

O equilíbrio de um sistema dinâmico complexo – Aplicação do mapa de problemas num caso de morbilidade múltipla

PAULA BROEIRO*, VÍTOR RAMOS**, RICARDINA BARROSO***

RESUMO

Introdução: O relato de caso é de importância impar em Medicina Geral e Familiar pelo facto de a decisão ser tomada em contexto de grande incerteza. O dilema da decisão individual é particularmente relevante em situações de maior complexidade, como a morbilidade múltipla.

O Caso: Octagenário com morbilidade múltipla constituída pela concomitância de alguns problemas de saúde pouco frequentes (artrite reumatóide, psoríase, síndrome de Wolf Parkinson White, insuficiência arterial dos membros inferiores), o que dificulta a decisão clínica. Através do mapa de problemas conseguem visualizar-se as repercussões da adição de novos diagnósticos (insuficiência cardíaca, insuficiência renal, distímia, hipotireoidismo). Neste doente, o aumento do número de problemas que constituem a morbilidade múltipla nem sempre foi sinónimo de situação clínica mais grave. Por outro lado, um pequeno desequilíbrio hidro-electrolítico com hipercaliémia teve repercussões desastrosas que culminaram num internamento por reacção adversa à terapêutica (toxicodermia). Este internamento contribuiu para o reequilíbrio do sistema e hoje o doente encontra-se clinicamente mais estável.

Discussão: A decisão clínica em situações de morbilidade múltipla é um exercício de grande complexidade. Utilizando o Mapa de Problemas, como suporte de registo, consegue-se visualizar os problemas e estabelecer quer a relação entre eles, quer as prioridades. Esta metodologia facilita a elaboração de um plano ajustável.

A situação clínica relatada permite-nos verificar o equilíbrio dinâmico dos sistemas vivos apesar do aparente caos.

Palavras-chave: Morbilidade Múltipla, Co-morbilidade, Mapa de problemas, Complexidade

frequência da morbilidade múltipla e pela abordagem holística, o que torna cada caso uma situação única, irrepetível.

Diariamente lidamos com o dilema entre a natureza da evidência médica e o tratamento individual.¹ A investigação clínica de medicamentos (base da evidência científica) só excepcionalmente inclui crianças, idosos ou doentes com múltiplos problemas. A morbilidade múltipla continua a ser considerada um factor de confundimento.

As decisões relativas a cada doente individual são, também por isso, tomadas em contexto de grande incerteza. O médico assume o papel de um timoneiro, que às vezes leva a bom porto o seu barco, outras soçobra em mares revoltos e adversos.

O mapa de problemas pode ser utilizado nas situações em que existe mais do que um problema de saúde porque permite não só visualizar os problemas de saúde, mas também as relações entre eles, facilitando a sua hierarquização e resolução integrada. Este suporte gráfico do raciocínio facilita a cognição e a decisão clínica.⁴

Com o intuito de partilhar uma ex-

INTRODUÇÃO

O relato de caso é uma estratégia de partilha e divulgação de experiências clínicas. Em medicina geral e familiar é tanto ou mais importante que noutras especialidades médicas pela

*Assistente Graduada de Clínica Geral,

Centro de Saúde do Lumiar

**Chefe de Serviço de Clínica Geral, Centro de Saúde de Cascais

***Chefe de Serviço de Clínica Geral, Coordenação de Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul

periência de vários anos, os autores pretendem com este artigo ilustrar a aplicação do Mapa de Problemas a um caso clínico.

O Caso

J., actualmente com 86 anos, é natural de Lisboa e vive com a sua mulher de 79 anos. Encontram-se na fase VIII do ciclo familiar de Duvall.

O doente é o cuidador do núcleo familiar restrito, pois a mulher tem morbilidade múltipla incapacitante (doença bipolar, hipertensão arterial, demência vascular, presbiacúsia, osteoartrose generalizada, incontinência urinária).

Têm como suporte social os filhos e actualmente uma empregada doméstica interna estrangeira. Como recursos de saúde, para além do Serviço Nacional de Saúde, têm um subsistema de saúde que facilita o acesso a cuidados diferenciados.

