

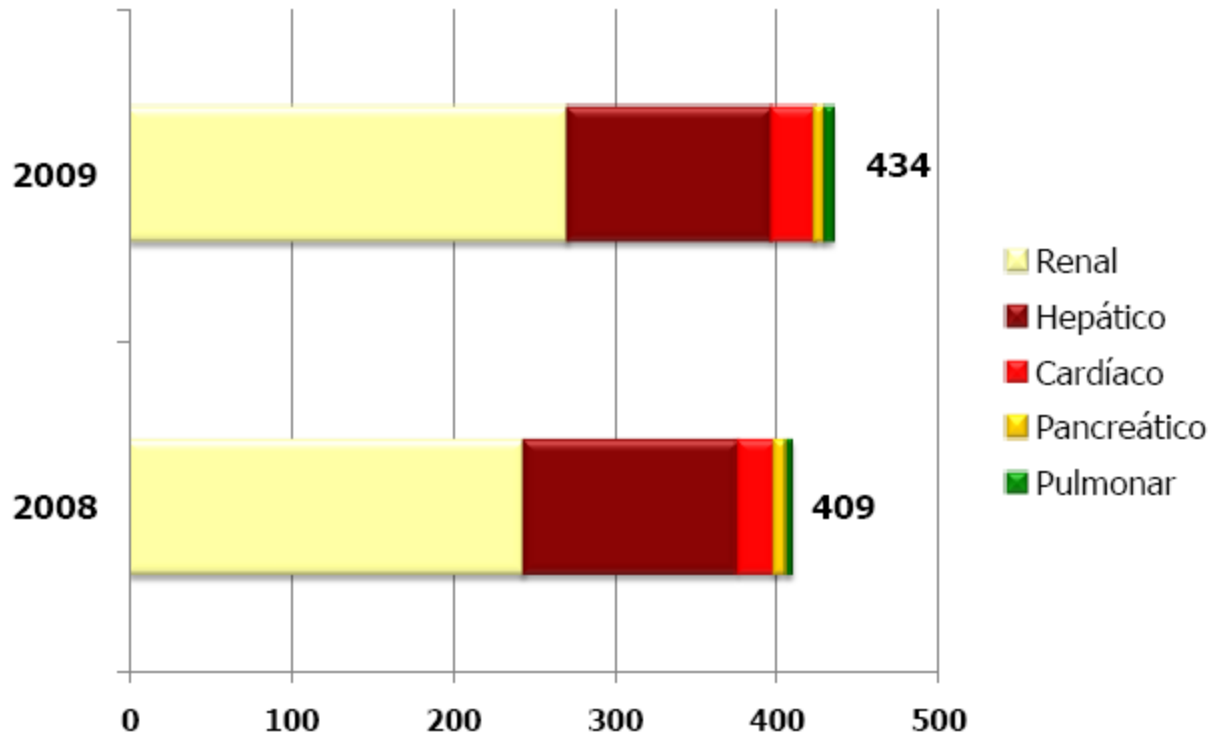


« TRANSPLANTES DE ÉTICA »

Ética e Deontologia Médica
5.º ano Rotação Medicina II

Ana Lúcia Soares	n.º 3899
Ana Luísa Mendes	n.º 3395
Noélia Lopez dos Santos	n.º 4076

