

ser utilizada nos casos em que a estimulação ovariana foi exagerada, com o objetivo de evitar o cancelamento do ciclo. Pacientes com SOP parecem ter maior risco de abortamento após FIV.

Comentário

A mudança de hábito de vida, por meio da reeducação alimentar e exercício físico, consiste no tratamento de primeira linha. A perda de peso resultante favorecerá a queda dos androgênios circulantes, melhorando o perfil lipídico e diminuindo a resistência periférica à insulina; dessa forma, contribuirá para o decréscimo no risco de aterosclerose, diabetes e regularização da função ovulatória. A prescrição de contraceptivos hormonais orais de baixa dose, por sua vez, propiciará o controle da irregularidade menstrual e redução do risco de câncer endometrial.

PAULO AUGUSTO DE ALMEIDA JUNQUEIRA

ANGELA MAGGIO DA FONSECA

JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referência

Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM). Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: AMB/CFM; 2002. Disponível em: URL: http://www.amb.org.br/projeto_diretrizes/100-diretrizes/SINDROME.pdf.

Medicina Baseada em Evidências

DIRETRIZES PARA O TRAUMA GERIÁTRICO

O grupo da Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST) apresenta uma extensa revisão da literatura como base para a formulação de diretrizes para o manejo do idoso traumatizado. A idade avançada é um fator de risco para maior morbidade e mortalidade pós-traumática. Não se sabe, entretanto, se isso ocorre por uma reserva fisiológica mais limitada, melhores condições médicas preexistentes ou outros fatores ainda não determinados.

A EAST desenvolveu estas diretrizes para fornecer algumas recomendações baseadas em evidências que poderiam auxiliar o idoso traumatizado. Sete perguntas foram inicial-

mente formuladas e extensivamente revisadas na literatura: 1) A idade é um marcador de morbidade/mortalidade aumentada? Se sim, qual idade deveria ser utilizada? 2) A idade é um marcador de doenças preexistentes? Se sim, quais as condições particularmente preditivas de má evolução? 3) Deveria ser a idade um critério para triagem e encaminhamento direto para um centro terciário de trauma independente das diversas escalas de trauma? Se sim, qual a idade a ser usada? 4) Os centros especializados em trauma têm melhores resultados no trauma geriátrico do que hospitais gerais? 5) Há lesões específicas ou escores ou combinações de doenças preexistentes e idades específicas de alta mortalidade que resultariam na conduta conservadora, não agressiva destes pacientes? 6) Quais as metas da ressuscitação deveriam ser usadas no trauma geriátrico? 7) Deveriam todos os idosos traumatizados receberem monitorização hemodinâmica invasiva? Se sim, quais os tipos de monitorização? Se não, quais os pacientes que se beneficiariam da monitorização invasiva?

Como quase toda a literatura disponível do trauma, respostas a estas perguntas baseadas em evidências são muito difíceis de obter, com raríssimos estudos prospectivos e controlados. Ainda, a falta de uniformidade, tanto na definição de idoso quanto nos critérios de inclusão, compromete sobremaneira que haja resposta adequada aos questionamentos.

Esta revisão indica que o choque, a insuficiência respiratória, o menor escore de trauma (TS), o maior escore de gravidade de lesão (ISS), maior déficit de base e complicações infecciosas comprometem sobremaneira o idoso quando comparado aos pacientes mais jovens. O idoso politraumatizado aparentemente estável frequentemente apresenta déficits de perfusão profundos por baixo débito cardíaco. O uso de monitorização invasiva mais precocemente e o tratamento baseado em dados fisiológicos, incluindo o déficit de base poderia melhorar a sobrevida. Ainda, o tratamento agressivo do idoso, pode muitas vezes resgatar a independência funcional pré-trauma. Os efeitos de drogas como beta-bloqueadores, que melhoram a sobrevida de

idosos no pós-operatório de cirurgia geral, são amplamente desconhecidos no trauma.

Comentário

Apesar da falta de estudos prospectivos e das limitações apresentadas nos estudos de idosos traumatizados, esta revisão muito extensa permite ao médico generalista compreender melhor o trauma geriátrico e permite a formulação de diretrizes bastante úteis, principalmente com relação a triagem do idoso traumatizado e diretrizes para a ressuscitação. O trauma continua sendo negligenciado como uma doença epidêmica, mortal, evitável e que carece de financiamento e pesquisa de qualidade para a prevenção e tratamento.

LUIS FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO

Referência

Jacobs DG et al. Practice management guidelines for geriatric trauma: the East practice management guidelines work group. J Trauma 2003; 54(2):391-416.

Pediatria

DISRITMIAS CARDÍACAS E DISFUNÇÃO TIREOIDEANA — AMEAÇA OCULTA?

A tireotoxicose tem sido vista como um distúrbio reversível, sem conseqüências a longo prazo, talvez devido à disponibilidade de tratamentos eficazes, mas evidências recentes sugerem que pode haver problemas a longo prazo. Tem chamado a atenção no seguimento a longo prazo, o aumento de mortalidade por doença cardiovascular e cerebrovascular tanto nos pacientes com hipertireoidismo evidente, tratados com iodo radioativo, como nas formas subclínicas, com baixos níveis de TSH. Os hormônios tireoideanos exercem efeitos diretos no miocárdio e no sistema vascular, predispondo a disritmias, especialmente supraventriculares. Os efeitos no sistema nervoso autônomo também são arritmogênicos. Fibrilação atrial é uma complicação conhecida do hipertireoidismo, predispondo a fenômenos embólicos. O desenvolvimento de fibrilação atrial, juntamente com