

sódios vaso-oclusivos. Importante consideração a ser feita é o território vascular (venoso ou / e arterial) de ocorrência do(s) evento(s) trombótico(s), já que isto implica em mecanismos fisiopatológicos diversos, com investigação laboratorial e tratamento também diferentes. Clinicamente, as trombofilias hereditárias geralmente manifestam-se como tromboembolismos venosos, mas com algumas características próprias: a) ocorrência em indivíduos jovens (< 45 anos); b) recorrência freqüente; c) história familiar de eventos trombóticos; d) trombose migratória ou difusa ou em local pouco comum, e e) episódio trombótico desproporcionalmente grave em relação ao estímulo desencadeante. Os defeitos trombofílicos podem também causar várias complicações obstétricas, como dificuldade para engravidar, gestações complicadas, retardo do crescimento fetal, abortamentos e perdas fetais. A investigação laboratorial deve ser realizada em todas as situações mencionadas. Este estudo, sempre realizado temporalmente distante do evento trombótico agudo, inclui a quantificação funcional dos inibidores da coagulação, a quantificação da homocisteína plasmática, as pesquisas das mutações FV G1691A e G20210A da protrombina, e da presença dos anticorpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico e anticardiolipina). Segundo alguns autores, a presença de hiperfunção plaquetária (Síndrome da plaqueta viscosa) também deveria ser investigada rotineiramente, por ser causa de tromboes arteriais e / ou venosas. Como em algumas situações clínicas a investigação laboratorial pode não alterar a conduta terapêutica que será instituída, deve-se levar em conta a relação custo/benefício deste estudo. Porém, duas observações merecem ser feitas: a) a presença de associações de defeitos trombofílicos implica em maior potencial trombogênico e b) a demonstração da presença ou ausência de anticorpos antifosfolípidos orienta quanto ao tempo e a intensidade da anticoagulação. Por fim, deve-se ainda considerar que, por serem defeitos hereditários, a demonstração de um defeito trombofílico

congenito determina qual será a investigação dos familiares e aqueles que forem portadores assintomáticos deverão receber orientação adequada em situações de risco, visando evitar a ocorrência de eventos trombóticos.

ELBIO ANTONIO D'AMICO

Referências

1. DeStefano V, Rossi E, Paciaroni K, Leone G. Screening for inherited thrombophilia: indications and therapeutic implications. *Haematologica* 2002; 87: 1095-108.
2. Bank I, Middeldorp S, Büller HR. Hereditary and acquired thrombophilia. *Semin Resp Crit Care Med* 2000; 21:483-91.
3. Kearon C, Crowther M, Hirsh J. Management of patients with hereditary hypercoagulable disorders. *Annu Rev Med* 2000; 51: 169-85.

Emergência e Medicina Intensiva

PROTOSCOLOS PARA DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PEDIATRIA

Existe um conceito básico geral em cuidados intensivos de que a atuação interdisciplinar melhora os cuidados clínicos de rotina de pacientes gravemente enfermos, quando se complementa o julgamento clínico à beira do leito com a utilização de protocolos baseados em evidências. Uma pesquisa recente, utilizando protocolo dirigido comparativamente à retirada gradual orientada pelo médico em crianças criticamente enfermas, demonstrou um aumento da taxa de sucesso de extubação¹ traqueal, com resultados clinicamente importantes e estatisticamente significantes. Uma pesquisa multicêntrica recente², do grupo de trabalho Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators (PALISI), compara a utilização de protocolos para retirada gradual com cuidados padrão de procedimento, comparando também um protocolo utilizando ventilação com suporte de pressão (n = 62 pacientes) com outro protocolo utilizando ventilação com suporte de volume (n = 60 pacientes) e com outro grupo que não utilizou protocolo (n = 60 pacientes). A pesquisa foi interrompida após as primeiras 182 crianças devido a ausência de diferenças entre

os grupos com respeito à qualquer dado evolutivo relacionado ao desmame. Conclui-se que o protocolo de retirada gradual não diminui significativamente a duração da ventilação mecânica em lactentes e crianças, mas que o uso de sedativo era o principal fator que afetou a duração do desmame neste estudo, já que a utilização aumentada de sedativo nas primeiras 24 horas do desmame é um preditor de falha da extubação (p = 0.04), sendo este dado consistente com os achados em pacientes adultos. Uma outra conclusão que se deduz é que, contrariamente aos dados de pacientes adultos^{3,4}, a maioria das crianças foram retiradas da ventilação pulmonar mecânica em dois dias ou menos.