Transplantação – 1º Semestre



No 1º semestre a actividade de transplante de órgãos aumentou 6,1%

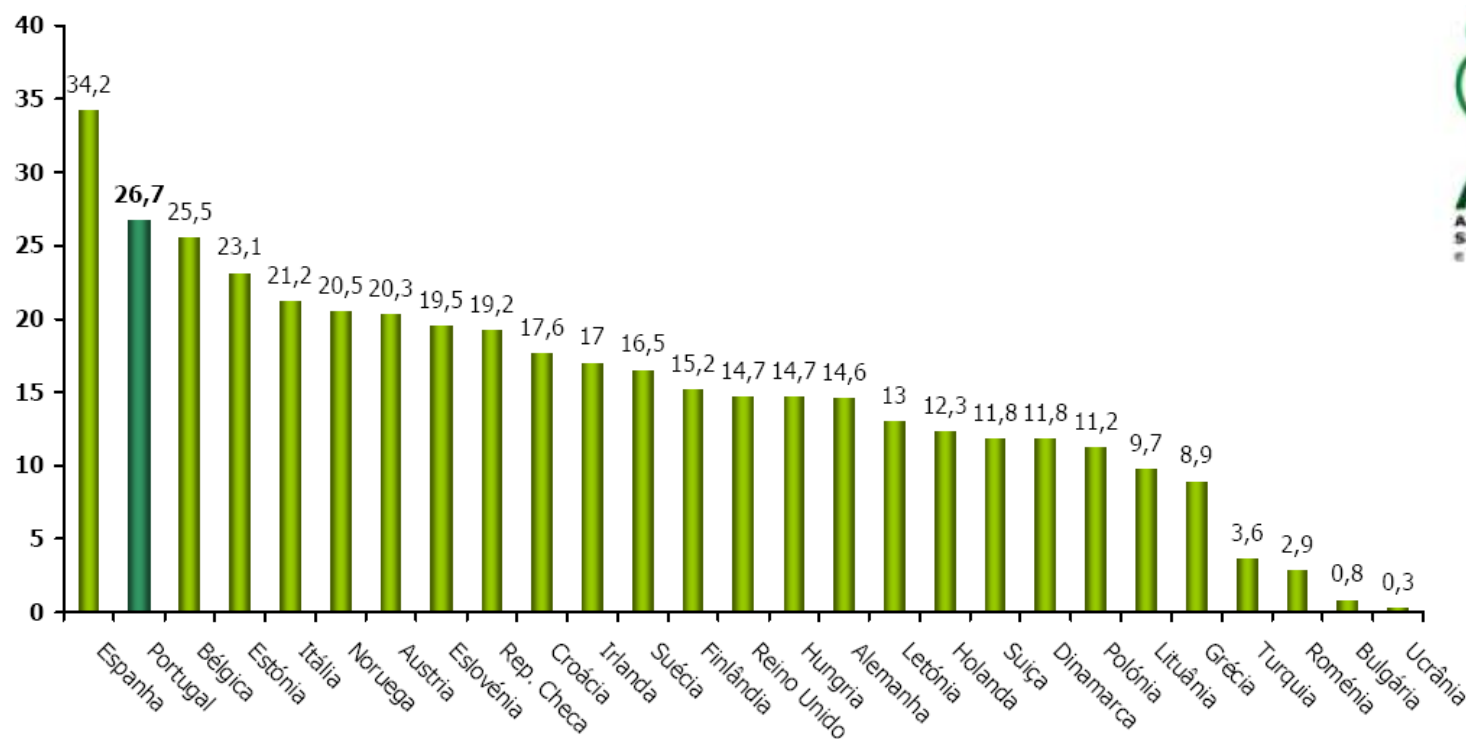
DADOS EUROPEUS DA COLHEITA EM DADOR CADÁVER



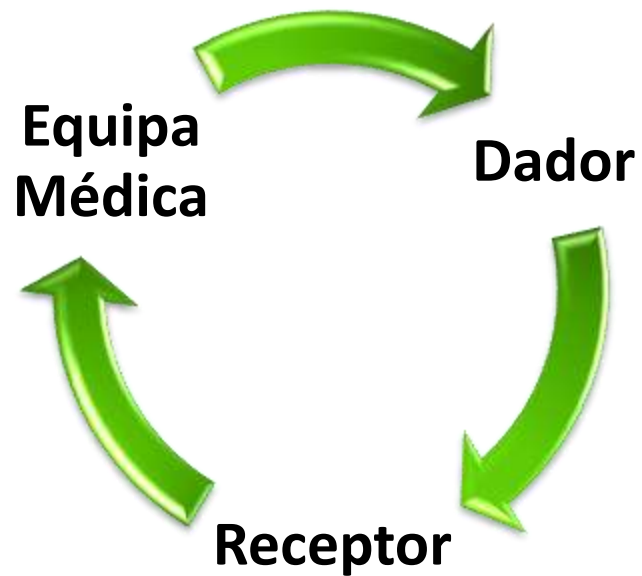
MINISTÉRIO DA SAÚDE



ASST
Autoridade para os
Serviços de Sangue
e da Transplantação



INTERVENIENTES NO PROCESSO DE TRANSPLANTAÇÃO



É importante a avaliação de todas as questões éticas inerentes a cada interveniente!



