

Bioética

EVENTOS ADVERSOS — O QUE SÃO?

Eventos adversos (EAs) são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. Afetando em média 10% das admissões hospitalares, constituem atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde: a sua presença reflete o marcante distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real. Quando decorrentes de erros, são denominados EAs evitáveis. Cabe ressaltar que 50% a 60% dos EAs são considerados passíveis de prevenção. Em geral, a ocorrência destes eventos inesperados não acarreta danos importantes aos pacientes. Entretanto, incapacidade permanente e óbito podem ocorrer. Estima-se que 1.000.000 de EAs evitáveis ocorram anualmente nos EUA, contribuindo para a morte de 98.000 pessoas. Eventos adversos cirúrgicos e aqueles relacionados ao uso de drogas correspondem às categorias mais freqüentes. Alguns fatores favorecem sobremaneira a ocorrência de EAs, destacando-se a idade dos pacientes, a gravidade do quadro clínico inicial, a existência de comorbidades, a duração e a intensidade do cuidado prestado, a fragmentação da atenção à saúde, a inexperiência de jovens profissionais envolvidos no atendimento, a sobrecarga de trabalho, as falhas de comunicação, a introdução de novas tecnologias e o atendimento de urgência. A presença de EAs deve ser interpretada como decorrente de falências nos complexos sistemas técnicos e organizacionais relacionados à atenção à saúde e não como resultado de ações isoladas praticadas por profissionais incompetentes. A adoção de medidas punitivas frente aos erros, prática muito freqüente na área médica, gerando atitudes de medo e desconfiança nos indivíduos, em nada contribui para a prevenção dos mesmos, uma vez que induz à ocultação das falhas cometidas. O reconhecimento da real dimensão destes problemas representa uma oportunidade ímpar para o aprimoramento da segurança dos pacientes.

RENATA MAFUZ DAUD GALLOTTI

Referências

1. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients – Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324:377-84.
2. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995; 163:458-71.
3. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Press Academy; 1999.
4. Weingart SN, Wilson M, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320:774-7.
5. Vincent C. Patient safety: understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 2003; 348:1051-6.

Clinica Cirúrgica

ACHADO INCIDENTAL DE NÓDULO HEPÁTICO. QUAL A SUA IMPORTÂNCIA?

Com o aprimoramento e difusão dos exames de imagem, cada vez mais nos deparamos com o diagnóstico incidental de lesões hepáticas nodulares. Muitas vezes, a ultra-sonografia solicitada para investigação de síndrome dispéptica, pré-natal ou mesmo seguimento sistemático em populações de risco, aliada à maior qualidade e rapidez das imagens, nos fornece como diagnóstico principal ou secundário este tipo de lesão.

O aprimoramento do diagnóstico frente a esta situação continua sendo um desafio, visto que dispomos de um amplo arsenal diagnóstico. Devido à elevada morbidade e mortalidade de lesões hepáticas malignas, quando não tratadas precocemente, este diagnóstico preciso se faz necessário.

Por outro lado, muitas vezes, este processo investigativo é complexo, demorado e oneroso, além de gerar uma grande expectativa no doente, perda de horas de trabalho e exposição a riscos em alguns exames.

A ausência de fatores de risco e sinais de alerta, tais como neoplasia maligna atual ou pregressa, emagrecimento, icterícia, hepatites

B ou C, cirrose hepática, história familiar suspeita, idade avançada e marcadores tumorais com valores elevados demonstra uma baixa probabilidade de neoplasia maligna no fígado, seja ela primária ou secundária.

Devemos nos apoiar não só nos dados dos exames de imagem, mas também em dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, com o objetivo de traçar um caminho mais curto até o diagnóstico definitivo, que na maioria das vezes não é de grande relevância. A mesma importância deve ser dada ao esclarecimento do doente frente aos prováveis diagnósticos, visando minimizar os aspectos negativos do processo investigativo, principalmente a expectativa e custos.

CARLOS ROBERTO PUGLIA

Referências

1. Tsao JI, DeSanctis J, Rossi RL, Oberfield RA. Hepatic malignancies. *Surg Clin North Am* 2000; 80: 603-33.
2. Okuda K, Ohtuki T, Obata H. Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment. Study of 850 patients. *Cancer* 1985; 56: 918-28.
3. Ganne-Carrié N, Chastang C, Chapel F, Munz C. Predictive score for the development of hepatocellular carcinoma and additional value of liver large cell dysplasia in western patients with cirrhosis. *Hepatology* 1996; 23: 1112.

Clinica Médica

VELOCIDADE DE HEMOSEDIMENTAÇÃO DE SEGUNDA HORA: QUAL A SUA UTILIDADE?

As provas de atividade inflamatória são exames freqüentemente utilizados na prática médica para auxiliar o diagnóstico e seguimento de afecções inflamatórias, infecciosas e neoplásicas.

Diversas provas laboratoriais podem ser utilizadas com essa finalidade: velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), alfa I glicoproteína ácida, seromucóides, fibrinogênio, haptoglobina e inúmeras outras proteínas.

A utilização de termos com “Provas de atividade reumática”, “reumatograma” são absolutamente inadequadas, porém infelizmente ainda utilizadas por alguns profissionais.

Inexiste até o momento uma definição das melhores ou mais adequadas provas de atividade inflamatória. A experiência do profissional com determinadas provas é muito importante, devendo conhecer bem as limitações e as possibilidades dos testes utilizados, devendo os mesmos serem interpretados à luz de um contexto clínico muito bem avaliado. Isoladamente, estas provas não têm nenhum valor.

