

Bioética

O QUE É O PACIENTE TERMINAL?

A conceituação de paciente terminal não é algo simples de ser estabelecido, embora freqüentemente nos deparemos com avaliações consensuais de diferentes profissionais. Talvez, a dificuldade maior esteja em objetivar este momento, não em reconhecê-lo.

A terminalidade parece ser o eixo central do conceito em torno da qual se situam as conseqüências. É quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente se torna "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar.

Estudos na literatura tentam estabelecer índices de prognóstico e de qualidade de vida, procurando definir de forma mais precisa este momento da evolução de uma doença e tendo como preocupação o estabelecimento de novas diretrizes para o seguimento destes pacientes. Entretanto, estes trabalhos descrevem melhor aspectos populacionais e epidemiológicos, perdendo a especificidade quando aplicados em nível individual. Abre-se a perspectiva de discussão deste conceito caso a caso: um paciente é terminal em um contexto particular de possibilidades reais e de posições pessoais, sejam de seu médico, sua família e próprias. Esta colocação implica em reconhecer esta definição, paciente terminal, situada além da biologia, inserida em um processo cultural e subjetivo, ou seja, humano.

Mesmo assim, é evidente que alguns critérios podem tornar este momento menos impreciso, entre eles os clínicos (exames laboratoriais, de imagens, funcionais, anatomopatológicos), os dados da experiência que a equipe envolvida tem acerca das possibilidades de evolução de casos semelhantes, os critérios que levam em conta as condições pessoais do paciente (sinais de contacto ou não com o exterior, respostas ao meio, à dor), a intuição dos profissionais (suas vivências e experiências semelhantes). De qualquer forma, paciente, família e equipe situam-se neste ponto da evolução da doença frente a impossibilidades e limites, de maneira que reconhecer o fim parece ser a dificuldade maior. Denegar este conhecimento determina estragos nos que partem e nos que ficam. Morrer só, entre aparelhos, ou rodeado por pessoas às quais não se pode falar de sua angústia, determina um sofrimento difícil de ser avaliado, mas sem dúvida, suficientemente importante para ser levado em conta. Os que ficam, por outro lado, têm que se haver com a culpabilidade, a solidão e a incômoda sensação de não ter feito tudo o que poderia.

As dificuldades no estabelecimento de um conceito preciso não comprometem os benefícios que paciente, família e profissionais podem ter no reconhecimento desta condição.

Admitir que se esgotaram os recursos para o resgate de uma cura e que o paciente se encaminha para o fim da vida, não significa que não há mais o que fazer. Ao contrário, abre-se uma ampla gama de condutas que podem ser oferecidas ao paciente e sua família. Condutas no plano concreto, visando, agora, o alívio da dor, a diminuição do desconforto, mas sobretudo a possibilidade

de situar-se frente ao momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e sustente seus desejos. Reconhecer, sempre que possível, seu lugar ativo, sua autonomia, suas escolhas, permitir-lhe chegar ao momento de morrer, vivo, não antecipando o momento desta morte a partir do abandono e isolamento.

Estabelece-se uma nova perspectiva de trabalho, multidisciplinar, que costuma se chamar cuidados paliativos, embora a preocupação com o alívio e conforto deva estar presente em todos os momentos do tratamento.

Para o profissional que se interessa por esta atuação (acompanhar o paciente na morte), surgem questões a serem pensadas, como a própria morte e sua posição frente a ela e à vida. Não é uma tarefa fácil (por isso, talvez, tantas vezes denegada). Entretanto, não há como não reconhecer a riqueza desses intercâmbios, quando possíveis.

PILAR L. GUTIERREZ

Ginecologia

ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL NO CLIMATÉRIO: COMO INVESTIGAR?

H.H.G.S., 48 anos, procurou o Setor de Climatério com queixa de fogachos intensos há três meses e resultado anatomopatológico (AP) de hiperplasia glandular simples, obtido através de curetagem uterina realizada por metrorragia. Antecedentes familiares: diabetes, hipertensão arterial

sistêmica. Antecedentes pessoais: casada; negra; menarca: 15 anos; ciclos regulares 3-5/30dias; primeiro coito aos 25 anos; vida sexual ativa; método anticoncepcional: preservativo; quatro gestações, dois partos normais e dois abortos; vitiligo; alterações funcionais benignas da mama; salpingectomia à esquerda. Data da última menstruação: há um mês. Índice menopausal de Kuppermann: 29; Exame físico geral e ginecológico: peso: 68,6 Kg, altura: 1,70m; mamas: simétricas, volumosas, sem alterações; genitália externa: sem alterações; especular: colo uterino hipertrófico, orifício em fenda transversa.

