tendo um papel como terapêutica de resgate dentro de uma abordagem múltipla que incluiria outras estratégias, como a posição prona e a utilização de oscilação de alta frequência.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Taylor RW, Zimmerman JL, Dellinger RP, Straube RC, Criner GJ, Davis K Jr, et al. Low-dose inhaled nitric oxide in patients with acute lung injury: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291(13):1603-9.
2. Michael JR, Barton RG; Saffle JR, Mone M, Markewitz BA, Hillier K, et al. Inhaled nitric oxide versus conventional therapy: effect on oxygenation in ARDS. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157(5 pt 1):1372-80.
3. Lundin S, Mang H, Smithies M, Stenqvist O, Frostell C. Inhalation of nitric oxide in acute lung injury: results of European multicentre study. *Intensive Care Med* 1999; 25:911-9.
4. Dobyns EL, Cornfield DN, Anas NG, Fortenberry JD, Tasker RC, Lynch A, et al. Multicenter randomized controlled trial of the effects of inhaled nitric oxide therapy on gas exchange in children with acute hypoxemic respiratory failure. *J Pediatr* 1999; 134:406-12.

Ginecologia

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS: COMO DETECTAR A RESISTÊNCIA INSULÍNICA?

Em recente revisão¹, os autores relatam que aproximadamente 50% a 70% das mulheres apresentam a síndrome dos ovários policísticos (SOP) e muitas dessas exibem resistência à insulina (RI). A RI justifica a piora do quadro de hiperandrogenismo e, entre os mecanismos envolvidos, destacam-se o estímulo direto da síntese de androgênios pelos ovários e adrenais, a redução das concentrações séricas de SHBG e um possível efeito direto sobre o hipotálamo-hipófise, decorrente do aumento da secreção do LH. Por isso, os autores alertam para a importância do diagnóstico da resistência insulínica, bem como fazem uma análise crítica dos métodos diagnósticos.

Comentário

A resistência insulínica caracteriza-se pela diminuição da sensibilidade dos tecidos à ação da insulina, gerando importantes implicações metabólicas. Na SOP, a resistência à insulina provoca deterioração da função das células beta do pâncreas, redundando em intolerância à glicose.

Entender o conceito de resistência à insulina é relativamente fácil; o difícil é determinar qual paciente é insulino-resistente.

Dentre as técnicas descritas para análise da resistência insulínica incluem-se o índice HOMA, que é uma medida da insulina mUI/l x glicemia mmol/dl / 22.5, o teste de tolerância oral à glicose (TTOG), que consiste na administração de 75g de glicose e, a seguir, faz-se a determinação da glicemia e insulina nos tempos 0, 30, 60 e 120 minutos e a relação entre glicemia e insulina (G/I), cujo valor considerado normal é menor que 4,5. O TTOG é provavelmente o método mais simples para avaliar a resistência à insulina e intolerância à glicose em mulheres com SOP³.

Deve ser enfatizado que todas as mulheres obesas com SOP devem ser avaliadas quanto à presença de resistência à insulina, bem como é imperioso pesquisar outros agravos como hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade central e intolerância à glicose².

JACQUELINE LEME LUNARDELLI

ROBERTO A. DE ALMEIDA PRADO

Referências

1. Legro RS, Castracane D, Kauffman RP. Detecting insulin resistance in polycystic ovary syndrome: purposes and pitfalls CME review article. *Obstet Gynecol Surv* 2004; 59:41-54.
2. Moller DE, Flier JS. Insulin resistance mechanisms, syndromes and implications. *N Engl J Med* 1991;325:938-48.
3. Ganda OP, Day JL, Soeldner JS. Reproducibility and comparative analysis of repeated intravenous and oral glucose tolerance tests. *Diabetes* 1978;27:715-25.

Medicina Baseada em Evidências

DESCONTAMINAÇÃO SELETIVA DO TRATO DIGESTIVO NA TERAPIA INTENSIVA

Diversos estudos, incluindo uma meta-análise, têm sugerido que a descontaminação seletiva do trato digestivo pela antibioticoterapia profilática com a combinação de drogas sistêmicas e tópicos reduz as infecções respiratórias e a mortalidade