

Revista da SOCERJ

REVISTA DA SOCERJ

Órgão Oficial da Sociedade
de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro

Editor da Revista:

Antonio Sérgio Cordeiro da Rocha

Secretária de Redação:

Sueli Santos Santana

Editor Associado:

Jorge Antonio Benedito Sekeff

Conselho Editorial:

Flávio Curi Palheiro

Luiz José Martins Romeo Filho

Sérgio Emanuel Kaiser

Assessor Técnico

José Carlos Lavínas

A "Revista da SOCERJ" é o órgão oficial da Sociedade de Cardiologia do estado do Rio de Janeiro — SOCERJ —, distribuída mensalmente à classe médica por cortesia dos Laboratórios Biosintética Ltda. A responsabilidade da presente edição é de Âmbito Editores Ltda., sediada à rua Abílio Soares, 233 — 9º andar — Conj. 91/92 — CEP 04005 — São Paulo — SP. Diretor: *Acyr José Teixeira* — Coordenador Editorial: *Walter Mazar* — Jornalista-responsável: *Walter Mazar* — Edição de Arte/Produção Gráfica: *Roberto E. A. Issa* — Assistente de Produção: *Lucia de Oliveira* — Diagramação: *Antonio Sérgio Nobrega*.

É proibida a reprodução total ou parcial de qualquer matéria publicada nesta revista sem autorização por escrito da SOCERJ.

âmbito
editores ltda.

DIRETORIA DA SOCERJ BIÊNIO 1990/92

Presidente:	Salvador Borges Filho
1º Vice-Presidente:	Jamil Silva Soares
2º Vice-Presidente:	Joaquim Henrique S. A. Coutinho
3º Vice-Presidente:	Maria Celeste Suassuna
1º Secretário:	Elizabeth Azvolinski Godinho
2º Secretário:	Edison Mattos
1º Tesoureiro:	Carlos Alberto Ruchaud
2º Tesoureiro:	Serafim Ferreira Borges
Diretor Científico:	Evandro Tinoco Mesquita
Comissão Científica:	Paulo Roberto Dutra da Silva Eduardo Machado Andréa Roberto Malta Carrasco Heraldo José Victer Klerman Wanderley Lopes
Conselho Fiscal:	Geraldo Martins Ramalho Júlio Chachamovitz José Antonio Queiróz Mello
Suplentes:	José Roberto Cavalcanti Jorge Alberto Martins João Carlos Jazbik
Comissão Ensino:	Raul Carlos Pareto Júnior Luiz Augusto Nacife de Almeida Jayme Barros de Freitas Alberto Siqueira Lopes Luiz Augusto de F. Pinheiro

Mensagem do Presidente

Prezados Colegas:

A Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro teve a honra de sediar, no mês de Abril, o XIII Congresso de Hemodinâmica e Angiocardiografia da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o que nos proporcionou a feliz oportunidade de veicular o seu valioso conteúdo expresso nas comunicações científicas, junto do trabalho de colegas dos maiores centros brasileiros de hemodinâmica e angiocardiografia.

Desejamos ainda, na presente mensagem, expressar nossos agradecimentos a todos que compareceram ao VIII Congresso da SOCERJ, realizado no Hotel Nacional, de 15 a 18 de maio. Lembramos que foi uma demonstração do grande potencial que possuímos e do quanto podemos realizar.

Aproveitamos a oportunidade para comunicar que está programado para de 13 a 16 de maio de 1992, o IX Congresso da SOCERJ, que pela primeira vez irá acontecer fora da Cidade do Rio de Janeiro, em Nova Friburgo.

SALVADOR BORGES FILHO
Presidente

Mensagem do Editor

A terapêutica invasiva não cirúrgica é uma realidade em todo o mundo. Está se constituindo em primeira opção terapêutica em muitos casos de doença arterial coronariana e, em alguns casos de doenças orovalvares, principalmente na estenose mitral. Nesse número apresentamos os resumos das comunicações científicas do XIII Congresso Brasileiro de Hemodinâmica e Angiocardiografia. Poder-se-a observar crescente índice de sucesso da angioplastia coronaria tanto no tratamento primário das formas agudas, quanto das formas crônicas da isquemia miocárdica. Alguns relatos abordam os efeitos a médio prazo dessa terapêutica. Outros trabalhos abordam a valvuloplastia em jn balões das lesões estimáticas valvares. Enfim, recomendamos uma leitura atenta desses resumos, o que, certamente, proporcionará um "erp to date" em hemodinâmica e angiocardio-
grafia.

XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE HEMODINÂMICA E ANGIOCARDIOGRAFIA

14 A 16 DE ABRIL DE 1991

PRESIDENTE: Leslie Aloan
SECRETÁRIO: Sandoval Peixoto
TESOUREIRO: Jocelino Soares

COMISSÃO CIENTÍFICA

Pierre Labrunie (Coord.)
Paulo César M. Carvalho
Salvador B. Filho
Mário Salles Netto
Stanz Murad Neto
Hanz Dohmann

COMISSÃO EXECUTIVA

Ronaldo Vilela
José Carlos Monteiro
Klerman W. Lopes
Jamil S. Soares
Francisco Cardoso
Abdon K. Filho
Paulo Sérgio Oliveira

TÍTULO: VALVOPLASTIA MITRAL POR VIA TRANSEPTAL. EVOLUÇÃO DE 34 MESES.

AUTOR(ES): Peixoto, E.C.S.; Salles Netto, M.; Oliveira, P.S.; Labrunie, P.; Villela, R.A.; Baptista, E.M.; Borges, I.P.; Rachid, M.B.F.; Tedeschi, A.L.; Mattos, N.D.F.G.

INSTITUIÇÃO: CINECOR (PRÓ-CARDÍACO E 4º CENTENÁRIO), POLÍCIA MILITAR E HOSP. DA LAGOA, RJ.

Os autores realizaram no período de 06/07/87 a 20/12/90, 25 procedimentos transeptais em 23 pacientes e realizando com sucesso a dilatação mitral em 14 pacientes. Foi utilizado o cateter de Brockenbrough 8,5F nos 10 primeiros procedimentos, a bainha de Mullins em 11 e o balão de Inoue em 4. Foi utilizado 1 balão de 20mm em 3 oportunidades. Duplo balão de 20 e 15mm em 3 pacientes e duplo balão 20 e 18mm em 4. Balão de Inoue (22/24, 25/26/27, 25 e 25mm) em 4 pacientes. Balão de 25mm em 2 e 25mm seguido de 30 mm em 1.

Nos pacientes em que se realizou a valvoplastia mitral obteve-se um significativo aumento da área valvar, que variava antes da valvoplastia de 0,6cm² a 1,2cm² com média de 0,9±0,1cm² e que passou para 1,7±0,02cm² com variação de 1,3cm² a 2,2cm² (p<0,01) 24 horas após a dilatação. Houve também importante queda do gradiente entre átrio esquerdo e ventrículo esquerdo.

Na evolução dos pacientes dilatados em número de 14, a área valvar ficou mantida em 13 deles durante a evolução, embora em 1 deles tenha havido o aparecimento de insuficiência mitral de moderada a severa (IM) o que levou a indicação cirúrgica no 6º mês de evolução enquanto em outro, cuja área valvar pré-dilatação era de 0,8 cm² e passou para 1,3cm² pós-dilatação, após 9 meses regrediu para 1,0cm² com o reaparecimento de gradiente capilar pulmonar encunhado - ventrículo esquerdo (VE) importante o que nos levou também a indicar a cirurgia. Os 2 últimos apresentavam calcificação valvar importante. Do ponto de vista sintomático os pacientes estavam em classe funcional (CF) da NYHA III ou IV e 13 deles passaram para CF I e o que desenvolveu IM para CF II. O resultado clínico foi mantido em 12 pacientes, a paciente que reestenotou passou na evolução para CF II e o paciente que desenvolveu IM para CF IV. Em 1 paciente, ao dilatarmos a valva mitral, houve perfuração de VE e apesar da toracotomia e sutura do VE o paciente evoluiu para óbito e em outro houve embolia cerebral com regressão parcial dos sintomas até o momento.

Os autores concluem pela eficácia desse tipo de tratamento para a estenose mitral, sobretudo para as valvas que não estejam severamente calcificadas.

TÍTULO: ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA

AUTOR(ES): Peixoto, E.C.S.; Villela, R.A.; Labrunie, P.; Salles Netto, M.; Oliveira, P.S.; Figueira, H.R.; Andrea, J.C.M.; Borges, I.P.; Rachid, M.B.F.; Barbosa, R.C.F.

INSTITUIÇÃO: POLÍCIA MILITAR, CINECOR (PRÓ-CAR-DÍACO E 4º CENTENÁRIO), LAGOA, RJ.

No período de 8 anos entre agosto de 1981 e dez. 1990 foram realizados 39 procedimentos de angioplastia periférica em 33 pacientes. Houve sucesso em 34 procedimentos com dilatação insuficiente em 1 procedimento e falha de passagem em 4 procedimentos, sendo que dos 4 últimos, 2 pacientes foram submetidos a novo procedimento com modificação técnica ou outra via de acesso e em ambos obteve-se sucesso. Tivemos sucesso em 87% dos procedimentos e atingiu-se o objetivo em 30 (91%) dos 33 pacientes.

Foram dilatadas 41 obstruções sendo 13 em artéria renal, 16 em ilíaca primitiva, 4 em ilíaca externa, 4 em femoral superficial, 2 em poplitea, 1 em subclávia e, finalmente, 1 em aorta distal. Na evolução tivemos uma reestenose de artéria renal que foi redilatada, 1 oclusão de ilíaca primitiva representando 6% das dilatações de ilíaca primitiva e 5% do total de obstruções de ilíacas dilatadas, 1 oclusão da poplitea. No geral, das 36 obstruções dilatadas, tivemos uma patência até 2 meses de 93%.

Como complicações tivemos 2 episódios de espasmo no local da angioplastia (em ilíaca externa e poplitea) e 1 paciente submetida a dilatação da artéria ilíaca primitiva desenvolveu quadro de insuficiência renal aguda, atribuída a hipotensão durante o procedimento, que regrediu e retornou ao quadro de insuficiência renal crônica em 15 dias.

Clinicamente, em todos os pacientes dilatados obteve-se sucesso, exceto em 1 que além da obstrução proximal da artéria renal apresentava também obstruções distais.

Seguimos a longo prazo 19 dos 27 pacientes dilatados submetidos a 23 dilatações com apenas 3 resultados insatisfatórios, portanto, 87% da patência a longo prazo. Tivemos 5 óbitos ao longo da evolução mas nenhum em consequência a angioplastia ou resultante da evolução da doença do local da angioplastia. Como conclusão, ressaltamos o alívio sintomático inicial da angina, fenômenos isquêmicos dos membros, hipertensão arterial e insuficiência renal em 97% dos pacientes efetivamente dilatados a longo prazo e a persistência dos bons resultados em 84% deles.

ANGIOPLASTIA RENAL COMO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DA INSUFICIÊNCIA RENAL.

AUTOR(ES): Peixoto, E.C.S.; Villela, R.A.; Sales Neto, M.; Labrunie, P.; Oliveira, P.S.; Andréa, J.C.M.; Figueira, H.R.; Borges, I.P.; Tedeschi, A.L.; Mattos, N.D.F.G.

INSTITUIÇÃO: CINECOR-PRÓ-CARDÍACO, POLÍCIA MILITAR E HOSPITAL DA LAGOA, RJ.

De agosto de 1981 a dezembro de 1990 os autores realizaram 15 procedimentos de angioplastia renal em 13 pacientes para tratamento de hipertensão arterial renovascular em todos os pacientes, sendo que 4 deles apresentavam também insuficiência renal. Houve falha de passagem em 3 procedimentos mas em 1 dos 3 pacientes nós obtivemos sucesso em passar a obstrução por outra via de acesso que foi dilatada com sucesso. Esse mesmo paciente reestenotou 2 meses mais tarde e foi redilatado. Em um paciente nós ultrapassamos a obstrução mas não conseguimos dilatar. Dos 13 pacientes, 10 foram dilatados com sucesso do ponto de vista angiográfico mas em somente nove houve sucesso clínico. Um paciente além da obstrução proximal de artéria renal havia também obstruções periféricas e não houve melhora clínica substancial. Dos 9 pacientes dilatados com sucesso, 1 apresentou reestenose e foi redilatado e nós seguimos a longo prazo 5 deles com resultados mantidos a longo prazo. Os autores concluem que a angioplastia renal pode curar ou melhorar a hipertensão arterial e a insuficiência renal e enfatizam 1 caso de insuficiência renal aguda devido a oclusão súbita da artéria renal do rim solitário e seu manejo por angioplastia renal com somente 7 casos similares ao nosso previamente descritos na literatura com somente 1 curado como o dos autores.

TÍTULO: ANGIOPLASTIA CORONÁRIA NA DOENÇA OBSTRUTIVA CRÔNICA E NO IAM.

AUTOR(ES): Peixoto, E.C.S.; Labrunie, P.; Oliveira, P.S.; Villela, R.A.; Sales Neto, M.; Baptista, E.M.; Andréa, J.C.M.; Figueira, H.R.; Barbosa, R.C.P.; Rachid, M.B.F.

INSTITUIÇÃO: CINECOR (PRÓ-CARDÍACO E 49 CENTENÁRIO) E HOSPITAL DA LAGOA, RJ.

Os autores realizaram, no período de 16 de setembro de 1981 a 15 de dezembro de 1990, 381 procedimentos de angioplastia coronária, tendo sido predominante, como via de acesso, a via femoral. A via femoral foi utilizada para a grande maioria de procedimentos para a coronária esquerda e a via braquial foi utilizada com alguma frequência para angioplastia de coronária direita.

Os resultados angiográficos obtidos foram bons em 293 pacientes, maus em 26 e inalterados em 66. O percentual de bons resultados foi de 100% em 1981 mas nesse ano realizamos apenas 3 procedimentos, a seguir subiu de 56% em 1982 e 50% em 1983 para 56% em 1984, 71% em 1985, 79% em 1986 e 87% em 1987, representando o ganho e experiência e a melhoria técnica do material utilizado. Em 1988 caiu para 68% para subir para 83% em 1989 e para 89% em 1990, representando, essa queda, o grande crescimento de agudos, chocados e oclusões abordadas.