Foram solicitados exames para controle do climatério: colpocitologia oncológica, mamografia, ultra-sonografia transvaginal (USG TVG), densitometria óssea (DO) de coluna lombar e quadril, glicemia de jejum, colesterol total, colesterol de alta densidade (HDL), colesterol de baixa densidade (LDL), colesterol de densidade muito baixa (VLDL), triglicérides.

Resultados de exames: USG TVG: útero de 8,8 cm x 8,4 cm x 4,7cm, vol 162 cc, miomatoso, ovário direito: vol 10,5 cc, ovário esquerdo: não visibilizado, eco endometrial de 12 mm. Mamografia: mamas densas; glicemia: 82 mg/dL; colesterol total: 189 mg/dL; triglicérides: 88 mg/dL; HDL: 47 mg/dL; LDL: 124 mg/dL; VLDL: 18 mg/dL; DO: coluna L2L4: 1,082 g/cm², +0,31 DP, Colo de Fêmur: 1,128 g/cm², +2,34 DP. Colpocitologia Oncológica: classe II.

A paciente foi medicada com progestógeno (acetato de noretindrona 10 mg/dia, 15 dias/mês), a qual utilizou irregularmente apresentando nova hemorragia. Indicada histeroscopia diagnóstica, constatou-se presença de septo

em região fúndica, sinéquia fúndica e lateral esquerda. Endométrio sugestivo de hiperplasia glandular. Realizada biópsia aspirativa. AP: endométrio irregularmente proliferativo. Paciente foi orientada a manter esquema terapêutico anteriormente prescrito, mas de maneira correta, apresentando ciclos regulares no momento.

A presença de espessamento endometrial é freqüente nesta faixa etária; portanto, em pacientes com metrorragias no climatério pré-menopausal o estudo do endométrio é obrigatoriamente necessário, iniciando-se com ultra-sonografia transvaginal, complementa-se com histeroscopia, quando possível, ou curetagem uterina se exame anterior não estiver disponível. A presença de endométrio proliferativo, hiperplasia endometrial glandular cística ou simples, pólipos endometriais, são eventualidades que indicam o emprego de derivados progestogênicos até a chegada da menopausa.

Na persistência de sangramento uterino anormal estão indicadas outras opções terapêuticas, como ablação endometrial por histeroscopia (vaporização a laser, ressecção eletrocirúrgica ou balões térmicos), ou histerectomia que pode ser empregada por via vaginal, ou por via abdominal clássica, ou ainda a via laparoscópica.

A escolha entre estes métodos depende da avaliação criteriosa da idade da paciente, paridade, mobilidade uterina, antecedentes cirúrgicos, presença de endometriose ou outras patologias associadas, assim como a habilidade do cirurgião no manejo destas técnicas.

PAULO AUGUSTO DE ALMEIDA JUNQUEIRA
ANGELA MAGGIO DA FONSECA
VICENTE RENATO BAGNOLI
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Clinica Médica

COMO AVALIAR QUEDAS EM IDOSOS ?

A instabilidade postural com a ocorrência de quedas é uma característica do processo de envelhecimento e constitui desafio na medicina geriátrica. A elevada incidência de fraturas reforça esta afirmativa, mas o trauma é apenas uma das seqüelas da falta de equilíbrio: muitos idosos com quedas convivem diariamente com o medo de cair, limitando progressivamente suas atividades. Além da elevada morbidade (secundária às fraturas, traumas, dor e incapacidades), há aumento expressivo da mortalidade em idosos com quedas freqüentes. Muitos episódios sem causas evidentes são premonitórios de doenças agudas: a queda nestes casos se manifesta como sintoma prodromico de eventos agudos como pneumonia, infecção urinária e insuficiência cardíaca. Daí ser considerada como um dos "gigantes da Geriatria", por ser manifestação atípica de doenças agudas ou estar relacionada às comorbidades ou à polifarmácia e iatrogenia.

Muitas vezes as quedas não são relatadas espontaneamente, devendo ser interrogadas na anamnese geriátrica. São diversas as causas, intrínsecas ou extrínsecas (ambientais), geralmente de etiologia multifatorial, sobretudo nos muito idosos. O equilíbrio postural depende do perfeito funcionamento e da integração do sistema nervoso central, do sistema sensorial, do estado hemodinâmico e do sistema osteoarticular. Dentro deste conceito, o "cair" pode ser a manifestação de problemas nestes

sistemas ou estar relacionado a fatores extrínsecos.

