

Clinica Cirúrgica

CIRURGIA BARIÁTRICA NOS EXTREMOS DE IDADE

A segurança e a eficácia da cirurgia bariátrica em adolescentes tem mudado muito. O objetivo dos autores foi determinar, a curto prazo (30 dias) e a longo prazo, os resultados da cirurgia bariátrica em pacientes com 60 anos ou mais e menores de 18 anos. Entre 1985 e 2004, foram operados 1834 pacientes, sendo a grande maioria submetida à derivação gástrica em Y de Roux. Foram identificados 127 pacientes com mais de 60 anos e 12 com menos de 18 anos. Entre todos estes pacientes foi aplicado um questionário.

Nos pacientes com mais de 60 anos, a mortalidade nos primeiros 30 dias após a cirurgia foi de 0,7%, a morbidade foi de 14% e a mortalidade, em cinco anos, foi de 5%. A queda no IMC desta faixa etária variou entre médias de 46 para 33, com 51% de desaparecimento das comorbidades associadas à obesidade, e melhora subjetiva de 89% quanto à satisfação do paciente.

Nos pacientes com 18 anos ou menos não houve mortes nem complicações importantes. O IMC médio caiu de 55 para 36, em quatro anos de seguimento. O desaparecimento das comorbidades relacionadas à obesidade foi de 82% e a auto-satisfação foi de 83%. A mortalidade em cinco anos foi de 5% neste grupo.

Os autores concluíram que a cirurgia bariátrica é segura e efetiva nos extremos de idade.

Comentário

A indicação da gastroplastia em pacientes idosos e muito jovens tem sido cada vez mais freqüente. Não devemos levar em conta apenas a idade, mas sim as comorbidades e a expectativa de vida de cada paciente.

No estudo em questão, acreditamos que a maior mortalidade e morbidade nos idosos deve ser atribuída à menor reserva funcional deste grupo etário, além das comorbidades, como o diabetes, já terem deixado seqüelas importantes nestes pacientes.

Os jovens possuem mais reserva funcional e poucas lesões orgânicas já estabelecidas pela obesidade, portanto estão sujeitos a menos complicações no pós-operatório.

A cirurgia da obesidade nestes grupos pode ser indicada, porém sempre deve-se avaliar caso por caso.

ELIAS JIRJOSS ILIAS

Referência

Fátima J, Houghton M, Iqbal CW, Thompson GB, Que FL, Kendrick ML, et al. Bariatric surgery at the extreme of age. *J Gastroint Surg.* 2006; 10(10):1392-6.

Medicina Farmacêutica

ÉTICA E MEDICINA FARMACÊUTICA

A prática da medicina farmacêutica envolve desafios éticos e dilemas que são freqüentemente diferentes daqueles encontrados na prática da medicina clínica. Há necessidade de regulamentar e definir

as diretrizes a serem seguidas pelos médicos que atuam nesta especialidade. Por esta razão, uma comissão de ética, especialmente criada pelo corpo docente da especialidade de medicina farmacêutica do "Royal Colleges of Physicians", da Inglaterra, publicou um relatório sobre os aspectos éticos em medicina farmacêutica¹.

Comentário

O documento tem como objetivo apontar e discutir áreas específicas, possíveis conflitos éticos e preocupações enfrentadas no dia-a-dia por médicos que atuam em medicina farmacêutica, principalmente em situações que envolvam iniciativa privada, departamentos acadêmicos, autoridades regulatórias ou consultores independentes.

É reconhecido que todas as atividades de desenvolvimento clínico e suporte médico devem ser realizadas por profissionais treinados apropriadamente e com acreditação em medicina farmacêutica. Um guia sobre as boas práticas relacionadas à pesquisa clínica também é oferecido, e inclui a publicação e distribuição dos resultados, relação e comunicação aos profissionais de saúde e seus pacientes, além do envolvimento dos médicos e das indústrias farmacêuticas no apoio em serviços a pacientes.

Pesquisa clínica: *todos aqueles envolvidos têm a responsabilidade de colocar os interesses do paciente em primeiro lugar, assim como todos os procedimentos devem ser eticamente justificáveis e gerar resultados cientificamente válidos. Em regiões com poucos recursos, o tratamento padrão será o mesmo daquele utilizado no primeiro mundo. Embora a implementação dos estudos clínicos esteja delegada ao investigador, a responsabilidade final é do médico responsável pelo estudo da indústria farmacêutica que apóia. Este deve também fornecer todas as informações relevantes aos comitês de ética, a fim de capacitá-los a julgar melhor o estudo. A compensação e os conflitos de interesse devem ser determinados antes de se iniciar o estudo. Em população pediátrica, um plano de desenvolvimento com indicações clínicas adequadas deve ser estabelecido, para evitar a extrapolação dos resultados em adultos. Além disso, todo o gerenciamento dos estudos de fase I-II-III, desde a elaboração dos protocolos, escolha e treinamento dos centros de estudo, reuniões e coleta das informações, garantia de segurança por meio do acompanhamento dos eventos adversos e relatório final do estudo e publicação são atribuições deste profissional, que possui também a responsabilidade ética de garantir que nenhum exercício de marketing seja mascarado como estudo científico, e que sejam adequados estudos de fase IV ou observacionais.*

