

Clínica Médica

HOMOCISTEÍNA E RE-ESTENOSE

A re-estenose, processo que ocorre em uma porcentagem significativa dos pacientes submetidos à angioplastia coronária, representa uma limitação importante do procedimento. Diversas opções farmacológicas anteriores não demonstraram eficácia na prevenção da re-estenose. Schnyder e colaboradores, entretanto, demonstraram que a redução dos níveis séricos de homocisteína com o uso de ácido fólico, vitamina B12 e piridoxina associou-se a uma redução da taxa de re-estenose de 48%. Quando encontrada em valores elevados no plasma, a homocisteína é um importante preditor de risco cardiovascular, além de se correlacionar com a gravidade da aterosclerose coronariana. Alguns autores observaram que a homocisteína em níveis elevados poderia promover o crescimento das células musculares lisas dos vasos além de prejudicar a resposta vasodilatadora dependente do endotélio. Uma redução da ordem de 25% a 30% nos valores de homocisteína no plasma pode ser obtida de forma significativa com a utilização de ácido fólico, vitamina B12 e piridoxina. Schnyder e colaboradores realizaram um estudo duplo-cego com 205 pacientes submetidos à angioplastia coronariana com sucesso. Os pacientes foram aleatorizados para receber uma combinação de ácido fólico (1 mg), vitamina B12 (400 mcg) e piridoxina (10 mg) ou

placebo por 6 meses. A taxa de utilização de "stents" neste estudo foi de 49%. Os autores observaram uma redução média dos níveis plasmáticos de homocisteína de 35% neste período. Após a realização de cinecoronariografia, ao final dos 6 meses, que o diâmetro luminal mínimo era significativamente maior e o grau de estenose menos importante (39,9% contra 48,2%) no grupo que recebeu o tratamento com ácido fólico, vitamina B12 e piridoxina. A taxa de re-estenose também foi menor no grupo tratado (19,6% contra 37,6%, $p=0,01$), assim como a necessidade de revascularização do vaso tratado (10,8% contra 22,3%, $p=0,04$).

Comentário

O controle da re-estenose tem sido objetivo de diversas pesquisas experimentais e clínicas. Avanços na redução das taxas de re-estenose foram obtidos com a utilização dos "stents" e, mais recentemente, com a utilização de "stents" recobertos por substâncias ativas. A combinação de ácido fólico, vitamina B12 e piridoxina é um tratamento de baixo custo e com efeitos colaterais mínimos e deve ser considerado como tratamento adicional para os pacientes submetidos à angioplastia coronariana.

BRUNO CARAMELLI

Referência

Schnyder G, Roffi M, Pin R, Flammer Y, Lange H, Eberli FR, et al. Decreased rate of coronary restenosis after lowering of plasma homocysteine levels. *N Engl J Med* 2001; 345:1593-600.

Clínica Cirúrgica

AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO DO NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO

Os autores descrevem as diversas opções diagnósticas na avaliação de pacientes portadores de nódulo pulmonar solitário (NPS), salientando, além do exame clínico, a importância dos aspectos radiográficos e os fatores de risco para malignidade, como corroboradores da indicação cirúrgica precoce.

Comentário

O NPS é uma entidade clínica frequente, geralmente identificado em pacientes assintomáticos como achado de exame, causando ao médico imenso desafio diagnóstico, pois entre as diversas possibilidades etiológicas, o câncer primário do pulmão é a mais temida.

É definido como imagem arredondada hipotransparente circundada por parênquima pulmonar normal, com diâmetro menor de 3 cm e sem outras alterações radiográficas associadas.

Diante de um paciente portador de NPS, a primeira indagação que o médico deve realizar é a respeito de exames radiográficos anteriores. Se o paciente possuir a mesma imagem em radiografia há mais de dois anos, tal lesão sugere alteração benigna, sendo as seqüelas pulmonares da tuberculose, os hamartomas e granulomas inespecíficos as causas mais comuns. Nestes casos, o paciente é acompanhado ambulatorialmente.

