

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-