Há 5 anos, nos seus 81, teve a primeira consulta com o seu actual médico de família, trazendo diagnosticados onze problemas de saúde e consumindo catorze medicamentos em simultâneo (Figura 2, Quadro I)

PRIMEIRA CONSULTA

Em 2002 J. vem à consulta porque havia mudado de médico de família. Tratava-se de um octogenário com múltiplos problemas de saúde crónicos, alguns deles pouco frequentes, parecendo-nos a sua concomitância ainda mais rara (Figura 1). Atendendo ao facto de ser o primeiro contacto limitámo-nos a valorizar preferencialmente as queixas relacionadas com úlceras de perna, num doente com o diagnóstico de doença arterial dos membros inferiores medicado com pentoxifilina.

Nesta consulta identificámos dois novos problemas: a polifarmácia e a insuficiência cardíaca clínica. Percebemos a interacção entre estes problemas e efectuámos um plano terapêutico que passava pela visita domiciliária médica e de enfermagem (pensos regulares 3 vezes por semana). Relativamente aos medicamentos apenas substituímos o propranolol (Quadro I) por lisinopril em baixa dose (5 mg).

A razão de uma abordagem muito pouco interventora prendeu-se com a dificuldade de uma primeira consulta a um doente com 81 anos, com inúmeras

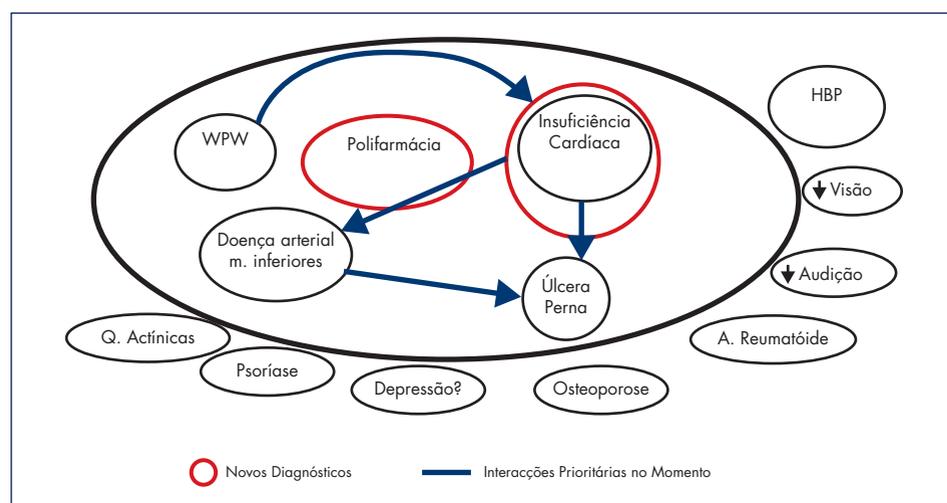


Figura 1. Abordagem episódica na primeira consulta (2002).

QUADRO I

FARMACOTERAPIA À DATA DA 1ª CONSULTA (2002)

1. Amiodarona
2. Propranolol
3. Furosemida
4. Salicilato de Lisina
5. Pentoxifilina
6. Trimetazidina
7. Deflazacort (solução)
8. Vitamina D
9. Sulfasalazina
10. Alendronato
11. Cálcio
12. Meloxicam
13. Zolpidem
14. Betametasona tópica

QUADRO II

FARMACOTERAPIA ACTUAL (2006)

1. Amiodarona
2. Lisinopril
3. Ticlopidina
4. Omeprazol
5. Pentoxifilina
6. Tamsulosina
7. Deflazacort (solução)
8. Vitamina D
9. Sulfasalazina
10. Levotiroxina
11. Brotizolam
12. Betametasona tópica

ros diagnósticos e terapêuticas não efectuados por nós. Efectuámos a alteração terapêutica que nos pareceu mais lógica: suspender o propranolol por eventual agravamento da doença arterial dos membros inferiores e introduzir um IECA com o intuito de melhorar a função cardíaca.

Durante o ano de 2002 teve um internamento por hemorragia digestiva alta por efeito adverso de medicamentos. Na sequência deste internamento, foi suspensa parte da terapêutica inicial (salicilato de lisina, meloxicam e alendronato) e introduzido o omeprazol (Quadro II).