Os fatores de risco intrínsecos são: *Fatores hemodinâmicos*: hipotensão ortostática / arritmias cardíacas / hipersensibilidade do seio carotídeo / lesões valvares / estados de hipovolemia; *Uso de drogas*: hipotensores / antiarrítmicos / hipnóticos / ansiolíticos / neurolépticos / hipoglicemiantes / antidepressivos / anti-Parkinsonianos / anti-convulsivantes; *Doenças neurológicas*: lesões expansivas intracranianas / hidrocefalo de pressão normal / doenças cerebrovasculares / neuropatias periféricas / doença de Parkinson e outros tipos de Parkinsonismo / quadros demenciais / estados depressivos; *Distúrbios neurosensoriais*: alterações da visão, da propriocepção e labirintopatias; *Doenças osteomusculares*: osteoartrite (joelhos e quadril) / afecções dos pés / fraqueza muscular / miopatias / atrofas musculares / transtornos cervicais degenerativos.

Entre os fatores de risco extrínsecos citamos: iluminação inadequada / piso escorregadio / objetos, móveis em locais inapropriados / escadas, rampas / banheiro sem as devidas adaptações.

Os trabalhos têm mostrado que a ocorrência de quedas em idosos é proporcional ao grau de incapacidade funcional (quanto mais debilitados e funcionalmente dependentes, maior a incidência de quedas daqueles que deambulam). Devido à complexidade deste tema, sugere-se que a avaliação isolada do estado funcional possa ser um importante fator independente para avaliar o risco de quedas e suas complicações.

MAIRA TONIDANDEL BARBOSA

Medicina Baseada em Evidências

COMO RECONHECER A SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL PÓS-TRAUMÁTICA?

A cavidade abdominal é um compartimento com complacência limitada. Vítimas de trauma abdominal grave, principalmente os submetidos a laparotomia abreviada, com hipotermia, acidose e coagulopatia, freqüentemente apresentam aumento continuado da pressão intra-abdominal. A síndrome compartimental abdominal (SCA) pode ser facilmente reconhecida pela presença de um abdomen tenso, picos elevados das pressões de vias aéreas, ventilação inadequada, hipoxemia e oligúria.

Como esta apresentação é relativamente inespecífica, o diagnóstico pode ser prontamente confirmado pela medida da pressão intra-abdominal. Devem ser injetados, através da sonda de Foley, 100 ml de soro fisiológico na bexiga. O tubo conectado à bolsa coletora de urina é pinçado. Uma agulha de 16F é introduzida na luz do coletor de amostras e conectada a um transdutor de pressão que permite estimar a pressão na cavidade abdominal. A pressão intra-abdominal é normalmente inferior a 10 mmHg. Com níveis de pressão entre 10 e 15 mmHg, discretas alterações já podem ser detectadas, incluindo aumentos da pré-carga e do débito cardíaco.

Entretanto, o débito urinário e a perfusão esplâncica já podem estar discretamente reduzidos. Entre 16 e 30 mmHg

ocorre redução do retorno venoso e queda do débito cardíaco, oligúria, isquemia intestinal e hepática, aumento progressivo da pressão nas vias aéreas, hipoxemia e hiper-carbia. Níveis acima de 30 mmHg exigem intervenção imediata, pois promovem reduções acentuadas do retorno venoso, da contratilidade miocárdica e débito cardíaco, comprometendo ainda mais a perfusão renal, intestinal e hepática

Outras conseqüências da hipertensão intra-abdominal incluem atelectasia pulmonar, retenção de sódio, aumento da pressão intra-craniana e diminuição da perfusão da parede abdominal predispondo à complicações locais. A perfusão intestinal e hepática também comprometidas pela instabilidade hemodinâmica e ventilatória, desencadeiam a resposta inflamatória sistêmica, intimamente associada a disfunção de múltiplos órgãos. Este ciclo vicioso deve ser rapidamente interrompido pela exploração e abertura da cavidade abdominal. A maioria destas alterações é prontamente revertida a não ser nos casos em que o tratamento foi tardio. A restauração da volemia, a prevenção da hipotermia, a correção da coagulopatia e dos distúrbios metabólicos devem ser simultâneos. O abdomen não deve ser fechado sob tensão. Os bordos da incisão são temporariamente suturados com telas ou bolsas que cobrem as vísceras e impedem a hipertensão intra-abdominal. O fechamento definitivo da laparotomia é possível quando o paciente está adequadamente ressuscitado, o edema visceral marcadamente reduzido e as funções dos diversos órgãos e tecidos restabelecidas. A sobrevida nestas circunstâncias ideais pode chegar a 60%. O prognóstico é sombrio nos casos de diagnóstico e tratamento tardios.

LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO

Pediatria

BRONCOPNEUMONIA COM PNEUMATOCELE E DERRAME PLEURAL É PATOGNOMÔNICO DE ESTAFILOCOCOS?

Marcelo é uma criança de 1 ano e 2 meses do sexo masculino, com história de febre alta e tosse com catarro por três dias, antes da internação. Não tem antecedentes mórbidos de interesse nas 24 horas antes da internação, e apresentou piora, com cansaço. No exame físico de entrada, estava com 36,8°C, com 55 respirações por minuto de F.R. e 110 bat/min.de F.C.; palidez cutâneo/mucosa de ++ em +++ +, ativo e irritadíssimo. No tórax, à ausculta, observa-se uma diminuição do murmúrio vesicular na base direita com estertores no final da inspiração (crepantes) e ausência de frêmito e pterilóquia do lobo inferior direito. O RX mostrou condensação com derrame pleural do tipo laminar; introduzida penicilina cristalina na dose de 200.000 u/Kg/dia, e após 48 horas de terapêutica, a febre persistia sem piora do estado geral; novo RX de tórax mostrou aumento do derrame pleural e aparecimento de pneumatocele; feita punção esvaziadora de tórax, no líquido pleural foi identificado para contraímuno-elektroforese (CIE) a presença de pneumococo, confirmado no bacterioscópico pelo encontro de cocos Gram positivos: a cultura isolou pneumococo e no antibiograma havia sensibilidade a oxacilina.

Gostaríamos de discutir a evolução clínica e laboratorial, aparentemente confi-

antes, e rever a orientação terapêutica.

A história e o exame físico indicam uma broncopneumonia com derrame pleural, confirmado pelos exames complementares, com caráter progressivo e acrescida de pneumatocele, mesmo com a terapêutica com penicilina, o agente identificado é um pneumococo. Aqui reside uma primeira observação: ficou muito difundido o conceito de que pneumonia com derrame pleural e pneumatocele tem por etiologia o estafilococo: entretanto é hoje absolutamente demonstrado que o hemófilo tipo B e o pneumococo podem com frequência evoluir com as características do caso apresentado; esse é um primeiro aprendizado, de que a presença de derrame pleural e pneumatocele não é igual e etiologia por estafilococos e, portanto, não deve servir de base única para indicação da antimicrobiana; além dos dados de laboratório, os dados clínicos e de evolução como dependendo da capacidade; desse agente de desencadear a cascata inflamatória de forma intensa, levando a alterações vasculares e necrose residual (ao derrame pleural e pneumatoceles). Outro comentário pertinente é o de que nas situações de má evolução com pneumococo essa aconteça por uma resistência aumentada à penicilina; esta é outra observação importante, pois a evolução com complicação nas infecções pneumocócicas não obrigatoriamente estão relacionadas com resistência à penicilina; no caso do Marcelo existe susceptibilidade da cepa isolada à oxacilina, o que é um forte indicador de se tratar de um pneumococo susceptível à penicilina nas doses habituais.

Em decorrência, é a nossa orientação manter a penicilina como antimicrobiano único, na dose de 200.000 UI/kg/dia, complementando 10 dias de tratamento.

EVANDRO R. BALDACC

Clinica Cirúrgica

CÂNCER GÁSTRICO E METÁSTASES. OPERAR?

Doente com adenocarcinoma do fundo gástrico, em regular estado geral, exames laboratoriais satisfatórios, apresentando à ultra-sonografia abdominal duas metástases hepáticas. Ausência de ascite.

Perdura ainda o conceito de que a presença de metástase hepática e/ou mesentérica, mesmo na ausência de carcinomatose peritoneal, significava inoperabilidade. Especialmente se a cirurgia indicada fosse a gastrectomia total. Todavia, a nossa experiência e a internacional não a convalida.

Quando possível, a extirpação das metástases, simultaneamente a do tumor, é conduta desejável. Todavia, se sua retirada significa risco de complicações é melhor deixá-las.

A justificativa para a gastrectomia total, mesmo frente à invasão das estruturas adjacentes e a não retirada das metástases é a qualidade de vida melhor e eventual alongamento da sobrevivência proporcionados.

É evidente que as condições clínicas do doente devem ser avaliadas rigorosamente no pré-operatório e seus desvios corrigidos.

