

Clínica Cirúrgica

DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA PARA PALIAÇÃO DA ICTERÍCIA CONSEQUENTE AO CÂNCER DO PÂNCREAS

Neste estudo, os autores tiveram como objetivo comparar a mortalidade e o uso de subsequente intervenção de drenagem (cirúrgica, endoscópica ou percutânea) em pacientes submetidos a dois tipos de derivação biliodigestiva.

A derivação biliodigestiva paliativa em icterícia obstrutiva causada por tumor de pâncreas pode ser feita entre uma alça jejunal e a vesícula biliar ou entre o jejuno e o colédoco. É sabido que a derivação com a vesícula biliar é mais fácil de ser realizada do que a derivação com o colédoco, principalmente quando realizada por via laparoscópica. Os autores conduziram um estudo com 1.919 pacientes com mais de 65 anos de idade submetidos a derivação biliodigestiva por câncer de pâncreas entre 1991 e 1996. Os resultados mostraram que os pacientes submetidos a derivação com a vesícula biliar (945 pacientes) tiveram de ser submetidos a novos procedimentos de drenagem em 26% dos casos, enquanto os com derivação com o colédoco (974 pacientes) necessitaram desses procedimentos em apenas 13,3% dos casos. A média de sobrevida nos pacientes com derivação com o colédoco foi de 6,3 meses e da derivação com a vesícula biliar foi de 4,4 meses ($p < 0,001$). A conclusão do estudo mostrou que a derivação com o colédoco deve ser preferida pois leva a um menor índice de reintervenções cirúrgicas ou endoscópicas para redrenagens da via biliar.

Comentário

Em nossa experiência pessoal também constatamos a superioridade das derivações biliodigestivas com o colédoco em relação à derivação com a vesícula biliar. Acreditamos que a derivação entre uma alça de jejuno e o colédoco deva ser a escolha preferencial, principalmente quando os serviços não tiverem o apoio de serviços especializados de endoscopia ou radiologia intervencionista, que facilitam as reintervenções nos casos de falha das derivações biliodigestivas com a vesícula biliar.

ELIAS J. ILIAS
PAULO KASSAB
OSVALDO A. P. CASTRO

Referência

Urbach DR, Bell CM, Swanstrom LL, Hansen PD. Cohort study of surgical bypass to the gallbladder or bile duct for the palliation of jaundice due to pancreatic cancer. *Ann Surg* 2003; 237(1); 86-93.

Emergência e Medicina Intensiva

UTILIZAÇÃO DE CORTICÓIDE NA HIPOTENSÃO REFRACTÁRIA DO RECÉM-NASCIDO

A utilização de corticóide em recém-nascidos (RN) e crianças com quadro de instabilidade hemodinâmica tem sido objeto de algumas pesquisas.

Fernandez et al. (2005), em estudo retrospectivo, analisaram a utilização de hidrocortisona (HC) (1 a 2 mg/kg/dia) em RN com quadro de hipotensão refratária à terapêutica com vasopressores¹. Previamente a administração de HC, foi medido o cortisol sérico dos RN a termo e próximo ao termo e os mesmos foram divididos em dois grupos com idades gestacionais semelhantes, sendo que no grupo 1 (n= 13) todos apresentavam cortisol sérico $< 15\mu\text{g/dl}$, e no grupo 2 (n= 8) cortisol sérico = $15\mu\text{g/dl}$.

A pressão arterial foi mensurada por cateter em artéria umbilical ou periférica. A droga utilizada nesta pesquisa foi a dopamina em concentrações que variaram de 5 a 30 $\mu\text{g/kg/min}$. A pressão arterial média (PAM) era similar nos dois grupos.

Durante as primeiras 24 horas após o início da HC, foi possível redução da dopamina com manutenção dos níveis pressóricos. Os RN com cortisol sérico $< 15\mu\text{g/dl}$ necessitaram de uma quantidade menor de infusão de volume após instituição da HC.

Os autores concluíram que há uma função adrenal inadequada nos RN, demonstrando a importância da avaliação da função adrenal e da utilização de corticóide em RN com hipotensão refratária a vasopressores.

Comentário

Estudos em RN de termo e pré-termo demonstraram a existência de graus variados de imaturidade no eixo HHA (hipotálamo-hipófise-adrenal), utilizando testes com estímulo hipotalâmico, diretamente com o emprego de corticotropina e dosagens de cortisol sérico^{2,3}.

Um dos critérios utilizados para o diagnóstico de insuficiência adrenal é a medida do cortisol sérico total. Entretanto, mais de 90% do cortisol circulante estão ligados à proteína, enquanto apenas o cortisol livre é fisiologicamente ativo. Alguns estudos utilizam como valores de corte para determinação de insuficiência adrenal relativa (IAR) uma dosagem sérica de cortisol abaixo de $15\mu\text{g/dl}$ ou $18\mu\text{g/dl}$ em qualquer momento, ou abaixo de $20\mu\text{g/dl}$ no pico^{3,4}.

Outro critério utilizado é a dosagem de cortisol após administração de corticotropina, verificando-se após 30 e 60 minutos que não há elevação acima de $9\mu\text{g/dl}$ nos valores do cortisol⁵.

Concluindo, neste momento devemos ser críticos quanto ao uso de corticoterapia no RN com hipotensão refratária.

Após correta ressuscitação volêmica e utilização de drogas, caso haja persistência da hipotensão, deve ser avaliada a instituição de corticoterapia.