Apesar da complexidade do quadro clínico, permaneceu equilibrado até 2004, com cicatrização das úlceras de perna, sem descompensação cardíaca e mantendo alguma autonomia. As visitas domiciliárias médicas e os exames complementares de diagnóstico foram apenas de vigilância e controlo dos problemas identificados.

EPISÓDIO DE Desequilíbrio Hidro- -ELECTROLÍTICO E Falência Multiorgão

Em 2004, na sequência de uma prosta-

tite com obstrução urinária desencadeou-se insuficiência renal e desequilíbrio hidro-electrolítico (Figura 2). A retenção hídrica resultante da deterioração da função renal, bem como algumas circunstâncias (tempo quente e pouca mobilidade) agravaram a estase venosa, e conseqüentemente as úlceras de perna. Houve um agravamento da insuficiência cardíaca, da isquémia dos membros inferiores e a presença de hipercalemiemia poderia vir a determinar um desequilíbrio fatal.

A prostatite foi resolvida com antibioticoterapia (cotrimoxazol) e um alfa-bloqueante (tamsulosina).

O desequilíbrio hidro-electrolítico/insuficiência renal e as úlceras de perna eram as nossas prioridades médicas. A estase dos membros inferiores era exuberante recomendando-se o repouso com elevação dos membros. Atendendo às dificuldades na deslocação foi efectuada consultoria telefónica com o dermatologista que sugeriu o tipo de penso a efectuar (como se tratava de uma lesão muito exsudativa aplicou-se carvão activado).

O plano terapêutico passava pela vigilância médica semanal, em simultâneo com os cuidados de enfermagem, para aferição da cicatrização das úlce-

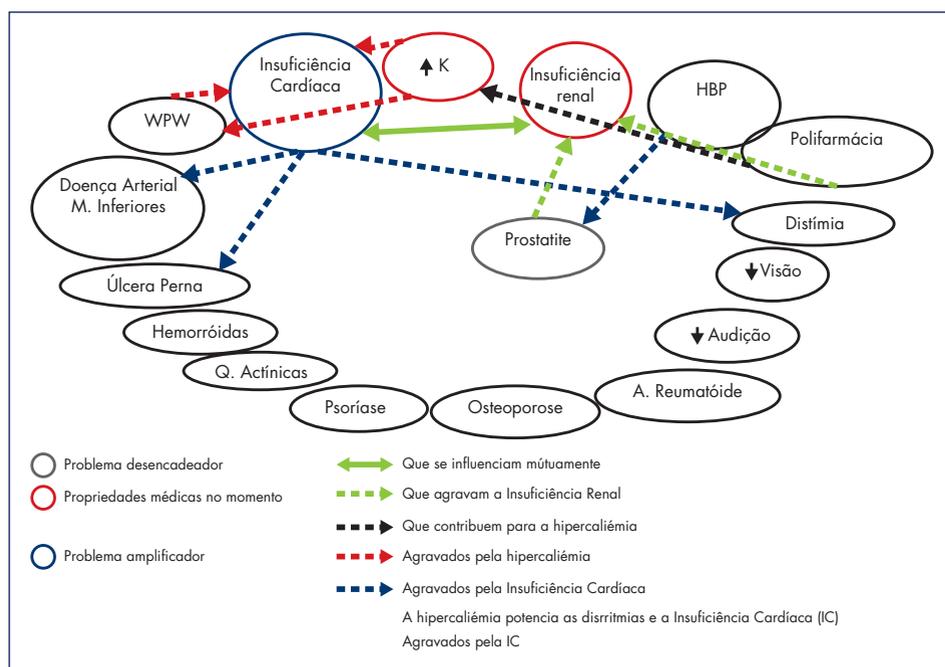


Figura 2. Falência Multiorgão/Desequilíbrio (2004).

ras e do estado infeccioso das mesmas, bem como dos sinais de alerta de hipercaliémia grave. Do ponto de vista da terapêutica farmacológica seleccionou-se um antibiótico sem excreção renal, e foi-se aumentando lenta e progressivamente a dose de furosemida para controlo da hipercaliémia e dos edemas.

A situação no domicílio era grave e de difícil controlo pela escassez de recursos, tendo sido recomendado internamento para restabelecimento do equilíbrio hidro-electrolítico e tratamento da úlcera de perna.

