

no sentido de reverter os desarranjos fisiológicos, diminuindo, assim, o risco de se evoluir com múltiplas disfunções orgânicas. Por fim, deve-se ressaltar que todo o tratamento disponível para essa população tem que ser adequadamente oferecido e que a rhAPC complementa de forma eficaz, mas não substitui aquilo que temos feito atualmente.

**ELIÉZER SILVA
LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO**

Referências

1. Bernard GR, Vincent JL, Laterre PF, La Rosa SP, Dhainaut JF, Lopez - Rodriguez A, et al. Recombinant human protein C worldwide evaluation in severe sepsis (PROWESS) study group. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. *N Engl J Med* 2001; 344:699-709.
2. Bernard GR, Ely EW, Wright TJ, Fraiz J, Stasek JR, Russell JA, et al. Safety and dose relationship of recombinant human activated protein C for coagulopathy in severe sepsis. *Crit Care Med* 2001;29:2051-9.
3. Ely EW, Bernard GR, Vincent JL. Activated protein C for severe sepsis. *N Engl J Med* 2002;347:1035-6.

Obstetria

QUAL É A CONDUTA ATUAL NO ÓBITO FETAL?

Considerando-se que o produto da concepção se define como feto a partir de 10 semanas de gestação, o óbito fetal (OF) seria toda a morte a partir desta idade gestacional. A Organização Mundial da Saúde define o OF como a "morte do feto antes da completa expulsão ou extração do produto da concepção do corpo da mãe, independente da duração da gravidez". O Centro Nacional de Estatística da Saúde dos Estados Unidos conceitua morte fetal aquela ocorrida a partir de 20 semanas de gestação. Da mesma forma, para acomodar os interesses burocráticos, a maioria das estatísticas nacionais sobre o assunto preferem defini-lo a partir de 20 semanas de gestação ou peso no nascimento maior que 500 gramas. A incidência é muito variável nos diversos serviços universitários, oscilando entre 0,2% a 4,5%. Em estudo realizado no

Hospital das Clínicas da FMUSP, Schupp et al., 2000, observaram incidência de 4,5% no período de 1993 a 1998. A assistência obstétrica, nesses casos, abarca atenção global à paciente em virtude de envolver intensamente os aspectos emocionais, um luto a ser elaborado. Inclui também a busca da etiologia que se faz necessária, uma vez que existe grande multiplicidade de fatores predisponentes e desencadeantes desse infausto acontecimento. Dessa forma, as perspectivas futuras do provir obstétrico podem ser clarificadas à luz de investigações individualizadas, com respaldo em conhecimentos teóricos/científicos consolidados. Quanto à resolução dos casos, embora 75% a 90% das gestantes com diagnóstico de óbito fetal evoluírem para parto espontâneo em duas semanas, poucas pacientes aceitam aguardar passivamente o evento, solicitando ao médico uma conduta ativa para uma abreviação rápida do quadro. Nessa situação, é indispensável ponderar os riscos e os benefícios oriundos de uma intervenção ativa, no intuito de se otimizar os resultados, com mínimas seqüelas, orgânicas e emocionais. A complexidade na resolução reside na eficácia dos métodos disponíveis, pois geralmente o OF ocorre durante o segundo ou início do terceiro trimestre da gestação, quando a cervix está ainda imatura. Em gestantes sem cicatriz uterina prévia e com uma altura uterina de até 26 cm, utilizamos misoprostol 200µg via oral e 200µg via vaginal de ataque e após 200µg via vaginal a cada 4 horas até o parto, com índice de sucesso de 90% e tempo médio de indução de 17,7 horas com desvio padrão de 14,2 horas. Se a gestante apresentar uma cicatriz uterina prévia, utilizamos o mesmo esquema, porém com a dose de misoprostol pela metade, isto é 100µg. Nos casos com idade gestacional mais avançada, constatado por uma altura uterina acima de 26 cm, utilizamos para indução do parto a ocitocina em dosagem semelhante à indução de um parto normal, com tempo médio de indução de 39,9 horas, com desvio padrão de 50,2 horas. Já nos casos em que a paciente apresenta mais de uma cicatriz uterina prévia, temos conduta personalizada para cada caso. Após o parto sempre há a necessidade de avaliar se ainda existem restos ovulares e nos casos em que isso ocorre deve ser realizada a

curetagem uterina. Nos casos em que se adota a conduta expectante, é importante a monitorização de coagulopatia, um evento que aparece na incidência de até 25% após quatro semanas do óbito.

**TÂNIA REGINA SCHUPP
SEIZO MIYADAHIRA
MARCELO ZUGAIB**

Referências

1. Chiswick ML. Commentary on current World Health Organization definitions used in perinatal statistics. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93:1236-8.
2. Tricomi V, Kohl SG. Fetal death in utero. *Am J Obstet Gynecol* 1957; 74:1092-7.
3. Bugalho A, Bique C, Machungo F, Faundes A. Induction of labor with intravaginal misoprostol in intrauterine fetal death. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:540-2.
4. Schupp TR, Miyadahira S, Kahhale S, Zugaib M. Management of pregnancy in a university hospital: a 6-year study. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 2000; 55:137-44.
5. Zugaib M, Bittar RE. Protocolos Assistências da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Atheneu; 1996. p.189-91.

Pediatria

O QUE DEVO OBSERVAR NA REINDICAÇÃO DE TERAPÊUTICA ANTIMICROBIANA?

O uso de antimicrobiano deve ser observado no que diz respeito ao efeito de seleção e da disseminação dessa seleção de cepas com características especiais. Hoje, os agentes bacterianos que produzem β Lactamase (PBL) merecem atenção especial, pois limitam o tratamento antimicrobiano. A terapêutica empírica inicial, em muitas circunstâncias, deve ser repensada com base nos dados da história de uso de antimicrobiano pelo paciente. Assim é que acumulam-se na literatura evidências a partir de que, introduzida uma droga β Lactâmica em um grupo de pacientes, rapidamente (ao fim da 1ª semana) em 50% deles serão detectadas cepas PBL, quando antes do uso do antibiótico