Comentam ainda os autores 1 subgrupo de 50 pacientes agudos e em especial 1 subgrupo dos agudos em choque, onde apesar do alto índice de reperfusão a recuperação clínica foi baixa.

ESTENOSE SUPRA-AÓRTICA NA RAÇA NEGRA

AUTOR(ES): Benchimol C.D., Araujo J.O.Q.F., Feres J.G., Carvalho L.A., Przytyk R., Salles Netto M. e Saad E.A.

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A estenose aórtica em suas diversas formas, têm sido descrita em 7% dos pacientes com cardiopatia congênita sendo a estenose supra-aórtica rara (0.13%).

O nosso interesse em relatar dois casos de estenose supra-aórtica se deve a que todos os publicados na literatura dizem respeito em indivíduos da raça branca.

Os dois casos são da raça negra, do sexo masculino, com idades de 12 e 18 anos, e sem sintomatologia específica. Todos apresentavam a típica facies de Elfin, retardo mental e sopro sistólico tipo ejeção.

O ECG evidenciava sinais de aumento do ventrículo esquerdo tendo o estudo ecocardiográfico e angiográfico demonstrado o aspecto de "ampulheta" após a origem da válvula aórtica. Não se evidenciaram alterações nas artérias pulmonares e coronarianas. Ambos os casos foram submetidos a cirurgia de correção, em virtude da elevada pressão intraventricular esquerda, com sucesso pleno. Estes casos são os únicos na literatura consultada até a presente data, de estenose supra-aórtica em indivíduos da raça negra.

**MORTALIDADE EM SÉRIE CONTÍNUA
TÍTULO: DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
(IAM) COM DIFERENTES TERAPIAS.**

AUTOR(ES): SILVA, S.S.; SILVA, L.R.; SANTO
TIAGO, N.C.; CÂMARA, S.S.P.; ANDRAUS, A.;
INSTITUIÇÃO: MOURE, O.M.; FAÇANHA, L.A.
HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Objetivamos determinar as diferenças eventuais na prevalência da mortalidade em série contínua de pacientes de UTI aleatoriamente tratados com angioplastia primária(ATC), com trombolítico(SK) ou tratamento convencional sem objetivar reperfusão(TC). Os 125 pacientes(p) tiveram confirmação(enzimas+ECG) do IAM, idade média 59.9a, 84 homens e internados de 01/7/89 a 01/7/90. No quadro abaixo estão o n° de p, o delta T médio, a média da classificação Killip na internação, % de sucesso, % de mortalidade e significação estatística:

Grupo	Nº	DT	Killip	%Suc	%Mort	p
ATC	43	3.4	1.7	95.3	9.3	S/S
SK	33	3.1	1.3	73.9	12.1	S
TC	49	17.3	1.5	--	30.6	-

No grupo ATC a coronária tratada foi a DA em 23p, CD em 8p e Cx em 4p. O resultado final - TIMI(T) - foi: T0=2p(4.7%), T1=1p(2.3%), T2=4p(9.3%) e T3=36p(83.7%). Em 1p foi realizada cirurgia de revasc.

No grupo SK em 23p houve controle por cine estando pervias 17 cor. relacionadas com o IAM. Destes 9p submeteram-se a ATC secundária e 3p a cir. de rev.

No grupo TC os p eram mais idosos (67.8a) e 8p apresentavam-se com complicações mecânicas do IAM. Tratamento cirúrgico foi realizado em 6p.

Assim o grupo ATC, com pacientes em estado clínico mais graves, teve porcentagem maior de sucesso que o grupo SK e mortalidade menor sem acarretar demora significativa no início do tratamento.

**TÍTULO: RECANALIZAÇÃO CORONARIANA TARDIA
PÓS INFARTO DO MIOCÁRDIO**

AUTOR(ES): ANDRADE, P.M.R.; BUENO R.R.L.; VARELA A. M.;
NERCOLINI D.C.; KRICHENKO A. (in memorian).

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE HEMODINÂMICA DO HOSPITAL
EVANGÉLICO DE CURITIBA

No período de novembro 1984 a outubro de 1990 foram realizadas 40 angioplastias (ATC) sobre o vaso responsável pelo IM, na sua fase tardia. Destes, 7 pacientes haviam recebido estreptoquinase (SK) na fase aguda.

A idade média foi de 52.8a. (30-71a.) sendo 31p.(77.5%) do sexo masculino e 9 p.(22.5%) do sexo feminino. Considerou-se recanalização tardia a ATC realizada após 24 hs do evento agudo, sendo a presença de angina o fator determinante da conduta intervencionista.

O vaso mais frequentemente acometido foi o RDA em 55% dos casos, seguido pela CD (35%) e RCX (10%). A lesão pré ATC variou de 70 a 100% (média 95%) e a lesão residual pós ATC variou de 0 a 100% (média 35%). Considerando - se sucesso lesão residual <50%, obtivemos taxa de sucesso primário de 80%, com insucesso em 20%. Dos pacientes submetidos a SK na fase aguda (n = 7), a lesão pré ATC variou de 70 a 100%, havendo sucesso primário em 100% com estenose residual média de 10%.

Dos 40 p., 6 (15%) apresentavam lesão de outros vasos. que foram dilatados com sucesso no mesmo procedimento. Não houve nenhum óbito.

Concluiu-se que a recanalização tardia é um procedimento válido, com alto índice de sucesso primário e baixa mortalidade. Considerando-se que no paciente uniarterial esta lesão é a provável causadora dos sintomas, é esperado que ocorra melhora clínica significativa, porém, para isto, faz-se necessário estudos de "follow-up" de médio e longo prazo.

TÍTULO: VALVOPLASTIA PULMONAR COM CATÉTER BALÃO- UMA REALIDADE TERAPEÚTICA

AUTOR(ES): ALMEIDA, R.S.; COSTA, M.L.; BUENQR, R.L.; ANDRADE, P.M.P.; NERCOLINI, D.C.; VARELA, A. M.

INSTITUIÇÃO: Serviços de Cardiologia Pediátrica e Hemodinâmica do Hospital Evangélico de Curitiba

A valvoplastia pulmonar com cateter balão foi iniciada em 1982 para a dilatação de válvulas pulmonares. Ela é primariamente indicada para pacientes com estenose pulmonar isolada.

O objetivo deste estudo é correlacionar os dados hemodinâmicos de pré e pós valvoplastia e confirmar a eficiência deste procedimento.

Entre setembro de 1981 e setembro de 1990, 71 pacientes com estenose pulmonar (EP) foram submetidas a valvoplastia pulmonar na nossa instituição. Treze pacientes apresentavam menos de 2 anos de idade.

Previamente à valvoplastia 23 pacientes (56,82%) tinham uma estenose pulmonar de moderada a grave sendo que apenas 18,18% permaneceram com EP moderada.

Concomitantemente a pressão sistólica de ventrículo direito diminuiu do valor médio de 94,5 para 48,2 mmHg. O gradiente entre VD e AP diminuiu de 75,07 para 20,97 mmHg.

Três pacientes tinham um gradiente infundibular depois da valvoplastia. Uma paciente foi submetida a uma redilatação por re-EP devido a uma válvula displásica.

Concluimos que a valvoplastia com cateter balão é um procedimento seguro e efetivo no tratamento da EP valvar; que houve uma queda significativa na pressão sistólica do VD e no gradiente VD-AP pós valvoplastia; apenas nos casos de EP por displasia o resultado não foi satisfatório.

TÍTULO: ANGIOPLASTIA EM "BY-PASS" CORONÁRIO

AUTOR(ES): NERCOLINI D.C.; BUENO, R.R.L.; ANDRADE, P.M.P.; VARELA A.M.; KRICHENKO A. (in memoriam).

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE HEMODINÂMICA DO HOSPITAL EVANGÉLICO DE CURITIBA

No período de março/1986 a agosto/1990 foram realizadas 11 angioplastias em "BY-pass" coronário, sendo 10 casos de veia safena e 1 caso de artéria mamária / interna esquerda.

A idade média foi de 58,6 anos / (42 a 72 a.) sendo 91% do sexo masculino e 9% do sexo feminino (10 e 1 pacientes respectivamente).

A derivação mais frequente foi / para RDA em 54% dos casos, seguida de CD / (18%) e RCX (18%), sendo 1 caso de a. mamária para o RDA (9%). A lesão pré ATC variou de 0 a 100% (média 40%). A localização / mais frequente da estenose foi na anastomose distal (81% dos casos) incluindo o By-pass de a. mamária, com 1 caso de estenose proximal e distal e 1 caso de proximal e 133 médio.

3 pacientes (27%) apresentavam outras lesões em artéria nativa, que sofreram intervenção no mesmo procedimento.

Obtivemos sucesso primário em 82% dos casos (9p.) e insucesso em 18% (2p.), sendo que um paciente foi a óbito (9%).

Conclui-se que a angioplastia de By-pass coronário, em nossa casuística, / foi mais frequente na anastomose distal, sendo que apresenta alto índice de sucesso primário, compatível aos resultados de angioplastia como um todo, com mortalidade aceitável, considerando-se o número de pacientes estudados.

TÍTULO SOFTWARE ESPECIALISTA PARA
LABORATÓRIOS DE HEMODINÂMICA
AUTORES: MOURA, MRS; LUCCHESI, MA

INSTITUIÇÃO Instituto de Cardiologia do RS/
FUC

Considerando a necessidade de levantamento de dados para fins estatísticos bem como a excessiva perda de tempo entre a interpretação e emissão do laudo, os autores, desde 1985 vem desenvolvendo um poderoso sistema computacional (ARGUS). Escrito em avançada linguagem para equipamentos IBM PC compatíveis com no mínimo 640 Kb e um disco rígido de 20 MB. Possui mais de 1000 itens na entrada de dados e 20000 linhas de programação. Emite 228 conclusões e descreve, por si, o laudo final, aceitando a intervenção pessoal do hemodinamicista. Baseia-se na associação multifatorial de parâmetros consagrados, integrados dentro de um processo heurístico. A par de ser um poderoso banco de dados, para este ambiente, tem um módulo estatístico que possibilita a maior especificidade nos levantamentos.

Lançados dentro do sistema 176 laudos originais, tomados como padrão, analisamos a concordância dentre os parâmetros mencionados nestes e os emitidos pelo sistema. Obtivemos 92% de concordância quanto a Ventriculografia esquerda, 98% na de coronariografia, 96% na avaliação valvular, 90% na angiocardiografia, 85% nas próteses valvulares e 100% nas revascularizações.

Conclui-se pela necessidade de utilização de sistemas especialistas inteligentes nas salas de interpretação, permitindo ao hemodinamicista melhor emprego de tempo em trabalho, estudo ou pesquisa.

TÍTULO ANGIOPLASTIA CORONARIA NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO APÓS USO DE /
AUTORES: TROMBOLÍTICO.

Andréa, JCM; Labrunie, P; Figueira, HR;
INSTITUIÇÃO: Villela, RA; Peixoto, ES; Barbosa, RCP; Lavall, MA.

HOSPITAL DA LAGOA - INAMPS-RJ

De noventa pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) submetidos a trombolise química com estreptoquinase / (SK) por via endovenosa, foram selecionados 20 (vinte) pacientes para tratamento complementar com angioplastia percutânea transluminal coronária (APTC).

Dezesseis pacientes eram do sexo masculino e a idade variava de 30 a 59 anos. O intervalo entre a administração do / trombolítico e a APTC variou de 36 horas a 20 dias, sendo que a maior parte, dos procedimentos ocorreu entre o 7º e 10º dia pós-trombolise.

A artéria coronária descendente anterior (ACDA), foi abordada em dez casos, a artéria coronária direita (ACD) em nove e a artéria coronária circunflexa (ACCX) em um. O índice de sucesso foi de 95% (19 em 20). Como complicação relacionada ao procedimento em um paciente submetido a APTC da ACDA houve oclusão trombótica do ramo AV da ACCX, ocasionando infarto agudo de parede inferior, com boa evolução clínica.

Em dois pacientes a APTC foi realizada como medida heróica (APTC de salvamento). A mortalidade hospitalar foi de 5% (1 em 20).

Os autores concluem que a APTC é um método seguro e eficaz para tratamento, de lesões residuais em pacientes com infarto agudo de miocárdio com uso prévio de agentes trombolíticos.