O internamento foi curto (uma semana), tendo tido alta equilibrado do ponto de vista hidro-electrolítico, mas com agravamento das úlceras de perna em extensão, profundidade e dor, e com sinais infecciosos. Foram prescritos ceftriaxona, morfina e pensos diários. Foi ponderado o risco-benefício da prescrição da ceftriaxona, atendendo à excreção renal das cefalosporinas e à eficácia (espectro de acção e penetrância em tecidos mal irrigados).

Estávamos perante um doente em falência multiorgão, sendo o prognóstico o de morte próxima. Nesse momento, faziam-se apenas planos a curto prazo, foi abordada a morte com a família e apelou-se aos recursos religiosos, de acordo com a sua prática católica.

J. desenvolveu uma toxidermia à ceftriaxona, o que motivou o internamento durante um mês. O equilíbrio hidro-electrolítico foi restabelecido, as úlceras de perna cicatrizaram. O doente manteve-se estável, resolvido o desequilíbrio que colocou a sua vida em risco.

SITUAÇÃO ACTUAL

Actualmente e do ponto de vista médico, J. encontra-se mais equilibrado do que há anos atrás. O número dos seus problemas não diminuiu, antes pelo contrário: foi-lhe diagnosticado um hipotiroidismo secundário à amiodarona (Figura 3). Este novo problema tem sido controlado com levotiroxina, iniciada

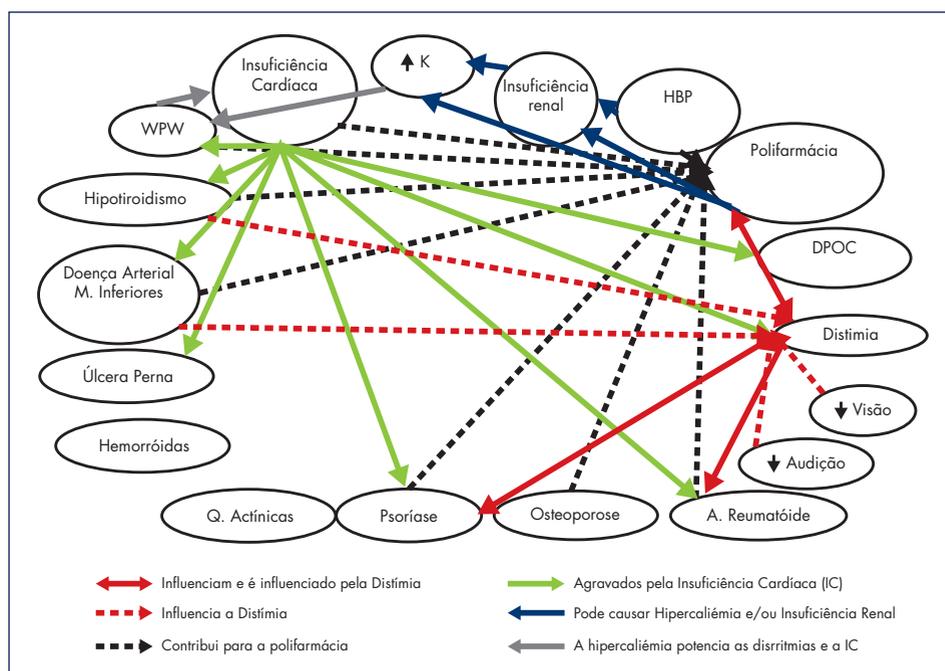


Figura 3. Peso dos diferentes problemas no equilíbrio do sistema.

em baixas doses e com aumentos muito lentos, por sugestão do endocrinologista (Quadro II).

CONCLUSÃO

A morbidade múltipla no limite da vida é um exercício médico de grande complexidade em que a visualização dos problemas e das suas interações (Figura 3) facilita a compreensão e o estabelecimento de prioridades. Do ponto de vista médico privilegiámos, em diferentes momentos, a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal crónica e a polifarmácia.