A prática clínica tem demonstrado que a utilização de duas destas provas podem ser suficientes para uma adequada abordagem diagnóstica, assim como para seguimento de uma determinada enfermidade.

Observa-se também que o VHS e a PCR são os testes mais utilizados por clínicos experientes. Na última edição do livro *Rheumatology*, no capítulo de testes laboratoriais, na seção de “reagentes de fase aguda”, somente são abordados no texto o VHS e a PCR.

Em relação ao VHS, alguns aspectos e características merecem destaque e discussão, devido à alta frequência de utilização deste exame simples, de baixo custo, rápido, de fácil realização e com experiência acumulada de oito décadas.

Os primeiros estudos foram publicados separadamente, em 1921, por Fahraeus¹ e Westergren². Enquanto o primeiro o utilizava como teste para diagnóstico de gravidez, o segundo o aplicava nos pacientes portadores de tuberculose.

O VHS é a medida, sob condições padronizadas, da taxa de sedimentação dos eritrócitos em sangue não coagulado.

Em 1935, Wintrobe descreveu um método de avaliação do VHS usando sangue não coagulado em um tubo de hematócrito, que tinha a vantagem da leitura do hematócrito no mesmo material.

Entretanto, o método original de Westergren tem predominado e foi proposto como referência internacional (International Committee for Standardization in Haematology, 1973)³ e referendado no último consenso do conselho internacional de padronização, em Hematologia em 1993.

Wilhelm e Tillisch, em 1951, demonstraram que o VHS se modifica com a idade, sendo fisiologicamente mais acelerado em indivíduos idosos.

Segundo a recomendação do Conselho Internacional para Padronização em Hematologia, os valores de referência para VHS devem ser calculados nacional ou regionalmente, uma vez que o teste pode ser influenciado por condições locais. Não há tabelas de referências brasileiras, dispomos apenas de dados internacionais.

Os estados inflamatórios, infecciosos e neoplásicos são as condições mais frequentes de VHS acelerada, enquanto classicamente diminuem o VHS a insuficiência cardíaca, a hipofibrinogenemia, a hipoproteinemia e a policitemia Vera, entre outras. Recentemente Lanzara et al.⁴ fizeram um levantamento da literatura internacional, abrangendo os estudos publicados nos últimos 50 anos, não encontrando nenhum artigo que desse validação científica sólida para a leitura do VHS de segunda hora. Praticamente todos os trabalhos utilizam o VHS lido em 60 minutos para a metodologia e conclusão. Outros autores têm chamado a atenção para a pouca utilidade da medida do VHS de segunda hora^{5,6}.

O próprio Fahraeus, na primeira descrição do VHS, arbitrariamente estipulou 60 minutos como o tempo de leitura e o próprio Conselho Internacional de Padronização em Hematologia recomenda que a medida seja padronizada em 60 minutos.

A observação na prática diária demonstra que a realização da medida do VHS de segunda hora dificulta a sua interpretação, principalmente entre os profissionais menos experientes, gerando muitas vezes conduta inadequada ou novos exames desnecessários.

A divulgação da inadequação da medida do VHS de segunda hora, principalmente aos laboratórios de análises clínicas, é importante e deve ser feita no sentido de otimizarmos a interpretação deste teste simples, mas de inestimável importância na prática diária.

JOSÉ MARQUES FILHO

Referências

1. Fahraeus R: The suspension stability of the blood. *Acta Med Scand* 1921; 55:1-7.
2. Westergren A. Studies of the suspension stability of the blood in pulmonary tuberculosis, *Acta Med Scand* 1921; 54:247-51.
3. International Committee for Standardization in Hematology. Reference method for the Erythrocyte sedimentation Rate (ESR) Test in human blood. *Br J Haematol* 1973; 24:671-3.
4. Lanzara GL, Provenza JR, Bonfiglioli R. Velocidade de Hemossedimentação (VHS) de segunda hora: Qual o seu valor? *Rev Bras Reumatol* 2001; 41:237-41.
5. Marques Filho J. VHS-Revisão. *Arq Bras Med* 1992; 66:265-7.
6. Almeida AC, Cecin HÁ. Hemossedimentação: Depois de 80 anos, ainda útil (Editorial). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:59-61.

Ginecologia

QUAL A IMPORTÂNCIA DA VIDEOHISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA NO CLIMATÉRIO?

D.M.S, 56 anos, casada, do lar, branca, natural de São Paulo, veio à consulta para acompanhamento anual ginecológico. Menopausada há quatro anos e sem sintomas climatéricos. Nunca fez terapia de reposição hormonal. Operada há três anos de câncer de mama (Quadrantectomia com linfadenectomia esquerda) e atualmente está em uso de tamoxifeno. Os exames físico e ginecológico mostraram-se normais. Foram solicitados exames de rotina para climatério: hemograma, colesterol total e frações, triglicérides, glicemia jejum, TSH, citologia oncótica, mamografia, densitometria óssea e ultra-sonografia endovaginal.

A paciente retornou após duas semanas com os exames solicitados, sendo que apenas o ultra-som endovaginal apresentava-se alterado, ou seja, a espessura do eco endometrial era de 10mm (Figura 1). Ministrou-se progestógeno durante cinco dias e a paciente não exibiu sangramento por privação. Foi solicitada, então, uma videohisteroscopia diagnóstica que mostrou apenas um pólipio endometrial fibroglandular e endométrio atrófico (Figura 2). A paciente foi submetida, então, a uma polipectomia videohisteroscópica com ressectoscópio.