

## Medicina Baseada em Evidências

### ESTRATÉGIA PARA A SUSPEITA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

O diagnóstico adequado da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é um dos principais problemas em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Os critérios clínicos para identificar a PAV são limitados, com sensibilidade e especificidades baixas, mesmo associados com a radiografia de tórax. Nenhum método microbiológico, incluindo lavado broncoalveolar ou culturas quantitativas de secreção traqueal, mostrou resultado satisfatório como método diagnóstico isolado, estando sujeito a um erro considerável no diagnóstico da PAV. Alguns estudos mostraram que não há diferença em relação ao diagnóstico baseado no lavado bronco-alveolar ou na cultura de secreção traqueal quantitativa. Tanto a antibioticoterapia empírica quanto a demora em se iniciar o tratamento na PAV têm conseqüências ruins, levando à seleção de patógenos e piora do prognóstico, respectivamente. Dessa forma, como não há método diagnóstico estabelecido eficiente na identificação da PAV, e como tanto o tratamento errôneo quanto a demora deste são extremamente prejudiciais ao paciente, Torres e Ewig propõem as seguintes diretrizes para o tratamento da PAV, baseadas em um algoritmo que envolve os critérios clínicos e o escore de infecção pulmonar, após a investigação de condições não infecciosas que poderiam mimetizar a PAV<sup>1</sup>.

Na suspeita de PAV, com base nos critérios clássicos [presença de infiltrados novos e persistentes mais dois dos seguintes: temperatura >38,3°C, leucositose ou leucopenia, ou secreção traqueobrônquica purulenta (ou um destes, se desconforto respiratório agudo do adulto)] ou escore de infecção pulmonar clínico > 6 (varia de 0 a 12)<sup>2</sup>, para a fase inicial deve-se obter secreções do trato respiratório para culturas quantitativas (amostras de aspirado traqueal ou lavado bronco-alveolar), e imediatamente iniciar a antibioticoterapia. O risco de retardar ou tratar com antibiótico inadequado é maior do que o risco pelo uso excessivo de antibióticos. Na fase seguinte (reavaliação em 48 a 72 horas), quando a suspeita clínica de PAV é confirmada (clinicamente, microbiologica-

mente ou ambos), deve-se continuar a antibioticoterapia ajustando-a conforme o resultado das culturas. Nestes casos, o benefício terapêutico é evidente. Se o diagnóstico clínico é considerado sugestivo mas o resultado das culturas não é significativo e não há sepse severa ou choque, não há recomendação bem estabelecida, devendo-se tomar decisão individualizada, geralmente mantendo o antibiótico, pois o resultado apenas da cultura tem taxa de falso-negativo entre 10% e 40%. Quando o local da infecção é extrapulmonar ou há sepse severa e choque inexplicados, é recomendado o ajuste dos antibióticos considerando o local da infecção e resultados das culturas, com benefício terapêutico evidente. Finalmente, quando o diagnóstico clínico de PAV não é provável (ausência de infiltrados na radiografia na evolução e dois ou mais dos critérios clínicos ausentes) e as culturas não são significantes (baixo risco de PAV) ou há confirmação de diagnóstico alternativo não infeccioso, sem sepse severa ou choque, o tratamento antibiótico deve ser interrompido, não causando dano ao paciente e reduzindo a resistência bacteriana aos antimicrobianos.

#### Comentário

*Torres e Ewig nos fornecem diretrizes na suspeita de PAV, uniformizando as condutas até que um tão necessário método diagnóstico mais apurado seja estabelecido.*

TATIANA MOHOVIC

LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO

#### Referências

1. Torres A, Ewig S. Diagnosing ventilator-associated pneumonia. *N Engl J Med* 2004; 350(5):433-435
2. Torres A, el-Ebiary M, Padro L et al. Validation of different techniques for the diagnosis of ventilator-associated pneumonia. Comparison with immediate postmortem pulmonary biopsy. *AM J Resp Crit Care Med* 1994; 149:324-331

## Medicina Baseada em Evidências

### A INVESTIGAÇÃO NA FASE AGUDA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

A tomografia computadorizada do crânio (TC) tem sido o exame de imagem recomendado, devendo ser realizada o mais rapidamente

possível<sup>1</sup>(D). Deve ser repetida em 24 – 48h nos casos em que não sejam evidenciadas alterações no exame inicial ou de evolução insatisfatória<sup>1</sup>(D). A ressonância magnética encefálica (RM) com espectroscopia, ou ponderada para perfusão ou difusão pode ser realizada; apresenta positividade maior que da TC nas primeiras 24 horas para AVC isquêmico (AVCI), especialmente no território vértebro-basilar<sup>1</sup>(D). Para início da investigação etiológica, recomenda-se a realização do ultra-som doppler de carótidas e vertebrais<sup>2</sup>(D), avaliação cardíaca com eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma com doppler transtorácico ou transesofágico<sup>3</sup>(B), devendo ser realizado antes da alta hospitalar. A angiografia cerebral deve ser realizada nos casos de HSA ou acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) de etiologia desconhecida. O exame do líquido cefalorraquiano (LCR) está indicado nos casos de suspeita de hemorragia subaracnóidea (HSA) com TC negativa e de vasculites inflamatórias ou infecciosas<sup>4</sup>(D). Recomenda-se realizar em caráter de emergência os seguintes exames sanguíneos<sup>2,5</sup>(D): hemograma, glicose, creatinina, uréia, eletrólitos, gasometria arterial, coagulograma e, antes da alta hospitalar, frente à suspeita de trombose, a dosagem do colesterol total e frações, triglicérides e fibrinogênio. Recomenda-se também reações sorológicas para a doença de Chagas e sífilis. Nos casos de AVCI em jovem ou sem etiologia definida, recomenda-se “screening” completo para processos auto-ímmunes, arterites, distúrbios da coagulação, perfil genético, malformação e dosagem de homocisteína<sup>5</sup>(D).

#### Comentário

*O diagnóstico preciso e precoce do AVC é de capital importância, haja vista ser o AVC uma emergência médica e o seu tratamento é tempo dependente. É fundamental que o médico tenha absoluta segurança diagnóstica para que possa iniciar o tratamento correto o mais rápido possível. Na pesquisa diagnóstica, o primeiro passo é a confirmação de que se trata de um AVC (afastando-se diagnósticos diferenciais), e, em seguida, se afirmativo, deve-se procurar as possíveis causas deste AVC. É importante que se mantenha esta seqüência para não se perder tempo precioso com a realização de exames complementares que não sejam absolutamente necessários em um determinado momento. Cada exame tem o seu tempo correto de realização.*