

Bioética

RETIRADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NA ANTECIPAÇÃO DA MORTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Diversos estudos demonstram que, em pacientes terminais na unidade de terapia intensiva (UTI), a morte ocorre após a omissão ou a suspensão do suporte de vida. A ventilação mecânica (VM) é o suporte de vida mais avançado na UTI e a sua suspensão é o ato mais frequente após a decisão de antecipação de morte.

Os autores estudaram adultos em VM em 15 UTIs a fim de definir quais os critérios clínicos associados à suspensão da VM. O total de pacientes em VM foi de 851, 146 (17,2%) faleceram em uso da VM; em 166 (19,5%) foi suspenso este suporte de vida, e após a retirada, 145 pacientes (87,3%) morreram na UTI e 15 (9%) morreram no hospital.

Nestes 166 pacientes, a presença da ordem de não ressuscitar, assim como um menor uso de drogas vasoativas, foi estatisticamente significativa quando comparado ao outro grupo. Após análise de multivariáveis os critérios associados à retirada da VM foram: a) uso de inotrópicos e vasopressores; b) a previsão médica de uma sobrevida menor do que 10%; c) a previsão médica de um dano grave da função cognitiva que o impediria de ter alta; d) a percepção do médico dos pacientes que preferiam morrer fora da VM.

Comentário

É compreensível que, do ponto de vista ético, a morte no paciente terminal seja um evento natural e até muitas vezes desejado, estando embasado nos princípios bioéticos da não-maleficência, da beneficência, do respeito à autonomia e da justiça. Porém, uma vez que se mantenha o suporte vital artificialmente, a não-adoção de medidas de ressuscitação não é capaz por si só, de impedir ou limitar o processo terapêutico e toda a terapêutica, curativa é mantida até que o óbito ocorra. Este tratamento, por vezes excessivo, que se instala no doente nessa fase terminal, permitindo o seu prolongamento além do "natural", traz ônus para o paciente, para a família e para a sociedade.

Desse modo, quando ocorre a inversão de expectativas de curar para cuidar, a omissão e a suspensão do suporte vital adquirem um papel preponderante e coerente com esse novo objetivo. Assim, entende-se porque a frequência dessas condutas vem aumentando nas UTIs, proporcionalmente, com a melhoria dos ventiladores, das terapias de substituição renal, das novas drogas vasopressoras que sustentam a vida artificialmente de modo eficaz, nada desejado para o doente em estágio final.

É interessante observar que este estudo demonstra que a percepção do médico em relação à função cognitiva, do prognóstico (< 10% de sobrevida), e do desejo do paciente em relação a não usar a VM foram os fatores preditivos independentes determinantes da conduta. Ou seja, fatores que incluem a subjetividade e a qualidade de vida, anteriormente pouco aceitos nas discussões médicas que buscam índices de gravidade, de risco de morte e disfunção de múltiplos órgãos para apoiar tais condutas.

LARA TORREÃO

Referências

1. Cook D, Ricker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2003, 349:1123-32.
2. Jayes RL, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Knaus WA. Do-not-resuscitate orders in intensive care units: current practices and recent changes. *JAMA* 1993, 270:2213-7.
3. Nelson JE, Danis M. End-of-life care in the intensive care unit: Where are we now? *Crit Care Med* 2001, 29:2-9.
4. Königova R. Do-not-resuscitate orders and withheld or withdrawn treatment. *Acta Chir Plast* 1996; 38:73-7.
5. Manara AR, Pittman JAL, Braddon FEM. Reasons for withdrawing treatment in patients receiving intensive care. *Anaesthesia*, v.53, p. 523-8, 1998.

Clinica Cirúrgica

ENDOMETRIOSE DA PAREDE ABDOMINAL

Na prática cirúrgica diária é comum recebermos doentes com queixas de tumorações na parede abdominal, geralmente após procedimentos cirúrgicos. Frequentemente estão

relacionadas a hérnias incisionais ou granulomas de corpo estranho (fios cirúrgicos em geral). Mas, algumas vezes, as queixas vêm relacionadas ao ciclo menstrual e após procedimentos obstétricos (cesarianas) ou ginecológicos por via abdominal.

