

Comentário

As linhas gerais para o tratamento da hipertensão pulmonar ressaltam sempre a importância do diagnóstico preciso e da transferência precoce da criança para um centro de referência³. Antes do advento da terapêutica com prostaciclina, o prognóstico do paciente pediátrico era desanimador. A infusão intravenosa de prostaciclina diminui a sintomatologia e a mortalidade e, em combinação com o tratamento da hipoxemia utilizando oxigênio, é atualmente o padrão-ouro para o tratamento da criança. A prostaciclina intravenosa, além de sua ação vasodilatadora imediata, demonstrou ter um efeito remodelador e restaurador da função endotelial do vaso pulmonar. O tratamento com a infusão intravenosa contínua é difícil na criança e está cercada de complicações potenciais, fazendo com que o tratamento por via oral seja particularmente atrativo. Entretanto, até recentemente, esta terapêutica oral estava limitada ao uso de agentes não-seletivos, como a nifedipina, surgindo mais recentemente uma terapêutica específica (sildenafil) com efeitos secundários escassos e a possibilidade de combinação com outros fármacos⁴.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Widlitz A, Barst RJ. Pulmonary arterial hypertension in children. *Eur Respir J* 2003; 21:155-76.
2. Spray TL, Bridges ND. Lung transplantation for pediatric pulmonary hypertension. *Prog Pediatr Cardiol* 2001; 12:319-25.
3. Gibbs JSR. Recommendations on the management of pulmonary hypertension in clinical practice. *Heart* 2001; 86(suppl 1):i1-i13.
4. Carrol WD, Dhillon R. Sildenafil as a treatment for pulmonary hypertension. *Arch Dis Child* 2003; 88:827-8.

Ginecologia

INDICAÇÕES ATUAIS DA TERAPÊUTICA HORMONAL DA MENOPAUSA

Em maio de 2003, realizou-se na Grécia a 2ª reunião do Consenso Europeu de Menopausa¹; entre as conclusões, merecem destaque as

indicações atuais da terapêutica hormonal da menopausa (THM): 1) sintomas menopausais como ondas de calor, distúrbios do sono e secreta vaginal; a dose do esteroide a ser ministrada deve ser a menor dose efetiva e prescrita exclusivamente durante a vigência dos sintomas; a via de administração deve ser aquela de preferência da mulher; 2) em mulheres de risco para osteoporose, a terapia hormonal constitui o tratamento preventivo mais simples e efetivo. Se indicada por longa duração, é fundamental que se reavalie a cada cinco anos a relação vantagens/desvantagens. É importante, também considerar outras alternativas, como os bisfosfonatos e os SERMs.

O consenso reafirmou que a THM não deve ser prescrita visando à prevenção cardiovascular primária e secundária, nem a prevenção da perda de memória ou demência em mulher após a menopausa.

Nos casos de mulheres com antecedentes pessoais ou história familiar de trombose venosa antes dos 50 anos, a opinião do especialista deve ser sempre solicitada, objetivando avaliar a possibilidade de estado trombofílico. Caso indicada, a via preferencial do estrogênio deve ser a não-oral.

Nos casos de hipertrigliceridemia a via não-oral também deve ser a preferida. A relação benefício/risco deve sempre ser discutida com a paciente.

Comentário

As indicações atuais da THM após o estudo WHI² ficaram bem determinadas e este consenso é muito claro em relação a isso. As indicações são concordes com aquelas manifestadas no editorial da Ramb³, meses antes da divulgação do WHI. O consenso revelou também as contra-indicações da THM que incluem porfiria cutânea, câncer de mama, tumores estrógeno-dependentes, doença cardiovascular e doença tromboembólica.

Portanto, cabe ao médico informar às suas pacientes, em diálogo franco e imparcial, os reais benefícios e riscos da THM.

JOSÉ MENDES ALDRIGHI
ANA PAULA S. ALDRIGHI
MARCO ANTONIO N. PETTI

Referências

1. Consensus Guidelines: menopause, State of the Art Toward Consensus. In: 2nd European Consensus Meeting on Meno-

pause; 2003. Athens; Greece. *Menopause Rev* 2003; 8(2):1-7.

2. Writing Group for the Womens Health Initiative Investigators. *JAMA* 2002; 288:321-33

3. Editorial. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48:93-117.

Obstetícia

SEGUIMENTO DE CASOS COM DIÁSTOLE ZERO: A IMPORTÂNCIA DO PERFIL HEMODINÂMICO FETAL

A insuficiência placentária é tópico de extrema relevância no contexto obstétrico, notadamente quando os resultados da dopplervelocimetria das artérias umbilicais, indicam sua intensa gravidade¹. A par de incidir em gestantes com doenças graves merecedoras de cuidados específicos, acomete a gestação em tenras idades gestacionais, preceituando demandas de ações médicas altamente diferenciadas, de nível terciário. A despeito da vasta experiência observada nas publicações nacionais e internacionais, nota-se, ainda, a carência de protocolos que estabeleçam definitivamente as diretrizes para a precisa intervenção obstétrica nesses casos. Indubitavelmente, as elevadas taxas de morbidade neonatal e de mortalidade perinatal estão associadas à prematuridade extrema em conjunção com a hipoxia/anoxia fetal, as quais embaraçam a atuação obstétrica e neonatal. Se o diagnóstico dessa grave anormalidade ocorrer após a 34ª semana, a interrupção imediata da gestação delinea um prognóstico neonatal muito bom^{1,2}. Entretanto, como as complicações mórvidas neonatais aumentam com a intensidade da prematuridade, torna-se importante discutir e avaliar as medidas a serem tomadas quando o evento é verificado antes do período gestacional mencionado e, principalmente, em idades gestacionais tão precoces quanto 26 ou 27 semanas e com peso fetal estimado demasiadamente baixo, pouco acima de 500g. Nessas idades gestacionais, próximas da viabilidade, em face à