

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.

Obstetrícia

PERSPECTIVAS DA VERSÃO EXTERNA CEFÁLICA NO CENÁRIO OBSTÉTRICO ATUAL

A versão externa, um procedimento clássico da Obstetrícia, 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