Se o paciente não possuir radiografia anterior, alguns parâmetros devem ser considerados a fim de se indicar a cirur-

gia nesta situação: antecedentes mórbidos, características radiológicas do nódulo e aspectos clínicos do doente (apetição à cirurgia).

Nos pacientes com antecedentes de tumores malignos, tabagistas, ou com idade superior a 60 anos que apresentam NPS deve-se ter alto grau de suspeição para doença maligna, e o procedimento cirúrgico não deve ser postergado. Caso o paciente tenha antecedente de tuberculose pulmonar tratada, os nódulos neste casos podem tratar-se de seqüelas de doença específica, e se calcificados e situados nos segmentos apicais dos lobos superiores, não merecem ressecção cirúrgica.

Outro aspecto a ser considerado são as características radiográficas do nódulo, principalmente aquelas fornecidas pela tomografia computadorizada. Nódulos com limites imprecisos, sem calcificações ou com calcificações irregulares e periféricas devem ser encarados como neoplásicos e tratados operatoriamente.

Por fim, em pacientes portadores de graves disfunções cardiopulmonares pode-se utilizar outros métodos diagnósticos, tais como a biópsia transbrônquica ou a punção transparietal, porém com menor grau de positividade diagnóstica quando comparada à nodulectomia.

Em levantamento realizado na Santa Casa de São Paulo com 68 pacientes, acompanhados durante 13 anos, 33,8% dos nódulos operados tratavam-se de neoplasia maligna. Portanto, na dúvida diagnóstica, a nodulectomia deve ser sempre praticada.

**DAVID OST
ALAIN FEIN**

Referência

Saad Junior R, Ethel Filho J, D' Andretta Neto C, Lee ADW, Tseng TC, Barros SM. Resultados da toracotomia precoce no tratamento dos nódulos solitários não calcificados de pulmão. Rev Assoc Med Bras 1989; 35:23.

Economia da Saúde

SAÚDE E DESEMPREGO

Nesse artigo são apresentados os resultados da pesquisa desenvolvida por Jennifer M. Stewart a respeito do impacto da condição de saúde na permanência do desemprego de longa duração. Uma de suas conclusões é que os indivíduos com saúde precária tendem a permanecer mais tempo em desemprego e por isso constituem parcela significativa dos desempregados. Além disso, observa que o peso dos indivíduos com saúde precária no total dos desempregados é maior do que entre os empregados. Essa diferença, contudo, não explica completamente a diferença existente nas taxas de mortalidade dos dois grupos.

A metodologia utilizada apóia-se em pressuposto relativamente simples, pois supõe que os indivíduos deixarão a situação de desemprego se o "valor do emprego" for maior do que o valor de "permanecer desempregado". O valor do emprego é uma função da diferença entre ganhos e custos do emprego, características pessoais e a duração do desemprego. Para se ter uma idéia, a educação tem um impacto positivo no valor do emprego, sendo considerada um ganho; já a duração da condição de desempregado diminui o valor do

emprego. Para o desenvolvimento do modelo foram utilizadas 24 variáveis e as informações da pesquisa do *Canadian Out of Employment Panel*.

Comentário

Os resultados obtidos por Jennifer Stewart são extremamente instigantes, pois contradizem a idéia corrente que o desemprego é fator de agravamento da condição de saúde e, por isso, do aumento da taxa de mortalidade entre a população desempregada. Pesquisa realizada por Brenner, em 1979, confirmou essa percepção. Contudo, como bem cita a autora do artigo, outras pesquisas subseqüentes produziram resultados contraditórios, deixando em aberto essa questão. A relação entre desemprego e condição de saúde é tema extremamente relevante, tanto pelo fato de a convivência com elevadas taxas de desemprego ser uma constante na maioria dos países desde meados dos anos 1970, como devido às restrições orçamentárias da atenção à saúde. Os resultados da pesquisa de Jennifer Stewart podem ser vistos de duas formas: a primeira, e explicitada por ela em suas conclusões, que o impacto do desemprego na condição de saúde foi superestimado; a segunda, que o desemprego é em grande parte explicado pela condição de saúde dos indivíduos que estão desempregados. Esta última leitura lembra as explicações largamente difundidas que dizem que o desemprego é formado de indivíduos sem condições de empregabilidade, isto é, sem estudo e qualificação para as atividades da moderna economia. Mesmo deixando tal idéia no ar, o artigo merece atenção daqueles preocupados com política de saúde.

