

anos^{1,2}. Esse crescimento se deve, em maior parte, pelos variados programas de aplicação médica desenvolvidos para esse tipo de equipamento³. Há um grande número de títulos disponíveis, e novos aplicativos surgem em velocidade crescente.

A maioria dos programas médicos (manuais de referência, farmacopéias, seleções de publicações científicas, calculadoras médicas, programas para registro de pacientes e aplicativos de uso geral) está disponível através da Internet. Sua obtenção (*download*) pode ser gratuita ou paga. Alguns fornecedores permitem o uso por tempo limitado de determinados programas – o usuário, ao final desse período, deve pagar uma taxa de registro para continuar utilizando o *software*.

Ao avaliar um programa, assim como qualquer outra fonte de informação médica, o usuário deve estar atento para certas características do *software*, especialmente a credibilidade dos autores, se a informação é atual e, tratando-se desse tipo de equipamento, se os dados serão atualizados no decorrer do tempo, à medida em que novas evidências sejam incorporadas ao assunto em questão. Outros itens a serem avaliados são a abrangência das informações, a quantidade de memória do *palmtop* ocupada pelo programa e como as informações são apresentadas ao usuário, ou seja, quão “amigável” (*userfriendly*) é o *software*. Finalmente, deve-se considerar o preço, a existência de suporte técnico e o custo das atualizações ao escolher os programas que se adequem às necessidades particulares de cada médico.

Comentário

O avanço tecnológico dos *palmtops* tem acontecido de forma muito rápida. Atualmente, estão disponíveis máquinas com altos recursos e poder de computação. Além das poderosas funções de computador, esse tipo de equipamento está caminhando para reunir, em um só aparelho, funções de envio de mensagens e dados, telefone celular e *pager*, o que tornará o gerenciamento de informações cada vez mais flexível, dinâmico e passível de atualizações instantâneas.

Os programas disponíveis no mercado são inúmeros, e muitos deles de grande utilidade no dia-a-dia no médico. A imensa maioria dos títulos, no entanto, é disponibilizada em língua

inglesa, e muitos aspectos da prática médica em nosso país não são contemplados. Resta aguardar que, à medida em que esses equipamentos se popularizem entre médicos brasileiros, programas de qualidade comparável aos produzidos no exterior surjam em nosso meio, sintonizando a nossa prática com o que já é realidade em outros países.

MARCELO FREIRE DE OLIVEIRA

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Adatia F, Bedard PL. “Palm reading”: Handheld software for physicians. *CMAJ* 2003;18:727-34.
2. Physician’s use of handheld personal computing devices increases from 15% in 1999 to 26% in 2001. Harris interactive. [on-line]. Disponível em: URL: <http://www.Harrisinteractive.com/news/allnewsbydate.asp?NewsID=345>.
3. Martin S. MDs’ computer, PDA use on the upswing. *CMAJ* 2002; 167:794.

Ginecologia

NOVO ESTUDO SOBRE TERAPÊUTICA HORMONAL DA MENOPAUSA: NOVAS EVIDÊNCIAS?

A revista *Lancet* publicou, em agosto de 2003, um estudo observacional de coorte, realizado no Reino Unido, denominado Million Women Study (MWS)¹, envolvendo 1.084.110 mulheres de 50 a 64 anos e cujo objetivo foi o de investigar o efeito do estrogênio isolado, da associação estrogênio com progestógeno e da tibolona sobre a incidência e mortalidade por câncer de mama. O estudo se baseou em informações obtidas de questionários preenchidos por mulheres que participavam de um programa de “screening” mamográfico. Após 2,6 anos, o risco relativo (RR) para câncer de mama nas não-usuárias foi de 1.00 (Intervalo de confiança, IC95% = 0.96/1.04); nas usuárias de estrogênio foi de 1.30 (1.22/1.38); da associação estrogênio/progestógeno foi de 2,00 (1.91/2.09) e da tibolona foi de 1.45 (1.25/1.67). Após quatro anos, constatou-se aumento marginal da mortalidade nas usuárias de hormônios (RR= 1.22; 1.00 – 1.48).