Mantém a mesma terapêutica desde 2004, à excepção da levotiroxina e do brotizolam (Quadro II). Comparativamente com os fármacos administrados em 2002 foi pequena a redução numérica (dois), sendo questionável a prescrição de alguns deles, nomeadamente o brotizolam e a pentoxifilina. O brotizolam como indutor do sono torna as

suas noites mais pequenas, tratando-se inquestionavelmente de um dos poucos medicamentos que interfere, positivamente, com o seu bem-estar. A pentoxifilina, apesar de ser um dos medicamentos de eficácia duvidosa, foi introduzida durante o último internamento com o intuito de melhorar a doença arterial dos membros inferiores. Encontrando-se a situação estável, torna-se difícil tomar a decisão de a suspender.

Apesar da percepção médica de que o doente está melhor, observando a Figura 3 verificamos que os problemas de que padece J. constituem um sistema de grande complexidade (múltiplas interações) que se encontra em equilíbrio.⁵

Neste caso, a percepção médica não é coincidente com a do doente que considera que o seu principal problema, a limitação funcional e social, não está resolvido (cansaço, dor e hipomobilidade relacionados com a artrite reumatóide). Encontra-se confinado à casa e ao es-

paço familiar de filhos e netos: recusa-se a almoçar fora de casa pela dificuldade em levar os alimentos à boca, consequência da deformação das mãos.

DISCUSSÃO

A imprevisibilidade dos problemas de saúde determina que os planos feitos a curto/médio prazo sejam passíveis de ser ajustados a cada momento.

A continuidade de cuidados permitiu identificar situações de desequilíbrio e de reequilíbrio, que são próprias dos sistemas vivos complexos.⁵

Neste caso tivemos a oportunidade de verificar que apesar da morbilidade múltipla e da perda de autonomia esta pessoa é fundamental no equilíbrio de um sistema maior que é a sua família (esposa com demência).

Nos cuidados a doentes com morbilidade múltipla, em particular em situações de perda de autonomia (visitas domiciliárias), o papel do médico de medicina geral e familiar é fundamental na articulação de cuidados (enfermagem, outros médicos).

Nesta situação, dois dos motivos de desequilíbrio do sistema que justificaram o internamento foram reacções adversas a medicamentos. Num estudo, realizado no Reino Unido, verificou-se que 6,5% dos internamentos são motivadas por reacções adversas a fármacos.⁵ Este problema é mais frequente na população mais idosa (mediana de idade 76 anos) porque a polifarmácia é frequente e há alterações no metabolismo dos fármacos que requerem ajuste de dose.⁶⁻⁷ Neste momento, J. encontra-se a fazer terapêutica com lisinopril, que é um dos fármacos incluídos no grupo dos mais frequentemente implicados nas reacções adversas a medicamentos (por hipercaliémia).⁶⁻⁷

A polifarmácia requer dos médicos um elevado conhecimento de farmacologia clínica de forma a facilitar a abor-

dagem individual.⁷

Em medicina geral e familiar há uma multiplicidade de formas de relato de caso, a propósito de uma consulta, de um problema, da morbilidade múltipla, da família, de um suporte de registo. Neste caso socorremo-nos de um suporte de registo que facilita a meta cognição e consequentemente o raciocínio clínico e a tomada de decisão. Em situações de maior complexidade pode reduzir o dilema da incerteza/evidência em cada situação individual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Griffiths F, Green E, Tsouroufli. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* 2005 Mar 5; 330 (7490): 511-5.
3. Djulbegovic B. Lifting the fog of uncertainty from the practice of medicine. *BMJ* 2004 Dec 18; 329 (7480): 1419-20.
4. Broeiro P. Multipatologia: raciocínio clínico e a tomada de decisão: aquisição da competência. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17:307-26.
5. Lewin R. Complexidade: a vida no limiar do caos. Lisboa: Editorial Caminho; 2004.
6. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004 Jul 3; 329 (7456): 15-9.
7. Pilot F, Standridge JB, Swagerty D. Caring for the elderly: a case-based approach. *An American Family Physician Monograph*. Leawood, Kansas: American Academy of Family Physicians; 2004.

Endereço para correspondência

Paula Broeiro
Av. Paulo VI, n.º 16, 8º B
1950-230 Lisboa
E-mail: paulabroeiro@iol.pt

Vítor Ramos
E-mail: vramos@ensp.unl.pt

Ricardina Barroso
E-mail: ricardinab@netcabo.pt