**ROSA MARIA MARQUES
AQUILAS MENDES**

Referência

Jennifer WS. The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status. *Health Econ* 2001; 20:781-96.

Ginecologia

RALOXIFENO NO TRATAMENTO DE MIOMAS UTERINOS NA PÓS-MENOPAUSA

Em recente estudo prospectivo, controlado, randomizado e duplo-cego conduzido por Palomba et al.¹, foram estudadas 70 pacientes na pós-menopausa portadoras de miomas uterinos¹. Estas foram divididas em dois grupos homogêneos em relação ao tempo de menopausa e ao número de miomas. Ao grupo de estudo foi administrado raloxifeno na dose de 60 mg/dia por 12 ciclos de 28 dias. O grupo controle recebeu placebo. As pacientes foram avaliadas por ultra-sonografia quanto ao volume uterino e volume dos miomas a cada três ciclos. Não houve alterações em relação à espessura endometrial nas pacientes estudadas.

Após 6, 9 e 12 ciclos de tratamento com raloxifeno, foi observada redução estatisticamente significativa no volume uterino e especialmente no volume dos leiomiomas. Quando comparados aos valores basais, houve redução nos volumes uterinos e dos leiomiomas em 41,9% das pacientes após 6 ciclos, 77,4% após 9 ciclos e de 83,9% após 12 ciclos. Também foram observadas reduções mais evidentes no volume dos miomas do que no volume uterino. Isso

indicaria que pode haver ação seletiva do raloxifeno no tecido do leiomioma, promovendo a redução do seu volume. Uma possível explicação para esse fato seria uma distribuição diferente dos tipos de receptoras estrogênicos do mioma em relação ao tecido miometrial normal.

Comentário

O efeito do raloxifeno no volume uterino ainda não havia sido estudado em seres humanos até a publicação dos trabalhos de Palomba et al.¹. Em modelo animal, Black et al. descreveram a redução do volume uterino em ratas ooforectomizadas tratadas com raloxifeno².

O autor contribui com dados relacionados à presença de miomas na pós-menopausa, especialmente em pacientes que não apresentam sintomas de hipostrogenismo. No entanto, esse estudo não apresenta a sintomatologia apresentada pelas pacientes em relação à menopausa e a sintomas compressivos pela presença dos miomas.

O raloxifeno apresenta-se como uma alternativa no tratamento dos miomas na pós-menopausa, especialmente na vigência de sintomas compressivos onde está contra-indicado tratamento cirúrgico.

**JOSÉ MENDES ALDRIGHI
FRANCESCO ANTONIO VISCOMI,
MAURO FERNANDO KÜRTEH IHLENFELD**

Referências

1. Palomba S, Sammartino A, DiCarlo C, Affinito P, Zullo F, Nappi C. Effects of raloxifene treatment on uterine leiomyomas in postmenopausal women. *Fertil Steril* 2001; 76:38-43.
2. Black LJ, Sato M, Rowley ER, Magee DE, Bekele A, William DC et al. Raloxifene (LY139481 HCL) prevents bone loss and reduces serum cholesterol without causing

uterine hypertrophy in ovariectomized rats. *J Clin Invest* 1994; 93:63-9.