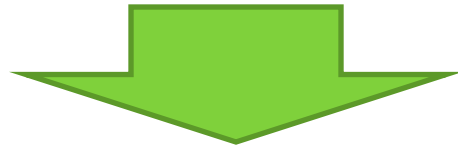


EQUIPA MÉDICA

A educação médica é um factor decisivo para o perfil de transplantação de um país

Existe evidência na literatura médica de conhecimento insuficiente dos médicos em geral

Aceitação de “maus” dadores
Não aceitação de “bons” dadores



A promoção de debates sobre transplante, envolvendo profissionais da saúde e sociedade em geral, é a melhor estratégia para aprimorar este procedimento

ENSINO ADEQUADO AO LONGO DE TODA A FORMAÇÃO MÉDICA
PRÁTICAS MÉDICAS CORRECTAS E REGULAMENTADAS



ESTUDO

CONHECIMENTO E OPINIÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA BRASILEIROS SOBRE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

- 75% alunos declarou que o seu conhecimento foi regular, mau ou péssimo.

Esse conhecimento aumenta progressivamente ao longo da formação
1.ºano – 89,2% → 6.ºano –35%

Intenção de doar órgãos

90% doadores de órgãos *post mortem*

10% optaram pela não doação

- “simplesmente não quero doar” (44,1%)
- medo (23,5%)
- falta de informação sobre o assunto (11,8%)
- motivos religiosos (2,9%)

37% negariam a doação de órgãos para um ou mais grupos de doentes:

- alcoólicos (22,1%)
- utilizadores de drogas (18,5%)
- criminosos (13,7%)
- não-doadores (11,3%)
- estrangeiros (5,7%)



EXPLICAÇÕES SUGERIDAS

Os médicos são o produto da interacção conhecimento prévio-aprendizagem

Os alunos já entraram na faculdade com conhecimentos prévios

Os alunos do 1.º ano apresentam maior aquisição de conteúdos éticos em comparação com os restantes anos de curso

Tendência natural à queda nos anos subsequentes

Não há causas definidas para esta mudança de atitude mas sugerem-se:

- ✓ Perda de idealismo
- ✓ Métodos de trabalho desadequados
- ✓ Falta de tempo
- ✓ Cansaço

Será que as questões éticas, tão importantes na decisão clínica, não deveriam ser levantadas em etapas da formação médica mais precoces?

De que modo a ética de um indivíduo deve ou não excluir o seu acesso ao curso de Medicina? Será que a ética aprendida modula de modo suficiente a nossa prática de acordo com os princípios da medicina hipocrática?

Interferência da opinião do médico na captação de dadores de órgãos e na selecção dos receptores

Ex: sob as mesmas condições clínicas, qual o critério sob o qual se opta por doar um mesmo órgão disponível a um idoso ou a um adulto mais jovem com registo criminal ou alcoólico?





RECEPTOR

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE PULMONAR




HOSPITAL DE
SANTA MARTA

CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA CENTRAL, EPE

- A transplantação pulmonar está indicada para todos os doentes com doença pulmonar crónica terminal que estejam sob terapêutica médica otimizada, para os quais não exista qualquer outra alternativa, e que não apresentem contra-indicações

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE PULMONAR

Contra-indicações absolutas

- **Doença neoplásica activa nos últimos 2 anos, com excepção de alguns tumores cutâneos (basalioma e epidermóide). Sugere-se um intervalo livre de doença de 5 anos. A única excepção possível será o carcinoma bronquíolo-alveolar do pulmão localizado.**
 - **Disfunção grave de outro órgão ou sistema, nomeadamente doença coronária sem tratamento (cirúrgico ou por coronariografia).**
 - **Infecção extrapulmonar crónica, nomeadamente hepatite B crónica activa, hepatite C e VIH.**
 - **Deformidades importantes da caixa torácica.**
 - **Incapacidade de manter adesão a programa terapêutico complexo e a um seguimento regular em consulta.**
 - **Doença psiquiátrica que comprometa a adesão ao tratamento.**
 - **Ausência de apoio familiar e social adequado.**
 - **Dependência activa de substâncias (álcool, tabaco e drogas) ou período de abstinência inferior a 6 meses.**
 - **Contra-indicação para imunossupressão.**
- 