TÍTULO: VALVOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA (VMP) Resultados Tardios

AUTORES: BUENO, R.R.L.; ANDRADE, P.M.P.; VARELA, A.M.; BLUME L.; CHAMA, M.; NERCOLINI, D.; LOURES, D.; RIBEIRO, E.; PEREIRA, M.; ROSSI, P.; ALMEIDA, R.; AMORIM, M.J.
INSTITUIÇÃO: Serviço de Hemodinâmica do Hospital Evangélico de Curitiba

Entre julho de 1984 e janeiro de 1991 foram realizadas 140 VMP neste Serviço. Foram reavaliados 62 casos (44.28%) que possuíam um seguimento de 7.58 ± 4.38 meses, sendo que 40.32% com 6 meses, 38.71% com 12, 10.13% com 18 e 4.84% com 24 meses. Observou-se tratar-se de uma população composta por 82.30% de ptes do sexo fem, situadas principalmente entre a 2ª e 4ª décadas de vida (média etária 30.51 ± 10.07 anos). A grande maioria encontrava-se em classe funcional (NYAA) II e II, 55.93% e 38.98% respectivamente. 34.55% dos ptes possuem ecocore igual a zero. Para a VMP foram utilizadas as técnicas descritas por Alan Cribier e Inoue. Comparando-se os valores ecocardiográficos de tamanho de Átrio Esquerdo (AE) Área Valvar Mitral (AVM) e Gradiente Transvalvar Mitral (GRAD) obtiveram-se os seguintes resultados: Houve uma redução altamente significativa ($P > 0.001$) na AVM pré e pós VMP ($1.33 \pm 0.29 \text{ cm}^2$ e $2.10 \pm 0.41 \text{ cm}^2$, respectivamente), assim como no grad ($14.33 \pm 6.11 \text{ mmHg}$ e $7.40 \pm 3.75 \text{ mmHg}$, respectivamente). Entretanto não se observou uma redução significativa no AE ($4.73 \pm 0.79 \text{ cm}$ e $4.65 \pm 0.74 \text{ cm}$, respectivamente). Comparando-se resultados pré VMP com aqueles do controle tardio encontramos a mesma relação já citada. Valores significativamente diferentes para AVM ($1.33 \pm 0.29 \text{ cm}^2$ e $2.03 \pm 0.36 \text{ cm}^2$) e grad ($14.33 \pm 6.11 \text{ mmHg}$ e $8.23 \pm 3.72 \text{ mmHg}$) e valores sem significância estatística para o AE ($4.73 \pm 0.79 \text{ cm}$ e $4.42 \pm 0.70 \text{ cm}$). A distribuição da população com relação a classe funcional tardia mostrou 36.21% em classe funcional I, 62.07% em classe funcional II e 1.72% em classe funcional III. Observando-se a presença de regurgitação mitral pré e pós VMP encontrou-se 31.48% dos ptes com sinais de regurgitação pré contra 64.81% no controle tardio, sendo que destes 83.34% apresentavam regurgitação discreta. Comunicação Interatrial foi observada em 28 ptes (45.16%) que apresentaram Cla de $0.65 \pm 0.16 \text{ cm}$ de diâmetro no controle ecocardiográfico pós imediato; e 7 casos (11.29%) com $0.71 \pm 0.12 \text{ cm}$ de diâmetro no ecocardiograma tardio. Conclui-se pela eficácia a curto e médio prazo da VMP em aumentar significativamente a AVM, diminuir o grad e melhorar a classe funcional dos ptes submetidos a este método. Observa-se ainda uma redução significativa no número de casos com Cla observadas após 6 meses apesar de não haver significância quando se avaliam o diâmetro comunicação.

TÍTULO: EVOLUÇÃO TARDIA DA 2ª ANGIO- PLASTIA PÓS - REESTENOSE.

AUTORES: Guimarães, JBF; Arie, S; Checchi, H; Perin, MA; Rati, MAN; Belotti, G; Pileggi, FJC.

INSTITUIÇÃO: INCOR - HCFMUSP S. Paulo

Pouco se conhece da evolução tardia dos pacientes (p) submetidos com sucesso à 2ª angioplastia coronária (AC) pós reestenose. Com tal finalidade realizou-se o presente trabalho. A casuística consta de 109p submetidos a 2ª AC com sucesso e mais de três anos de evolução (de 3a a 9a 3m - M=4a 8m) acompanhados em nosso serviço. Destes 33 submeteram-se a 1ª AC em fase aguda do infarto do miocárdio. A idade variou de 38 a 83a (M=57,1a). Avaliou-se a sintomatologia clínica, o ECG de esforço, e a cinecoronariografia de controle aos 6 meses ou antes nos p. sintomáticos que aceitaram submeter-se ao exame. Analisou-se também a conduta de nova AC, de cirurgia ou de tratamento clínico nos p. com reestenose angiográfica. Submeteram-se à 3ª AC 17 p. com sucesso em 16; e à 4ª AC 2p. com sucesso. Foram enviados à cirurgia 14p (12,8%) sendo 4 por reestenose e dificuldade técnica nas AC anteriores; 6 por reestenose e multiarteriais: 1 por insucesso da 3ª AC; 1 por reestenose da 4ª AC; 1 por evolução de outras lesões e 1 por desenvolvimento de aneurisma de VE apesar da AC com sucesso. No pós operatório faleceram 2 p. Apesar da reestenose, 12 p. são acompanhados clinicamente, 11 por estarem assintomáticos com teste ergométrico (-) e 1 p. por apresentar artérias ruins tanto para AC como para cirurgia. 81p. (74.3%) tiveram resolução clínica ou angiográfica com 2 ou mais AC. Concluem os autores que a AC nas reestenoses é um procedimento terapêutico de excelente evolução tardia e baixa mortalidade.

TÍTULO: VALOR DO CONTROLE ANGIOGRÁFICO
15 MINUTOS APÓS ANGIOPLASTIA CORONÁRIA.

AUTOR(ES): Meireles, G. C. X.; Arie, S.; Checchi, H.;
Perin, M. A.; Esteves, F. A.; Bellotti, G.; Pileggi, F.

INSTITUIÇÃO: INCOR - HCFMUSP - SÃO PAULO

A prática de se aguardar um determinado tempo após a dilatação proposta por Gruntzig não é de consenso geral. Com a finalidade de avaliar a importância deste tempo definido em nosso serviço como sendo de 15 minutos após a última insuflação foi realizada a presente pesquisa. Foi incluído somente pacientes com lesão uniarterial portador de Ico Crônica submetido à Angioplastia Coronária no período de 1-89 a 12-89. De 177 p. foram excluídos seis onde não foi possível posicionar o balão sob a lesão. Os p. foram agrupados em G.A. (41p.) onde após a 3ª insuflação a lesão apresentava complicação (ruptura ou dissecação de placa ou endotélio solto) com lesão residual $\leq 50\%$ ou com lesão $> 50\%$ e que necessitou de maior número de insuflação até a obtenção do sucesso inicial com lesão $\leq 50\%$. G. B. (130p) com lesão residual de bom aspecto e $\leq 50\%$. Foram comparados: 1- A presença de lesão instável definido como lesão complicada com lesão residual $> 50\%$ após 3ª insuflação ou, dilatada com sucesso e que voltou a níveis $> 50\%$ e necessitou de nova série de insuflação. 2- O índice de sucesso definido como lesão residual $\leq 50\%$ após o controle de 15 minutos. 3- O índice de reestenose definido como lesão maior que 70% no controle. A análise estatística foi feita pelo teste exato de Fischer. A lesão instável esteve presente em 10 (24,4%) do G.A e 24 (18,4%) do G.B (p. = 0,501). O sucesso foi obtido em todos os pacientes do G.B e em 90,2% do G. A. Dentre os pacientes que foram reestudados angiograficamente 10 (50,0%) do G.A e 34 (45,3%) do G.B com lesão estável tiveram reestenose (p. = 0,803). Dos que apresentavam lesão instável 1 (33,3%) do G.A e 9 (52,9%) do G.B apresentaram reestenose (p. = 1,000). Concluem os autores pela importância de se aguardar os 15 minutos independentemente do aspecto da lesão após as primeiras séries de insuflações.

TÍTULO: CORRELAÇÃO DOS TIPOS DE LESÃO OBSERVADA COM OS RESULTADOS IMEDIATOS E TARDIOS DA ANGIOPLASTIA CORONÁRIA.

AUTOR(ES): Oliveira, I. R.; Arie, S.; Checchi, H.; Garcia, D. P.; Perin, M. A.; Rati, M. A. N.; Bellotti, G.; Pileggi, F. S. S.

INSTITUIÇÃO:

Foram estudados o comportamento imediato e tardio de 365 lesões obstrutivas coronárias submetidas à dilatação com balão de Angioplastia Coronária (AC). Estas lesões pertencentes a 288 portadores de Insuficiência Coronária Crônica sem revascularização cirúrgica prévia foram divididos em 5 grupos de acordo com as características morfológicas da lesão: Grupo A: Lesão localizada excêntrica e regular; Grupo B: Lesão localizada excêntrica e irregular; Grupo C: Lesão localizada concêntrica e regular; Grupo D: Lesão localizada concêntrica e irregular; Grupo E: Lesão segmentar excêntrica, concêntrica regular ou irregular. São acrescentados a estes grupos a presença de lesões complexas. A comparação dos índices de sucesso, complicações, incidência de lesões instáveis pós dilatação, reestenose precoce e tardia permitem concluir que a (AC) pode ser realizada em lesões concêntricas ou excêntricas com índice de sucesso semelhantes desde que sejam tomados os cuidados necessários para o controle das lesões instáveis. As lesões complicadas ou com dificuldades anatômicas devem ser adequadamente analisadas levando-se em conta o material disponível e a experiência da equipe no manuseio e controle dos pacientes com lesões deste tipo. Clinicamente obteve-se a dilatação com sucesso em 339 (93%) das lesões e, complicações em 14 (4,9%) dos pacientes.

**TÍTULO: ANGIOPLASTIA NO IAM - EXPERIENCIA
COM OS CATETERES DE NOVA GERAÇÃO.**

AUTOR(ES): Sant'Anna, F.M.; Arie, S.; Oliveira, I.R.;
Perin, M.A.; Checchi, H.; Bellotti, G.; Pileggi, F.

INSTITUIÇÃO: INCOR - HCFMUSP - SAO PAULO

A utilização de novos cateteres têm levado o índice de sucesso a níveis maiores que 95% na Insuficiência Coronária Crônica. Com o objetivo de avaliar o desempenho destes cateteres no tratamento de pacientes com IAM, analisamos 169 pacientes tratados em 1989 e 150 pacientes tratados em 1990. Comparando os resultados de acordo com o Cateter Balão utilizado. As populações foram semelhantes quanto a sexo, distribuição etária e artérias tratadas. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: Grupo A - 0 a 24 h de evolução do IAM ($\Delta t 4,5 \pm 2,7h$). Este grupo foi subdividido em A₁ (Artérias ocluídas) e A₂ (Subocluídas); Grupo B - 24 h a 30 dias de evolução ($\Delta t -7,8 \pm 6,4$ dias). Subdividido em B₁ (Artérias Ocluídas) e B₂ (Subocluídas). O índice de sucesso no grupo A foi de 76,2 % em 1989 e de 82,2% em 1990. No grupo B este índice foi de 90,6% em 1989 e 97% em 1990. Quando comparados os resultados obtidos em 1989 com aqueles de 1990, não foi observada significância estatística. Baseados nestes dados concluímos os autores que: 1) Houve melhora do índice de sucesso tanto no grupo A quanto no grupo B do ano de 1989 para 1990 porém sem significância estatística; 2) O material influi beneficemente no índice de sucesso no grupo B que se assemelha aos crônicos; 3) O índice de sucesso menor no grupo A se deve a outros fatores que não foram solucionados pela melhora dos cateteres.

TÍTULO: ANGIOPLASTIA CORONARIA:

CATETERES DE NOVA GERAÇÃO.

AUTOR(ES): Perin, M.A.; Arie, S.; Checchi, H.; Bellotti, G.;
Pileggi, F.

INSTITUIÇÃO: INCOR - HCFMUSP - SAO PAULO

No ano de 1989 e 1990 foram introduzidos em nosso serviço alguns tipos de cateteres balão de nova geração. Com a finalidade de estudar as características de cateter balão e sua indicação para determinados tipos de lesão e artérias, estudou-se o comportamento dos cateteres balão em 477 angioplastias coronárias (AC).

Cateter ACX: Realizados 197 (AC) com índice de sucesso de 94%.

Características: Baixo perfil, lubrificação ideal (Microglide), boa traqueability e pushability. Self venting e conformeability.

Desvantagem: Em caso de substituição do cateter balão necessita de corda de troca.

Cateter RX: Realizados 160 (AC) com índice de sucesso de 82%.

Características: Fácil troca, necessita apenas de 1 operador, self venting.

Desvantagem: Não pode trocar corda guia de grau com corda guia 0.014, não tem baixo perfil.

Indicação: Lesões em bifurcação que necessita do uso de 2 cordas guias; dilatação com cateteres de diâmetros diferentes.

Cateter EXCEL: Realizados 40 (AC) com índice de sucesso de 88%.

Características: Baixo Perfil, bom fluxo com o cateter guia, boa traqueability e pushability.

Desvantagem: Pouco dirigível.

Indicação: Lesões severas com localização no 1/3 distal das artérias; pós ponte de Safena.

Cateter ORION: Realizados 80 (AC) com índice de sucesso de 89%.

Características: Baixo perfil, pode ser usado 2 cateteres num mesmo cateter guia, bom fluxo com cateter guia. Balão complacente.

Desvantagem: Ponta muito dura, pouco dirigível; em artérias tortuosas o balão torce. Não tem self venting, pouco visível.

Indicação: lesões severas e distais.

CONCLUSÃO: Esses novos cateteres vieram facilitar a execução das (AC), por ter menor perfil, maior pushability, traqueability, conformeability e estereability.

TÍTULO: CORRELAÇÃO entre conexões sinusoidais e ventrículo esquerdo em portadores de atresia pulmonar c/septo in ventricular inteiro (AP+SIVI).

AUTORES: GAMA M., Arie S., Garcia D., Notrica M., Kajita L., Bellotti G., Pileggi F.
INSTITUIÇÃO: INCOR do H.C. da FMUSP.

Pouco se conhece sobre a correlação: o grau de desenvolvimento das conexões sinusoides do ventrículo direito para as artérias coronárias em AP+SIVI. Relata-se que o lançamento não oxigenado do VD para as coronárias prejudicaria a contratilidade ventricular esquerda. Com a finalidade de avaliarmos esta afirmativa estudamos 21 pts; sendo do sexo masculino (n=8) e feminino (n=13). A idade variou de 1 dia à 4 anos com média de 5,6 meses. Os pacientes foram divididos em: Grupo I (GI) de VD pequeno (n=11) e GII VD normal/dilatado (n=10). Analisamos o tamanho de VD, função ventricular esquerda, competência valvar tricúspide e o trajeto das fístulas. Utilizou-se o teste X^2 na comparação dos grupos. Encontrou-se no GI conexões em 8 pts (73%) e no GII (10%). Em 5 (55%) foram ambas coronárias, em 2 (22,5%) 2 para coronária direita e 2 (22,5%) para a esquerda. O VE foi normal em 10 dos 12 pts sem conexões e em 6 dos 9 com conexões. A competência valvar tricúspide não diferiu entre com ou sem conexões. Concluímos que: 1-A presença de conexões sinusoides ventrículo direito: coronárias foi estatisticamente significativa no GI.; 2-A função do VE não demonstrou diferenças estatísticas entre os pacientes com ou sem conexões.

TÍTULO: EMBOLIZATION OF AN IATROGENIC AORTO-CORONARY VEIN FISTULA, A CASE REPORT.