Medicina Baseada em Evidências

Novos MARCADORES NA DETECÇÃO DA PANCREATITE AGUDA GRAVE

A gravidade da pancreatite aguda, independentemente da etiologia, está relacionada à lesão das células acinares e à ativação de várias células, incluindo neutrófilos, monócitos, linfócitos, e células endoteliais. Complicações locais e sistêmicas decorrem da liberação de diversos mediadores após a ativação destas células. Frossard et al.¹ revisam novos marcadores de pancreatite aguda, entre eles as citocinas, enzimas pancreáticas e outros mediadores inflamatórios para determinar o potencial de detecção precoce da gravidade da lesão. Entre dezenas de marcadores revisados, três são os principais. A IL-6, uma citocina liberada pelos macrófagos em resposta à lesão tecidual, é responsável pela síntese de proteínas de fase aguda. Possui alta especificidade e sensibilidade em distinguir a pancreatite aguda leve da grave,² apresentando correlação com as taxas de mortalidade. Quando associada à elevação de lipase sérica, melhora ainda mais a acurácia do diagnóstico e prognóstico. A IL-8 também eleva-se precocemente e é considerada bom marcador de gravidade.³ Entretanto, ambas IL-6 e IL-8 ainda são de dosagem complexa e não se

comparam ao critérios de Ranson e APACHE II. O TAP (*trypsinogen activation peptide*) é o único dos novos marcadores adequadamente validado,⁴ apresentando a melhor correlação com gravidade da doença e com APACHE II. É um produto da conversão do tripsinogênio em tripsina. Os triptogênios são proteases pancreáticas que podem iniciar a cascata de autodigestão, característica da pancreatite aguda. Normalmente, o TAP é liberado no lumen intestinal. Na pancreatite aguda grave, a inativação inapropriada do tripsinogênio no interior do pâncreas resulta na liberação do TAP no plasma, urina e peritônio. Portanto, as concentrações plasmáticas de TAP parecem ser o melhor e mais precoce marcador da pancreatite aguda.

Comentário

A pancreatite aguda, na sua forma grave, é responsável por elevadas taxas de morbimortalidade. A detecção precoce dos casos graves é fundamental para otimizar a estratégia terapêutica o mais rápido possível, com o objetivo de prevenir complicações locais e a disfunção de múltiplos órgãos. Tradicionalmente tem sido determinada pelos critérios de Ranson e o APACHE II, que consideram diversos parâmetros fisiológicos e biológicos que quantificam a disfunção orgânica, impossibilitando a estimativa precoce da gravidade. Desta forma, estes novos marcadores devem ser validados por estudos prospectivos que determinem a sua aplicabilidade na detecção precoce e monitorização da pancreatite aguda grave e que sirvam de base para novas estratégias terapêuticas no bloqueio da reação inflamatória.

**GUSTAVO FAISSOL JANOT DE MATOS
LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO**

Referências

1. Frossard JP, Hadengue A, Pastor CM. New serum markers for the detection of severe acute pancreatitis in humans. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164:162-70.
2. Pezzilli R, Billi P, Mineiro R, Fiocchi M, Cappelletti O, Morselli-Labate AM et al. Serum interleukin-6, interleukin-8, and 2-microglobulin in early assessment of severity of acute pancreatitis: comparison with serum C-reactive protein. *Dig Dis Sci* 1995; 40:2341-8.
3. Gross V, et al. Interleukin-8 and neutrophil activation in acute pancreatitis. *Eur J Clin Invest* 1992; 22:200-3.
4. Neoptalemos JP, et al. Early prediction of severity in acute pancreatitis by urinary trypsinogen activation peptide: a multicentre study. *Lancet* 2000; 355:1955-60.

Pediatria

VELOCIDADE DE CRESCIMENTO E MATURAÇÃO ÓSSEA EM MENINAS QUE PRATICAM GINÁSTICA RÍTMICA

O objetivo deste trabalho foi o de obter informações sobre a velocidade de crescimento e maturação óssea de 104 meninas adolescentes e adultas jovens (12-23 anos de idade cronológica) que praticam ginástica rítmica. Os autores realizaram um trabalho de campo em campeonatos internacionais e europeus de ginástica rítmica, no período de

1997 a 2000, na Grécia, Espanha e Japão. Foram avaliados pesos, alturas, índices de massa corpórea, idades ósseas e estádios puberais. A altura final foi considerada quando se atingiu idade óssea (IO) de 16 anos. A altura alvo para estas jovens foi calculada usando-se a fórmula: $\frac{1}{2}$ [altura paterna – 13 + altura materna]. Devido a imprecisão dos cálculos de previsão de altura final, os autores preferiram realizar um estudo prospectivo para avaliar longitudinalmente o ritmo de crescimento durante a puberdade destas ginastas.

