

Clinica Médica

PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Em 1998, foi publicada uma revisão das diretrizes a respeito de diversos aspectos relacionados à anticoagulação¹. Recentemente, uma atualização destas diretrizes veio a ser publicada².

Recomendações principais:

A) Indivíduos submetidos a cirurgia geral com:

Baixo risco de tromboembolismo – neste grupo não há evidência para se realizar profilaxia (recomendação nível IC; neste nível tal recomendação pode mudar a partir de estudos com evidências mais fortes).

Risco moderado – neste grupo recomenda-se heparina não fracionada em baixa dose, heparinas de baixo peso, compressão intermitente de membros inferiores ou meias elásticas (evidência IA; recomendação feita a partir de estudos randomizados, com forte evidência).

Alto risco – neste grupo recomenda-se heparina não fracionada ou heparina de baixo peso (evidência IA). Nas orientações publicadas em 2001, profilaxia com compressão intermitente também é considerada evidência IA. Nos indivíduos com tendência a sangramento, o método mecânico de profilaxia é preferido.

Risco altíssimo – neste grupo combina-se método farmacológico e compressão intermitente de membros inferiores (evidência IC).

B) Indivíduos submetidos a cirurgias eletivas de quadril – a profilaxia recomendada é heparina de baixo peso iniciada 12 horas antes do procedimento, ou anticoagulante por via oral (INR 2,0 a 3,0) imediatamente após a cirurgia (recomendação IA).

C) Indivíduo submetido a cirurgias de joelho – é recomendado heparina de baixo peso, anticoagulante por via oral ou compressão intermitente (IA de recomendação). Nos casos de fratura de bacia o uso pré-operatório de heparina de baixo peso ou anticoagulante oral (INR 2,0 a 3,0) é recomendação IB em 2001.

D) Nas condições clínicas de IAM e AVC isquêmico – o uso de heparina em baixa dose ou anticoagulação plena tem recomendação IA (1998/2001). Havendo contra-indicação

para anticoagulação, métodos mecânicos têm indicação IC em 2001.

E) Pacientes com ICC e /ou BCP ou em outras condições clínicas que apresentem fator de risco para TVP (câncer, p.ex) – a recomendação de profilaxia com heparina de baixo peso ou fracionada recebe recomendação IA em 2001.

Recomendações especiais para cirurgias ginecológicas e urológicas aparecem na revisão de 2001.

Comentário

A discussão a respeito da realização de profilaxia para tromboembolismo venoso baseia-se no fato de que tal doença pode apresentar-se clinicamente de maneira silenciosa, de sua alta prevalência entre pacientes hospitalizados e da alta probabilidade de graves complicações clínicas decorrentes desta patologia. É incorreto aguardar sintomas, confiar nas técnicas diagnósticas para depois tratar o paciente, a profilaxia é o melhor caminho. Assim, todo hospital deve desenvolver uma estratégia formal de prevenção de tromboembolismo.

Em ambas revisões, os pacientes clínicos com doenças que aumentam o risco de tromboembolismo continuam a ser abordados de forma superficial sendo o principal enfoque dado aos pacientes cirúrgicos.

CARLOS ALBERTO BALDA

Referências

1. Clagett GP, Anderson FA Jr, Geerts WH, Heit JA, Knudson M, Lieberman JR, et al. Prevention of venous thromboembolism. Chest 1998; 114:531S-60S.
2. Geerts WH, Heit JA, Clagett GP, Pineo GF, Colwell CW, Anderson FA Jr, et al. Prevention of venous thromboembolism. Chest 2001; 119:132S-75S.

Emergência e Medicina Intensiva

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CORONARIANA AGUDA

Em março de 2002, o American College of Cardiology e a American Heart Association publicaram a atualização nas diretrizes para tratamento de angina instável / infarto

do miocárdio sem elevação do segmento ST. Os pontos principais de mudança foram a estratificação precoce de risco na admissão ao hospital e o uso dos antitrombóticos e antiplaquetários.

Comentário

A estratificação precoce de risco no portador de síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST (SCA SSST) baseou-se em dados do estudo TIMI IIB, validados por outros três grandes estudos multicêntricos – ESSENCE, TACTICS-TIMI 18 e PRISM-PLUS. Nesse score são incluídas sete variáveis (idade > 65 anos, > três fatores de risco para doença coronária, obstrução coronária conhecida >50%, alteração dinâmica do segmento ST, > dois episódios de dor nas últimas 24 horas, uso de ácidoacetil-salicílico (AAS) nos últimos sete dias e detecção de marcadores de necrose miocárdica), usadas com mesma pontuação como preditoras do risco de eventos adversos – morte, (re) infarto ou isquemia grave / recorrente necessitando revascularização miocárdica (RM) de urgência. O risco de evento adverso é diretamente proporcional à pontuação, variando de 5% até 41%. Essa estratificação identifica pacientes de alto risco, os quais terão maior benefício com o uso das novas terapias como heparina de baixo peso molecular (HBPM) e inibidores de glicoproteína IIb/IIIa. (IGP IIb/IIIa)

O clopidogrel passa a ser considerado, a partir dessa diretriz, o antiplaquetário de escolha para pacientes com SCA SSST com contra-indicação para uso de AAS ou para utilização em pacientes de alto risco, em associação ao AAS. O clopidogrel deve ser mantido por no mínimo um mês, sendo obrigatória a suspensão 5 a 7 dias antes de uma cirurgia de RM planejada.

Os IGP IIb/IIIa têm indicação precisa nas SCA SSST em associação ao AAS e heparina não fracionada (HNF) naqueles pacientes em que o cateterismo e angioplastia estão planejados. É considerada provavelmente benéfica a associação de tirofiban, AAS e HBPM ou HNF em casos de isquemia refratária, elevação de troponina ou outros critérios de alto risco nos quais a estratégia invasiva não está planejada. Além disso, é provavelmente benéfico seu uso (tirofiban ou abixicimab) nos pacientes em uso de heparina, AAS e clopidogrel, nos quais o cateterismo e a angio-

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