

administrada por períodos longos, as concentrações de vitaminas e oligoelementos devem ser monitoradas periodicamente. A primeira recomendação baseia-se em evidências de estudos prospectivos randomizados e controlados; a segunda, em opinião de especialistas e editoriais.

Comentário

Doenças que cursam com anorexia e diminuição da ingestão alimentar podem levar à deficiência de micronutrientes. A antibioticoterapia prolongada, alterando a flora bacteriana intestinal, diminui a síntese e a disponibilidade das vitaminas K e biotina. Por sua vez, o estresse metabólico pode causar deficiência de micronutrientes por aumentar sua utilização nos processos do metabolismo intermediário e oxidativo. Outros mecanismos são: 1) Redução da absorção; 2) Perda de micronutrientes hidrossolúveis (diarréia, sonda, fístula, diálise). No extremo dessa escala está a grande queimadura, com grandes perdas de zinco, cobre e selênio; 3) Liberação intracelular e excreção urinária, especialmente de zinco, secundária ao aumento do turnover protéico de tecidos nos estados inflamatórios. É difícil determinar a real necessidade de cada paciente e, embora as formulações para uso endovenoso possam ser adequadas para a maior parte, algumas situações demandam oferta de maiores quantidades de certos micronutrientes como o zinco e as vitaminas hidrossolúveis. Algumas doenças podem requerer a supressão ou o ajuste da dose, como a de cobre e de manganês na icterícia colestática; na insuficiência renal pode ser necessário reduzir a oferta de selênio, cromo e molibdênio e a vitamina A não deve ser suplementada. Para se evitar tanto a deficiência quanto a toxicidade, recomenda-se ofertar uma solução balanceada de micronutrientes.

WERTHER BUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Greene HL, Hambidge K, Schanler R, Tsang RC. Guidelines for the use of vitamins, trace elements, calcium, magnesium and phosphorus in infants and children receiving total parenteral nutrition: Report of the Subcommittee on Clinical Practice Issues of the American Society for Clinical Nutrition. *Am J Clin Nutr* 1988; 48:1324-42.

2. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *JPEN* 2002; 26(suppl):31SA.

Ginecologia

OS FENÓTIPOS DA ENDOMETRIOSE PÉLVICA

Em 2000, Brosens e Brosens propuseram que a endometriose pélvica fosse dividida em endometriose propriamente dita, que acomete peritônio e/ou ovários e a adenomiose, comprometendo o útero, a bexiga ou o septo retovaginal. Justificaram esta divisão pelo fato de que a adenomiose, em qualquer dos sítios citados, apresenta evidente comprometimento muscular, diferentemente da endometriose. Afirmaram também que a endometriose por eles denominada é doença mais comum; ocorre por implante, é mais superficial, gera menos sintomas, tem sua progressão questionada e responde mais aos estrogênios e progestógenos, contrariamente à adenomiose, que, por sua vez, é menos comum, ocorre por metaplasia, é mais profunda, tem mais sintomas, é nitidamente progressiva e responde menos aos esteróides. Concluem que estes dois fenótipos, apesar de serem de uma mesma doença, merecem abordagem terapêutica distinta.

Comentário

Assim como em outras áreas da Medicina, a abordagem da endometriose sofreu mudanças importantes nos últimos anos. Quanto à sua denominação, oscilou entre endometriose interna e externa dos anos 70 até esta terminologia proposta por Brosens e Brosens. À luz deste estudo, é fundamental considerar que sendo a endometriose uma doença de alta prevalência, é imprescindível que se detecte adequadamente em sítios como bexiga, região retrocervical e septo retovaginal, objetivando um tratamento correto. Para tal, é essencial realizar anamnese, exame físico/ginecológico, ultra-sonografia e/ou ecocolor Doppler e determinação sérica do CA 125, o que permitirá indicação da cirurgia laparoscópica, recurso importante para seu correto tratamento.

MAURÍCIO SIMÕES ABRÃO

Referências

1. Brosens IA, Brosens JJ. Redefining endometriosis: is deep endometriosis a progressive disease? *Hum Reprod* 2000; 15(1):1-3.
2. Abrão MS, Podgaec S, Ribeiro S, Marques JA. Tratamento cirúrgico da endometriose: quando e como fazer. In: Abrão MS. *Endometriose: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. cap. 11, p. 137-47.

Medicina Baseada em Evidências

DIRETRIZES PARA O MANEJO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

A via aérea difícil é definida como a situação clínica na qual o médico tem dificuldade de ventilar com máscara, dificuldade com intubação orotraqueal ou ambos. É uma interação complexa entre fatores do paciente, o quadro clínico e a habilidade e experiência do médico. Todo o médico deve estar treinado a lidar com esta situação que está associada com risco imediato de vida ou seqüela neurológica permanente. A força-tarefa da Sociedade Americana de Anestesiologistas apresenta as diretrizes atualizadas quanto à avaliação da via aérea (história, exame físico), preparação básica para o manejo da via aérea, estratégia ou algoritmo para intubação e extubação na via aérea difícil e cuidados no acompanhamento do paciente.

As definições sugeridas incluem a dificuldade de ventilação com máscara, dificuldade de laringoscopia, dificuldade e falha de intubação. A história deve reconhecer as associações entre via aérea difícil e uma variedade de doenças congênitas, adquiridas ou traumáticas, e com antecedentes e complicações ocorridas com acesso prévio a via aérea. Componentes do exame físico da via aérea incluem o comprimento dos dentes na arcada superior, a relação entre a arcada superior e inferior durante o fechamento mandibular normal, a relação entre a arcada superior e inferior durante a protusão voluntária mandibular, a distância interincisivos, a visibilidade da úvula, o formato do palato, a complacência do espaço