Os autores observam que o estresse psicológico e o treinamento físico intenso podem contribuir para o atraso da IO e da puberdade e alteram o crescimento. As ginastas eram mais altas e mais magras do que a média para a idade cronológica (IC) e enquanto a velocidade de crescimento chegava normalmente ao final dos 15 anos de IC no grupo das ginastas, o crescimento continuava até 18 anos de IC. O atraso de IO destas meninas era compensado por uma aceleração no crescimento ao final da puberdade. A altura final era igual à altura alvo na primeira avaliação e significativamente maior do que a previsão pela altura alvo ao final do crescimento.

Os autores concluem que as ginastas compensam o atraso do estirão pubertário com uma aceleração de crescimento tardia e ainda que, apesar do atraso da IO, a predisposição genética do crescimento foi até acima do previsto.

Comentário

Há uma impressão citada com frequência a respeito de possíveis prejuízos de altura final de crianças e adolescentes que praticam ginástica rítmica. Esta colocação tem levado os pais a desestimularem os filhos nesta prática esportiva. O levanta-

mento feito por estes autores é importante, pois nos permite concluir que esta prática, que é salutar, pode quando muito atrasar o estirão pubertário que vai acontecer até muitas vezes com alturas superiores às estimativas de previsão.

NUVARTE SETIAN

Referência

Georgopoulos NA, Markou KB, Theodoropoulou A, Vagenakis GA, Benardot D, Leglise M, et al. Height velocity and skeletal maturation in elite female rhythmic gymnasts. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:5159-64.

Saúde Pública

MORTALIDADE MATERNA NOS PAÍSES SUBDESENVOLVIDOS OU EM DESENVOLVIMENTO

A mortalidade materna, isto é, aquela resultante de complicações diretas e indiretas da gravidez, parto ou puerpério, é um bom indicador da saúde da mulher na população bem como do desempenho dos sistemas de atenção à saúde.

Pode-se dizer que quase somente a partir da segunda metade da década de 80 passou a ser dada a devida importância à mortalidade materna como problema de saúde pública nos países chamados de terceiro mundo.

Várias conferências internacionais pa-

trocinações pela OMS, UNICEF, Banco Mundial e, na região das Américas, pela OPS foram realizadas, a partir de 1987 e durante a década de 90, com o objetivo de chamar a atenção dos países para a gravidade da situação da saúde materna. Particularmente, os países da África, Ásia e América Latina foram estimulados para que realizassem ações visando a redução da mortalidade materna em até 50% até o ano 2000.

Numerosos países passaram a ter programas de redução da mortalidade materna. Passou-se a ter necessidade de avaliar os níveis desta mortalidade para saber se estava ocorrendo redução e, se possível, quanto.

Uma avaliação correta das taxas é difícil, visto que naqueles países a cobertura do registro de óbitos é incompleto e, mesmo quando ela é razoável ou boa, sabe-se que os médicos declaram muito mal uma causa de morte materna. Essas causas são, de uma maneira geral, por várias razões, as mais mal declaradas.

Dois autores publicaram um trabalho no qual enfatizam a dificuldade para medir corretamente as taxas de mortalidade materna, bem como sua tendência. Dado esse aspecto, propõem então medir a tendência segundo dois indicadores que, segundo eles, estão associados à mortalidade materna: a porcentagem de partos atendidos por profissionais devidamente capacitados e as taxas de parto por cesárea.

Verificaram que no mundo registrou-se uma discreta melhora da cobertura da assistência qualificada ao parto, com um aumento médio anual de 1,7% durante o período 1989-1999. Nesse item os progressos foram maiores, com aumentos anuais de mais de 2% na Ásia, Oriente Médio e Norte da África.