Salientamos, portanto, ser válida a gastrectomia total, paliativa. Em virtude dos grandes avanços da medicina, que felizmente permitem atitudes mais agressivas no tratamento do câncer gástrico, a maioria das escolas cirúrgicas tem realizado, mesmo na presença de metástases sem carcinomatose e em estado geral compatível com o ato cirúrgico, uma operação que melhore o tempo e a

qualidade de sobrevivência, inclusive a gastrectomia total.

**CARLOS ALBERTO MALHEIROS
FRANCISCO CESAR MARTINS RODRIGUES
FARES RAHAL**

Referência

Malheiros, CA; Rodrigues, FCM; Yokota, ME; Ílias, EJ; Matsuzaki, WS; Rahal, F "Palliative total gastrectomy" - Digestive Surgery, ISDS 17th World Congress Abstracts Hamburg sept.6-9th, 2000 - p. 54 - p.66

Obstetrícia

INTERNAÇÃO HOSPITALAR, UMA NECESSIDADE NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO ?

Hospitalização e repouso no leito têm sido condutas adotadas como fundamentais no controle da pressão arterial das gestantes portadoras de síndromes hipertensivas, prevenindo dessa forma o desenvolvimento de complicações graves.

A restrição no leito foi preconizada por Harmen, em 1952, como parte de um esquema terapêutico onde se orientavam dieta hiperproteica, hipossódica e repouso no leito, que favoreceriam a redução na incidência das formas graves da pré-eclampsia bem como da Eclampsia. Há muitos anos, porém, que a importância da

hospitalização de mulheres gestantes com sinais de hipertensão gestacional leve ou pré-eclampsia tem se baseado mais em observação empírica do que em resultados de estudos randomizados controlados. Em 1971, Mathews et al. compararam os resultados de casos internados com não-internados de gestantes hipertensas sem proteinúria. Após dois anos de estudo, notaram resultados semelhantes em relação à mortalidade perinatal (4,8% nos casos internados vs 3,1% nos não internados), no desenvolvimento de Eclampsia (2,8% nos internados vs 0% nos não internados) e mortalidade materna (0% vs 0,8%). Em 1989, Crowther et al. revisaram a literatura sobre os efeitos da hospitalização com restrição no leito e concluíram que as mesmas em mulheres gestantes com hipertensão sem proteinúria podem reduzir a incidência de formas graves (PAD > ou = 110 mmHg). Parece haver melhora na diurese e redução de edema, mas o efeito sobre o aparecimento de proteinúria não foi significativo. A principal razão para hospitalização de pacientes portadoras de hipertensão com ou sem proteinúria seria a facilidade de monitorização materna e fetal e a detecção precoce da deterioração do quadro. Propiciaria também a monitorização contínua da PA e a dosagem de proteinúria. Crowther et al. voltaram a falar sobre o assunto em 1992 quando apresentaram os resultados de um estudo que envolveu 218 gestantes hipertensas entre 28 e 38 semanas, novamente analisando a hospitalização versus o seguimento ambulatorial; as internadas eram encorajadas a permanecer no leito, sendo permitida a deambulação caso desajassem e aquelas com tratamento domiciliar

a exercerem suas atividades habituais, tendo porém o cuidado de observarem o aparecimento de proteinúria eram visitadas semanalmente e internadas se: PA=160x110mmHg, proteinúria maior ou igual a + no labstix, diminuição da movimentação fetal ou sintomas sugestivos de pré-eclampsia tais como cefaléia, alterações visuais e dor abdominal. Encontraram menor incidência de pré-eclampsia grave nas gestantes hospitalizadas, por outro lado não houve diferença significativa no seguimento materno e a idade gestacional no parto não diferiu entre os grupos (38,3 semanas nas hospitalizadas e 38,2 semanas nas não-internadas). A incidência de trabalho de parto prematuro foi menor no grupo hospitalizado (11,8% vs 22,2%), não houve porém diferença significativa na morbidade perinatal. Concluíram que o seguimento domiciliar de gestantes hipertensas sem proteinúria é uma alternativa segura. Fato que reforça o temor do seguimento ambulatorial diante das formas leves da pré-eclampsia seria a dificuldade ou o erro no diagnóstico que culminariam na instalação das complicações graves como a Eclampsia. Acreditamos ser possível o seguimento ambulatorial de gestantes hipertensas em suas formas leves, em uso ou não de drogas anti-hipertensivas, desde que acatem a necessidade de repouso e que tenham fácil acesso ao hospital caso surjam os sintomas de gravidade. Por outro lado, em nosso meio, seria pouco prudente não internar os casos graves desta doença, uma vez que a monitoração dos parâmetros maternos e fetais é imperativa.

ELIANE APARECIDA ALVES