

alcança a 20 durante a ventilação convencional. Na experiência de nosso serviço tal situação ocorre com maior frequência nos RN que cursam com enfisema intersticial pulmonar grave, pneumotórax com fístula de alto débito, SDR grave, SAM acompanhada de hipertensão pulmonar, pneumonias congênitas e na hérnia diafragmática congênita.

Comentário

Como qualquer nova tecnologia introduzida na prática clínica, o uso da VAFO ainda segue a curva de aprendizado. Assim, o seu real papel e a melhor estratégia no manuseio de seus parâmetros no tratamento de neonatos com insuficiência respiratória ainda está por ser definida. Até o momento, as evidências indicam que a VAFO não deva ser considerada como uma alternativa e sim como uma terapia ventilatória complementar à ventilação convencional no manejo de RN com insuficiência respiratória grave. Deve-se lembrar que as complicações observadas na ventilação convencional não ocorrem em menor frequência durante a VAFO. Dessa forma, a introdução segura dessa modalidade ventilatória na prática médica exige um treinamento cuidadoso de toda equipe que lida direta ou indiretamente com o RN criticamente doente.

MILTON HARUMI MIYOSHI

Referências

1. Johnson AH, Peacock JL, Greenough A, Marlow N, Limb ES, Marston L, et al. High-frequency oscillatory ventilation for the prevention of chronic lung disease of prematurity. *N Engl J Med* 2002; 347:633-42.
2. Courtney SE, Durand DJ, Asselin JM, Hudak ML, Aschner JL, Shoemaker CT, et al. High-frequency oscillatory ventilation versus conventional mechanical ventilation for very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med* 2002; 347:643-52.
3. Henderson-Smart DJ, Bhuta T, Cools F, Offringa M. Elective high frequency oscillatory ventilation versus conventional ventilation for acute pulmonary dysfunction in preterm infants. In: Sinclair J, Bracken M, Soll RF, Horbar JD, editors. *Neonate Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews* [updated 28 Oct 2002]. Available from: URL: <http://www.nichd.nih.gov/cochrane/neonatal>.

Ginecologia

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é doença endócrina complexa, que tem como elementos principais hiperandrogenismo e anovulação crônica. Caracteriza-se por irregularidade menstrual ou amenorréia e uma ampla gama de achados decorrentes do hiperandrogenismo: hirsutismo, acne, alopecia e seborréia. Representa uma das desordens endócrinas reprodutivas mais comuns em mulheres, acometendo em torno de 5% a 10% da população feminina em idade fértil.

Diagnóstico

O diagnóstico da SOP é de exclusão. A suspeita se fundamenta em irregularidade menstrual e sinais de hiperandrogenismo: hirsutismo, acne, aumento das concentrações séricas de testosterona total, livre ou de androstenediona. Nota: ovários policísticos ao ultra-som é dado inespecífico para o diagnóstico da síndrome, pois mais de 25% das pacientes com este achado são assintomáticas. Concentrações séricas de LH geralmente encontram-se elevados e de FSH normais ou baixos, embora 20% a 40% destas pacientes não apresentem estes achados, sendo as determinações de LH e FSH prescindíveis. O diagnóstico laboratorial da anovulação não está indicado, devendo ser clínico. A maioria das mulheres com SOP apresentam aumento da resistência à insulina e hiperinsulinemia compensatória, sendo que a determinação laboratorial da resistência à insulina não é essencial para o diagnóstico na prática clínica. Níveis séricos de prolactina e TSH são fundamentais para exclusão do diagnóstico de hiperprolactinemia ou hipotireoidismo. Níveis elevados de prolactina estão presentes em até 35% dos casos de SOP. É importante o diagnóstico da hiperplasia supra-renal congênita de instalação tardia, cujo quadro clínico pode ser indistinguível ao da SOP. A exclusão de tumores produtores de androgênios do ovário ou da supra-renal é realizada através das concentrações séricas de testosterona e sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S).

Tratamento de sinais e sintomas do hiperandrogenismo

Hirsutismo e acne

- Anticoncepcional hormonal oral (ACHO): acetato de ciproterona, desogestrel, gestodeno;
- Espironolactona 50-200mg/dia;
- Acetato de ciproterona 50mg/dia com o esquema sequencial reverso;
- Acne grave, encaminhar para tratamento especializado com o dermatologista;
- Flutamida 250mg/dia;
- Finasterida 5mg/dia;
- Cetoconazol e Glitazonas: efeitos colaterais limitam seu uso em larga escala;

Tratamento Cirúrgico

Atualmente sem maiores evidências de seus reais benefícios.

Irregularidade menstrual

- ACHO acima citados;
- Progestínicos na segunda fase do ciclo;
- β níveis de insulina. Metformina é a droga mais estudada, 1500 a 2000mg/dia.

Controle do Peso

A perda de peso é capaz de reverter os sinais e sintomas advindos do hiperandrogenismo.

Tratamento da infertilidade

Dieta e exercícios físicos representam o tratamento de primeira linha, melhorando a resistência à insulina e retorno dos ciclos ovulatórios, mesmo na ausência de perda de peso. A droga de escolha para indução da ovulação em pacientes com SOP é o citrato de clomifeno (CC), 50 a 200 mg/dia durante cinco dias, a partir do 3º, 4º ou 5º dia do ciclo. Cerca de 50% a 80% das pacientes apresentam ovulação e 40% a 50% engravidam. Pacientes com SOP resistentes ao CC podem utilizar drogas que diminuem os níveis de insulina, isoladas ou em associação ao CC. A utilização isolada da metformina (1500mg/dia a 2000mg/dia) promove a ovulação em 78% a 96% das pacientes. Pacientes com níveis elevados de DHEAS são mais resistentes ao CC e podem beneficiar-se da administração de corticóide. A fertilização *in vitro* (FIV) pode

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.

LUIZ 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