Quanto à taxa de cesáreas, foi observado que se mantiveram estáveis durante a década de 90. Os autores comentam que os países com as taxas mais baixas de cesáreas e com maiores necessidades foram os que apresentaram a menor variação no período.

Os autores mostram-se otimistas em relação à tendência da mortalidade na década de 90 nos países do Norte da África, América Latina, Ásia e Oriente Médio, ressaltando, entretanto, que a situação é ainda preocupante nos países africanos sub-saharianos.

Comentário

No Brasil, desde os primeiros anos da década de 90, tem sido realizados programas para reduzir a mortalidade materna e, em alguns municípios e mesmo Estados como um todo, com os dados oficiais corrigidos pelos Comitês de Estudo e Mortalidade Materna, está sendo possível averiguar que não está existindo redução, ou esta é muito pequena.

Quanto aos dois indicadores indiretos propostos pelos autores, é preciso muita cautela ao usá-los. Ou, pelo menos, não vale para o Brasil. De fato, no nosso país, mais de 80% dos partos são hospitalares e, por exemplo, no município de São Paulo, chega a praticamente 100%. No entanto, a mortalidade materna continua muito alta. Poder-se-ia questionar a qualidade da assistência, porém o indicador proposto para nós não é válido!

O outro indicador, proporção de partos por cesárea, também não é válido no caso do Brasil: tem-se uma elevada porcentagem por partos por cesárea e a mortalidade materna bastante alta.

É preciso analisar com cautela esses indicadores indiretos ou outros que venham a ser propostos. A avaliação da tendência da mortalidade materna, sempre que possível, deve ser feita pela tradicional taxa. É preciso, porém, melhorar muito a qualidade da informação para que elas sejam mais fidedignas.

ROY LAURENTI

Referência

Carla AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? Bull WHO 2001; 79:561-8.

Bioética

DIREITOS E RESPONSABILIDADES

Da mesma maneira que atualmente se exige maior rigor com os sujeitos (humanos e mesmo animais) que são objeto de pesquisa, tem havido cada vez mais uma preocupação em se criar regras para definir autoria de um trabalho científico. Sahu e Abraham, em artigo publicado no J Postgrad Med e que pode ser acessado no endereço <http://www.freemedicaljournals.com>, discutem o tema "autoria" de uma forma clara e objetiva. Nesse artigo são apresentadas as regras recomendadas pelo Comitê Internacional de Editores de Jornais Médicos e que definem autoria (esta é uma tradução livre): "A autoria deve ser concedida a quem contribuiu de forma substancial para: 1. concepção e planejamento do trabalho, ou aquisição de dados ou análise e interpretação dos mesmos; 2. o rascunho do trabalho ou sua revisão crítica; 3. aprova-

ção final da versão a ser publicada. Todos os itens devem ser preenchidos por todos os autores, e cada autor deve ser capaz de defender o trabalho no seu todo." (o sublinhado é meu). Os autores do trabalho também deixam claro que aqueles que somente forneceram fundos para a realização do trabalho, os supervisores do grupo de pesquisa, o chefe do Departamento, aqueles que somente fizeram a análise estatística ou a pesquisa bibliográfica, sem ter dado uma contribuição intelectual importante para a versão final do manuscrito, não podem ser considerados como autores. São apresentadas algumas sugestões para se evitar conflitos das quais a que parece mais importante é que ao se iniciar um projeto seja definido quem irá participar da autoria e inclusive qual será a ordem dos autores. É também apontado que ser autor de um trabalho científico não traz somente direitos mas também responsabilidades.

Comentário

Ser autor de um trabalho científico não traz somente glória, mas também responsabilidade. Ambas devem ser compartilhadas por todos os autores. O estabelecimento da autoria de um trabalho deve obedecer critérios claros e justos. Recomendo fortemente que todos os que pretendam escrever um artigo científico, descrever um caso clínico, fazer um artigo de revisão, etc leiam: Sahu DR, Abraham P. Authorship: rules, rights, responsibilities and recommendations. J Postgrad Med 2000; 46:205-10.