Risco-benefício: *estabelecer, continuamente, se o programa de pesquisa clínica apresenta perfis de eficácia e segurança adequados, a fim de determinar-se o mesmo deve continuar a ser expandido ou se necessita ser interrompido.*

Outras tecnologias: *determinar quais são as melhores técnicas em farmacogenética, marcadores biológicos, definir os dados em farmacoepidemiologia, gerenciar os resultados e banco de dados, validar os resultados e análises estatísticas e estar ciente dos métodos terapêuticos controversos que possam levantar questões éticas e legais^{2,3}.*

Comunicação: *responsabilidade legal sobre a veiculação de material promocional, publicações em revistas médicas, congressos e eventos médicos, garantindo que os profissionais de saúde e os meios de comunicação recebam informações balanceadas e não tendenciosas*².

As práticas médicas utilizadas em medicina farmacêutica são regulamentadas e apoiadas por procedimentos determinados em normas, legislações e regulamentos que garantem a ética, determinam e evitam os conflitos de interesse e reforçam a legitimidade dos resultados e das suas publicações. Em um ambiente regulatório altamente complexo e vigilante, o risco-benefício adequado dos novos tratamentos é a condição sine qua non que garante o seu registro para uso^{1,2,3,4}.

MARCELO MAROTTI

Referências

1. Bickerstaffe R, Brock P, Husson JM, Rubin I., Bragman K, Paterson K, Sommerville A. Ethics and pharmaceutical medicine: the full report of the Ethical Issues Committee of the Faculty of Pharmaceutical Medicine of the Royal Colleges of Physicians of the UK. Ethical Issues Committee. Int J Clin Pract. 2006;60(2):242-52.
2. Brennan TA, Rothman David J, Blank, et al. Health Industry Practices That Create Conflicts of Interest. A Policy Proposal for Academic Medical Centers JAMA. 2006;295:429-33.
3. Donohue JM, Cevasco M, and Rosenthal Meredith B. A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs. N Engl J Med. 2007; 357: 673-81.
4. Van der Meer J.W.M, de Gier AM, van Swaaij WPM, Katan MB. Independent medical research? Neth J Med. 2007;65:Editorial.

Emergência e Medicina Intensiva

FUNÇÃO DA TIREÓIDE EM CRIANÇAS COM SEPSE/CHOQUE SÉPTICO

Em um estudo prospectivo avaliando 49 crianças portadoras de sepse (25 crianças) e choque séptico (24 crianças), Lodha R et al.¹ realizaram dosagens admissionais de T₃, T₄, T₄ livre, T₃ livre e TSH, com o objetivo de verificar se há relação entre o perfil hormonal com

a evolução clínica e utilização de drogas vasoativas. Os autores concluíram que as crianças com choque séptico, que apresentaram valores elevados de TSH à admissão, foram a óbito, não havendo diferença nos valores hormonais das crianças respondedoras e não respondedoras a catecolaminas.

Comentário

Anormalidades tireoidianas, descritas nos pacientes gravemente enfermos, freqüentemente incluem: baixos níveis de T₃, baixos níveis de T₃ e T₄ e T₄ elevado. Estas alterações são descritas como a síndrome do eutireóideo doente. Entretanto, pouco valor tem sido dado ao TSH. Lodha R et al.¹ demonstraram correlação entre níveis séricos elevados de TSH e óbito. Joosten KF et al.² também descreveram o mesmo padrão evolutivo. Este padrão de elevação inicial do TSH é descrito em alguns artigos de revisão^{3,4}.

Cabe ressaltar que os escores de prognóstico existentes hoje em terapia intensiva pediátrica não incluem dosagens hormonais, além disso, neste tema, faltam pesquisas prospectivas para avaliar se há possibilidade de reposição e, também, como marcador prognóstico. Atualmente, a terapêutica com suplementação de hormônio tireoidiano ainda não está autorizada para utilização em terapia intensiva; o ideal seria a utilização de hormônio intravenoso, já que estes pacientes, freqüentemente, apresentam-se com absorção intestinal alterada.

RONALDO ARKADER
WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Lodha R, Vivekanandhan S, Sarthi M, Arun S. Thyroid function in children with sepsis and septic shock. Acta Paediatr. 2007;96: 406-9.
2. Joosten KF, de Kleijn ED, Westerterp M, De Hoog M. Endocrine and metabolic responses in children with meningococcal sepsis: striking differences between survivors and nonsurvivors. J Clin Endocrinol Metab. 2000;85:3746-53.
3. Adriaanse R, Romijn J, Brabant G, Endert E. Pulsatile Thyrotropin Secretion in Nonthyroidal Illness. J Clin Endocrinol Metab 1993;77:1313-7.
4. Van den Berghe G. Euthyroid Sick Syndrome. Curr Opin Anesthesiol. 2000;13:89-91.