

reativas de oxigênio interferindo com o transporte de sódio e cálcio são outros possíveis contribuintes. A conclusão do estudo é que situações de estresse emocional ou físico intenso podem levar à disfunção miocárdica grave, aguda e transitória em pacientes sem doença arterial coronária obstrutiva, devido à estimulação simpática exagerada.

Comentário

O diagnóstico diferencial das síndromes coronarianas agudas é de extrema importância na prática clínica. O reconhecimento dessa nova forma de cardiomiopatia, por mimetizar quadros isquêmicos agudos, representa um desafio diagnóstico ao clínico e emergencista. Novos estudos para definir a patogênese correta e o tratamento mais adequado são necessários.

**RAFAELA DECZKA MORSCH
LUIZ F. POLI DE FIGUEIREDO**

Referências

1. Bybee KA et al. Systematic review: Transient left ventricular apical ballooning: A syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2004;141:858-65
2. Sharkey SW et al. Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States. *Circulation* 2005;111:472-9
3. Wittstein IS et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *New Engl J Med* 2005;352:539-48.

Medicina Baseada em Evidência

EXPERIÊNCIA CLÍNICA, EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA E QUALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE

Garantir a qualidade na atenção em saúde tornou-se assunto central da medicina atual. A qualidade dessa atenção pode ser inferior à ideal, oscilando principalmente em decorrência de diferentes condições médicas e locais de atendimento. Dentre as condições médicas que podem influenciar a qualidade, está a performance, cuja avaliação também tem sido central na medicina moderna.

Enquanto a prática adquirida é adequada para algumas situações clínicas, o conhecimento e a performance médicos podem declinar com a passagem do tempo. Avanços médicos ocorrem freqüentemente, e o conhecimento explícito que o médico possui facilmente se torna desatualizado.

Apesar de se considerar, de maneira genérica, que o conhecimento tácito e as habilidades acumuladas pelos médicos, ao longo dos anos de prática, levem a habilidades clínicas superiores, é também razoável se considerar que os médicos com maior experiência possam paradoxalmente estar menos dispostos a fornecer cuidados em saúde tecnicamente apropriados.

Através de uma revisão sistemática da literatura¹, foram selecionados 62 estudos que avaliaram a relação entre o conhecimento médico ou a qualidade de atenção em saúde, e o tempo de prática médica ou idade do médico. Os desfechos avaliados foram: conhecimento, aderência a diretrizes de prática clínica (diagnóstico, *screening*, prevenção e terapêutica) e mortalidade dos pacientes.

No total, 32 de 62 estudos (52%) demonstraram uma associação negativa entre maior experiência e performance, ou seja, a performance diminuiu à medida que a experiência aumentou, para todos os desfechos avaliados; 13 estudos (21%) relataram associação negativa para alguns desfechos apenas; dois (3%) referem uma relação côncava, ou seja, a performance inicialmente aumenta à medida que a experiência aumenta, atinge um máximo, e depois decresce; 13 estudos (21%) não relataram associação; um (2%) referiu uma associação positiva, a saber, a performance cresce à medida que a experiência cresce, mas para apenas alguns desfechos; e um estudo (2%) referiu uma associação positiva para todos os desfechos analisados.

Apesar dessa revisão sistemática estar baseada em estudos heterogêneos e empíricos, ela sugere que médicos que estão em prática por mais tempo e médicos com mais idade, possuem menos conhecimento real, estão menos dispostos a aderir a diretrizes de prática clínica, e podem ter desfechos clínicos piores. Apesar de suas limitações, esse estudo sugere que médicos mais antigos podem necessitar de intervenções educacionais, aplicáveis a todas as faixas etárias, visando uma melhor qualidade na atenção à saúde dos pacientes. A avaliação da performance, demonstrando atualização e competência contínua deve também ser considerada.

Comentário

À medida que o tempo decorrido desde a graduação em medicina aumenta, o conhecimento atualizado sobre atenção à saúde diminui, mostrando haver uma correlação negativa, estatística, e clinicamente significativa entre essas variáveis².

Os resultados dessa revisão sistemática são paradoxais, à medida que é geralmente aceito que a experiência clínica leva ao conhecimento e à habilidade, e conseqüentemente a uma melhor atenção e cuidado ao paciente. Algumas razões poderiam explicar esses resultados: 1. É provável que os médicos criem uma bagagem de decisões clínicas durante a trajetória de prática, que não é atualizada periodicamente; 2. Médicos mais antigos se mostram menos dispostos a adotar novas evidências terapêuticas e são menos receptivos a novas condutas de prática clínica; 3. Adicionalmente, inovações práticas, envolvendo mudanças teóricas, como o uso de terapêutica cirúrgica menos agressiva ou protocolos de

redução de tempo de hospitalização, podem ser mais dificilmente incorporadas na prática de médicos que foram treinados há mais tempo.