AUTOR(ES): MORAES, C.A.R.; FOSSATI, R.M.; WESTPHALEN, P.A.B.; PIMENTEL FILHO, P.

One patient with an aorto-coronary vein fistula created inadvertently with a saphenous vein graft suffered an acute (myocardial infarction) M.I. in the immediate postoperative period followed by progressive congestive heart failure.

The diagnosis was two weeks and four months after the surgery and treated successfully by embolization using a cook's "Occluding spring embolus" through catheterization. The technique used is described and the potential risks of the procedure are discussed.

The treatment of an iatrogenic aorto-coronary vein fistula by embolization of such material was previously reported, and proved to be easy to perform and safe. It should be considered as a good alternative to treatment using other embolizing material.

**RESULTADOS IMEDIATOS DA ANGIOPLASTIA-
TÍTULO: TIA CORONÁRIA EM PACIENTES COM RE-
VASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA PRÉVIA**

AUTOR(ES): GREGUOLO, C.; SANTOS, J.L.A.; AYRES
NETO, E.M.; ALBANEZ NETTO, L.; LOPES, S.L.B.;
CASTILHO, O.T.

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DO CORAÇÃO DA SANTA CASA
DE RIBEIRÃO PRETO

No período de janeiro de 88 a janeiro de 91, efetuaram-se 629 angioplastias coronárias em 572 pacientes (P). Destes, 48 P (0,8%) haviam sido previamente revascularizados (entre 2 meses a 10 anos), um dos quais tratado no 4º dia de pós-operatório. Os locais de dilatação foram agrupados em: A- Na circulação nativa não abordada cirurgicamente (26P); B- No segmento arterial proximal (2 P) e distal ac enxerto cirúrgico (4 P); C- Na anastomose coronária do enxerto (16 P).

Em 48 P, foram realizadas 52 procedimentos de dilatação (A-30, B-6, C-16) com sucesso primário global de 73%. Nos grupos B e C somados, 16 dilatações foram bem sucedidas (72%) e os insucessos (6), todos do Grupo C, foram devidos à instabilidade do cateter guia impossibilitando atingir (4) ou ultrapassar a lesão (2), com o balão. Houve 1 óbito no grupo A devido espasmo oclusivo agudo e irreversível após dilatação de CD e outro, no grupo C, por morte súbita na enfermaria.

Conclui-se que a angioplastia coronária é uma alternativa efetiva no tratamento da isquemia recorrente de indivíduos operados com resultados semelhantes ao da população geral.

**ANGIOPLASTIA CORONÁRIA EM MULTIIARTERIAIS
TÍTULO: TIARTERIAIS**

AUTOR(ES): SANTOS, J.L.A.; GREGUOLO, C.; AYRES
NETO, E.M.; ALBANEZ NETTO, L.; MUNIZ, L.E.A.;
TENÓ, L.A.C.

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DO CORAÇÃO DA SANTA CASA DE RIBEIRÃO PRETO

O procedimento de dilatação em vaso único está bem estabelecido, na atualidade, como forma de tratamento invasivo da insuficiência coronária.

Com o objetivo de estudar os resultados da abordagem em multiarteriais foram realizadas, 152 dilatações (D) em 86 pacientes (P), 56 do sexo masculino e 30 do sexo feminino, com idade variando de 33 a 82 anos.

A metodologia utilizada para análise dos resultados foi definida em termos de: A classificação de grupo: A- 1) Angioplastia em mais de uma lesão numa artéria maior ou em seu ramo (múltiplas lesões, 39 P, 63D); A- 2) Angioplastia em mais de uma artéria maior (de múltiplos vasos, 47P, 89D). B Critério de sucesso: 1) Total, todas as lesões foram liberadas num mesmo ou em outro procedimento e sem complicações (A1 - 55D, A2 - 73D); 2- Insucesso quando não se liberou a lesão culpada e/ou não se conseguiu revascularização completa (A1 - 8D, A2 - 16D).

Das 152D, 128 foram sucesso total (82%) e dos 24 insucessos (18%), o principal motivo, em ambos os grupos, foi a impossibilidade de ultrapassar a lesão com o balão.

Ocorreram 7 complicações (8%): 3 IAM de boa evolução, 2 cirurgias de urgência por dissecação oclusiva aguda irreversível e 2 óbitos, um em sala de hemodinâmica e outro no pós operatório.

ANGIOPLASTIA NO IDOSO: ANÁLISE DE 115 DILATAÇÕES EM 89 PACIENTES

AYRES NETO, E.M., SANTOS, J.L.A., GRE-
GUOLO, C., ALBANEZ NETTO, L., OLIVEIRA, W.M.,
LOPES, S.L.E., TENO, L.A.C.
INSTITUTO DO CORAÇÃO DA SANTA CA-
SA DE RIBEIRÃO PRETO

No período de 01/88 a 01/91 572
pacientes (P) foram submetidos a 629 ATCs.
Retrospectivamente analisamos uma subpo-
pulação de 89 pacientes (60 sexo M; 29 se-
xo F) com idade maior ou igual a 70 anos,
onde foram realizadas 115 ATCs. A idade mé-
dia dos P foi de 74,04 anos (70 - 85 anos).
A abordagem de 1, 2 ou 3 vasos para proce-
der o tratamento definiu 3 subgrupos on-
de constatamos índices de sucesso de 81,8%,
72,2% e 75% respectivamente. A curva de a-
prendizado para a técnica nesta faixa etá-
ria exibiu índice de sucesso de 60,6% (pri-
meiras 250 ATCs) melhorado para 82,5% nas
ATCs subsequentes. O tratamento do IAM a-
través da ATC direta aconteceu em 7P (6S-
1 I), sendo o insucesso na vigência de cho-
que cardiogênico. Verificamos índices de
complicações de 3,3% óbitos, 1,08% de fi-
brilação ventricular, 6,6% de síndromes o-
clusivas agudas. A cirurgia de revasculari-
zação aconteceu em 4,5%, com 1 óbito.

Concluem os a.a. que ATC é méto-
do eficaz para tratamentos da insuficiên-
cia coronariana do idoso com índices a-
ceitáveis de morbimortalidade e que a ex-
periência no manuseio da técnica implica
em melhora significativa dos resultados.

MORTALIDADE NA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAR CORONÁRIA (ATC) - ANÁLISE CRÍTICA

A análise retrospectiva de 1588 pacientes (pac.) tratados
com ATC mostrou que 46 (2,9%) faleceram durante a internação
hospitalar. Dezoito (37%) eram do sexo feminino e a idade
média foi de 67 (40 a 94) anos. Vinte e nove (63%) tinham
infarto agudo do miocárdio (IAM), 12 (26%) isquemia instável
e 5 (11%) isquemia estável.

Treze (0,8%) faleceram no Laboratório de Hemodinâmica,
durante o procedimento; 23 (1,4%) em tratamento clínico após
ATC bem ou mal sucedidas; 8 (0,5%) insucessos operados de
urgência por instabilidade clínica e ou hemodinâmica e 1
(0,1%) após cirurgia eletiva.

No grupo de pac. que faleceram na sala 62% tinham IAM; 90%
tinham obstruções localizadas nas porções proximais das
artérias (quase sempre) descendente anterior e em todos com
exceção de um a ATC não foi bem sucedida.

Nos pacientes que foram mantidos em tratamento clínico, 61%
as ATC foram feitas com sucesso.

Sessenta e nove do cento faleceram por disfunção
ventricular, 17% por arritmias e 22% por outras causas (AVC,
morte súbita, etc.).

Os autores concluem fazendo análise crítica dos óbitos e
discutindo proposições a serem tomadas no sentido de
diminuir a mortalidade neste tipo de procedimento
terapêutico.

EMPREGO DE ESTREPTOQUINASE ACILADA (APSAC) EV EM PACIENTES (p) COM INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO (IAM).

Expedito Ribeiro, Antonia Petrizzo, Lelio A. Silva, Amauri Gasques, Sergio Paulo Torossian, Rinaldo Carneiro, Laio G.D. Oliveira, Enio Buffolo.

HOSPITAL UNICOR - SAO PAULO

O tratamento trombolítico EV representa opção válida no manuseio dos pacientes com IAM, mas a conduta do momento da cinecoronariografia, possibilidade de re-occlusão e conduta posterior de ANGIOPLASTIA, ainda são assuntos controversos. Na nossa instituição iniciamos o uso de APSAC EV como opção de tratamento trombolítico.

Foram tratados 20 p, idade média de 54 ± 15 , 85% do sexo masculino e a localização do IAM era na parede anterior em 7 p (35%), inferior 9 p (45%) e lateral 4 p (20%).

O protocolo de estudo foi de APSAC 30 a EV em bolus (5 min.), estudo hemodinâmico 90 min. e 5/7 dias após a medicação, no sentido de analisar a patência da artéria relacionada ao IAM e a função ventricular esquerda (FEVE). Foram mantidos com aspirina 325 mg VO e heparina 1000 u/h EV. Não ocorreram hipotensão e/ou sangramento significativos.

No angiograma de 90 min., 14 p estavam com as artérias coronárias pervesas (70%) sendo que no re-estudo 1 p apresentava re-occlusão coronária.

Quanto à função ventricular, a FEVE foi de 0.49 ± 0.15 nos RECANALIZADOS e de 0.40 ± 0.14 nos NÃO RECANALIZADOS (P=n.s.).

Nos 14 p RECANALIZADOS, 11 p foram encaminhados a ATC ELETIVA e 2 p foram para cirurgia de RM eletiva e 1 p foi mantido clinicamente (re-occlusão).

Nos 6 p NÃO RECANALIZADOS, 5 foram mantidos clinicamente e um, por instabilidade clínica e hemodinâmica foi tentado ATC de Salvação, sem sucesso e óbito.

Em conclusão, os dados iniciais sugerem que o APSAC EV é opção válida de tratamento do IAM, pode ser administrada em bolus, sem complicações importantes, baixo índice de re-occlusão e permite ATC eletiva sem complicações.

ESTUDO RANDOMIZADO ENTRE ANGIOPLASTIA (ATC) PRIMARIA VERSUS ESTREPTOQUINASE VENOSA (SKEV) NO INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO

Expedito E. Ribeiro, Lelio A. Silva, Rinaldo Carneiro, Laio D'Oliveira, Amauri Gasques, José G. Amino, Sergio Torossian, Antonia Petrizzo, Enio Buffolo, Renato Duprat Filho.

HOSPITAL UNICOR - SAO PAULO

No sentido de comparar a estratégia de ATC Primária VS SKEV para tratamento de pacientes (p) com Infarto Agudo do Miocárdio (IMA), 100 p com menos de 6h de dor precordial e elevação do segmento ST foram randomizados para as duas possibilidades de tratamento.

SKEV foi administrado na dose de 1.2 MU/1h e todos pacientes receberam Heparina EV contínua e Aspirina VO.

O cateterismo cardíaco foi realizado nos pacientes de ATC na admissão e 48 h após e nos pacientes de SKEV 48h após admissão.

Patência da artéria relacionada do IAM (48 h) e a fração de ejeção (FEVE) foram os dados analisados.

CARACTERISTICAS	SKEV (n=50)	2p	PTCA (n=50)
Idade (a)	55 ± 10	NS	57 ± 9
Sexo (% Masc.)	86	NS	80
IAM Anterior (%)	23	NS	17
Δt Trat. (min.)	180 ± 90	0,005	240 ± 100

RESULTADOS

Patência (90 min)	-	-	40/50 (80%)
Patência (48 h)	40/50 (80%)	NE	37/50 (74%)
Isquemia recorrente(%)	5 (10%)	NS	4 (10%)
Transfusão 2 (%)	0	NS	0
FEVE (%)	57 ± 13	NS	59 ± 13
Mortalidade (%)	2	NS	8

CONCLUSÕES: Assim, os resultados equivalentes destas 2 estratégias sugerem: 1) Trombolise Endovenosa é preferida em muitos pacientes por causa do maior Δt de tratamento e aumento de custo na ATC. 2) ATC pode ser aplicada racionalmente quando o risco de sangramento é alto e a terapia reperfusão é indicada.

TÍTULO

EFEITOS DA ANGIOPLASTIA CORONÁRIA DIRETA (AC) SOBRE A FUNÇÃO GLOBAL E SEGMENTAR DO VENTRÍCULO ESQUERDO (VE) NA FASE AGUDA DO INFARTO DO MIOCARDIO (IAM).

Romão, N., Amino, J.G.C., Silva, E.R., Silva, A., Carneiro, R., Oliveira, L.G., Gasques, A., Tavares, J.R., Torossian, S., Buffolo, E.

Hospital Cardiologia Laranjeiras-RJ Unicór-SB

Em 29 pacientes com IAM (16 na parede anterior e 19 na parede inferior) analisou-se os efeitos da desobstrução mecânica por AC direta sobre a função global e segmentar do VE, comparando-se a fração de ejeção-VE, a velocidade de encurtamento circunferencial da fibra-VCF (função global) e o percentual de encurtamento das áreas segmentares das paredes anterior ($\Sigma A_1, A_2, A_3, A_4$) e inferior ($\Sigma A_5, A_6, A_7, A_8$) antes e +56 horas após a intervenção.

Verificou-se, nos IAM de parede anterior, melhora significativa da função global ($p < .05$) e segmentar ($p < .01$), especialmente nas áreas 3 e 4-região antero-apical ($p < .001$). Nos IAM de parede inferior não se notou, como um todo melhora da função global ou segmentar ($p = ns$). Entretanto, separando-se este grupo em dois sub-grupos, um em que se notava melhora da função global e segmentar e outro em que não havia tal comportamento, verificou-se, no primeiro sub-grupo valores nitidamente mais baixos de FE, VCF e $\Sigma A_5, A_6, A_7, A_8$, quando comparado com o segundo sub-grupo ($p < .05$).

Conclui-se que, a AC, quando eficaz, melhora nitidamente a função contrátil da parede anterior. Na parede inferior, tal fato só é observado quando existe má função ventricular basal segmentar, indicando que a melhora depende de uma maior massa ventricular isquêmica envolvida.

ANGINA INSTÁVEL: CORRELAÇÃO CLÍNICO-ANGIOGRÁFICA.

