

3. Patow CA, Pruet CW, Fetter TW. Nasogastric tube perforation of the nasopharynx. *South Med J* 1985; 78:1362-5.

4. Thair AH, Adriani JA. A method of inserting a nasogastric tube in the anesthetized or comatose patient. *Anesth Analg* 1971; 50: 179-80.

Ginecologia

QUAL A CONDUTA ATUAL NA MOLÉSTIA INFLAMATÓRIA PÉLVICA AGUDA?

Mulher, 19 anos com dor em fossa ilíaca direita há dois dias, em cólica contínua, sem fatores de melhora ou piora, sem associação a alterações de hábito intestinal ou alimentar, mas associada à febre. Sexualmente ativa, sem parceiro fixo, refere início do quadro após fluxo menstrual, e nega emprego de métodos contraceptivos (MC). Tabagista. No momento da admissão no PS, encontrava-se febril (38,1°C), levemente descorada e desidratada, anictérica e acianótica. O exame físico demonstrava dor à palpação abdominal, especialmente na região infra-umbilical, com peritonismo na fossa ilíaca direita. O exame ginecológico revelou conteúdo vaginal amarelado, hiperemia cervical, e o toque demonstrava dor à mobilização do útero e espessamento da região anexial direita.

Esta paciente apresenta quadro compatível com moléstia inflamatória pélvica aguda. Independente do perfil demográfico compatível (jovem, multiplicidade de parceiros, tabagista, sem utilização de MC), está presente o quadro clínico que, habitualmente, se inicia a partir do fluxo menstrual, além da dor ao toque associada a espessamento anexial. Febre e comprometimento do estado geral conferem ao quadro intensidade moderada. Os principais diagnósticos diferenciais a serem considerados seriam gravidez ectópica (GE), infecção urinária e apendicite. Na GE não costuma haver febre ao mesmo tempo em que há atraso menstrual associado a sangramento genital. Não há referência a sintomatologia urinária. A apendicite costuma apresentar associação a quadros gastrintestinais, sem comemorativos no exame ginecológico, sendo o toque retal útil neste diferencial.

Hemograma, leucograma, exame de sedimento urinário e ultra-sonografia pélvica são importantes. A tomografia computadorizada tem demonstrado maior especificidade para apendicite. A videolaparoscopia é tanto diagnóstica como terapêutica, em ambas as situações. O tratamento parenteral poderá ser realizado com cefoxitina 2g a cada 6 horas, associado a doxiciclina oral 100mg a cada 6 horas; ou clindamicina 900 mg IV a cada 8 horas MAIS gentamicina IV ou IM (1,5 mg/kg) MAIS penicilina G cristalina 4 a 5 milhões de unidades IV a cada 4 horas. Não ocorrendo melhora clínica/laboratorial em 48 horas, há necessidade de reavaliação diagnóstica e terapêutica.

EDUARDO VIEIRA DA MOTTA

Referências

1. Eschenbach DA; Wölner Hanssen P; Hawes SE; Pavletic A; Paavonen J; Holmes KK. Acute pelvic inflammatory disease: associations of clinical and laboratory findings with laparoscopic findings. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 184-92.
2. Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. From diagnosis to prevention. *Dermatol Clin* 1998; 16:747-56.

Medicina Baseada em Evidências

QUANDO INDICAR PROTEÍNA C ATIVADA NA SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO?

Pacientes portadores de sepse grave e/ou choque séptico apresentam elevada taxa de morbi-mortalidade, boa parte atribuída ao desenvolvimento de disfunção de múltiplos órgãos. Mortalidade esta que se mantém inalterada, apesar de inúmeros estudos clínicos utilizando novas intervenções medicamentosas. Em 2001, o *New England Journal of Medicine* publicou o primeiro ensaio clínico com um novo medicamento capaz de reduzir mortalidade nessa população. Trata-se da proteína C ativada recombinante humana (rhAPC) que, quando infundido endovenosamente por 96 horas, foi capaz de reduzir em 20% o risco relativo de morte de pacientes com sepse grave. Desde então, outros estudos, bem como a própria prática clínica

(o medicamento já foi aprovado em vários países incluindo Brasil), vem nos ensinando exatamente qual o paciente que deve, impreterivelmente, receber o medicamento.

Dados oriundos deste estudo indicavam rhAPC para pacientes que apresentassem os seguintes critérios: a) foco infeccioso bem documentado; b) presença de sinais clínicos e laboratoriais, no mínimo três, de resposta inflamatória sistêmica (taquicardia, taquipnéia, febre e leucocitose); c) presença de, no mínimo, uma disfunção orgânica aguda, secundária ao quadro séptico (cardiovascular, respiratória, renal, hematológica, entre outras). Vale ressaltar que pacientes com sepse grave que apresentassem disfunção cardiovascular (necessidade de drogas vasoativas para estabilizar a pressão arterial) eram considerados portadores de choque séptico. Ainda, segundo esse estudo, são consideradas contra-indicações os pacientes que apresentem qualquer um dos seguintes critérios: a) elevado risco de sangramento (usuários de anticoagulantes, hemofílicos, hepatopatas graves, lesões gastrintestinais ou de sistema nervoso central, entre outras); b) pacientes menores de 18 anos ou com peso superior a 130 kg e c) pacientes com pobre expectativa de sobrevida, ou pela doença de base ou pela própria sepse.

Conclui-se que pacientes portadores de sepse grave e/ou choque séptico são candidatos ao tratamento com rhAPC, salvo aqueles com contra-indicação formal. Dados mais recentes, e alguns ainda baseados no estudo original, acresceram mais alguns critérios que devem ser observados antes de se iniciar o produto. Primeiro, o medicamento apresenta maior benefício e menor risco em pacientes mais graves (com duas ou mais disfunções orgânicas com escore APACHE II > 25). Segundo, pacientes com acentuada plaquetopenia ou com meningite não devem receber o medicamento, pelo risco aumentado de sangramento intracraniano. Terceiro, a janela terapêutica deve ser rigorosamente seguida. Isto é, o medicamento deve ser iniciado até 48 horas após o início da primeira disfunção orgânica. O médico deve ter certeza de que o paciente está evoluindo com disfunções orgânicas. Portanto, todo o tratamento inicial deve ser rápido e agressivo,