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE PULMONAR

Contra-indicações absolutas

- Doença neoplásica activa nos últimos 2 anos, com excepção de alguns tumores cutâneos (basalioma e epidermóide). Sugere-se um intervalo livre de doença de 5 anos. A única excepção possível será o carcinoma bronquíolo-alveolar do pulmão localizado.
- Disfunção grave de outro órgão ou sistema, nomeadamente doença coronária sem tratamento (cirúrgico ou por coronariografia).
- Infecção extrapulmonar crónica, nomeadamente hepatite B crónica activa, hepatite C e VIH.
- Deformidades importantes da caixa torácica.
- Incapacidade de manter adesão a programa terapêutico complexo e a um seguimento regular em consulta.
- Doença psiquiátrica que comprometa a adesão ao tratamento.
- Ausência de apoio familiar e social adequado.
- Dependência activa de substâncias (álcool, tabaco e drogas) ou período de abstinência inferior a 6 meses.
- Contra-indicação para imunossupressão.



TRANSPLANTES HEPÁTICOS EM DOENTES CO-INFECTADOS COM HIV/HCV

- Evolução de transplantes hepáticos em pacientes infectados com HIV-1, na era da terapêutica HAART.
- Foi administrada o mesmo esquema terapêutico de profilaxia e de imunossupressão protocolado para doentes HIV negativos

Taxa de Sobrevivência aos 3 anos após Transplante Hepático:

	HIV/HCV Receiving Patients (n=51)	HCV Receiving Patients (n=1.177)	p Value
After 1 year	82 %	72 %	NS
After 2 years	72 %	71 %	NS
After 3 years	61 %	65 %	NS



DADOS PORTUGUESES SOBRE TRANSPLANTES HEPÁTICOS EM DOENTES COM HIV

A positividade para o VIH não constitui *per se* **contra-indicação para o transplante hepático.**

A morte por doença hepática é de tal modo relevante que tem que ser equacionado o recurso ao transplante hepático no doente VIH, cada vez de modo mais frequente.

- **Indicações para transplante:**
 - insuficiência hepática fulminante
 - doença hepática crónica descompensada
 - rotura de varizes esófago-gástricas
 - má função de síntese hepática
 - carcinoma hepatocelular
- **Em VIH positivos**
 - CD4 > 200/mm³ ou 100/mm³ se hipertensão portal
 - RNA-VIH deve ser indetectável
 - Ausência de infecção oportunista ou tumor relacionado com o VIH
 - Existência de opções terapêuticas se reactivação do VIH



TRANSPLANTES HEPÁTICOS EM DOENTES COM HIV – DADOS PORTUGUESES

○ Contra-indicações principais:

- doença hepática relacionada com o consumo excessivo de álcool com abstenção há menos de 6 meses
- toxicodependência intravenosa activa
- sépsis extra-hepática não controlada
- neoplasia extra-hepática (intervalo livre de tumor entre 1 a 5 anos)
- trombose total do sistema porto-mesentérico.

○ A sobrevivência dos doentes hepáticos com VIH ao médio prazo ronda os 70-80% , semelhante aos outros grupos de doentes transplantados.

