

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