REGINA C. R. M. ABDULKADER

Referência

Sahu DR, Abraham P. Authorship: rules, rights, responsibilities and recommendations. J Postgrad Med 2000; 46:205-10.

Obstetrícia

PREPARO DO COLO UTERINO E INDUÇÃO DO PARTO

A indução do parto, realizada em aproximadamente 20% das gestantes no Reino Unido, pode ser benéfica em várias circunstâncias clínicas: restrição ao crescimento intra-uterino, condições intra-uterinas potencialmente de risco à saúde fetal, rotura prematura das membranas, pré-eclampsia, gestação pós-termo. Em algumas condições sociais, excluídos os possíveis prejuízos ao conceito e os riscos maternos, a indução do parto também pode ser indicada.

Estabelecidas a necessidade e a conveniência de se induzir o parto, a técnica mais eficaz deve ser eleita. Várias características clínicas constituem fatores que podem influir na escolha do método: condições cervicais (favorável/desfavorável), estado das membranas ovulares (íntegras/rotas), cicatriz uterina prévia (presente/ausente), paridade (nulípara/múltipara).

As condições cervicais desfavoráveis, diagnosticadas pela aplicação do Índice de Bishop, inegavelmente é o mais importante obstáculo ao sucesso da indução do parto, quanto ao nascimento por via vaginal, merecendo um enfoque especial. Vários ensaios clínicos realizados nas décadas de 80 e 90 permitiram a escolha da PGE2 (dino-prostone) quanto à eficácia para o preparo do colo na pré-indução. Entretanto, devido às dificuldades na sua conservação e ao seu alto custo, sua utilização restringiu a sua aplicação a número limitado de serviços.

Com o surgimento do análogo sintético, a PGE1 (misoprostol), de fácil conservação e de baixíssimo custo (100 vezes menos oneroso), a década de 90 (segunda metade) foi inundada de trabalhos sobre sua utilização tanto no preparo de colo quanto na indução do parto.

Pandis et al.², em trabalho prospectivo e randomizado, realizam um estudo comparativo em 435 pacientes com indicação para a indução do parto. Em um grupo de 210 gestantes foi utilizado 50 µg de Misoprostol (cada 6 horas, via vaginal) e em outro grupo de 225 gestantes foi aplicado Dinoprostone gel, 2 mg por via vaginal. Seus resultados apontam para a vantagem da utilização do Misoprostol em vários tópicos: menor duração do parto, maior número de partos

por via vaginal em 12 e 24 horas, necessidade de menores quantidades de ocitocina. Por outro lado, os índices de cesárea, a hiperestimulação uterina, a incidência de sofrimento fetal intraparto, as complicações maternas e neonatais foram semelhantes.

Comentário

Em contexto nacional, é muito pertinente o enfoque dos métodos de preparo de colo e indução do parto, consentâneo com os esforços dos órgãos oficiais para a obtenção do parto por vias naturais. É indubitável a premência da necessidade de se estabelecer, em definitivo, as nuances técnicas da utilização desse análogo sintético da prostaglandina, o Misoprostol, uma vez que este produto está disponível no mercado brasileiro des-

de o final do ano 2001, em apresentações de 25 µg em cada comprimido de uso vaginal, o que facilita sua manipulação.

SEIZO MIYADAHIRA

Referências

1. Hofmeyer GJ, Alfirevic Z, Kelly T, Kavanagh J, Thomas J, Brocklehurst P, et al. Methods for cervical ripening and labor induction in late pregnancy: generic protocol (Protocol for Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1; 2002. Oxford: Update Software.
2. Pandis GK, Papageorghiou AT, Otigbah CM, Howard RJ, Nicolaidis KH. Randomized study of vaginal misoprostol (PGE1) and dinoprostone gel (PGE2) for induction of labor at term. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18:629-35.