No entanto, não é de se estranhar que o número de programas de educação médica continuada aumente cada vez mais. Mas, sobretudo o conteúdo de programas de educação médica continuada³, baseado nas melhores evidências da atualidade, centrado no paciente, não personalizado e nem adaptado a interesses individuais ou de grupos, pode se somar, de maneira ética, à experiência clínica adquirida ao longo dos anos de prática médica, reforçando que o tempo de vida

médica é um dos componentes fundamentais na qualidade da atenção à saúde de nossos pacientes.

WANDERLEY MARQUES BERNARDO
FABIO BISCEGLI JATENE
MOACYR R. CUCE NOBRE

Referências

1. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005; 142:260-73.
2. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick KV, Fraser W. A randomized trial of continuing medical education. *N Engl J Med* 1982; 306:511-5.
3. Sackett DL, Haynes RB. On the need for evidence-based medicine [EBM Trends]. *Evidence-Based Medicine* 1995; 1:5.

A beira do leito

Clinica Médica

COMO FAZER O CONTROLE GLICÊMICO EM UTI?

Hiperglicemia e resistência insulínica são comuns em pacientes criticamente enfermos. Isso se deve provavelmente a um excesso de hormônios contra-regulatórios (glicocorticóides, catecolaminas, hormônio do crescimento e glucagon) e citocinas secretados em situações de estresse metabólico, bem como a resistência insulínica e diabetes pré-existentes.

A assim chamada hiperglicemia de estresse, comumente observada em ambiente intra-hospitalar, era considerada antes um marcador de doença grave do que uma entidade médica *per se*. Evidências recentes, no entanto, mudaram esse panorama. Hiperglicemia intra-hospitalar tem se mostrado preditor independente de eventos adversos, incluindo mortalidade.

Van den Berg et al., num artigo publicado no *New England Journal of Medicine* em 2001, testaram a hipótese de que a normalização da glicose sanguínea com terapia insulínica intensiva reduziria a morbi-mortalidade em pacientes críticos. Realizaram um estudo prospectivo, randomizado, controlado por placebo envolvendo 1548 pacientes adultos mecanicamente ventilados, admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cirúrgica. Na admissão, os pacientes eram randomizados para receber terapia intensiva insulínica (manter a glicemia entre 80 e

110 mg/dl) ou tratamento convencional (iniciar insulina somente se a glicemia > 215mg/dl e mantê-la entre 180-220mg/dl).

Aos 12 meses de seguimento, observou-se que a terapia insulínica intensiva diminuiu a mortalidade de 8% para 4,6% ($p < 0,04$). Além disso, neste grupo houve diminuição do tempo de permanência em UTI (15 vs 12 dias; $p < 0,03$), diminuição da necessidade de suporte ventilatório (12 vs 10 dias; $p = 0,006$), menor necessidade de suporte renal (64 vs 37 pacientes; $p = 0,007$), menor incidência de sepsis (61 vs 32 pacientes; $p = 0,003$) e de polineuropatia (107 vs 45 pacientes; $p < 0,001$).

Deve-se considerar que este estudo incluiu uma população de pacientes de moderada gravidade com índice APACHE II igual a nove, sendo a mortalidade no grupo controle de apenas 8%. Além disso, quase dois terços dos pacientes admitidos eram procedentes de cirurgia cardíaca. Podemos então aplicar este protocolo em uma UTI geral e para pacientes mais graves? Estudos mais amplos são necessários para que esta prática seja considerada padrão no tratamento de pacientes graves em uma UTI geral.

CAMILA PAIVA DE VASCONCELOS
DIMAS T. IKEOKA

Referências:

1. Van den Berg G, Wouters P, Weekers F, et al.: Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med* 2001;345:1359-1367.
2. Van den Berg G, Wouters P, Bouillon R, Weekers F, et al.: Outcome benefit of intensive insulin therapy in the critically ill: Insulin dose versus glycemic control. *Crit Care Med* 2003 vol 31, n°. 2.
3. McCowen KC, Malhotra A, Bistrian BR. Stress-induced hyperglycemia. *Crit Care Clin* 2001;17:107-124.