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE PULMONAR

Contra-indicações absolutas

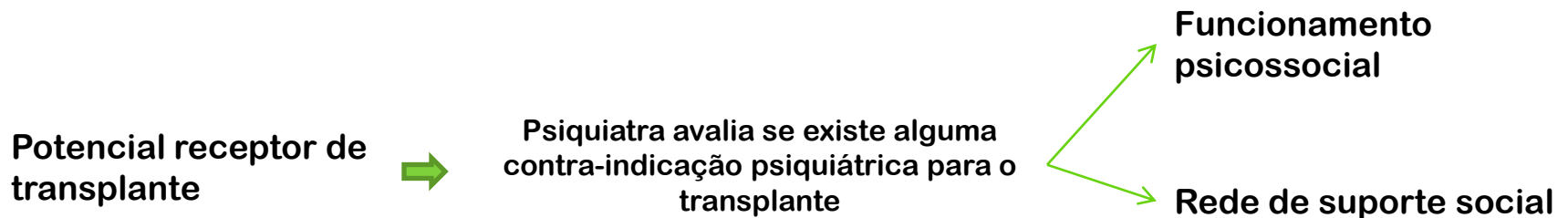
- Doença neoplásica activa nos últimos 2 anos, com excepção de alguns tumores cutâneos (basalioma e epidermóide). Sugere-se um intervalo livre de doença de 5 anos. A única excepção possível será o carcinoma bronquíolo-alveolar do pulmão localizado.
 - Disfunção grave de outro órgão ou sistema, nomeadamente doença coronária sem tratamento (cirúrgico ou por coronariografia).
 - Infecção extrapulmonar crónica, nomeadamente hepatite B crónica activa, hepatite C e VIH.
 - Deformidades importantes da caixa torácica.
- Incapacidade de manter adesão a programa terapêutico complexo e a um seguimento regular em consulta.
 - Doença psiquiátrica que comprometa a adesão ao tratamento.
 - Ausência de apoio familiar e social adequado.
 - Dependência activa de substâncias (álcool, tabaco e drogas) ou período de abstinência inferior a 6 meses.
- Contra-indicação para imunosupressão.



PAPEL DA
AVALIAÇÃO
PSIQUIÁTRICA



A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PRÉ-TRANSPLANTE HEPÁTICO



- A avaliação psiquiátrica dos candidatos ao transplante pode aumentar substancialmente a sobrevivência dos doentes, reduzir a taxa de complicações e melhorar a qualidade de vida.



A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PRÉ-TRANSPLANTE HEPÁTICO

Telles-Correia, D. et al...

Deve ou não um doente psiquiátrico receber um transplante?

- **Opinião 1** - As complicações psiquiátricas podem comprometer não só a qualidade de vida, mas também o sucesso do transplante.
- **Opinião 2** - Uma vez que existem muitos doentes psiquiátricos que evoluem favoravelmente, não deve constituir obstáculo para a transplantação dos doentes com alterações psiquiátricas ou risco psiquiátrico.

Quadro I - Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation (PACT) - Traduzida e adaptada

SUPORTE SOCIAL

- 1) Estabilidade familiar ou dos sistemas de suporte social
(0,1,2,3,4,5)
- 2) Disponibilidade familiar ou dos sistemas de suporte social
(0,1,2,3,4,5)

SAÚDE MENTAL

- 1) Psicopatologia activa
(0,1,2,3,4,5)
- 2) Factores de risco psiquiátrico
(0,1,2,3,4,5)

FACTORES RELACIONADOS COM ESTILO DE VIDA

- 1) Estilo de vida e capacidade de mudar de estilo de vida
(0,1,2,3,4,5)
- 2) Uso de álcool e droga
(0,1,2,3,4,5)
- 3) Adesão ao tratamento e conselhos médicos
(0,1,2,3,4,5)

COMPREENSÃO DOS PROCESSOS INERENTES AO TRANSPLANTE

- 1) Informação sobre o transplante e sua integração
(0,1,2,3,4,5)

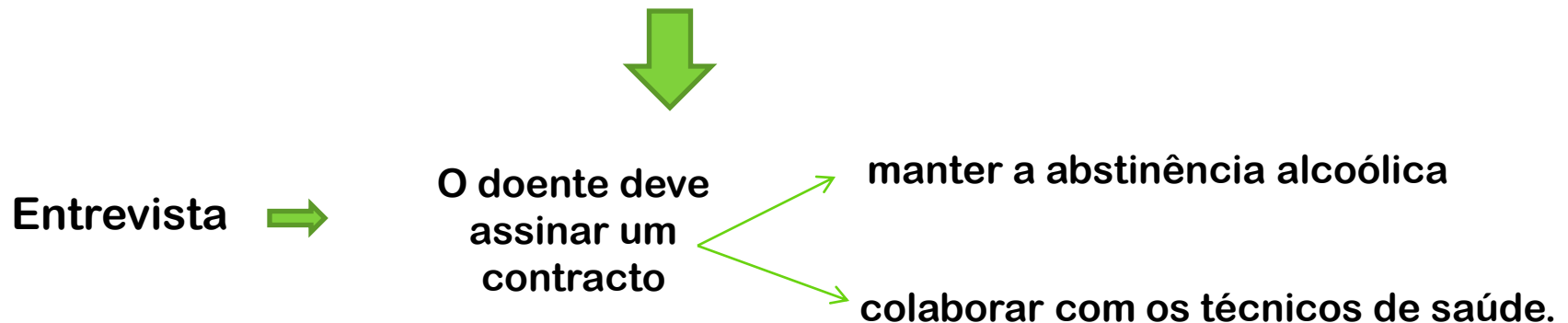
SCORE FINAL (com base nos vários itens)