Comentário

Inicialmente é importante considerar que estudos observacionais, como o MWS, são adequados para testar hipóteses; no entanto, para avaliar adequadamente essas hipóteses são necessários estudos prospectivos randomizados com placebo controlado.

O MWS não trouxe nenhuma informação diferente dos estudos prévios^{2,3} quanto ao risco do câncer de mama nas usuárias da terapêutica hormonal da menopausa (THM); entretanto, ao se comparar os resultados do MWS constatam-se discordâncias com os do Womens Health Initiative (WHI), que não evidenciou até o presente momento qualquer aumento do risco de câncer de mama no braço das usuárias do estrogênio isolado e que após sete anos de estudo, ainda continua em andamento

Causou-nos surpresa os resultados obtidos com a tibolona, pois contraria todas as investigações prévias; assim, em modelos animais a tibolona exerce efeito protetor mamário no mesmo grau que o tamoxifeno⁴; em humanos atua benéficamente sobre a densidade mamária, não aumentando-a. Essas respostas favoráveis provavelmente decorrem de efeitos inibitórios da tibolona sobre enzimas envolvidas na produção de estrogênio local⁴, bem como do aumento da apoptose local⁴.

Outro dado revelado no MWS, e que deve ser considerado, é o diagnóstico do câncer de mama com apenas 2 ½ anos; esses cânceres detectados nesse período, quase certamente já existiam no início do período observacional, reforçando os resultados de estudos que mostram que a THM atua mais como promotora do crescimento do câncer de mama, do que como iniciadora de um novo câncer de mama. De fato, o que suporta esta assertiva é a impressionante concordância entre todos os estudos que não constataram maior risco nas ex-usuárias e aqueles que mostraram o diagnóstico precoce de câncer de mama, após pouco tempo de uso da terapêutica hormonal⁵.

Por isso, é importante e fundamental que tenhamos critérios e críticas na avaliação de estudos.

Nem sempre um novo estudo significa nova evidência.

CLÁUDIA MARIA SANTOS ALDRIGHI

JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. Colditz GA.; Hankinson SE; Hunter DJ, Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, et al. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1995; 332:1589-93.
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women without breast cancer and 108411 women with breast cancer. *Lancet* 1997; 350:1047-59.
3. Nanda K. Bastian LA, Schulz K. Hormone replacement therapy and the risk of death from breast cancer: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:325-34.
4. Bosman A, Kenemans P. Breast cancer and post-menopausal hormone therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2003; 17:123-37.
5. The million women study and breast cancer. [editorial]. *Maturitas* 2003, 46:1-6.

Medicina Baseada em Evidências

SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL NA RESSUCITAÇÃO SUPRA-NORMAL PÓS-TRAUMÁTICA

A síndrome compartimental abdominal (SCA) tem recebido maior atenção recentemente devido à sua grande associação com o desenvolvimento de disfunção de múltiplos órgãos e aumento significativo das taxas de mortalidade em pacientes traumatizados. Este distúrbio resulta da elevação aguda da pressão intra-abdominal comprometendo o sistema cardiovascular, respiratório, renal, esplâncnico e sistema nervoso central, necessitando de um rápido diagnóstico e, muitas vezes, intervenção cirúrgica. Recentemente, Balogh et al. demonstraram um aumento na incidência da SCA, disfunção orgânica e morte, em pacientes vítimas de trauma grave (ISS > 15), nos quais a ressuscitação volêmica foi instituída com o objetivo de atingir valores supra-normais de oferta de oxigênio (DO_2I) nas primeiras 24 horas. Foram analisados retrospectivamente 156 pacientes, sendo estes divididos

