

dadas pelo CDC² e os potenciais fatores de risco incluindo sexo, idade, escore da Associação Americana de Anestesiologia (ASA score), duração da cirurgia, procedimentos na urgência, classe da ferida operatória, número de procedimentos pela mesma incisão, uso de anestesia geral e procedimento relacionado a trauma.

Foi observado um aumento significativo do número de colecistectomias realizadas por videolaparoscopia de 59%, em 1992, para 79% em 1999. Aproximadamente 554 pacientes (1%) apresentaram infecção cirúrgica. Os patógenos associados à infecção cirúrgica foram semelhantes aos dois grupos, incluindo *Enterobacter spp.*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulase-negativo*. O diagnóstico de infecção cirúrgica foi realizado na maioria das vezes (69%) no ambiente intra-hospitalar nas cirurgias convencionais e após a alta (38%) ou durante a readmissão (29%) nas cirurgias laparoscópicas. Em uma análise multivariada, o risco de infecção cirúrgica foi maior na cirurgia realizada via convencional (1,82% vs. 0,62%, risco relativo = 0,3, $p = 0,001$). Além disso, o risco de infecção foi maior nos pacientes com ASA score superior a 3, após cirurgias de urgência, múltiplos procedimentos realizados pela mesma incisão, sexo masculino e pacientes com idade superior a 60 anos.

Comentário

São várias as limitações deste estudo. Variáveis clínicas importantes como obesidade, antibioticoterapia profilática e doenças associadas podem ter sido subnotificadas. O diagnóstico de infecção pós-operatória superficial pode ter sido impreciso, pois os pacientes submetidos a laparoscopia geralmente tinham alta hospitalar mais precoce. Entretanto, infecção cirúrgica profunda e de cavidade foram mais frequentes na colecistectomia aberta, sugerindo que as diferenças não foram causadas por subnotificação.

Apesar destas limitações, o estudo nos direciona a considerar a laparoscopia, quando tecnicamente viável, o método de escolha para a realização de colecistectomia pelo menor risco de infecção cirúrgica.

RUY JORGE CRUZ JR

LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO

Referências

1. Richards C, Edwards J, Culver D, Emoni TG, Tolson J, Gaynes R. Does using a laparoscopic approach to cholecystectomy decrease the risk of surgical site infection? *Ann Surg* 2003; 237:358-62.
2. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emoni TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13:606-8.

Obstetria

A DOPPLERVELOCIMETRIA PARA A PREDIÇÃO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ COM DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS

A convicção da validade da monitorização dos movimentos fetais (MF) remonta a mais de um século, sendo esta atividade biofísica fetal reconhecida como o primeiro sinal de vida observado pela gestante. O método que emprega a percepção materna de MF regulares, utilizando-se de diferentes recursos técnicos e critérios de interpretação, é considerado a melhor forma de se avaliar, continuamente, em nível ambulatorial, o bem-estar fetal. A redução dos MF referida pela gestante tem sido denominada de "sinal de alarme dos MF", requerendo, nessa eventualidade, cuidados adicionais com a instituição de propedêutica complementar, a qual, desde há muito tempo, está bastante arraigada e muito difundida no seio obstétrico. Ela é constituída, via de regra, pela avaliação de outras atividades biofísicas por meio de dispositivos próprios. As características da frequência cardíaca fetal são avaliadas pelo cardiocógrafa e outras variáveis são examinadas pelo ultrasonógrafo. Como novidade emergente, ainda não incorporada na rotina obstétrica, especialmente nos Estados Unidos da América, é a dopplervelocimetria obstétrica. Entretanto, os centros de pesquisa europeus têm observado vasto campo de aplicação dessa nova tecnologia ultra-sonográfica, ao obter resultados encorajadores em diversas situações obstétricas. Korszun et al., 2002¹, estudam 888 pacientes com gestações de baixo risco, que apresentavam diminuição de MF (excluídos os casos com óbito fetal), realizando dopplervelocimetria das artérias uterinas e umbilicais,

além da cardiocografia basal (rotineira). Desse grupo de pacientes, 753 não foram admitidas no hospital porque apresentaram exames normais e tiveram o parto com intervalo maior do que dois dias. Os 135 casos remanescentes, considerados de risco para o sofrimento fetal, deram à luz no mesmo dia ou em até dois dias após. No grupo de parto após período >2 dias, houve maior frequência de resultados de dopplervelocimetria de artérias uterinas anormais que no grupo de parto no intervalo de dois dias ($p < 0,0007$). Quando analisados de forma qualitativa, os resultados dopplervelocimétricos anormais tanto das artérias umbilicais ($p < 0,0003$), quanto das artérias uterinas também foram significativamente mais frequentes no grupo que parturiu no período de até dois dias ($p < 0,02$). Da mesma forma, a taxa de cesáreas de emergência foram significativamente maior nesse grupo ($p < 0,03$) e partos operatórios ($p < 0,05$).

Comentário

Embora não haja justificativa plausível para a utilização de método tão oneroso em casos aparentemente corriqueiros, a dopplervelocimetria obstétrica, ao possibilitar o estudo da hemodinâmica útero-placentária, feto-placentária e fetal, tem brindado os obstetras com novidades muito alvissareiras, fruto dos invejáveis resultados que gradativamente vêm ao nosso conhecimento, por meio de publicações na mídia científica. Indicada exaustivamente, pela comunidade vanguardista na avaliação da vitalidade fetal, como um recurso auxiliar, quase imprescindível na assistência a casos graves (restrição do crescimento fetal e prematuridade extrema)², o trabalho de Korszun et al., 2002¹, demonstra, de forma inequívoca, sua utilidade também em gestações de baixo risco, surpreendidas por intercorrências não prognosticadas.

SEIZO MIYADAHIRA

MARCELO ZUGAIB

Referências

1. Korszun P, Dubiel M, Kudla M, Gudmundsson S. Doppler velocimetry for predicting outcome of pregnancies with decreased fetal movements. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 926-30.
2. Gramellini D, Piantelli G, Fieni S, Chiaie LD, Kaihura C. Doppler velocimetry and non stress test in severe growth restriction. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001; 28:33-9.