Em face desta situação, Cenicer Franco et al. fizeram um estudo no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital American British Cowdray (México), assim como um levantamento de literatura a respeito da endometriose da parede abdominal. Verificou-se que o diagnóstico está cada vez mais presente, sendo o diagnóstico de endometriose nas diversas apresentações feito em cerca de 15% das mulheres em idade fértil.

Além da apresentação na parede abdominal, já foi descrito apresentações na pleura, pulmões, pele, baço, vesícula biliar, estômago, peritônio livre, intestinos e rins.

O diagnóstico de imagem (USG, CT, RM) nem sempre é preciso (não há especificidade) e o diagnóstico de confirmação é feito pelo estudo anatomopatológico (biópsia por agulha ou excisional).

Ao tratamento clínico medicamentoso de suporte impõem-se a excisão completa da massa tumoral assim como as lesões recorrentes.

Comentário

Este trabalho, à primeira vista simples, mostra uma preocupação dos autores com a saúde da população de sua comunidade, pois nem só de grandes doenças e tratamentos hiperespecializados vive a medicina, podendo e devendo sempre que possível alertar a toda a classe médica situações usuais, mas de grande relevância.

DARCY LISBÃO MOREIRA DE CARVALHO
MARIA FILOMENA TEIXEIRA DE CARVALHO

Referência

- Cenicer Franco G, Cruz Minoli V, Díaz Argüello D, Muñozuri Iñiguez F. Endometriosis de pared abdominal. Revisión de la literature. *Ginecol Obstet Mex* 2002; 70:619-21.

Emergência e Medicina Intensiva

PROGRAMAS DE APLICAÇÃO MÉDICA PARA PALMTOPS

Atualmente, mais de um quarto dos médicos canadenses possuem um palmtop e esse número deverá dobrar nos próximos dois

anos^{1,2}. Esse crescimento se deve, em maior parte, pelos variados programas de aplicação médica desenvolvidos para esse tipo de equipamento³. Há um grande número de títulos disponíveis, e novos aplicativos surgem em velocidade crescente.

A maioria dos programas médicos (manuais de referência, farmacopéias, seleções de publicações científicas, calculadoras médicas, programas para registro de pacientes e aplicativos de uso geral) está disponível através da Internet. Sua obtenção (*download*) pode ser gratuita ou paga. Alguns fornecedores permitem o uso por tempo limitado de determinados programas – o usuário, ao final desse período, deve pagar uma taxa de registro para continuar utilizando o *software*.

Ao avaliar um programa, assim como qualquer outra fonte de informação médica, o usuário deve estar atento para certas características do *software*, especialmente a credibilidade dos autores, se a informação é atual e, tratando-se desse tipo de equipamento, se os dados serão atualizados no decorrer do tempo, à medida em que novas evidências sejam incorporadas ao assunto em questão. Outros itens a serem avaliados são a abrangência das informações, a quantidade de memória do *palmtop* ocupada pelo programa e como as informações são apresentadas ao usuário, ou seja, quão “amigável” (*userfriendly*) é o *software*. Finalmente, deve-se considerar o preço, a existência de suporte técnico e o custo das atualizações ao escolher os programas que se adequem às necessidades particulares de cada médico.

Comentário

O avanço tecnológico dos *palmtops* tem acontecido de forma muito rápida. Atualmente, estão disponíveis máquinas com altos recursos e poder de computação. Além das poderosas funções de computador, esse tipo de equipamento está caminhando para reunir, em um só aparelho, funções de envio de mensagens e dados, telefone celular e *pager*, o que tornará o gerenciamento de informações cada vez mais flexível, dinâmico e passível de atualizações instantâneas.

Os programas disponíveis no mercado são inúmeros, e muitos deles de grande utilidade no dia-a-dia no médico. A imensa maioria dos títulos, no entanto, é disponibilizada em língua

inglesa, e muitos aspectos da prática médica em nosso país não são contemplados. Resta aguardar que, à medida em que esses equipamentos se popularizem entre médicos brasileiros, programas de qualidade comparável aos produzidos no exterior surjam em nosso meio, sintonizando a nossa prática com o que já é realidade em outros países.