Os protocolos baseados em evidência não são um sinônimo de receita de bolo e não devem ser tão rígidos de maneira a determinar uma importância secundária em relação à segurança e conforto da criança. Sabemos que diversos protocolos têm melhorado a prática de cuidados intensivos em pediatria, e que estes devem ser realizados com o objetivo de aumentar os conhecimentos em relação aos cuidados das crianças doentes, mas que em várias ocasiões poderão não demonstrar dados estatísticos e clínicos melhores do que os cuidados habituais fornecidos ao paciente.

WERTHER BRUNO DE CARVALHO

NILTON FERRARO OLIVEIRA

Referências

1. Schultz TR, Lin RJ, Watzman HM, Durning SM, Hales R, Woodson A, et al. Weaning children from mechanical ventilation: a prospective randomized trial of protocol-directed versus physician-directed weaning. *Respir Care* 2001;46:772-82.
2. Randolph AG, Wypij D, Venkataraman S, Hanson JH, Gedeit RG, Meert K, et al. Effect of mechanical ventilator weaning protocols on respiratory outcomes in infants and children: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(20):2561-8.
3. MacIntyre NR, Cook DJ, Ely Jr Ew. Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. *Chest* 2001; 120 (suppl 6):275S-395S.
4. Kollef MH, Shapiro SD, Silver P, St John RE,

Prentice D, Sauer S, et al. A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician-directed weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med* 1997; 25(5): 567-74.

Ginecologia

NEOVAGINA: DILATAÇÃO PROGRESSIVA OU CIRURGIA?

M.J.R., 17 anos, branca, procedente de Minas Gerais, estudante. A menor procurou ginecologista em sua cidade, há um ano, por não ter menstruado até a presente idade e também por ter tentado manter relação sexual algumas vezes, sem sucesso. O profissional fez diagnóstico de agenesia vaginal e encaminhou-a para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para a realização de neovagina.

Exame físico da 1ª consulta: altura 1,68 m, peso 53 kg, diferenciação morfológica feminina compatível com a idade. Exame ginecológico mostrou mamas desenvolvidas (Tanner V), pêlos sexuais desenvolvidos (Tanner V), abdome n.d.n, órgãos sexuais externos: formações labiais e clitóris normais, vestibulo vulvar com meato uretral normal, ausência de hímen e vagina, com presença apenas de fosseta do 1/3 distal com 2 x 2 cm. Toque retal não realizado. A paciente trouxe os seguintes exames: ultra-som pélvico com ausência de imagem uterina e de vagina, ovário direito 3,3x1,4x1,3 cm e ovário esquerdo com 2,3x2,2x1,5 cm; Ultra-som de vias urinárias: rim pélvico esquerdo de volume diminuído e rim pélvico com volume normal à direita. Dosagens plasmáticas: FSH 7,4 mUI/ml; LH 12,3 mUI/ml e estradiol 111 pg/ml. Cromatina sexual positiva e cariótipo leucocitário 46, XX.

A avaliação do caso confirmou o diagnóstico de ginatresia não obstrutiva (agenesia útero-vaginal) e indicou-se a neovagina pela técnica de dilatação progressiva de Frank. Após seis meses de tratamento, observou-se vagina de 4 cm por 8 cm de profundidade, referindo a paciente atividade sexual, com penetração normal, libido e orgasmo presentes.