em dois grupos conforme o índice de oferta de oxigênio aos tecidos: grupo A (DO_2I 3 600 ml/min/m², n=85) e grupo B (DO_2I 3 500 ml/min/m², n=71), obtido através da infusão de Ringer lactato, transfusão sanguínea e doses moderadas de inotrópicos. Os dados demográficos, a gravidade das lesões e do choque foram semelhantes em ambos os grupos. O grupo A recebeu um volume de solução cristalóide significativamente maior quando comparado ao grupo B (13±2 vs. 7±1 litros; $p < 0,05$) além de apresentar um gradiente gastro-arterial de CO_2 (PCO_2 -gap, medido por tonometria) maior (16±2 vs. 7±1 mmHg; $p < 0,05$). No grupo supranormal (DO_2I 3 600 ml/min/m²), o desenvolvimento de hipertensão intra-abdominal assim como da síndrome compartimental abdominal foram mais frequentes (42 vs. 20% e 16% vs. 8%, respectivamente; $p < 0,05$). Surpreendentemente, a incidência de disfunção de múltiplos órgãos e a mortalidade também foram superiores no grupo ressuscitado de modo agressivo (22% vs. 9% e 27% vs. 11%, respectivamente; $p < 0,05$).

Comentário

A expansão volêmica precoce tem demonstrado redução significativa da morbidade e mortalidade em pacientes com choque. Esta tem o objetivo de adequar a oferta de oxigênio aos tecidos, restabelecendo desta forma o metabolismo oxidativo e pode ser avaliada de forma indireta através de variáveis derivadas do metabolismo celular como saturação venosa central de oxigênio, déficit de base, lactato e PCO_2 -gap. Embora não existam metas definidas para a ressuscitação volêmica, a utilização de valores pré-estabelecidos de oferta de oxigênio, como descrito neste estudo, não tem se mostrado apropriada. Portanto, mais importante que o aumento indiscriminado da oferta de oxigênio aos tecidos, com seus possíveis efeitos deletérios como edema pulmonar, hipertensão intra-abdominal e SCA, é a ressuscitação visando a normalização das variáveis derivadas do metabolismo celular.

**ALEJANDRA DEL PILAR G. GARRIDO
RUY JORGE CRUZ JUNIOR
LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO**

Referência

1. Balogh Z, McKinley BA, Cocanour CS, Kozar RA, Valdivia A, Sailors RM, et al. Supranormal trauma resuscitation causes more cases of abdominal compartment syndrome. *Arch Surg* 2003, 138:637-42.

Obstetria

PERSPECTIVAS DA VERSÃO EXTERNA CEFÁLICA NO CENÁRIO OBSTÉTRICO ATUAL

A versão externa, um procedimento clássico da Obstetria, esteve na iminência de desaparecer, na década de 1960, em face às numerosas complicações fetais observadas na ocasião¹. Entretanto, estabelecida a irreversível tendência de se indicar a operação cesariana para a parturição nas apresentações pélvicas (obviamente associada à maior morbidade materna, além de mais onerosa), em nível mundial, houve grande motivação, em diversos centros, para a retomada da aplicação da técnica da versão externa cefálica (VEC). Isso ocorreu de fato a partir da década de 1980, em estreito vínculo com o aprimoramento da tecnologia ultra-sonográfica. Sob o controle desse método os riscos desse procedimento tornaram-se decisivamente irrelevantes e, por isso, mais aceitáveis. Os índices de sucesso oscilam entre 35% e 86%, média de 58%². Para a escolha das pacientes candidatas à VEC são mencionadas, como critério de elegibilidade, uma série de variáveis a serem consideradas, como: consentimento (vinculado ao desejo de parturir por via vaginal); idade gestacional; paridade; tipo de apresentação pélvica; presença de cicatriz uterina anterior; estimativa de peso fetal; presença de miomas ou outros tumores pélvicos; inserção placentária; estimativa do volume de líquido amniótico, análise prévia das condições de vitalidade fetal; análise da morfologia fetal^{2,3}. Embora a maioria dos pesquisadores prefiram efetuar a VEC no termo da gestação, alguns recomendam uma idade gestacional mais precoce² (34 semanas) e encontram vantagens nessa propositura. Para a manipulação externa do feto preconiza-se a utilização de uterolíticos², se houver falha na primeira tentativa sem esse recurso. Para um melhor conforto da paciente, podem ser ministrados