

Bioética

QUANDO A CRIANÇA NÃO DEVE SER REANIMADA APÓS PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA?

Embora esta questão seja cada vez mais freqüente, a resposta não é simples, pois envolve a condição clínica da criança, a opinião de médicos especialistas e intensivistas, a opinião da criança e seus responsáveis e aspectos sócio-culturais.

Mesmo em centros tecnologicamente avançados, na maioria dos casos a discussão sobre retirada de tratamento ocorre apenas após tempo prolongado de internação na UTI. Além disso, quando esta decisão é tomada, a maioria dos tratamentos é suspensa abrupta e simultaneamente, e a maioria das crianças morre poucos minutos após a suspensão do tratamento¹.

A decisão de retirada de tratamento e de não reanimação deve ser bem fundamentada, discutida amplamente e tomada com antecipação, anterior à deterioração clínica da criança.

Para instituir-se a ordem de não reanimação, a Comissão de Ética do Instituto da Criança (HC FMUSP) propõe as seguintes diretrizes:²

1. Avaliação clínica (a quem dirigir esta decisão)

a. Paciente terminal – portador de doença crônica em estágio clínico que não permite o resgate de uma situação anterior, com grande comprometimento de suas funções cognitivas e de relação e que determinam, para a equipe que os cuida e para sua família, dúvida quanto ao que seja manter a vida ou prolongar a agonia

b. Pacientes com doença crônica e comprometimento neurológico irreversível que impeça algum contato com o meio e o mantenha em total dependência, em estado vegetativo

2. Reunião multiprofissional

Devem participar as equipes envolvidas: especialistas de origem, áreas de emergência, enfermagem. Objetivo: há consenso quanto ao diagnóstico, prognóstico e decisão de não reanimar?

3. Consulta facultativa à Comissão de Ética

4. Entrevista com o paciente (quando possível) e família

Transmissão das informações acerca da situação clínica, possibilidades de evolução, recursos disponíveis no sentido de redirecionar o tratamento de curativo para paliativo e possibilidade de decidir-se a não reanimação frente a uma parada cardiorrespiratória. Importante: ouvir e tentar entender como paciente e família se posicionam frente às informações e possibilidades de decisões, identificando seus desejos.

5. Registro da ordem de não reanimar

Deve ser registrada claramente, descrevendo todas as decisões acordadas e os procedimentos que devem ou não ser instituídos em caso de parada cardiorrespiratória. Este documento, assinado pelos profissionais envolvidos, além do paciente ou seus responsáveis, deverá ficar na capa do prontuário, e acompanhar o paciente em todos os setores, mesmo após a alta da UTI. As informações da ordem de não

reanimar devem ser reavaliadas diariamente e podem ser alteradas, dependendo da opinião da equipe e dos responsáveis.

CLÁUDIO FLAUZINO DE OLIVEIRA
EDUARDO JUAN TROSTER

Referências

1. Zawistowski CA, DeVita MA. A descriptive study of children dying in the pediatric intensive care unit after withdrawal of life-sustaining treatment. *Pediatr Crit Care Med* 2004; 5:216-23.

Clínica Cirúrgica

QUANDO INDICAR O TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO?

A grande prevalência de traumatismos abdominais em nosso meio, associado ao grande número de complicações decorrentes de laparotomias não terapêuticas ou negativas, tem colocado em evidência o tratamento conservador nos algoritmos de condutas atuais.

Inicialmente empregado pelos cirurgiões pediátricos, receosos das complicações decorrentes das esplenectomias em crianças, o tratamento conservador no traumatismo abdominal fechado está amplamente difundido nesta faixa etária de pacientes¹.

A opção por adotar um tratamento não operatório no trauma abdominal fechado exige que sejam obedecidas algumas regras tidas como básicas na abordagem de qualquer paciente traumatizado².

A necessidade de monitorização periódica tanto laboratorial quanto radiológica limita a realização desta conduta a centros com disponibilidade ampla destes recursos.