Azaf, LA; Amino, JGC; Abrão, C; Pessanha, A; Oliveira, PS; Besaen, R; Dohmann, H; Oliveira Jr., AM; Castro, AA; Romão, N;

HOSPITAL CARD. LARANJEIRAS-INAMPS-RJ

Em 19 doentes com angor progressivo (Gr.A) e em 20 com angor de recente começo (Gr.B) / dados clínicos, eletrocardiográficos e angiográficos foram estudados comparativamente entre os 2 grupos. Não houve diferenças entre os 2 grupos em relação à: classe funcional / anginosa (Gr.A:3.74x Gr.B:3.70); incidência de infarto brévio (50% presente nos 2 grupos); artéria culpada pela isquemia (70% dos doentes tinham, nos 2 grupos, lesão crítica da / descendente anterior); isquemia (ECG) na região correspondente (presente em 70% do Gr.A e em 87% do Gr.B); disfunção ventriculográfica na área comprometida (presente em 80% de ambos os grupos). Houve diferenças entre os 2 grupos em relação à: tempo de doença (em 16 / doentes do Gr.A era de mais de 1 ano e em 10 do Gr.B era de menos de 6 meses); nº de artérias lesadas (2.95 no Gr.Ax 2.0 no Gr.B); morfologia da lesão culpada (Gr.A concêntrica em 9 casos e excêntrica em 14 casos); presença de trombo (Gr.A:1 caso x Gr.B:4 casos); e circulação colateral (presente em 11 casos do Gr.A e em 5 casos do Gr.B). Conclui-se ser angina instável uma doença multivascular, tendo como lesão culpada básica a artéria descendente anterior, com boa correlação clínico-eletrocardiográfica-angiográfica, sendo a forma "recente começo" mais jovem, tendo menor número de vasos lesados, maior incidência de placas instáveis, maior presença de trombo e menor grau de circulação colateral.

TÍTULO: COMPARAÇÃO ENTRE OS EFEITOS DA RECANALIZAÇÃO MECÂNICA E POR TROMBOLÍTICOS SOBRE A FUNÇÃO GLOBAL E SEGMENTAR DO VENTRÍCULO ESQUERDO (VE) NA FASE AGUDA DO INFARTO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Amino, J.G.C., Romão, N., Silva, E.R., Silva, L.A., Carneiro, R., Oliveira, L.G., Gasques, A., Tavares, J.R., Torossian, S., Buffolo, E.

Hospital Cardiologia Laranjeiras-RJ - Unicór-SP.

Em 19 pacientes (9 com IAM anterior e 10 com IAM inferior) os efeitos da recanalização por angioplastia coronária (AC) foram comparados com os da desobstrução por Estreptoquinase endovenosa (SKEV) em 36 pacientes, 16 com IAM de parede anterior e 20 com IAM de parede inferior. O estudo foi retirado de um grupo randomizado que envolveu 50 pacientes em cada tipo de procedimento, sendo os 2 grupos comparáveis em termos clínicos, angiográficos e com mesmo tempo decorrido entre os procedimentos e o estudo hemodinâmico de controle (ΔT de 2,4 dias). A função global foi analisada pela fração de ejeção (FE) e pela velocidade de encurtamento circunferencial (VCF) e a contração segmentar pelo somatório do percentual de encurtamento das áreas das paredes anterior ($\sum A_1, A_2, A_3, A_4$) e inferior ($\sum A_5, A_6, A_7, A_8$). Não houve diferenças significativas na FE, no VCF e no $\sum A_1 \rightarrow A_4$ e $\sum A_5 \rightarrow A_8$ entre os dois grupos; parede anterior FE = 56.3 ± 18 (AC) x 53.8 ± 13 (SKEV); VCF = $1.47 \pm .64$ (AC) x $1.44 \pm .59$ (SKEV); $A_1 \rightarrow A_4 = 187 \pm 104$ (AC) x 170 ± 97 (SKEV); parede inferior FE = 62.5 ± 10 (AC) x 62.3 ± 9 (SKEV); VCF = $1.55 \pm .76$ (AC) x $1.66 \pm .4$ (SKEV); $\sum A_5 \rightarrow A_8 = 153 \pm 52$ (AC) x 137 ± 62 (SKEV).

Conclui-se que ambas as terapêuticas, conferem ao VE boas funções global e segmentar na fase aguda de um IAM, tanto tanto na parede inferior / quanto na anterior. Não há diferença qualitativa entre os 2 procedimentos.

TÍTULO: ANGIOPLASTIA CORONÁRIA -EVOLUÇÃO

COM MAIS DE 5 ANOS.

AUTOR(ES): Duarte, A.F.S.; Checchi, H.; Arie, S.; Perin, M.A.; Garcia, D.P.; Belotti, G.; Pileggi, F.J.C.

INSTITUIÇÃO: INCOR - HCFMUSP - SÃO PAULO

No período de Julho/81 à Julho/84, 110 portadores de insuficiência coronariana crônica foram submetidos à angioplastia coronária (AC) com sucesso, sendo feito acompanhamento clínico até 12/90. Dos 110 pacientes (p.), 80 eram uniarteriais e 30 multiarteriais; 29 tinham IAM prévio e 10 haviam sido operados para revascularização miocárdica. 102 foram submetidos a AC de 1 artéria e 8 de 2 artérias. Controle angiográfico após a AC foi realizada em 87 p. (79,09%) sendo estes divididos em dois grupos: Grupo A e B.

-O grupo A constituído por 29 p. (33,3%) que apresentaram reestenose (lesão $>60\%$) na angiografia de controle. Destes, 13 fizeram a 2ª AC, 1 precisou realizar a 3ª AC, 11 foram submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica e 4 continuaram em tratamento clínico. No seguimento tardio deste grupo 18 pacientes estavam assintomáticos, 2 evoluíram com ICC, 1 apresentou IAM, 7 não tiveram seguimento clínico e houve 1 óbito não relacionado com a doença.

-O grupo B constituído de 58 p. (66,6%) sem reestenose na angiografia de controle. Destes, 39 estavam assintomáticos (2 com TE+), 9 apresentavam sintomas (5 com controle angiográfico recente normal), 8 não tiveram seguimento clínico e 2 foram à óbito (1 por choque anafilático na angiografia de controle e o outro não relacionado com a doença). Dos 58 pacientes, 4 foram submetidos a AC de outra artéria durante o seguimento e 2 foram revascularizados por cirurgia (1 por progressão da doença em outras artérias e o outro por dissecação do TCE durante a angioplastia).

-Os pacientes que não fizeram angiografia de controle (23 casos-20,9%), 10 estavam assintomáticos, 10 não tiveram seguimento clínico, 2 tinham sintomas e houve 1 óbito por ICC.

-Concluem os autores que a evolução a longo prazo dos pacientes com sucesso na AC é boa. Apresenta a vantagem de facilmente poder tratar novas lesões que aparecem no decurso da sua evolução sem necessidade de intervenção cirúrgica.

ANGIOPLASTIA CORONÁRIA MULTIVASCULAR: RESULTADOS IMEDIATOS

OBJETIVO: Analisar os resultados imediatos obtidos em angioplastia de múltiplos vasos (dilatação de 2 ou + ramos coronários) em 40 pts, incluídos na experiência de 180pts consecutivos, entre dez/88 a dez/90. **MÉTODOS:** O grupo é constituído por 31h. (87,5%) e 9m. (22,5%), entre 31 e 82a. ($\bar{x}$ =57a.), 65% entre as classes III e IV (CCS), 10pts. (25%) com quadro relacionado a IAM (19s 30 dias) - 1 deles ATC primária - Foi usado balão I.A. profilático em 1 caso. Foi utilizada a via femoral em 100% dos casos, sendo 72,5% dos procedimentos feitos em único tempo e 27,5% de forma estadiada. **RESULTADOS:** Nestes 40pts, foram tratadas 125 lesões (2 a 6/pte, média=3,12/pte), com índice de sucesso global, por lesão e incluindo oclusões totais, de 91,2%. Foram dilatadas DA (n=42/sucesso=92,8%), CD (30/86,6%), CX (23/91,3%), DI (10/90%), MG (7/85,7%), DP (5/100%), VP (4/100%), PI (3/100%) e MG dir. (1/100%). O índice de sucesso por paciente (dilatação da lesão culpada, com insucesso em oclusão total ou vaso de menor importância, sem complicações maiores) foi de 95%. Nos 11 insucessos, tivemos resposta insatisfatória à dilatação em 3 casos, impossibilidade de acessar o vaso em 3, presença de oclusão crônica em 3, oclusão na sala 1, reoclusão nas 12h em 1. Como complicações, observamos 1 sangramento com transfusão (2,5%), 1 suspeita de endoarterite (2,5%), 1 ambos com boa evolução. Tivemos óbito em 1 caso (2,5%) em pte de 82a., portador de Insuf. Renal Crônica em que 4 lesões foram abordadas com sucesso e desenvolveu EAP com anúria 8h. após. Dois pts. fizeram "crossover" para cirurgia por reestenose em média 4m após, e outros 2 foram tratados com nova ATC.

CONCLUSÃO: Podemos sugerir a ATC multivascular como método eficaz de baixo risco, em termos imediatos, mesmo na experiência inicial do grupo. Enfatiza-se a importância do material adequado a ser utilizado.

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS ANGIOPLASTIAS CORONÁRIAS (AC) REALIZADAS NAS ARTÉRIAS: DESCENDENTE ANTERIOR (DA); DIREITA (CD) E CIRCUNFLEXA (CX)

AUTORES: PINHEIRO, L.F.; PIMENTEL Fº, W.A.; BÜCHLER, J.R.; ASSIS, S.F.; NEVES Fº, M.F.; ARAÚJO, E.C.; SOUZA, J.A.M.; ARMELIN, EGAS.

INSTITUIÇÃO: REAL E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORPUENSE DE BENEFICÊNCIA-HOSPITAL SÃO JOAQUIM - SÃO PAULO - SP.

No período de junho/87 a dezembro/90, foram realizados 1.150 AC em 972 pacientes (P). A idade variou de 29 a 84 anos ($\bar{x}$ =57) e 79% eram do sexo masculino. Destes P, 57% eram portadores de angina estável, 34% instável e 9% na fase aguda de infarto. As AC foram assim distribuídas: DA-430 (37%); CD-328 (28%); CX-27 (24%) e outros vasos e ponte de safena-121 (11%). As AC foram divididas em 3 grupos (G), observando-se os seguintes resultados:

GRUPOS	SUCESSO%	OCCLUSÃO% AGUDA	INFARTO%	CIRURGIA DE EMERGÊNCIA	ÓBITO IMEDIATO
I-DA	97	2	2	1	0.9*
II-CD	94	3.5	3	1	0
III-CX	93	6	3	0	0.4

* $P < 0.05$

No período de evolução de 1 a 30 meses ($\bar{x}$ =12.9) foram reestudados 304 (31%) das 980 coronárias que obtiveram sucesso: GI-155 (37%); GII-99 (32%) e GIII-50 (21%) observando os seguintes índices de reestenoses: GI-27%; GII-21% e GIII-10% ($P < 0.05$). Nos 3G foram redilatados: I-60%; II-75% e III-28% ($P < 0.05$), sendo os demais enviados a cirurgia ou tratados clinicamente. Houve no grupo geral 35 P que tiveram óbito, sendo que 13 por má função ventricular prévia, 5 por infarto do miocárdio, 2 por morte súbita e os demais por doenças acessórias graves. **Em conclusão:** 1) A angioplastia coronária se mostrou efetiva nos 3 grupos, entretanto, apesar do percentual de complicação ser semelhante, o GI se mostrou de maior gravidade (óbito imediato 0.9%). 2) Na evolução angiográfica, observou-se maior índice de reestenose nos GI e GII que no GIII ($P < 0.05$), entretanto com melhores probabilidades de redilatações.

ATERECTOMIA CORONÁRIA COM O USO DO CATÊTER DE EXTRAÇÃO TRANSLUMINAL: EXPERIÊNCIA E FOLLOW-UP INICIAL.

Büchler JR, Armelin E, Neves FQ MF, Pimentel FQ WA, Mussi MW, Zomer FQ O, Pinheiro LF, Dellatorre R, Ghorayeb N.

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - SP

Desde Julho de 1990, 12 pacientes (ps) portadores de insuficiência coronária foram submetidos a aterectomia coronária (AC) com o uso do cateter de extração transluminal (TEC). Oito ps eram do sexo masculino e 4 do feminino, com idades variando de 35 a 76 anos (média de 57.9 ± 11.5 anos). Apenas um cateter cortador foi utilizado por AC, o 5.5F em 8 ps e o 6F em 8 ps, reservando-se o uso complementar de angioplastia coronária (ATC) para lesões residuais iguais ou superiores a 60%. Três ps tinham angina estável, 5 ps com angina na evolução de cirurgia de revascularização miocárdica, 2 ps na fase precoce do infarto agudo do miocárdio, 1 p com angina por reestenose de ATC e 1 p com episódios sincopais. As artérias tratadas foram: descendente anterior em 7 ps, coronária direita em 3 ps, circunflexa em 1 p e ponte de safena aorta-descendente anterior (segmento venoso) em 1 p. Presença de trombo intra-coronário foi encontrado nos 2 ps com infarto agudo do miocárdio. Um dos casos de coronária direita teve duas lesões tratadas com o TEC, uma no óstium e outra no 1/3 proximal. A maioria das lesões eram segmentares (11 ps) e excêntricas (10 ps). Um paciente além de AC foi realizado ATC para as outras duas coronárias e uma outra p tinha ATC prévia no local tratado com AC. Os graus de lesões variaram de 60 a 95% pré-AC e pós-AC de 10 a 50%. Dois ps apesar de excelente resultado tiveram trombose no local tratado e foram recanalizados com sucesso pela ATC. A ATC foi também utilizada para complementar a lesão ostial de coronária direita. Um p desenvolveu severo espasmo na artéria tratada e foi revascularizado de emergência pela pobre resposta ao uso de drogas, sem intercorrências. Dois ps foram reestudados no follow-up com manutenção do resultado inicial e a exceção de 1 p que foi à óbito por causa não-relacionada a AC, todos os ps encontram-se clinicamente assintomáticos em um período de seguimento variando de 1 semana à 6 meses. Em conclusão, a AC com o uso do TEC pode ser utilizada com segurança inclusive em ps com lesões complexas como tratamento alternativo a ATC ou em associação a ATC, devendo-se estar atento a possibilidade de trombose e espasmo que poderiam interferir no sucesso do procedimento. Follow-up de 6 à 12 meses devem ser determinados para comparação com os da ATC.

