

## *Bioética*

### **SOBRE A MORTE E O MORRER: TECNOLOGIA OU HUMANISMO?**

Dois estudos publicados na Revista "Archives of Internal Medicine" mostram de maneira contundente como a questão da morte é inadequadamente tratada na formação médica.

Artigo de Hill mostra que de 126 escolas de medicina norte-americanas apenas cinco oferecem ensinamentos sobre a terminalidade da vida; maior ainda é a desatenção ao tema nos 7.048 programas de residência médica, já que apenas 26 apresentam o assunto em reuniões científicas.

Em outro artigo, Lynn, estudando mais de 9.000 pacientes portadores de insuficiência cardíaca em fase III ou IV e doentes em situação de terminalidade por câncer, mostrou que 55% dos mesmos estiveram conscientes nos três dias que antecederam a morte e incompreensivelmente enfrentaram os seguintes padecimentos: 40% tiveram dores insuportáveis, 80% fadiga extrema e 63% experimentaram grande sofrimento físico e emocional.

Indiscutivelmente, estamos despreparados para conduzir com proficiência estes sofridos momentos da vida de nossos pacientes. Praticamos medicina, que embora dominando sofisticada tecnologia, subestima o conforto do enfermo terminal, impondo-lhe longa e sofrida agonia. Nossas UTIs recebem contingente expressivo de doentes terminais e para eles são oferecidos cuidados que preservam variáveis biológicas sem considerar que isso é feito à custa de grande sofrimento. Um sobreviver precário, muitas vezes, não mais que vegetativo. Adiamos a morte através de insensato e prolongado sofrimento para o paciente e sua família, sem mencionar o tremendo ônus financeiro imposto a todo sistema de saúde.

Necessário se faz resgatar sentimentos como compreensão, solidariedade e compaixão sem o que estaremos fazendo uma ciência fria que não contempla a dignidade do ser humano.

**JOSÉ EDUARDO DE SIQUEIRA**

## Referências

1. Hill TP. Treating the dying patient: the challenge for medical education. Arch Intern Med 1995; 155:1265-9.
2. Lynn J. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients: study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). Ann Intern Med 1997; 126:97-106.

## *Clinica Cirúrgica*

### **RESERVA FUNCIONAL HEPÁTICA: COMO ACOMPANHAR?**

Todo hepatopata, em face de suas possíveis complicações, deve ser acompanhado cuidadosamente para detecção do grau de comprometimento hepático e controle de sua reserva funcional.

Inúmeros testes laboratoriais foram descritos, mas ao longo do tempo vários foram abandonados por falta de especificidade ou pela sua complexidade e alguns foram substituídos por exames mais sensíveis.

O uso rotineiro de provas funcionais para avaliação da função hepática nem sempre é possível. Não existe um exame único e "mágico", e muitos são desnecessários. Motivo pelo qual devemos considerar a utilização de testes que transmitam informações diversas, mas que em conjunto traçam um perfil da função hepática, fornecendo desta forma subsídios diagnósticos, evolutivos ou mesmo prognósticos da doença.

O critério de avaliação da função hepática, descrito por Child-Turcotte e modificado por Pugh (1973), foi proposto para este fim. Nele são considerados cinco parâmetros – ascite, bilirrubinemia total, albuminemia, prolongamento do tempo de protrombina e encefalopatia – pontuados de 1 a 3. De acordo com o total de pontos obtidos, dividem-se em: CHILD A, de 5 a 6 pontos (melhor reserva funcional hepática), de 7 a 9 CHILD B e de 10 a 15 CHILD C (pior reserva funcional hepática).

O objetivo primordial do tratamento dos doentes hepatopatas é tentar evitar sua evolução para hipertensão portal, desenvolvimento de varizes gastro-esofágicas e suas complicações.

A avaliação clínico-laboratorial da função hepática pela Classificação de Child-Turcotte-Pugh é, apesar de suas limitações, de uso simples (prática) e abrangente, uma vez que alia parâmetros clínicos aos dados laboratoriais, fornecendo uma visão global da função hepática.

**DARCY LISBÃO MOREIRA DE CARVALHO  
PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME**

## Referências

1. Pugh RNH, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg. 1973; 60:646-9.
2. Sherlock S. Diseases of the liver and biliary system. 10ª ed. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1997.

## *Clinica Médica*

### **TROMBOFILIA: QUANDO SUSPEITAR E COMO INVESTIGAR?**

A trombofilia é definida como a tendência à trombose decorrente de alterações hereditárias ou adquiridas da coagulação ou da fibrinólise, que levam a um estado pró-trombótico. A trombofilia é classificada como hereditária quando se demonstra a presença de uma anormalidade hereditária que predispõe à oclusão vascular, mas que requer a interação com outro componente, hereditário ou adquirido, para desencadear o episódio trombótico. As trombofilias hereditárias são, na maior parte dos casos, decorrentes de alterações ligadas aos inibidores fisiológicos da coagulação (antitrombina, proteína C, proteína S e resistência à proteína C ativada) ou de mutações de fatores da coagulação (FV GI 691A ou Fator V Leiden e mutação G20210A da protrombina). A trombofilia é adquirida quando é decorrência de outra condição clínica, como neoplasia, síndrome antifosfolípide, imobilização, ou do uso de medicamentos, como terapia de reposição hormonal, anticoncepcionais orais e heparina. Níveis plasmáticos moderadamente elevados de homocisteína também podem ser responsáveis por epi-

