

plastia estão planejadas. Permanece contraindicado nesses pacientes o uso de fibrinolíticos assim como do abciximab quando a angioplastia não está programada.

Dois outros pontos merecem destaque, a preferência da enoxaparina em relação a HNF ou às demais HBPM nos pacientes com critérios de alto risco, a menos que haja programação de RM cirúrgica nas 24 horas subsequentes e os critérios para indicação de terapia intervencionista precoce: - angina / isquemia recorrentes embora em uso de intensa terapia antiisquêmica, - elevação de troponinas, - depressão do segmento ST dinâmica.

FABRÍCIO ASSAMI BORGES
CARLOS VICENTE SERRANO JÚNIOR

Referência

Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: a Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. [cited 2002]. Available from: URL: http://www.acc.org/clinical/guidelines/unstable/summary_article.pdf

Ginecologia

INDICAÇÕES ATUAIS DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH) APÓS A MENOPAUSA

A Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS), após a publicação do estudo WHI, convocou um grupo de renomados especialistas em Chicago, no último mês de outubro, com o objetivo de avaliar as indicações atuais da TRH.

Ei-las:

1. O tratamento dos sintomas da menopausa (vasomotores e urogenitais) permanecem como indicação primária, tanto para a terapia de reposição isolada com estrogênios (TRE), quanto para a associação estrogênios/progestógenos;

2. Os progestógenos estão indicados exclusivamente para as usuárias de estrogênio com útero intacto, com o objetivo de proteção endometrial;

3. Nenhum regime de TRH está indicado para a prevenção primária e secundária da DCV. Outras alternativas terapêuticas devem ser consideradas. Não há clareza, ainda, sobre o uso do estrogênio isolado no que tange a prevenção primária da DCV;

4. Os resultados do WHI e HERS não podem ser extrapolados para mulheres sintomáticas, na fase inicial do climatério (40 aos 50 anos) ou naquelas com menopausa prematura (<40 anos);

5. Apesar dos esteróides já terem sido aprovados pela FDA, com o intuito de prevenção da osteoporose, outras formas alternativas devem ser consideradas, avaliando sempre a equação risco-benefício;

6. O uso isolado do estrogênio ou associado ao progestógeno deve ser limitado a curtos períodos de duração, atentando especificamente para a qualidade de vida das mulheres;

7. Se indicados, os esteróides de reposição devem ser de baixas doses, pois são eficazes na melhora dos sintomas, preservação da densidade mineral óssea, além de não propiciar risco de hiperplasia endometrial;

8. Não há, até o momento, confirmação de benefícios a longo prazo do uso de esteróides por outras vias;

9. Toda mulher, candidata à utilização de terapia de reposição após a menopausa, deve ser informada sobre os riscos e benefícios.

Comentário

Essas orientações não diferem da preconizada por alguns, nos quais nos incluímos. Sempre individualizávamos e prescrevíamos a TRH para mulheres sintomáticas e/ou com osteopenia/osteoporose. A partir do WHI e destas recomendações, entendemos que, prudentemente, a TRH só deve ser prescrita em mulheres sintomáticas, num período nunca superior a cinco anos, utilizando-se de hormônios naturais e de baixas doses. É imperioso, no entanto, sempre individualizar os casos. Monitorização anual com mamografia deve ser obrigatória. Estímulos em relação à atividade física, dieta equilibrada e abolição do tabagismo devem ser sempre considerados.

SÔNIA MARIA ROLIM ROSA LIMA
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. WHI (Women's Health Initiative). Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;228:321-333.

2. Herrington DM, Vittinghoff E, Lin F, Fong J, Harris F, Hunninghake D, et al. Statin therapy, cardiovascular events, and total mortality in the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) *Circulation* 2002; 105: 2962-7.

3. Amended report from NAMS Advisory Panel on Postmenopausal Hormone Therapy. NAMS Annual Meeting. Chicago; October 6, 2002.

Medicina Baseada em Evidências

TIPO E INTENSIDADE DE EXERCÍCIOS EM RELAÇÃO A DOENÇA CORONARIANA

Os autores avaliaram o tipo, quantidade e intensidade da atividade física com relação ao risco de doença coronariana, em um estudo tipo *cohort* denominado *Health Professionals Follow-up Study*, envolvendo 44452 homens, avaliados a cada dois anos, entre 1986 a 1998. Foram identificados os potenciais fatores de risco e os casos novos de doença coronariana, relacionando-os com os níveis de atividade física. O principal objetivo foi determinar a incidência de infarto miocárdico fatal e não-fatal.

Foram encontrados 1700 novos casos de doença arterial coronariana. Tanto a atividade física total quanto corridas, levantamento de peso, remo e caminhadas apresentaram relação inversa com o risco de doença coronariana. Homens que corriam por uma hora ou mais por semana apresentaram uma redução de risco de 42% (RR, 0,58; IC 95%, 0,44-0,77), comparados aos que não corriam ($p < 0,001$). Os que treinavam com pesos por 30 minutos ou mais por semana tiveram uma redução de risco de 23% (RR, 0,77; IC 95%, 0,61-0,98) comparados com os que não treinavam com pesos. Remar por uma hora ou mais por