RONALDO ARKADER
WERTHER B. DE CARVALHO

Referências

1. Fernandez E, Schrader R, Watterberg K. Prevalence of low cortisol values in term and near-term infants with vasopressor-resistant hypotension. *J Perinatol* 2005;25(2):114-8.
2. Ng PC, Lee CH, Lam CW, Ma KC, Fok TF, Chan IH, et al. Transient adrenocortical insufficiency of prematurity and systemic hypotension in very low birthweight infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004;89(2):F119-26.
3. Pizarro CF, Troster EJ, Damiani D, Carcillo JA. Absolute and relative adrenal insufficiency in children with septic shock. *Crit Care Med* 2005;33(4):855-9.
4. Annane D, Briegel J, Sprung CL. Corticosteroid insufficiency in acutely ill patients. *N Engl J Med* 2003;348(21):2157-9.

Ginecologia

QUAIS OS BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO CLIMATÉRIO?

Em recente estudo realizado na Austrália, um grupo de clínicos gerais avaliou os benefícios da atividade física sobre alguns agravos à saúde em uma população de 628 pacientes com idade entre 20 e 75 anos. Após dois anos de implementação de um programa de atividade física, que incluiu fundamentalmente a prática de caminhadas durante 30 minutos (uma ou duas vezes por semana), os clínicos constataram melhora do peso corporal em 40,9%; da hipertensão em 33,9%; da hipercolesterolemia em 26,4%; da artrite em 14,8%; do diabetes em 14,2% e da DCV em 8%¹.

Comentário

O impacto benéfico da atividade física sobre a saúde é inequívoco; ademais, repercute de forma expressiva na redução de custos para o sistema de saúde, conforme demonstrou o estudo australiano.

Estudo brasileiro realizado nas regiões nordeste e sudeste mostrou que a prática de exercícios regulares é mais prevalente no sexo masculino, igualando-se após os 50 anos entre os gêneros; a caminhada por 30 minutos, uma vez por semana, foi praticada por 13% e, cinco vezes por semana, por 3,3%².

Os dados oriundos do estudo brasileiro denotam significativa taxa de sedentarismo, tornando imperiosa a criação de programas educativos e informativos no sentido de estimular a prática regular de atividade física, principalmente em mulheres no climatério (40 a 65 anos), quando são mais prevalentes agravos que sabidamente melhoram, tais como obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, artrite, diabetes e DCV.

Em função disso, a disciplina de pós-graduação Saúde da Mulher no Climatério, da Faculdade de Saúde Pública da USP, desenvolveu o Decálogo de Benefícios dos Exercícios, com o objetivo de aumentar a adesão aos programas de prevenção de

doenças e promoção de saúde. O Decálogo foi elaborado na figura de um decaedro, em que cada vértice representa o benefício da atividade física sobre um determinado agravo, assim distribuído: cardiovascular, câncer de mama, respiratório, diabetes, osteomioarticular, psicológico, neurovegetativo (ondas de calor na pós-menopausa), obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial.

Assim, após inúmeras discussões com os pós-graduandos e apoiado na literatura, o grupo concluiu que o mais apropriado para mulheres nesse estágio da vida seria a prática da caminhada regular com duração de 150 minutos semanais.

Todos os participantes entenderam que a forma didática, ilustrativa e estimuladora de apresentação do decálogo poderá ser de grande utilidade prática não só para os profissionais de saúde utilizarem no seu dia-a-dia, mas também para ser incorporado em programas institucionais.

AURORA DE FÁTIMA GAZOLIN CECILIO MAFRA CABRAL
ELAINE CRISTINA ALVES PEREIRA
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. Sims J, Huang N, Pietsch J, Naccarella L. The Victorian Active Script Programme: promising signs for general practitioners, population health, and the promotion of physical activity. *Br J Sports Med* 2004; 38:19-25.
2. Monteiro CA, Conde WI, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonseñor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brasil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14:246-54.

Medicina Baseada em Evidências

APESAR DAS EVIDÊNCIAS, POR QUE PERSISTE A VARIÇÃO NOS CUIDADOS AO PACIENTE CIRÚRGICO?

São abundantes, por exemplo, as evidências sobre o melhor cuidado perioperatório na cirurgia colorretal. As medidas específicas que podem ser usadas na rotina incluem: nenhum preparo intestinal, analgesia/anestesia epidural por um a dois dias, nenhuma descompressão gástrica por sonda, restrição de infusão endovenosa de fluidos, e ingestão oral livre desde o primeiro dia¹.

Utilizando-se dessas medidas, Survey¹, envolvendo cirurgiões de vários centros de cirurgia digestiva de cinco países do norte europeu (Escócia, Holanda, Alemanha, Suécia e Noruega), pôde confrontar a prática perioperatória na cirurgia do câncer colorretal nesses locais, frente às melhores evidências disponíveis. Nesse estudo, apresentava-se aos cirurgiões um cenário clínico hipotético, de um paciente de 70 anos, com câncer de cólon, submetido à laparotomia eletiva e ressecção colônica, e perguntava-se qual a conduta com relação ao preparo intestinal, analgesia, sonda nasogástrica, infusão de fluidos e realimentação.

Como resultado verificou-se que as rotinas perioperatórias no tratamento do câncer colorretal no norte da Europa diferem substancialmente da prática baseada em evidências. Os pacientes são submetidos uniformemente à