VALVULOPLASTIA MITRAL COM BALÃO: COMPARAÇÃO DA TÉCNICA TRANSSEPTAL COM O USO DO DUPLO BALÃO E DO BALÃO BIFOIL.

Neves FQ MF, Büchler JR, Pimentel FQ WA, Pinheiro LF, Araújo EC, Assis SF, Armelin E, Büchler RDD.

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - SP.

Em um período de 42 meses, um total de 98 valvuloplastias mitrais com balão (VMB) foram realizadas em 96 pacientes (ps) com estenose mitral reumática. Com a finalidade de comparar os resultados obtidos com a técnica transseptal (TS) com o uso do duplo balão (DB) e do balão bifoil (BB), um total de 83 ps foram estudados. A VMB com DB foi realizada em 66 ps (67 procedimentos) e com o BB em 17 ps. A idade média no grupo do DB foi de 38.9 ± 10 anos e no BB de 43.4 ± 11.3 anos. Em ambos os grupos a maioria dos ps eram do sexo feminino: 53 no DB e 16 no BB. Os parâmetros hemodinâmicos médios respectivamente pré e pós VMB nos dois grupos foram: 1) pressão média de artéria pulmonar, 36.9 ± 12.5 para 25.6 ± 8.9 mmHg (DB) e 42.4 ± 23.7 para 27.5 ± 8.8 mmHg (BB); 2) gradiente médio transvalvar mitral, 15.64 ± 5.82 para 4.67 ± 2.65 mmHg (DB) e 17.42 ± 5.36 para 4.83 ± 2.38 mmHg (BB); 3) débito cardíaco, 4.86 ± 1.04 para 5.04 ± 1.24 L/min (DB) e 4.74 ± 1.4 para 5.21 ± 1.6 L/min (BB) e 4) área valvar (Gorlin), 1.1 ± 0.32 para 2.26 ± 0.44 cm² (DB) e 1.01 ± 0.37 para 2.25 ± 0.46 cm² (BB). Tanto no grupo do DB como no do BB os resultados obtidos foram altamente significante estatisticamente a exceção do débito cardíaco que foi de pouca significância estatística. A comparação estatística entre estes dois grupos não mostraram qualquer diferença significativa. Não houve em nenhum dos dois grupos complicações com a TS nem óbito no procedimento. Também não foi observado diferença em termos de acidente vascular cerebral e insuficiência mitral relacionadas ao procedimento. Com relação ao seguimento clínico apenas uma comparação a curto prazo pôde ser feita, devido ao uso recente do BB e também não observamos diferenças significativas entre os dois grupos. Em conclusão, ps com estenose mitral reumática submetidos a VMB pela TS quer com o uso do DB ou do BB apresentaram os mesmos resultados imediatos e a curto prazo, não havendo diferenças com relação as complicações. O seguimento a médio e a longo prazo com o uso do BB devem ser determinados.

ANGIOPLASTIA CORONÁRIA(AC)COMO TRATAMENTO DO PACIENTE(P) DE ALTO RISCO

AUTORES: ARAÚJO, E.C.; Fº PIMENTEL, W.A.; BUCHLER, J.R.; ASSIS, S.F.; Fº NEVES, M.F.; SOUZA, J.A.M.; PINHEIRO, L.F.; ARMELIN, EGAS.

INSTITUIÇÃO: REAL E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA - HOSPITAL SÃO JOAQUIM - SÃO PAULO - SP.

Definiu-se como P portadores de algum fator clínico anatômico que os qualifiquem de "alto risco".

No período de junho/87 - dezembro/90, 972 P foram submetidos a AC, sendo que 306 P (31%) foram classificados como de alto risco: Doenças acessórias-68 P; idade $\geq$ 80 anos-17 P; cirurgia de revascularização prévia 110 P; fração de ejeção $\leq$ 40%-40 P e infarto agudo do miocárdio (AC primária)-71 P. A idade variou de 31 a 85 ($\bar{x}$ =57) e 79% eram do sexo masculino. Apesar de 34% versus 66% dos pacientes serem uniaxiais e multiaxiais, respectivamente, em 51% dos P foram realizados AC únicas versus 49% de AC múltiplas. Foram dilatadas 399 vasos: DA-149(37%); CD-113(30%); CX-88(22%); PS-39(9%) e TCE-10(2%). O resultado positivo imediato foi de 292/306 P (95%) e 396/409 (97%) lesões. As complicações: oclusão coronária aguda 3%; infarto 2%; cirurgia de emergência 1% e óbito 1%. A evolução tardia de 1 mês-35 meses ($\bar{x}$ =16 meses) obtiveram controle clínico 75% e reestudo angiográfico em 40% dos P, com os seguintes resultados: reestenose-25%, novas lesões-18%, em que 64% dos P, foram redilatados, 23% encaminhados a cirurgia e 12% mantidos clinicamente. O infarto do miocárdio incidio em 11% e 10% de óbito. Do percentual acumulativo, 54% dos pacientes encontram-se assintomáticos, 46% com angina grau I e II e a sobrevivência de 90%. Em conclusão: a angioplastia coronária pode ser o tratamento de 1ª escolha em sub-grupos de pacientes considerados de "alto risco" desde que haja: a) Possibilidades anatômicas - b) Experiência do grupo e c) Condições funcionais do Hospital.

TÍTULO CATETERISMO AMBULATORIAL: APLICABILIDADE E SEGURANÇA.

A partir dos anos 80, com a introdução das técnicas intervencionistas houve um aumento significativo dos cateterismos com consequente sobrecarga tanto no orçamento como na utilização dos leitos hospitalares. Para avaliar a aplicabilidade e segurança do cateterismo cardíaco ambulatorial (CCA), foram recrutados pacientes (P) consecutivos, submetidos, a partir de 09/90, a procedimentos diagnósticos, excluindo-se os de alto risco (idade $>$ 75a, angina instável, IAM $<$ 15 dias, ICC, doenças graves concomitantes). Excluíram-se também os P submetidos à punção femoral com catêteres $\geq$ 7F e os que necessitaram de anestesia geral. Após o cateterismo os P permaneceram em observação por 3h, recebendo alta se não ocorressem complicações. Estes P retornaram no dia seguinte para avaliação clínica. Dos 905P submetidos à cateterismo diagnóstico, 321 (35,4%) foram elegíveis para CCA, sendo 66% do sexo masculino e estando 93% em grau funcional I e II. A via braquial foi utilizada em 92% e a coronariografia foi o procedimento mais frequente (75%). Dos P elegíveis, 110 (34,2%) tiveram efetivamente alta após o período de 3h de observação; os restantes permaneceram internados: 36,7% por razões logísticas, 14% por motivos sociais, 9,9% por algum tipo de complicação, 4,3% por recusa médica e 0,9% por lesão de TCE. Não houve óbito ou IAM, constatando-se 1 AVC, 1 perfuração de VD e 1 rotura de artéria braquial. As demais complicações foram de pequeno porte e raramente controladas. Nenhum dos P que se submeteu ao CCA apresentou qualquer complicação na avaliação clínica do dia seguinte. Baseado nestes dados os autores concluem que: 1) o cateterismo cardíaco ambulatorial demonstrou ser seguro em pacientes selecionados; 2) o período de 3h de observação foi suficiente para a detecção de todas as complicações decorrentes da intervenção; 3) a solução dos problemas logísticos pode potencialmente dobrar o contingente de alta dos pacientes que, embora elegíveis para CCA, foram retidos.

TÍTULO. ATERECTOMIA CORONÁRIA PELA TÉCNICA DE SIMPSON: EXPERIÊNCIA INICIAL

As indicações da angioplastia coronária (ATC) têm crescido consideravelmente com o progresso tecnológico. O desenvolvimento de novas técnicas que se utilizam do balão como princípio também tem aumentado. O objetivo do nosso trabalho é descrever a experiência inicial com uma destas novas técnicas: a Aterectomia Direcional descrita por Simpson. Foram tratadas 4 lesões em 4 pacientes do sexo masculino, com idade média de 56 anos (41 a 73). Dois destes pacientes apresentavam infarto prévio, 2 eram tabagistas e os 4 tinham angina estável. Um deles, já havia sido submetido à cirurgia de revascularização miocárdica. Em relação às características das lesões tratadas, 3 localizavam-se no terço proximal da artéria descendente anterior (DA) e 1 no terço médio de enxerto de veia safena. Todas as lesões eram excêntricas e a extensão variou de 2 a 4mm ($m = 3,1mm$). O calibre médio dos vasos tratados era de 3,1mm (3 a 3,5mm) e o grau médio das lesões pré-procedimento de 85% (70-90%). Obteve-se sucesso em 3 das lesões abordadas (lesão residual 50% e ausência de complicações maiores). No caso em que não se conseguiu ultrapassar a lesão com o aterótomo, foi realizada a angioplastia convencional, no mesmo ato. O aterótomo utilizado foi o de tamanho 6F e foi possível a retirada de fragmentos da camada íntima arterial em 2 pacientes. A lesão residual média foi de 15% (10 a 20%) e não ocorreram complicações nesta série. Podemos concluir, que a aterectomia vem permitir a ampliação do espectro de indicações da ATC, com a abordagem de lesões de extrema excentricidade, localizadas em corpos de pontes de safena antigas, mantendo os altos índices de sucesso primário e com menores percentuais de lesões residuais.

TÍTULO. TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO TRANSOPERATÓRIO ATRAVÉS DA ANGIOPLASTIA CORONÁRIA

Os pacientes (P) submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica (RM) podem apresentar no pós-operatório imediato (POI) sinais eletrocardiográficos compatíveis com infarto agudo do miocárdio (IAM). A terapêutica de escolha nesta situação tem sido a reoperação que geralmente cursa com maior morbi-mortalidade. O nosso trabalho tem por objetivo mostrar uma nova abordagem para o IAM transoperatório. O material constou de 2P submetidos à cirurgia de RM. Ambos eram do sexo masculino, com idades de 61 e 63 anos e sem infarto prévio. As artérias tratadas foram a descendente anterior (DA) e a coronária direita no primeiro e DA e ramo diagonal no 2ºP. Nas artérias DA, foram realizadas anastomoses com mamárias (MIE) e as demais com veias de safena. Após as primeiras horas da cirurgia, as características eletrocardiográficas eram compatíveis com IAM. Optou-se por cinecoronariografia de emergência, onde identificamos oclusões da MIE e DA no primeiro P e grande ramo marginal (sem lesão prévia) no segundo. A ventriculografia esquerda exibiu comprometimento das regiões correspondentes às respectivas artérias ocluídas. A angioplastia coronária foi empregada com sucesso em ambos os P nas artérias nativas. Os P não apresentaram complicações na evolução hospitalar. O reestudo angiográfico foi realizado no 10º dia após o episódio agudo e havia manutenção do resultado inicial e função ventricular normal em ambos. Diante destes resultados iniciais, podemos concluir, que a angioplastia coronária pode ser uma excelente opção terapêutica em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e que apresentam IAM no POI.

TÍTULO: EMPREGO DA ANGIOPLASTIA CORONÁRIA PRIMÁRIA NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES COM FALENCIA VENTRICULAR.

Os pacientes (P) com infarto agudo do miocárdio (IAM) em grau funcional III (edema agudo de pulmão) e IV (choque cardiogênico) da classificação de Killip, constituem um grupo de alto risco. O tratamento convencional apresenta taxas elevadas de mortalidade (80 a 90%) e estudos utilizando drogas trombolíticas não demonstraram maiores benefícios. A angioplastia coronária (ATC) primária no IAM exibe percentual (%) elevado de reperfusão proporcionando maiores taxas de sobrevida nos grupos (G) I e II. Nosso objetivo é analisar os resultados de 32P submetidos à ATC primária no IAM que se encontravam nos G III (15P) e G IV (17P). A tabela abaixo mostra algumas características clínicas e angiográficas destes P.

	III (15)	IV (17)
Idade > 70a	2 (13%)	8 (47%)
IAM prévio	2 (13%)	6 (35%)
Local IAM:		
. Anterior	9 (60%)	7 (42%)
. Inferior	6 (40%)	10 (58%)
Doença Multiarterial	8 (53%)	13 (76%)

Obtivemos sucesso na ATC em 13P (86,6%) do G III e 11 (64,7%) do G IV. A mortalidade hospitalar no G III foi de 2P (13,3%) e 10P (58,8%) no G IV. Nos P reperfundidos com sucesso, o percentual de sobrevida hospitalar foi de 100% no G III e 64% no G IV. Após a alta hospitalar, seguem em evolução 13P do G III e 7 do G IV, em período médio de 18 meses. Nos do G III, 77% estão assintomáticos e não ocorreram óbitos tardios. Nos do G IV, 71% estão assintomáticos e houve 1 óbito tardio por reinfarto. Conclusão: 1) os P em choque cardiogênico exibem menor sucesso primário da ATC e maior mortalidade hospitalar, quando comparados aos casos do G III; 2) Nos P em que houve sucesso da ATC, ocorreram maiores taxas de sobrevida hospitalar, independente do grupo funcional; 3) na evolução tardia, em ambos os grupos, observou-se baixos índices de mortalidade e elevado percentual de casos assintomáticos; 4) no presente momento, esta experiência parece indicar, ser a ATC primária uma forma promissora de tratamento deste subgrupo de enfermos com IAM.

TÍTULO: TRATAMENTO DA ESTENOSE MITRAL ATRAVÉS DA VALVOPLASTIA COM DUPLO CATETER-BALÃO: EXPERIÊNCIA COM 170 CASOS.

