

DIA-A-DIA

PERGUNTA 1 (solicitante ML, nº 071 /2000)

Solicito informações gerais sobre os surfactantes.

RESPOSTA

Os surfactantes pulmonares são agentes emulsionantes endógenos e são utilizados na terapêutica, na profilaxia e no tratamento da Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) de recém-nascidos prematuros de baixo peso (inferior a 1500 g). Estudos comparativos demonstram melhora precoce dos sintomas e evolução mais favorável quanto à necessidade de apoio ventilatório. Podem ser observadas melhoras transitórias na função respiratória, diminuição da incidência de pneumotórax e da mortalidade. O derivado sintético (colfoscerila), entretanto, não apresenta a mesma eficácia.¹ Nenhum surfactante exógeno apresenta redução na incidência de displasia broncopulmonar, quando avaliado isoladamente como única medida.²

Diversos produtos têm sido estudados, incluindo: surfactante natural humano obtido do fluido amniótico ou material biossintético; surfactantes naturais derivados de animais - extratos de pulmão bovino ou suíno - que podem ser modificados pela adição de surfactantes sintéticos (beractanto), ou não modificados (bovactanto e calfactanto); e preparações sintéticas ou semi-sintéticas, que geralmente contêm palmitato de colfoscerila - um dos principais constituintes dos surfactantes pulmonares endógenos - em combinação com outros surfactantes que ajudam na difusão e absorção.¹

O beractanto apresenta maior eficácia e menor custo de tratamento, quando comparado ao palmitato de colfoscerila.^{4,5,6} Contudo, não se dispõe de ensaios clínicos adequadamente controlados que comparem os surfactantes não-sintéticos entre si, de modo a definir a primeira escolha na prática clínica.⁷ O calfactanto e o beractanto apresentam eficácia similar.⁸ O calfactanto apresenta maior eficácia que o palmitato de colfoscerila.⁹ Não foram encontrados dados comparativos envolvendo o bovactanto e o poractanto alfa.

A Rename 98 (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) coloca o beractanto como primeira escolha entre os surfactantes.¹

OPÇÕES DE SURFACTANTES:^{3,11}

PRODUTO	GENÉRICO	DESCRIÇÃO	COMPOSIÇÃO
SURVANTA® (Abbott)	Beractanto	Extrato de pulmão bovino (natural modificado)	Fosfolipídios + palmitato de colfoscerila + ácido paimítico + tripalmitina
ALVEOFACT® (Boehringer de Angeli)	Bovactanto	Extrato de pulmão bovino (natural não-modificado)	Fosfolipídios + colesterol + proteínas hidrofóbicas (SP-B e SP-C) + ácidos graxos livres
INFASURF® (não disponível no Brasil)	Calfactanto	Extrato de pulmão de bezerro (natural não-modificado)	Fosfolipídios + proteínas hidrofóbicas (SP-B e SP-C)
CUROSURF® (Farmalab)	Poractanto alfa	Extrato de pulmão de suíno (natural não-modificado)	Fosfolipídios + outros lipídios + proteínas hidrofóbicas (SP- B e SP-C)
EXOSURF® (Glaxo Welicome)	Palmitato de colfoscerila	Fosfolipídio constituinte de compostos surfactantes pulmonares endógenos	Palmitato de colfoscerila

Referências bibliográficas

1. RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais .Ministério da Saúde, 1998.
2. Drugdex®. CCIS - Micromedex Inc. vol 103, 2000.
3. REYNOLDS,James E.E: Martindale - The Extra Pliarmacopoeia. CCIS - Micromedex Inc. vol 103, 2000.
4. HORBAR, JD, WRIGHT LL, SOLL RF et al: A multicenter randornized trial comparing two surfactants for the treatment of neonatal respiratory distress syndrome. J Pediatr 11993
5. ANON: Vermont-Oxford Neonatal Network: a multicenter, randomized trial comparing synthetic surfactant with modified bovine surfactant extract in the treatinent of neonatal respiratory distress syndrome. Pediatrics, 1996.
6. WYBLE L & SANTEIRO ML: Costs and outromes associated with colfosceril versus beractant for the treatment of neonatal respiratory distress syndrome (letter). Ann Pliarmacother, 1997.
7. REYNOLDS MS & WALLANDER KA: Use of surfactant in the prevention and treatirient of neonatal respiratory distresssyndrome. ClinPharm,1989.
8. BLOOM BT, KAT~KEL J, HALL RT et al: Comparison of Infasurf (calf lung surfactant extract) to Survanta (beractant) in the treatirient and prevention of respiratory distress syndrome. Pediatrics, 1997
9. HUDAK ML, FARRELL EE, ROSENBERG AA et al: A multicenter randornized, masked comparison trial of natural versus synthetic surfactant for the treatment of respiratory distress syndrome. J Pediatr, 1996
10. HUDAK ML, MARTIN DJ, EGAN EA et al: A multicenter randornized masked comparison trial of synthetic surfactant versus calf lung surfactant extract in the prevention of neonatal respiratory distress syndrome. Pediatrics, 1997.
11. Jomal Brasileiro de Medicina. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas -DEE Rio de Janeiro: Editora de publicações científicas, 99/2000.

Respondido por: Rogério Hoefler

PERGUNTA 2 (solicitante CCS, nº 120/2000)

Qual a dose de bicarbonato de sódio preconizada para promover alcalinização da urina para prevenir a formação de cálculo renal em paciente submetido a tratamento com sulfadiazina?

RESPOSTA

A cristalúria, que pode induzir uma insuficiência renal, é um efeito adverso relativamente comum em pacientes submetidos a tratamento com sulfadiazina, em especial nos pacientes com SIDA. As complicações renais ocorrem mais freqüentemente quando a sultadiazina é administrada pela via intravenosa, do que pela via oral. A incidência de disfunção renal associada ao uso da sulfadiazina em pacientes com SIDA é de 1,9 a 7,5% contra 1 a 4% em grupos-controle sem SIDA.¹

A cristalúria pode ser evitada pela hidratação adequada do paciente, através da ingestão diária de líquidos em torno de 2 a 3 litros e pela alcalinização da urina. A alcalinização adequada da urina (pH em torno de 7,2) pode se conseguir através da administração de 2,5 a 4 g de bicarbonato de sódio pela via oral, a cada 4 horas.^{1:2}

Mesmo com estas medidas, preconiza-se ainda o acompanhamento do paciente, através da análise periódica da urina e realização de testes de função renal, para detectar qualquer complicação. Se a cristalúria for persistente e intensa, com hematúria ou oligúria, deve-se interromper o tratamento com a sulfadiazina e manter a alcalinização da urina,² até a normalização da função renal.

Referências bibliográficas:

1. Drugdex®. CCIS - Micromedex hic. Vol 103, 2000.
2. Drug Information,- American Hospital Fon-nulary Service. Bethesda: AHSP, 1997, p.618