- O - Cirurgia contraindicada do ponto de vista psicossocial
1- Cirurgia aceitável do ponto de vista psicossocial, em certas condições
2- Cirurgia aceitável do ponto de vista psicossocial, em certas condições
3- Bom candidato do ponto de vista psicossocial
4/5- Muito bom candidato do ponto de vista psicossocial

A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PRÉ-TRANSPLANTE HEPÁTICO

Telles-Correia, D. et al...

- *Network for Organ Sharing (UNOS)* - não existem contra-indicações psiquiátricas absolutas para o transplante hepático, mas sim relativas.



Até que ponto podemos ter a certeza que o doente cumprirá o contracto?

A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PRÉ-TRANSPLANTE HEPÁTICO

Telles-Correia, D. et al...

- Em vários centros de transplantação, a selecção dos doentes alcoólicos para transplante faz-se sobretudo com base nos meses de abstinência.
- A taxa de recaída do alcoolismo pós transplante hepático é de cerca de 29%.

Até que ponto podemos confirmar que o doente se encontrava abstinente nos 6 meses anteriores?



ALGUMAS QUESTÕES E CONCLUSÕES...

Telles-Correia, D. et al...

- O alcoolismo é uma das causas mais importantes de doença hepática grave nos países ocidentais.

Deverão os alcoólicos ser excluídos das listas de transplantação? Pelos seus comportamentos terem motivado a necessidade do transplante hepático? Pelas elevadas taxas de recaída?

- Embora em praticamente todos os países a doença hepática alcoólica constitua uma indicação para a transplantação hepática, persiste a controvérsia relacionada com questões éticas que se põem perante a transplantação neste grupo de doentes.

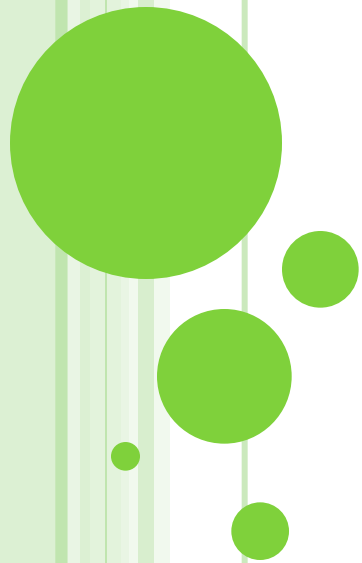


ALGUMAS QUESTÕES E CONCLUSÕES...

Telles-Correia, D. et al...

Os alcoólicos e doentes psiquiátricos não terão pior evolução no período pós-transplante e taxas de sobrevivência mais baixa? E por isso deverão ser prejudicados em relação a outros candidatos?

- Não foi encontrado qualquer estudo em que se verificasse inequivocamente que a morbidade psiquiátrica pré-transplante se correlacionava com baixa qualidade de vida e morbidade psiquiátrica pós-transplante.
- Alguns estudos verificaram haver uma pior evolução pós-transplante nos doentes alcoólicos, embora noutros trabalhos recentes, se tenha observado que a sobrevivência dos doentes alcoólicos transplantados é semelhante à dos doentes com outros tipos de insuficiência hepática.



