

A Propósito de “O Momento da Morte no Internamento de Medicina Interna”

Apropos of “The moment of death whilst in Internal Medicine hospitalization”

Fernando Guimarães

O artigo citado em epígrafe, de Luísa Magalhães et al,¹ publicado recentemente na revista, é um importante estímulo à reflexão sobre alguns aspectos menos atraentes da nossa prática hospitalar. Ainda assim, levanta-nos algumas interrogações. Em primeiro lugar, o título refere-se ao “momento da morte” mas o texto parece concentrar-se na paragem cardio-respiratória (PCR). Ora, em muitos óbitos das nossas enfermarias o médico é chamado a verificar o óbito, não se tratando de uma PCR, situação em que a actuação imediata e coordenada de uma equipa pode salvar o paciente, ainda que muitas vezes por um pequeno e inglório período.

Os Autores (AA) reviram 403 de 438 óbitos ocorridos num triénio mas não explicam a exclusão dos restantes. A elevada percentagem de doentes que no momento da morte tinham já indicação de DNR (Decisão de Não Reanimar) no processo (86.4%) provavelmente resulta em parte dos casos de esta indicação ter sido acrescentada durante chamada do médico por agravamento nas suas últimas horas de existência. De todo o modo, percentagem impressionante, face, por exemplo, à realidade do hospital em que trabalhamos, onde não parece haver drama algum pela ausência da ordem DNR em tantos doentes que obviamente não devem ser ressuscitados.

Curiosamente, não fica clara no artigo a proporção de casos em que houve chamada por PCR de médicos de urgência ou residência, apenas nos é dito que em três casos com tal indicação houve tentativa de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Parece-nos autoritária e algo gratuita a afirmação “Na Medicina contemporânea, não é admissível que a possibilidade de morte durante o internamento não seja prevista, o seu momento não seja antecipado e os seus sinais de alarme não sejam identificados”. De

facto, a possibilidade de morte de um doente admitido por uma patologia ou descompensação aguda está sempre na mente de qualquer médico treinado; mas parece óbvio que em muitos casos o momento não pode ser antecipado; por fim, a identificação dos sinais de alarme muitas vezes não conduz a qualquer atitude com intuito salvador, porque o prognóstico não é afectado por tal atitude, que pode ainda acarretar o ónus da potencial futilidade ou “encarniçamento”. Que fique bem claro, contudo, que concordamos quanto à necessidade de identificar os referidos sinais, mesmo em casos de DNR, porque da imediata prestação de cuidados médicos competentes pode depender a sobrevivência de alguns pacientes.

Os AA dizem que “a percentagem baixa de doentes com indicação para manobras de RCP é um indicador da complexidade dos doentes”. Não é “a extrema complexidade clínica” que leva à indicação de DNR, é, sim, a convergência da extrema gravidade de uma patologia ou intercorrência, em doentes muitas vezes idosos, com múltiplas e avançadas comorbilidades, que os deixam em situação de grande exaustão das suas capacidades de resistência, muitas vezes próximos da falência multiorgânica. A complexidade, em si, é um desafio para qualquer internista, como certamente os AA demonstram na sua prática clínica de todos os dias.

Por fim, merece especial ênfase a regularidade / aleatoriedade quase perfeita dos óbitos ao longo das 24 horas do dia e dos sete dias da semana, que contrasta com a maioria das séries publicadas sobre esta matéria. Parece-nos que estes resultados abonam a qualidade e dedicação do programa da residência bem como da enfermagem do Serviço em que os AA trabalham. ■

Bibliografia

Luísa Magalhães, Arlindo Guimas, Sofia Ferreira et al. O momento da morte no internamento de Medicina Interna. *Medicina Interna* 2009; 16: 205-210.

Assistente de Medicina Interna
Hospital Vila Real – CHTMAD.