sódios vaso-oclusivos. Importante consideração a ser feita é o território vascular (venoso ou / e arterial) de ocorrência do(s) evento(s) trombótico(s), já que isto implica em mecanismos fisiopatológicos diversos, com investigação laboratorial e tratamento também diferentes. Clinicamente, as trombofilias hereditárias geralmente manifestam-se como tromboembolismos venosos, mas com algumas características próprias: a) ocorrência em indivíduos jovens (< 45 anos); b) recorrência freqüente; c) história familiar de eventos trombóticos; d) trombose migratória ou difusa ou em local pouco comum, e e) episódio trombótico desproporcionalmente grave em relação ao estímulo desencadeante. Os defeitos trombofílicos podem também causar várias complicações obstétricas, como dificuldade para engravidar, gestações complicadas, retardo do crescimento fetal, abortamentos e perdas fetais. A investigação laboratorial deve ser realizada em todas as situações mencionadas. Este estudo, sempre realizado temporalmente distante do evento trombótico agudo, inclui a quantificação funcional dos inibidores da coagulação, a quantificação da homocisteína plasmática, as pesquisas das mutações FV G1691A e G20210A da protrombina, e da presença dos anticorpos antifosfolípides (anticoagulante lúpico e anticardiolipina). Segundo alguns autores, a presença de hiperfunção plaquetária (Síndrome da plaqueta viscosa) também deveria ser investigada rotineiramente, por ser causa de tromboes arteriais e / ou venosas. Como em algumas situações clínicas a investigação laboratorial pode não alterar a conduta terapêutica que será instituída, deve-se levar em conta a relação custo/benefício deste estudo. Porém, duas observações merecem ser feitas: a) a presença de associações de defeitos trombofílicos implica em maior potencial trombogênico e b) a demonstração da presença ou ausência de anticorpos antifosfolípides orienta quanto ao tempo e a intensidade da anticoagulação. Por fim, deve-se ainda considerar que, por serem defeitos hereditários, a demonstração de um defeito trombofílico

congenito determina qual será a investigação dos familiares e aqueles que forem portadores assintomáticos deverão receber orientação adequada em situações de risco, visando evitar a ocorrência de eventos trombóticos.

**ELBIO ANTONIO D'AMICO**

#### Referências

1. DeStefano V, Rossi E, Paciaroni K, Leone G. Screening for inherited thrombophilia: indications and therapeutic implications. *Haematologica* 2002; 87: 1095-108.
2. Bank I, Middeldorp S, Büller HR. Hereditary and acquired thrombophilia. *Semin Resp Crit Care Med* 2000; 21:483-91.
3. Kearon C, Crowther M, Hirsh J. Management of patients with hereditary hypercoagulable disorders. *Annu Rev Med* 2000; 51: 169-85.

#### *Emergência e Medicina Intensiva*

## PROTÓCOLOS PARA DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PEDIATRIA

Existe um conceito básico geral em cuidados intensivos de que a atuação interdisciplinar melhora os cuidados clínicos de rotina de pacientes gravemente enfermos, quando se complementa o julgamento clínico à beira do leito com a utilização de protocolos baseados em evidências. Uma pesquisa recente, utilizando protocolo dirigido comparativamente à retirada gradual orientada pelo médico em crianças criticamente enfermas, demonstrou um aumento da taxa de sucesso de extubação<sup>1</sup> traqueal, com resultados clinicamente importantes e estatisticamente significantes. Uma pesquisa multicêntrica recente<sup>2</sup>, do grupo de trabalho Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators (PALISI), compara a utilização de protocolos para retirada gradual com cuidados padrão de procedimento, comparando também um protocolo utilizando ventilação com suporte de pressão (n = 62 pacientes) com outro protocolo utilizando ventilação com suporte de volume (n = 60 pacientes) e com outro grupo que não utilizou protocolo (n = 60 pacientes). A pesquisa foi interrompida após as primeiras 182 crianças devido a ausência de diferenças entre

os grupos com respeito à qualquer dado evolutivo relacionado ao desmame. Conclui-se que o protocolo de retirada gradual não diminui significativamente a duração da ventilação mecânica em lactentes e crianças, mas que o uso de sedativo era o principal fator que afetou a duração do desmame neste estudo, já que a utilização aumentada de sedativo nas primeiras 24 horas do desmame é um preditor de falha da extubação (p = 0.04), sendo este dado consistente com os achados em pacientes adultos. Uma outra conclusão que se deduz é que, contrariamente aos dados de pacientes adultos<sup>3,4</sup>, a maioria das crianças foram retiradas da ventilação pulmonar mecânica em dois dias ou menos.

Os protocolos baseados em evidência não são um sinônimo de receita de bolo e não devem ser tão rígidos de maneira a determinar uma importância secundária em relação à segurança e conforto da criança. Sabemos que diversos protocolos têm melhorado a prática de cuidados intensivos em pediatria, e que estes devem ser realizados com o objetivo de aumentar os conhecimentos em relação aos cuidados das crianças doentes, mas que em várias ocasiões poderão não demonstrar dados estatísticos e clínicos melhores do que os cuidados habituais fornecidos ao paciente.

**WERTHER BRUNO DE CARVALHO**

**NILTON FERRARO OLIVEIRA**

#### Referências

1. Schultz TR, Lin RJ, Watzman HM, Durning SM, Hales R, Woodson A, et al. Weaning children from mechanical ventilation: a prospective randomized trial of protocol-directed versus physician-directed weaning. *Respir Care* 2001;46:772-82.
2. Randolph AG, Wypij D, Venkataraman S, Hanson JH, Gedeit RG, Meert K, et al. Effect of mechanical ventilator weaning protocols on respiratory outcomes in infants and children: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(20):2561-8.
3. MacIntyre NR, Cook DJ, Ely Jr Ew. Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. *Chest* 2001; 120 (suppl 6):275S-395S.
4. Kollef MH, Shapiro SD, Silver P, St John RE,