DADOR

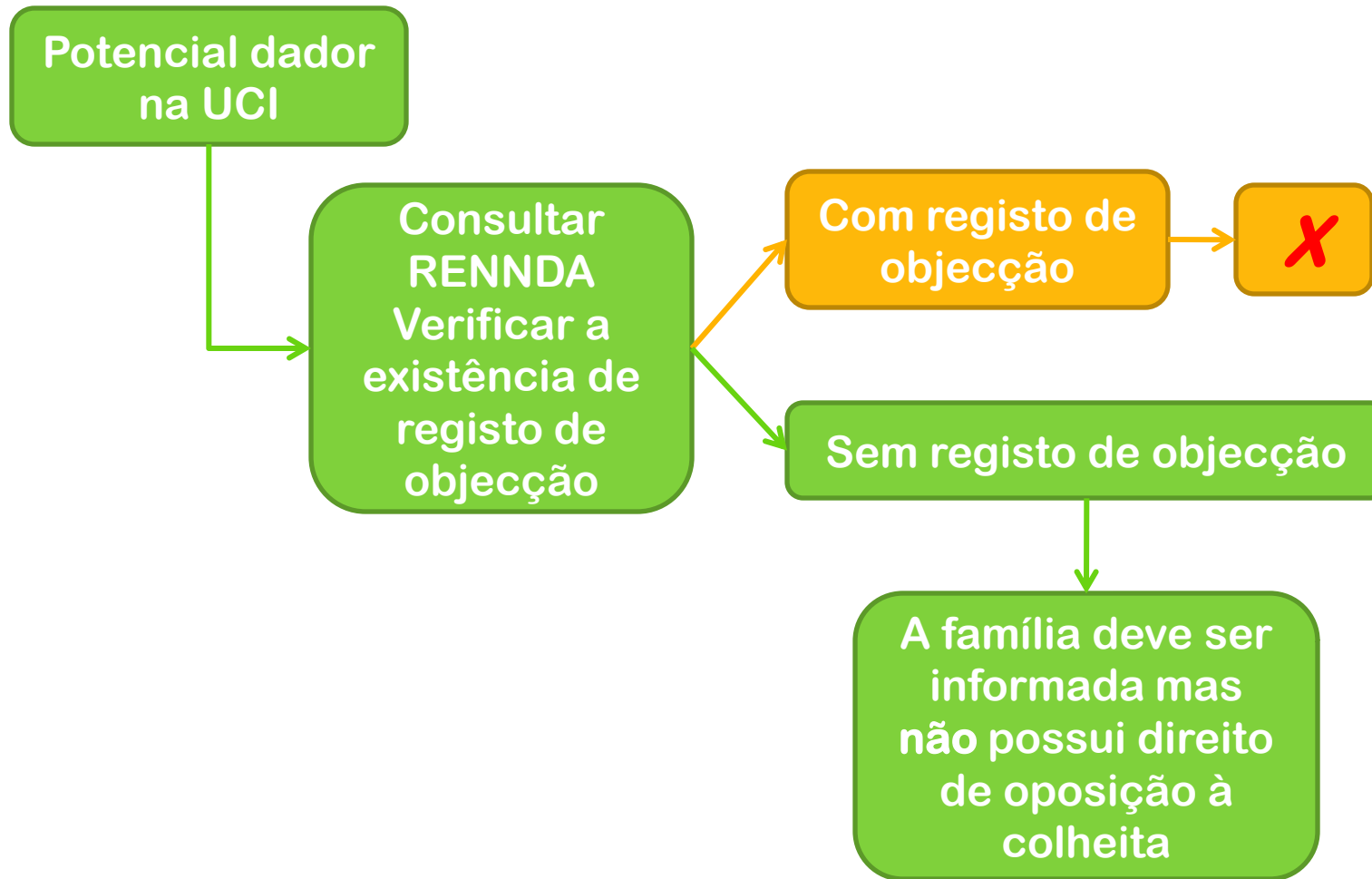
CONSENTIMENTOS

- **Modelo consentimento presumido** *Opt-in*
 - São considerados potenciais dadores todos os cidadãos nacionais, os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores
- **Modelo consentimento informado** *Opt-out*
 - Manifestação expressa da autonomia da vontade do paciente; é recomendável que seja por escrito para garantir que o consentimento foi dado e se foi de modo suficiente



PROCEDIMENTO

DE ACORDO COM O CONSENTIMENTO PRESUMIDO



Será ético o sistema de doações com consentimento presumido?

Opt-in

vs.