No momento atual é crescente o interesse pelo emprego do cateter-balão no tratamento da estenose mitral (EM) severa em pacientes (P) previamente selecionados através de critérios clínicos e ecocardiográficos (ECO). Nosso objetivo é analisar os resultados imediatos com o emprego desta técnica em nossa Instituição. Assim, entre 8/87 e 12/90, realizamos 170 procedimentos com duplo cateter-balão, sendo que nos anos 1989 e 1990 foram realizadas 139 (82%) valvoplastias (VP). Clinicamente, 146P (87%) eram do sexo feminino, com idades variando entre 13 e 79 anos (m=31a). C ritmo era sinusal em 165P (97%), 13 (7,6%) estavam grávidas e 8 (5%) possuem história prévia de comissurotomia cirúrgica. O grau funcional era II em 28P (16%), III em 112P (66%) e IV em 30P (18%). O escore ECO oscilou entre 4 e 9 pontos (m=5). Foram realizados com sucesso 150VP (88,2%), e no período 89/90, o sucesso elevou-se para 93% (129/139VP). Na tabela abaixo estão os parâmetros hemodinâmicos das VP realizadas com êxito.

		PRÉ	PÓS	P
Átrio Esq.	(m) mmHg	27	13	0,0001
Artéria Pulm.	(m) mmHg	37	25	0,0001
Grad.Diastr.	(m) mmHg	21	4	0,001
Área valvar	(ECO) cm ²	0,88	2,11	0,001

Foram necessárias 7(4%) cirurgias de emergência, devido à perfuração inadvertida de cavidades cardíacas com consequente tamponamento. Após o procedimento, observamos o surgimento de insuficiência mitral (IM) em 40P; e em 9P, com IM prévia à VP, houve aumento da mesma (total = 49/150VP-33%). Destas, 5 (3,3%) eram IM severas, necessitando de cirurgia nas primeiras 48 horas após a VP. Ocorreram 2 (1,1%) óbitos. Um deles, após cirurgia de emergência por perfuração do ventrículo esquerdo e outro em P cuja VP foi realizada em vigência de edema agudo de pulmão refratário. Conclusão: 1) a valvoplastia mitral é um método eficaz no tratamento da EM severa, com melhora significativa dos parâmetros hemodinâmicos; 2) o sucesso elevado e a diminuição das complicações estão condicionados ao período inicial de aprendizado com o método; 3) a IM severa surgiu em 3,3% dos procedimentos.

TÍTULO: ANGIOPLASTIA COM BALÃO NO TRATAMENTO DA COARTÇÃO DA AORTA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.

A cirurgia de coartção da aorta (CoAo) no 1º ano de vida oferece um índice de recoartção (ReCoAo), segundo a literatura, de 25-68%. A mesma complicação e incidência têm sido verificadas quando se utiliza o balão como alternativa de tratamento. Alguns fatores são preditivos na ReCoAo quando se emprega a angioplastia com balão, entre eles: 1) idade < 12 meses; 2) diâmetro do istmo da aorta (Ao) < 2/3 do diâmetro da Ao ascendente; 3) diâmetro do segmento coartado < 3,5mm antes da angioplastia; 4) diâmetro do segmento coartado < 6mm após angioplastia; 5) gradiente sistólico (GS) transcoartção > 50mmHg; 6) invasão do tecido ductal na área coartada, etc. Procuramos analisar a experiência do IDPC sobre este assunto, em 9 bebês. O GS transcoartção variou de 35-70mmHg (48,22±12,07) antes da angioplastia e de 0-20mmHg (9,67±8,15), imediatamente após. O diâmetro da área coartada variou de 0,8-5mm (2,12±1,08) antes da angioplastia e de 3-9 (5,27±1,65) logo após o procedimento. O estudo angiográfico mostrou em todos, satisfatório aumento no diâmetro da área coartada. Como maior complicação, um caso fez oclusão da artéria axilar que serviu de via de acesso para introdução do balão. O segmento clínico e ecocardiográfico sugeriram ReCoAo em 4 casos (44%), que foram dilatados nos primeiros 4 meses de vida. Reestudo hemodinâmico confirmou a ReCoAo, sendo um de grau discreto e 3 de grau severo. Estes necessitaram de redilatação nos 5, 7 e 9 meses, respectivamente, após angioplastia. Todos redilatados fizeram nova ReCoAo a despeito do bom resultado imediato. Um paciente submeteu-se a tratamento cirúrgico devido a níveis hipertensivos elevados, os demais encontram-se em evolução clínica. Analisando os fatores preditivos no nosso material, a maior parte deles predominaram nos casos que fizeram ReCoAo. Conclui-se que evitando ou minimizando o número de fatores de risco pode-se reduzir a chance de ReCoAo após angioplastia.

TÍTULO: ANGIOPLASTIA CORONÁRIA COM SUPORTE CIRCULATORIO - BALÃO INTRA AÓRTICO

OBJETIVO: Analisar os resultados imediatos em angioplastia coronária de alto risco com uso de balão intra aórtico em 4 pacientes-incluídos na experiência de 180 pts consecutivos- entre dez/88 e dez/90.

MÉTODOS: 3 mulheres (75%) e 1 (25%) homem, com idades entre 64 e 76a (MD 69,5), 100% na classe funcional IV (CCS), 2 (50%) com cirurgia de revascularização prévia, sendo 3 (75%) uniarteriais e 1 (25%) multiarterial. A PE variou de 16.9 a 36.8% (MD 28.2), e em todos a artéria abordada era res-ponsável por substancial área miocárdica potencialmente viável.

RESULTADOS: Obtivemos sucesso angiográfico primário em todos os pacientes-100%- com lesão residual inferior a 10% e sem qualquer intercorrência clínico hemodinâmica, durante o procedimento. Durante o período de internação não registramos nenhuma complicação do tipo morte, IAM ou cirurgia de urgência. O balão intra aórtico, implantado percutâneamente via art. femoral esquerda, foi retirado entre 4 a 8hs pós procedimento (MD 6hs) sem registro de complicações arteriais locais. Em follow-up médio de 5 meses em 3 pacientes, registramos a classe funcional entre I e II, levando-se em conta as limitações próprias da alta faixa etária do grupo.

CONCLUSÃO: Podemos sugerir que a utilização de balão intra aórtico em ATC de alto risco aumenta o nível de segurança e diminui as alterações hemodinâmicas e as complicações imediatas do procedimento com follow-up satisfatório, nesse grupo de pacientes

TÍTULO: CORONARIOGRAFIA POR SUBTRAÇÃO DIGITAL DURANTE ANGIOPLASTIA CORONÁRIA.

Em 28 angioplastias coronárias foi possível obter coronariografia por subtração digital antes do início das dilatações e após 15 minutos da última dilatação. A reprodução imediata das condições coronarianas permitiu visualizar a anatomia coronária permanentemente durante todas as fases da angioplastia. No final, a imagem coronariográfica definiu o grau de dilatação das lesões, e mostrou as condições da placa após a dilatação. Em algumas situações deixou claro a necessidade de nova dilatação. O método permite além disso a quantificação (através do computador) do grau de obstrução inicial e de dilatação final. A subtração digital mostrou ser um recurso valioso na condução das angioplastias coronárias.

TÍTULO: O PAPEL DOS FIBRINOLITICOS (F) E DA ANGIOPLASTIA (ATC) NO INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO (IAM)

AUTOR(ES): Konstadinidis, T.; Kihara, E.; Costa, O.; Ferreira, C.; Pfeferman, A.; Korkes, H.; Bub, R.; Born, D.; Galantien, M.; Chanisky, H.; Brilhante, J.; Knobel, E.; Schubsky, V.; Mesquita, E.; Kasinky, N.; Feher, J.

INSTITUIÇÃO: H.I. ALBERT EINSTEIN - SÃO PAULO - SP

TÍTULO:

Entre 1981-1990, foram à cine 140 pac. c/ IAM s/ protocolo prévio. A Análise retrospectiva permitiu-nos agrupá-los da seguinte maneira: GRUPO I: 55 pac. que receberam STK intra coronária (IC) nas 19 6hs c/ 87% de abertura imediata. Destes 40 foram à ATC eletiva 3-10 dias após c/ 95% de sucesso. GRUPO II: 58 casos c/ suboclusão arterial sem F previos. Destes, 90% foram ATC imediata c/ sucesso de 93%; ocorreram 2 reoclusões e 4 evoluíram p/ aneurisma do VE apesar da abertura arterial. A cirurgia foi feita em 6% c/ lesões inadequadas p/ ATC e em 4% após ATC s/ sucesso. GRUPO III: Em 24 casos a cine foi feita 48hs-7 dias após rtPA EV. Em 73% a artéria responsável pelo IAM estava pervia. A ATC foi realizada c/ sucesso (94%), 48hs-10 dias após; dos que ficaram c/ artéria ocluída (27%), 2 apresentaram CIV pos IAM e faleceram. GRUPO IV: 5 pac. foram à ATC imediata. Em 2, por contra indicação de F. Destes, 1 faleceu de choque cardíogênico. Em 3, a ATC foi associada à F após reoclusão aguda de ATC c/ sucesso. **CONCLUI-MOS:** 1) Os F e a ATC reduzem a mortalidade do IAM, desde que a artéria responsável pelo IAM seja reaberta. 2) Infartos por suboclusão arterial são a melhor indicação p/ ATC imediata. 3) Os F por via EV ou IC transformam oclusões totais em subtotais e permitem a ATC c/ maiores % de sucesso e menores riscos. 4) Os F por via EV tem menores taxas de abertura arterial do que os F por via IC. 5) Se possível todos os pac. c/ IAM deveriam ser submetidos a cine sem F previos, para definir a melhor conduta a seguir. 6) A cine precoce mostra uma grande % de pac. c/ suboclusão arterial nos quais a ATC pode ser aplicada com sucesso de 95%. 7) A mortalidade hospitalar global destes pac. assim tratados foi 2,5%.

TÍTULO: ATERECTOMIA CORONÁRIA PERCUTÂNEA: EXPERIÊNCIA INICIAL PELO MÉTODO DE SIMPSON NO HCPA:

Zago, A.J.; Casco, J.; Tessuto, S.; Elbern, A. Bicca, S.; Caramori, P.; Bendler, J.

A aterectomia objetivou a excisão seletiva e a remoção da placa de ateroma das coronárias. Nossa casuística inicial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre consta de 5 casos, todos do sexo masculino e com idade média de 60,4 anos.

A artéria alvo foi a DAE, dos quais 3 pacientes apresentavam reestenose de ACTP prévia. O método utilizado foi o procedimento proposto por Simpson e cols. de aterectomia direcional coronariana. Os resultados iniciais foram favoráveis: ocorreu redução angiográfica média da estenose de 83,2 para 12,1 ($P < 0,0001$); o aspecto dos bordos da lesão ficaram lisos e foi removido material da placa em todos os casos, sendo encaminhados para exame anátomo-patológico. Um dos pacientes desenvolveu oclusão aguda da DAE 2 horas após o procedimento, sendo imediatamente reestudado e submetido a angioplastia convencional com sucesso, apresentando boa evolução. Outro paciente iniciou com angina progressiva aos esforços no 5º mês de evolução e o estudo angiográfico revelou ausência de estenose na lesão alvo de aterectomia prévia e progressão de outra lesão distal na mesma artéria, a qual foi dilatada com sucesso.

Em conclusão, a nossa experiência inicial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre sugere que a aterectomia pela técnica de Simpson é um método seguro e útil no tratamento de pacientes com aterosclerose coronária.

RESULTADOS DE VALVULOPLASTIA MITRAL COM USO DO CATETER-BALÃO DE INOUE:

Zago, A.J.; Casco, J.; Tessuto, S.; Bendler, J.; Bicca, S.; Pinotti, A.; Koppe, V.F.; Lazaretti, R.

O nosso objetivo foi avaliar no Laboratório de Hemodinâmica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre os resultados imediatos de valvuloplastia mitral com a utilização do cateter-balão idealizado por INOUE.

Foram submetidos ao procedimento 9 pacientes portadores de estenose mitral reumática de severa repercussão hemodinâmica, 6 do sexo feminino e 3 do masculino, com idade variável entre 17 e 60 anos, com média de 41,3. A técnica consistiu no cateterismo trans-septal e o uso de um cateter-balão único da TORAY, conforme apreçoado por INOUE. Os resultados imediatos do procedimento mostraram:

1º) o gradiente trans-mitral diminuiu de 14,1 para 2,5 mm Hg em média ($P < 0,0001$);

2º) a área de abertura mitral aumentou de 0,89 para 1,74 cm² em média ($P < 0,0001$);

3º) o índice cardíaco avaliado por termodiluição aumentou de 2,93 para 3,46 L/min/m² em média ($P < 0,005$);

4º) insuficiência mitral leve (+/4) foi observado em 4 casos, não ocorrendo outras complicações.

Em conclusão, a valvuloplastia mitral com o cateter-balão de INOUE é um método seguro e com resultados satisfatórios, sendo uma técnica mais simples que a clássica pela utilização de duplo-balão.

(2agpco3)



ANGIPRESS
Atenolol
25 mg, 50 mg e 100 mg
Comprimidos

FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES

Comprimidos 25 mg. Embalagem com 28 comprimidos.
Comprimidos 50 mg. Embalagem com 28 comprimidos.
Comprimidos 100 mg. Embalagem com 28 comprimidos.