MARCELO FREIRE DE OLIVEIRA

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Adatia F, Bedard PL. “Palm reading”: Handheld software for physicians. *CMAJ* 2003;18:727-34.
2. Physician’s use of handheld personal computing devices increases from 15% in 1999 to 26% in 2001. Harris interactive. [on-line]. Disponível em: URL: <http://www.Harrisinteractive.com/news/allnewsbydate.asp?NewsID=345>.
3. Martin S. MDs’ computer, PDA use on the upswing. *CMAJ* 2002; 167:794.

Ginecologia

NOVO ESTUDO SOBRE TERAPÊUTICA HORMONAL DA MENOPAUSA: NOVAS EVIDÊNCIAS?

A revista *Lancet* publicou, em agosto de 2003, um estudo observacional de coorte, realizado no Reino Unido, denominado Million Women Study (MWS)¹, envolvendo 1.084.110 mulheres de 50 a 64 anos e cujo objetivo foi o de investigar o efeito do estrogênio isolado, da associação estrogênio com progestógeno e da tibolona sobre a incidência e mortalidade por câncer de mama. O estudo se baseou em informações obtidas de questionários preenchidos por mulheres que participavam de um programa de “screening” mamográfico. Após 2,6 anos, o risco relativo (RR) para câncer de mama nas não-usuárias foi de 1.00 (Intervalo de confiança, IC95% = 0.96/1.04); nas usuárias de estrogênio foi de 1.30 (1.22/1.38); da associação estrogênio/progestógeno foi de 2,00 (1.91/2.09) e da tibolona foi de 1.45 (1.25/1.67). Após quatro anos, constatou-se aumento marginal da mortalidade nas usuárias de hormônios (RR= 1.22; 1.00 – 1.48).

Comentário

Inicialmente é importante considerar que estudos observacionais, como o MWS, são adequados para testar hipóteses; no entanto, para avaliar adequadamente essas hipóteses são necessários estudos prospectivos randomizados com placebo controlado.

O MWS não trouxe nenhuma informação diferente dos estudos prévios^{2,3} quanto ao risco do câncer de mama nas usuárias da terapêutica hormonal da menopausa (THM); entretanto, ao se comparar os resultados do MWS constatam-se discordâncias com os do Womens Health Initiative (WHI), que não evidenciou até o presente momento qualquer aumento do risco de câncer de mama no braço das usuárias do estrogênio isolado e que após sete anos de estudo, ainda continua em andamento

Causou-nos surpresa os resultados obtidos com a tibolona, pois contraria todas as investigações prévias; assim, em modelos animais a tibolona exerce efeito protetor mamário no mesmo grau que o tamoxifeno⁴; em humanos atua benéficamente sobre a densidade mamária, não aumentando-a. Essas respostas favoráveis provavelmente decorrem de efeitos inibitórios da tibolona sobre enzimas envolvidas na produção de estrogênio local⁴, bem como do aumento da apoptose local⁴.

Outro dado revelado no MWS, e que deve ser considerado, é o diagnóstico do câncer de mama com apenas 2 ½ anos; esses cânceres detectados nesse período, quase certamente já existiam no início do período observacional, reforçando os resultados de estudos que mostram que a THM atua mais como promotora do crescimento do câncer de mama, do que como iniciadora de um novo câncer de mama. De fato, o que suporta esta assertiva é a impressionante concordância entre todos os estudos que não constataram maior risco nas ex-usuárias e aqueles que mostraram o diagnóstico precoce de câncer de mama, após pouco tempo de uso da terapêutica hormonal⁵.

Por isso, é importante e fundamental que tenhamos critérios e críticas na avaliação de estudos.

Nem sempre um novo estudo significa nova evidência.

CLÁUDIA MARIA SANTOS ALDRIGHI

JOSÉ MENDES ALDRIGHI