Opt-out

- Pode diminuir o nº de doações → a pessoa tem que declarar a sua vontade em vida

- Surge numa tentativa de combater baixas taxa de doações
(Espanha, Israel e Singapura)

Não aumenta necessariamente o nº de doações.

AMBOS

Pode haver desconhecimento da lei em causa

Será ético o sistema de doações com consentimento presumido?

- Será que esta prática respeita suficientemente a pessoa e o seu direito de autodeterminação, de acordo com o carácter da medicina moderna e da sociedade?
- Possibilidade de “falsos positivos” em que o individuo não conhecia a lei e não se declarou contra em vida...
... Ou em que o individuo tinha objecções mas por qualquer motivo não as declarou!

Defensores do consentimento presumido afirmam que o objectivo de salvar ou melhorar a qualidade de vida de muitos indivíduos tem maior peso que a eventual consideração de violação da autonomia

Apesar deste modelo de consentimento, será legítimo questionar a família se pretende ou não autorizar a doação dos órgãos?

- Trata-se dum momento difícil para a família que deve ser poupada a uma decisão tão difícil e que mexe com muitos sentimentos.
- Por vezes a família desconhece os desejos do falecido, não querendo que recaia sobre si o peso dessa escolha e optam por não doar.
- Há factores inerentes à própria família (religiosos, psicológicos...) que poderão influenciar a escolha da família e que no entanto podem ser diferentes das do falecido.



Será ético aumentar o espectro de doadores com a finalidade de obter um maior número de órgãos possíveis de serem doados?

Ex.: aumentar a idade

Não se estará a diminuir a qualidade do órgão transplantado à custa dos números? Será isto aceitável?

**Dever-se-ia informar o receptor que está a receber um órgão que cumpre critérios alargados?
Deverá este ter poder para recusar ou aceitar o órgão?**



- Será que pelo facto das listas de espera serem muito grandes e a espera longa, morrendo muitos os doentes enquanto estão em lista de espera, devemos procurar aumentar o número de órgãos com recurso a “órgãos menos bons”, admitindo candidatos com idade > 65anos ou factores de risco como HTA?

Há estudos que mostram que as taxas de sobrevivência com estes órgãos são menores do que com órgãos que cumprem os requisitos standard.

- O paciente deveria ter a possibilidade de escolher a qualidade do órgão em detrimento da sua disponibilidade, e vice-versa, de acordo com os seus valores e com a disposição de correr riscos?

Esta situação pode levar a prognósticos e resultados diferentes entre pacientes que aceitam todas as possibilidades de órgão e os que não aceitam.

- Dever-se-ia dar incentivos, como cobrir despesas médicas futuras e/ou prioridade para retransplantar para aqueles que escolham ser transplantados com órgãos «menos bons»?



Será que a introdução dum testamento vital viria resolver os problemas éticos relacionados com o consentimento presumido?

- Deste modo a família não teria a responsabilidade de decidir acerca da doação, tal como acontece noutros países?
- Seria uma forma de agilizar todo o processo de doação e selecção de candidatos.
- Poderia aumentar o número de órgãos doados



Será ético oferecer às famílias incentivos (redução de impostos, pagamento de despesas funerárias, doações para instituições de solidariedade escolhidas pela família do doador...) para a doação de órgãos de cadáveres?



BIBLIOGRAFIA

- Galvao, renato et al, **CONHECIMENTO E OPINIÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS**, Rev Assoc Med Bras 2007; 53(5): 401-6
- **ISHLT - International Guidelines for the Selection of Lung transplant Candidates: 2006 Update** J Heart Lung Transplant 2006;25: 745-55
- TELLES-CORREIA,D et al, **ABORDAGEM PSIQUIÁTRICA DO TRANSPLANTE HEPÁTICO**, Artigo de Revisão. Acta Med Port 2006; 19: 165-180.
- TATO MARINHO, R. **A doença Hepática na Infecção por VIH**. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida 2007.
- **ORGAN SHORTAGE: CURRENT STATUS AND STRATEGIES FOR THE IMPROVEMENT OF ORGAN DONATION - A EUROPEAN CONSENSUS DOCUMENT.**
- TECK-CHUAN VOO et al, **The Ethics of Organ Transplantation: Shortages and strategies**
- **Actividade de Colheita e Transplantes – relatório estatístico 2008 - ASST**