redução de tempo de hospitalização, podem ser mais dificilmente incorporadas na prática de médicos que foram treinados há mais tempo.

No entanto, não é de se estranhar que o número de programas de educação médica continuada aumente cada vez mais. Mas, sobretudo o conteúdo de programas de educação médica continuada³, baseado nas melhores evidências da atualidade, centrado no paciente, não personalizado e nem adaptado a interesses individuais ou de grupos, pode se somar, de maneira ética, à experiência clínica adquirida ao longo dos anos de prática médica, reforçando que o tempo de vida

médica é um dos componentes fundamentais na qualidade da atenção à saúde de nossos pacientes.

WANDERLEY MARQUES BERNARDO
FABIO BISCEGLI JATENE
MOACYR R. CUCE NOBRE

Referências

1. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005; 142:260-73.
2. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick KV, Fraser W. A randomized trial of continuing medical education. *N Engl J Med* 1982; 306:511-5.
3. Sackett DL, Haynes RB. On the need for evidence-based medicine [EBM Trends]. *Evidence-Based Medicine* 1995; 1:5.

A beira do leito

Clinica Médica

COMO FAZER O CONTROLE GLICÊMICO EM UTI?

Hiperglicemia e resistência insulínica são comuns em pacientes criticamente enfermos. Isso se deve provavelmente a um excesso de hormônios contra-regulatórios (glicocorticóides, catecolaminas, hormônio do crescimento e glucagon) e citocinas secretados em situações de estresse metabólico, bem como a resistência insulínica e diabetes pré-existent.

A assim chamada hiperglicemia de estresse, comumente observada em ambiente intra-hospitalar, era considerada antes um marcador de doença grave do que uma entidade médica *per se*. Evidências recentes, no entanto, mudaram esse panorama. Hiperglicemia intra-hospitalar tem se mostrado preditor independente de eventos adversos, incluindo mortalidade.

Van den Berg et al., num artigo publicado no *New England Journal of Medicine* em 2001, testaram a hipótese de que a normalização da glicose sanguínea com terapia insulínica intensiva reduziria a morbi-mortalidade em pacientes críticos. Realizaram um estudo prospectivo, randomizado, controlado por placebo envolvendo 1548 pacientes adultos mecanicamente ventilados, admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cirúrgica. Na admissão, os pacientes eram randomizados para receber terapia intensiva insulínica (manter a glicemia entre 80 e

110 mg/dl) ou tratamento convencional (iniciar insulina somente se a glicemia > 215mg/dl e mantê-la entre 180-220mg/dl).

Aos 12 meses de seguimento, observou-se que a terapia insulínica intensiva diminuiu a mortalidade de 8% para 4,6% ($p < 0,04$). Além disso, neste grupo houve diminuição do tempo de permanência em UTI (15 vs 12 dias; $p < 0,03$), diminuição da necessidade de suporte ventilatório (12 vs 10 dias; $p = 0,006$), menor necessidade de suporte renal (64 vs 37 pacientes; $p = 0,007$), menor incidência de sepsis (61 vs 32 pacientes; $p = 0,003$) e de polineuropatia (107 vs 45 pacientes; $p < 0,001$).

Deve-se considerar que este estudo incluiu uma população de pacientes de moderada gravidade com índice APACHE II igual a nove, sendo a mortalidade no grupo controle de apenas 8%. Além disso, quase dois terços dos pacientes admitidos eram procedentes de cirurgia cardíaca. Podemos então aplicar este protocolo em uma UTI geral e para pacientes mais graves? Estudos mais amplos são necessários para que esta prática seja considerada padrão no tratamento de pacientes graves em uma UTI geral.

CAMILA PAIVA DE VASCONCELOS
DIMAS T. IKEOKA

Referências:

1. Van den Berg G, Wouters P, Weekers F, et al.: Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med* 2001;345:1359-1367.
2. Van den Berg G, Wouters P, Bouillon R, Weekers F, et al.: Outcome benefit of intensive insulin therapy in the critically ill: Insulin dose versus glycemic control. *Crit Care Med* 2003 vol 31, n°. 2.
3. McCowen KC, Malhotra A, Bistrian BR. Stress-induced hyperglycemia. *Crit Care Clin* 2001;17:107-124.