Dois aspectos são fundamentais na decisão de se adotar o tratamento conservador: ausência de sinais de peritonite ao exame clínico, que exige, para sua avaliação, nível de consciência adequado por parte do paciente; e estabilidade hemodinâmica que, quando ausente, representa indicação absoluta de laparotomia, desde que excluídas outras causas de choque, o que freqüentemente ocorre em pacientes politraumatizados³.

Apesar do enorme avanço tecnológico observado nos últimos anos, incluindo o aprimoramento de exames subsidiários como a ultra-sonografia, a tomografia computadorizada e a radiologia intervencionista, não sendo estes isentos de resultados falso-negativos, o exame físico em momento algum deverá ser esquecido⁴.

O principal fator determinante do sucesso deste tipo de conduta é o acompanhamento clínico constante e horizontal do paciente, através de exames físicos meticulosos e seriados, por equipe médica habituada e entrosada no atendimento de politraumatizados.

OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO
RODRIGO VINCENZI
ELIAS JIRJOSS ILLIAS
PAULO KASSAB

Referências

1. Cotte A, Guye E, Diraduryan N, Tardieu D, Varlet F. Management of blunt abdominal trauma in children. *Arch Pediatr* 2004; 11(4):327-34.

2. Malhotra AK, Latifi R, Fabian TC, Ivatury RR, Dhage S, Bee TK, et al. Multiplicity of solid organ injury: influence on management and outcomes after blunt abdominal trauma. *J Trauma* 2003; 54(5):925-9.

3. Ozturk H, Dokucu AI, Onen A, Otçu S, Gedik S, Azal OF. Non-operative management of isolated solid organ injuries due to blunt abdominal trauma in children: a fifteen-year experience. *Eur J Pediatr Surg* 2004; 14(1):29-34.

4. Sirlin CB, Brown MA, Deutsch R, Andrade-Barreto AO, Fortlage DA, Hoyt DB, et al. Screening US for blunt abdominal trauma: objective predictors of false-negative findings and missed injuries. *Radiology* 2003; 229(3):766-74.

Clínica Médica

COMO FAZER O DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR?

A hipertensão pulmonar é definida como uma síndrome de etiologia diversa, sendo o denominador comum a presença de pressão média de artéria pulmonar (PMAP) superior a 25mmHg em repouso ou 30mmHg durante exercício. A nova classificação diagnóstica proposta em Veneza, em 2003, representa um avanço no entendimento fisiopatológico, auxiliando no delineamento da conduta terapêutica. A doença passa a ser classificada em cinco categorias, sendo a primeira a mais estudada sob o ponto de vista etiopatogênico, fisiopatológico, diagnóstico e terapêutico. Alterações genéticas no receptor BMPRII (família TGF- β) são encontradas em 26% dos casos esporádicos e em 50% a 60% dos indivíduos em famílias acometidas.

1. Hipertensão arterial pulmonar

1.1. Idiopática (esporádica)

1.2. Familiar

1.3. Relacionada a:

- Doença vascular por colágeno
- Cardiopatias congênitas
- Hipertensão portal
- Infecção por HIV
- Drogas / toxinas
- Outras

1.4. Hipertensão arterial pulmonar com envolvimento venoso e/ou capilar importante

1.5. Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido

2. Hipertensão pulmonar com doença do coração esquerdo

3. Hipertensão pulmonar associada a desordens do sistema respiratório e/ou hipoxemia

4. Hipertensão secundária à doença trombótica e/ou embólica crônica

5. Miscelânea

Sob o ponto de vista diagnóstico, a seqüência de avaliação apresentada a seguir é imperativa para a adequada caracterização do problema, sua fase evolutiva e condições clínicas associadas. São os seguintes passos:

- a) História clínica e exame físico;
- b) ECG; RX de tórax; teste de função pulmonar;
- c) Ecocardiografia;
- d) Mapeamento ventilação / perfusão; tomografia de alta resolução; pesquisa de trombofilia;