Este caso leva a duas reflexões importantes: a primeira, que o diagnóstico de portadoras de amenorréia primária com diferenciação sexual normal pode ser feita somente pelo

ultra-som pélvico e de vias urinárias (associação de malformações em 30% dos casos) não necessitando outros exames que onerem a propedêutica sem qualquer benefício. A segunda reflexão relaciona-se ao tratamento, pois havendo fosseta vaginal, mesmo que mínima, permite utilizar a técnica de Frank, que é muito mais simples e praticamente desprovida de complicações, podendo ser realizada em qualquer idade. Deve-se indicar técnicas cruentas como a de McIndoe apenas para os casos de ausência total de vagina, como nos casos de pseudo-hermafroditismo masculino, pois nestas técnicas as complicações são significativas, principalmente estenose, só devendo ser realizadas quando a menina já estiver com órgãos genitais desenvolvidos e preferencialmente quando houver desejo de iniciar a atividade sexual.

VICENTE RENATO BAGNOLI

ANGELA MAGGIO DA FONSECA

PAULO AUGUSTO DE ALMEIDA JUNQUEIRA

Referência

1. Lodovici O, Bagnoli VR, Fonseca AM, Halbe HW, Pinotti JA. Princípios básicos do tratamento cirúrgico. In: Bagnoli VR, Fonseca AM. Malformações genitais congênitas. São Paulo: Ed. Roca; 1993. p. 205-37.

Medicina Baseada em Evidências

QUANDO TRATAR INFECÇÕES FÚNGICAS À BEIRA DE UM LEITO DE UMA UTI?

A pergunta de quando tratar uma infecção fúngica à beira do leito de uma terapia intensiva, além de ser difícil de se responder, é uma prática clínica difícil de ser realizada. O isolamento de *Candida* spp em secreção traqueal deve receber fluconazol? E se for na urina? Se não fizer bem, mal não faz. São sempre as mesmas perguntas e as mesmas respostas de quem os prescreve nas situações descritas acima.

Quando há isolamento de *Candida* spp na corrente sanguínea, por estar associado frequentemente à evidência clínica de sepse e alta mortalidade, deve ser instituído rapidamente o tratamento antifúngico¹. Se formos

seguir as recomendações do IDSA (Infectious Diseases Society of América)², devemos utilizar anfotericina B ou fluconazol endovenoso para terapia empírica de pacientes não neutropênicos com suspeita de candidíase disseminada se houver isolamento de *Candida* em mais de dois locais (aí sim secreção traqueal), além de outros fatores de risco para candidemia³, como por exemplo, terapia antimicrobiana, presença de cateter central e hemodiálise, em pacientes que apresentam febre e não exista outra explicação.

Ou seja, não é o simples fato do isolamento deste patógeno em outros locais que nos obriga a utilizar uma droga que possa ser nefrotóxica ao paciente (anfotericina B) ou uma outra droga que possa ter menos efeitos colaterais, mas induzir resistência a várias espécies de *Candida*, principalmente as não-albicans.

Uma minoria de pacientes com candidúria apresentam infecções sistêmicas com envolvimento renal adquirido por via hematogênica. Em estudo randomizado, duplo-cego, placebo, utilizando fluconazol para o tratamento de candidúria assintomática⁴, verificou-se que o fluconazol é eficaz e seguro para o tratamento por 14 dias para a erradicação da candidúria, porém os pacientes que receberam fluconazol ou placebo tiveram taxas de candidúria semelhantes após as duas semanas de tratamento. Fato interessante é que esta se resolveu espontaneamente em 40% dos pacientes que tiveram a retirada ou a troca do cateter vesical.

Finalizando, esta é uma decisão que ainda é difícil de ser tomar à beira do leito, porém já existem evidências como podemos ver para quando não tratar uma suspeita de infecção fúngica.

LUIZ FERNANDO ARANHA CAMARGO

ALEXANDRE MARRA

Referências

1. Wey SB, Mori M, Pfaller MA, Woolson RF, Wenzel RP. Hospital acquired candidemia: the attributable mortality and excess length of stay. *Arch Intern Med* 1988; 148:2642-5.
2. Rex JH, Walsh TJ, Sobel JD, Filler SG, Pappas PG, Dismukes WE, et al. JE. Practice Guidelines for the treatment of Candidiasis. *CID* 2000; 30:662-78.
3. Wey SB, Mori M, Pfaller MA, Woolson RF,