

mandibular, a distância tireoentoniana, o comprimento e a espessura do pescoço e a amplitude de movimentos da cabeça e pescoço. Quanto aos equipamentos que devem estar disponíveis em unidades portáteis, incluem lâminas de laringoscópio de diversos tamanhos e formas, tubos traqueais de diversos tamanhos, guias (estiletos flexíveis, estiletos luminosos, sonda trocadora de tubo), máscaras laríngeas (simples, de intubação e de aspiração) de diversos tamanhos, combitube, fibroscópio para intubação, ventilação a jato transtraqueal, detector de CO₂ exalado e kits de cricotireoidostomia percutânea e cirúrgica. Quanto às técnicas para a intubação difícil, incluem laringoscópios alternativos, intubação acordado, intubação naso ou orotraqueal às cegas, intubação por fibroscopia ou por sonda trocadora, máscara laríngea para intubação, estilete luminoso, intubação retrógrada e acesso invasivo à via aérea. Entre as técnicas para ventilação difícil, incluem o combitube, a punção transtraqueal, a máscara laríngea, as vias aéreas naso e orofaríngeas, o broncoscópio rígido, o acesso invasivo, e ventilação com máscara realizada por duas pessoas. A força-tarefa recomenda ainda que uma estratégia para a extubação e para o seguimento de um portador de via aérea difícil seja rigorosamente conhecida e utilizada.

Comentário

A educação e o treinamento para situações de via aérea difícil devem ser obrigatórios a todos os profissionais de saúde. Somente o treinamento apropriado e o raciocínio ágil, frutos da educação continuada, podem salvar vidas nas raras, porém catastróficas, situações de via aérea difícil na prática clínica.

LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO

DAVID FERREZ

Referência

Practice guidelines for management of the difficult airway. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 2003;98:1269-1277.

Obstetria

RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL: AINDA UM GRANDE DESAFIO

A restrição do crescimento fetal (RCF), também denominada de crescimento intra-uterino restrito (CIUR), é classicamente definida como todo recém-nascido com peso inferior ao percentil 10 para determinada idade gestacional. Durante o pré-natal, a medida da altura uterina inferior à esperada para a idade gestacional faz o diagnóstico clínico de RCF, o qual deve ser confirmado pela ultra-sonografia. Entretanto, o conhecimento atual ainda é insuficiente para se diferenciar precisamente o feto pequeno constitucional do pequeno patológico (com RCF), o que torna difícil estabelecer o momento ideal para a interrupção da gestação. Afastados os casos que cursam com malformações fetais graves, deve-se atentar para as causas maternas ou placentárias que se associam à insuficiência placentária. Na RCF por insuficiência placentária consideramos como momento ideal para o término da gravidez a presença de maturidade fetal ou, pelo menos viabilidade, estando esta última presente, em nosso serviço, a partir da 28ª semana de gestação. Sendo assim, a constatação de oligodrâmnio, a partir da 28ª semana indica a interrupção da gestação, independente da maturidade. Realizamos a amniocentese para o estudo da maturidade pulmonar fetal na 34ª semana de gestação, diante de volume de líquido amniótico normal e peso fetal inferior ao percentil 3 quando estimado pela ultra-sonografia. Neste caso, o parto está indicado na presença de maturidade fetal. Diante de peso fetal entre o percentil 3 e 10 e quantidade normal de líquido amniótico, empregamos a dopplervelocimetria de artéria umbilical para tentar diferenciar o feto pequeno constitucional do pequeno patológico (com RCF). Na presença de diástole zero ou reversa realizamos o Doppler de ducto venoso. Se alterado (IPV > 1), interrompemos a gestação. Diante de Doppler de artéria umbilical normal, a gravidez pode ser interrompida a partir da 37ª semana, desde que seja avaliada periodicamente pelo perfil biofísico fetal. Com o objetivo de se evitar as complicações da

prematividade, a interrupção da gestação na ausência de maturidade fetal comprovada só deve ser indicada diante de oligodrâmnio, sofrimento fetal ou doença materna com agravamento clínico.

Comentário

Como se observa, a ultra-sonografia é fundamental para o diagnóstico de RCF no pré-natal, mas o Doppler ajuda a reconhecer o grau de comprometimento fetal. Apesar de essa nova abordagem com o Doppler, em muitos casos ainda é difícil de se estabelecer o momento ideal para a interrupção da gestação. As recentes observações de que a RCF está associada a alterações cardiovasculares e endócrinas na idade adulta deverá provocar mudanças na maneira habitual de raciocinar visando apenas os resultados perinatais. Novos estudos deverão integrar estes aspectos mais recentes em estratégias obstétricas preventivas para reduzir o impacto da RCF ao longo de toda a vida do indivíduo.

ROBERTO EDUARDO BITTAR

MARCELO ZUGAIB

Referências

- Bernstein I, Gabbe SG, Reed KL. Intrauterine growth restriction. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editors. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. 4th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2002. p.869-91.
- Bittar RE. Crescimento intra-uterino retardado. In: Zugaib M, editor. *Medicina fetal*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998.p.358-76.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD, editors. *Williams obstetrics*. 21st ed. New York: McGraw-Hill;2001.p.745-57.

Pediatria

HIPERGLICEMIA: UM MARCADOR DE MORTALIDADE EM PACIENTES INTERNADOS SEM HISTÓRIA PRÉVIA DE DIABETES?

Em pacientes criticamente enfermos, tem se associado a hiperglicemia à admis-

são, à mortalidade. Todavia, não se sabe se a hiperglicemia em pacientes admitidos em hospitais gerais está também associada a mau prognóstico. Os autores revisaram as fichas médicas de 2030 pacientes consecutivamente admitidos a um hospital-escola em Atlanta, de julho a outubro de 1998. Hiperglicemia era definida como glicemia de jejum acima de 126 mg/dL em duas ou mais determinações. A hiperglicemia estava presente em 38% dos pacientes admitidos, dos quais 26% tinham história conhecida de diabetes melito e 12% não apresentavam tal antecedente conhecido. Essas hiperglicemias “novas” eram associadas com maior taxa de mortalidade (16%) compara-

da aos que já sabiam ser diabéticos (3%) e aos que não tinham hiperglicemia (1,7%). Além disso, os pacientes hiperglicêmicos ficavam mais tempo no hospital, maior taxa de admissão em UTI e tinham menor probabilidade de terem alta para casa, reque-rendo, freqüentemente, uma unidade semi-intensiva ou uma unidade de apoio intermediária antes de receberem alta.

Comentário

Nós sabemos que um número de pacientes diabéticos não conhece sua condição clínica e são detectados em testes de triagem. Numa situação de internação por doença grave, tal grupo de pacientes acaba sendo presa de complicações e apresenta mortalidade

significativamente superior a de pacientes sabidamente diabéticos. Portanto, todo o esforço para o reconhecimento deste grupo de pacientes, além de melhorar sua qualidade de vida, com a instituição de medidas terapêuticas, pode minimizar a mortalidade e a morbidade decorrentes de um evento de doença aguda e grave.

DURVAL DAMIANI

Referência

Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, You X, Thaler Lm, Kitabchi AE. Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. J Clin Endocrinol Metab 2002; 87:978-82.