USO ADULTO - VIA ORAL

COMPOSIÇÕES

Cada comprimido de ANGIPRESS 25 mg contém:	
Atenolol	
25 mg	
Excipiente q.s.p.	1
comprimido	
Cada comprimido de ANGIPRESS 50 mg contém:	
Atenolol	
50 mg	
Excipiente q.s.p.	1
comprimido	
Cada comprimido de ANGIPRESS 100 mg contém:	
Atenolol	
100 mg	
Excipiente q.s.p.	1
comprimido	

Excipientes: Carbonato de Magnésio, Amido de Milho, Gelatina, Lauril Sulfato de Sódio, Explosol, Estearato de Magnésio

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

- **Ação esperada do medicamento:** ANGIPRESS é um produto para tratamento da hipertensão arterial, angina (dor no peito) e arritmias cardíacas. Pertence a uma classe de produtos chamados beta-bloqueadores.
- **Cuidados de armazenamento:** Conservar ao abrigo do calor e da umidade.
- **Prazo de validade:** desde que sejam observados os cuidados de armazenamento, ANGIPRESS apresenta prazo de validade de 60 meses. Não utilize o produto após o vencimento do prazo de validade.
- **Gravidez e lactação:** Informar ao médico ocorrência de gravidez na vigência do tratamento. ANGIPRESS não é recomendado durante a gravidez e lactação.
- **Cuidados de administração:** Siga a orientação do seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento.
- **Interrupção do tratamento:** Não interromper o tratamento sem o conhecimento do seu médico. A interrupção da terapêutica com um beta bloqueador deve ser gradativa. Pacientes com doença arterial coronariana devem ser advertidos contra a interrupção abrupta da medicação.
- **Reações adversas:** Informar ao médico o aparecimento de reações desagradáveis. Os efeitos adversos mais comuns incluem: frio nas extremidades, fadiga muscular e bradicardia (diminuição da frequência cardíaca para menos que 60 batimentos por minuto), vermelhidão da pele e olhos secos. Entretanto, a incidência destes efeitos é pequena e, na maioria dos casos, os sintomas desaparecem com a interrupção do tratamento.

"TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS."

- **Ingestão concomitante com outras substâncias:** Informe seu médico caso esteja tomando alguma outra medicação. Nenhum outro medicamento deve ser tomado sem o consentimento de seu médico.
- **Contra-indicações e precauções:** Não tome o remédio se você tiver asma, bronquite ou apresentar alteração grave que reduza a frequência cardíaca (a menos que sejam portadores de marcapasso artificial); no choque cardiogênico e portadores de insuficiência cardíaca descompensada. ANGIPRESS não deve ser administrado a crianças.

"NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO, PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE."

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

MODO DE AÇÃO

ANGIPRESS é um beta-bloqueador cardiosseletivo, ou seja, age predominantemente bloqueando os receptores B1 que se situam principalmente nas fibras miocárdicas, apresentando menor ação sobre os receptores B2 (localizados na musculatura lisa dos brônquios e dos vasos periféricos). Apresenta, portanto, menor possibilidade de efeitos adversos quando comparado aos beta-bloqueadores não-seletivos em pneumopatas crônicos, asmáticos, fumantes, portadores de vasculopatias periféricas e diabéticos. Entretanto, este efeito preferencial não é absoluto, pois em altas doses, a cardiosseletividade não é observada.

ANGIPRESS não possui atividade simpatomimética intrínseca, nem atividade estabilizadora de membrana. Estudos em animais indicam que apenas quantidades desprezíveis de atenolol cruzam a barreira hematoencefálica. É provável que a ação do ANGIPRESS na redução da frequência e contratilidade cardíacas faça com que ele seja eficaz na eliminação ou redução de sintomas de pacientes com angina.

Farmacocinética

No homem, a absorção de uma dose oral é rápida e consistente, porém incompleta. Aproximadamente 50% da dose oral é absorvida pelo trato gastrointestinal e o restante é excretado inalterado pelas fezes. Os picos plasmáticos ocorrem após 2 a 4 horas da administração. Sua longa meia-vida plasmática permite a terapêutica em dose única diária na maioria dos pacientes. Em virtude de sua alta cardiosseletividade, ANGIPRESS pode ser usado com sucesso em pacientes com alterações respiratórias que não toleram betabloqueadores não-seletivos. Sua meia-vida plasmática (aproximadamente 6 horas) pode se elevar na presença de comprometimento renal grave, uma vez que os rins são sua principal via de eliminação. Sua ligação às proteínas plasmáticas é baixa (aproximadamente 3%).

INDICAÇÕES

No tratamento da angina de peito e no infarto agudo do miocárdio. No controle da hipertensão arterial e de certas arritmias cardíacas. Na profilaxia da enxaqueca.

CONTRA-INDICAÇÕES

ANGIPRESS não deve ser administrado em pacientes portadores de bradicardia sinusal e bloqueio átrio-ventricular de 2º ou 3º grau (a menos que sejam portadores de marcapasso artificial). No choque cardiogênico e portadores de insuficiência cardíaca descompensada.

ANGIPRESS também é contra-indicado para pacientes que possuam hipersensibilidade conhecida a quaisquer dos componentes da fórmula.

PRECAUÇÕES

ANGIPRESS não deve ser administrado a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, podendo ser introduzido com cuidado após a sua compensação. Se durante o tratamento com ANGIPRESS aparecer insuficiência cardíaca congestiva, este produto deve ser temporariamente suspenso até que a insuficiência cardíaca tenha sido controlada.

Uma das ações farmacológicas de ANGIPRESS é diminuir a frequência e a força de contração do coração. Nos raros casos em que sintomas desagradáveis forem atribuídos à frequência cardíaca baixa, a dose de ANGIPRESS pode ser reduzida. ANGIPRESS pode mascarar a taquicardia que ocorre com a hipoglicemia em pacientes diabéticos. Porém, as outras manifestações como a sudorese e tonturas não são significativamente alteradas.

ANGIPRESS age predominantemente sobre os beta-receptores cardíacos (B1) e, portanto, pode ser utilizado em baixas doses e com os devidos cuidados em portadores de doenças crônicas obstrutivas das vias aéreas. Todavia, em pacientes asmáticos pode ocorrer um aumento da resistência das vias aéreas. Em portadores de doença cardíaca isquêmica, do mesmo modo que com qualquer agente betabloqueador, o tratamento não deve ser interrompido abruptamente. Deve-se ter cautela ao se administrar conjuntamente com agentes antiarrítmicos classe 1, como a disopirâmida. Deve ser usado com cautela quando administrado conjuntamente com o verapamil em pacientes com função ventricular comprometida ou com anormalidades de condução.

Como ocorre com qualquer droga betabloqueadora, pode-se decidir suspender a administração de ANGIPRESS antes de uma cirurgia. Neste caso, a última dose de ANGIPRESS deve ser administrada 48 horas antes do início da anestesia. Se por outro lado for decidido continuar o tratamento, deve-se tomar cuidado ao usar agentes anestésicos tais como éter, ciclopropano e tricloroetileno. Se ocorrer dominância vagal, esta pode ser corrigida pela injeção de 1 a 2 mg de atropina por via intravenosa.

Bradicardia excessiva pode ser tratada pela administração intravenosa de 1 a 2 mg de atropina, seguida, se necessário, por um beta-estimulante como isoprenalina 25 µg ou orciprenalina 0,5 mg administrado lentamente na veia. Deve-se tomar cuidado para que a pressão sanguínea não caia demais caso a dose de beta-estimulante tenha que ser aumentada.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

O atenolol pode causar dano fetal quando administrado a mulheres grávidas, embora possa ser benéfico em certas situações como risco de vida ou falha com outros tratamentos anti-hipertensivos. Ele atravessa a barreira placentária e aparece no sangue do cordão umbilical. Sua administração iniciada no 2º trimestre de gestação tem sido associada com o nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional.

O atenolol é excretado no leite materno e bradicardias clinicamente significativas têm sido relatadas em crianças em fase de lactação. Deve-se avaliar riscos e benefícios quando da utilização de atenolol durante a gravidez.

Crianças prematuras ou aquelas com comprometimento da função renal tem uma probabilidade maior de desenvolver efeitos colaterais.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- Drogas depletoras de catecolaminas (ex. reserpina) podem apresentar um efeito aditivo quando administradas com agentes beta-bloqueadores, podendo ocorrer hipotensão e/ou bradicardia significativa acompanhadas de vertigem, síncope ou hipotensão postural.
- Antagonistas de cálcio também podem apresentar efeito aditivo quando associados ao uso de ANGIPRESS (vide precauções).
- Se um agente beta-bloqueador for co-administrado com clonidina, este deve ser retirado gradualmente vários dias antes da suspensão gradual da clonidina. Na substituição da clonidina por beta-bloqueadores, a introdução destes deve ser realizada vários dias após a interrupção da clonidina. Estas precauções devem ser tomadas pois os beta-bloqueadores podem exacerbar a hipertensão rebote que ocorre com a retirada da clonidina.
- As informações sobre o uso concomitante de atenolol e aspirina são limitadas. Dados de muitos estudos clínicos (TIMI II e ISIS 2) não sugerem nenhuma interação entre a aspirina e beta-bloqueadores no infarto agudo do miocárdio.
- Quando em uso de beta-bloqueadores, pacientes com história de reações anafiláticas a uma série de alérgenos podem apresentar uma reação mais importante de menor resposta às doses habituais de epinefrina (usada no tratamento de crise alérgica).

REAÇÕES ADVERSAS

Em estudos clínicos, os efeitos colaterais atribuídos à atividade farmacológica do atenolol incluem frio nas extremidades, fadiga muscular e, em casos isolados, bradicardia. Distúrbios do sono do tipo observado com outros beta-bloqueadores raramente foram relatados com ANGIPRESS. Têm havido relatos de "rashes" cutâneos e/ou olhos secos associados ao uso de beta-bloqueadores. A incidência é pequena e, na maioria dos casos, os sintomas desaparecem com a suspensão do tratamento. Interrupção da terapêutica deve ser considerada se este tipo de reação, quando ocorrer, não puder ser explicado por outra causa. A interrupção da terapêutica com um beta-bloqueador deve ser gradativa.

POSOLOGIA

As posologias recomendadas estão baseadas na análise de ensaios clínicos, cabendo, todavia, ao médico assistente estabelecer a posologia adequada a cada paciente. Em geral, recomenda-se utilizar de 25 mg (dose mínima eficaz) a 100 mg em dose única diária.

O atenolol pode ser usado sozinho ou em associação com outros agentes anti hipertensivos como diuréticos tipo tiazídicos, hidralazina e alfametildopa (com relação às outras classes de anti-hipertensivos, vide interações medicamentosas).

Devido à sua meia-vida plasmática, o atenolol pode ser utilizado em dose única diária em grande número de pacientes, mas pode ser necessário o fracionamento da dose total ou duas tomadas diárias caso não se obtenha o efeito desejado no momento do vale.

Na hipertensão, estudos demonstram que doses diárias maiores que 100 mg não parecem produzir efeitos adicionais. Porém, no controle da angina, alguns pacientes podem necessitar de doses de 200 mg/dia.

Crianças: Não há até o momento experiência pediátrica com ANGIPRESS e, por este motivo, não se recomenda a sua administração a crianças.

Idosos: As dosagens podem ser reduzidas, especialmente em pacientes com função renal comprometida.

Insuficiência Renal: Uma vez que ANGIPRESS é excretado por via renal, a dose deve ser ajustada nos casos de insuficiência renal grave. Numa velocidade de filtração glomerular superior a 35 ml/min/1,73 m² (normal varia de 100 a 150 ml/min/1,73 m²) não ocorre acúmulo significativo de ANGIPRESS. Pacientes em hemodiálise devem receber dose suplementar após cada sessão de diálise e isto deve ser feito sob supervisão hospitalar, uma vez que quedas acentuadas de pressão sanguínea podem ocorrer.

SUPERDOSE

Os sintomas predominantes descritos após superdosagem com atenolol são: letargia, tonturas, perda do controle respiratório, pausa sinusal e bradicardia.

Também são esperados os efeitos encontrados com a superdosagem de qualquer agente beta-bloqueador como: insuficiência cardíaca congestiva, broncoespasmo

e/ou hipoglicemia.
O tratamento da superdose deve visar, inicialmente, a remoção de qualquer quantidade da droga ainda não absorvida através da indução de vômitos, lavagem gástrica e/ou administração de carvão ativado.
O atenolol pode ser removido da circulação por hemodiálise.
As demais medidas a serem instituídas visam o controle dos efeitos produzidos pela droga e devem ser orientadas pelo médico, podendo incluir:-
no controle da bradicardia, o uso de atropina intravenosa ou isoproterenol;
- em casos refratários e no bloqueio átrio-ventricular de 2º e 3º graus, o uso de estimulação artificial pode estar indicada.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

MS-1213.0024
Resp.Téc.n.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF-SP. 3544
Nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide cartucho.
Laboratórios Biosintética Ltda.
Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91
Taboão da Serra - SP
CNPJ nº 53.162.095/0001-88
Indústria Brasileira



(2agdco3)



ANGIPRESS-CD

Atenolol 25 mg/Clortalidona 12,5 mg
Atenolol 50 mg/Clortalidona 12,5 mg
Atenolol 100 mg/Clortalidona 25 mg
Comprimidos

USO ADULTO

FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES

Comprimido 25/12,5 mg. Embalagem com 28 comprimidos.
Comprimido 50/12,5 mg. Embalagem com 28 comprimidos.
Comprimido 100/25 mg. Embalagem com 28 comprimidos.

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido 25/12,5 mg contém:

Atenolol	
25,0 mg	
Clortalidona	
12,5 mg	
Excipiente q.s.p.	1

comprimido

(Carbonato de Magnésio, Amido de Milho, Laurilsulfato de Sódio, Gelatina, Estearato de Magnésio, Amarelo Ariavit, Vermelho Ariavit, Croscarmellose Sódica)

Cada comprimido 50/12,5 mg contém:

Atenolol	
50,0 mg	
Clortalidona	
12,5 mg	
Excipiente q.s.p.	1

comprimido

(Carbonato de Magnésio, Amido de Milho, Laurilsulfato de Sódio, Gelatina, Estearato de Magnésio, Amarelo Ariavit, Vermelho Ariavit, Croscarmellose Sódica)

Cada comprimido 100/25 mg contém:	
Atenolol	100
mg	
Clortalidona	25
mg	
Excipiente q.s.p.	1
comprimido	
(Carbonato de Magnésio, Amido de Milho, Laurilsulfato de Sódio, Gelatina, Estearato de Magnésio, Amarelo Ariavit, Vermelho Ariavit, Croscarmelose Sódica)	

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

Ação esperada da medicamentação: ANGIPRESS-CD possui a atividade anti-hipertensiva de dois agentes, um beta-bloqueador (Atenolol) e um diurético (Clortalidona).

ANGIPRESS-CD é indicado no tratamento da hipertensão arterial. A combinação de baixas doses eficazes de um beta-bloqueador e um diurético pode ser adequada para pacientes nos quais doses totais de ambas as drogas administradas de forma isolada sejam consideradas inadequadas.

Cuidados de armazenamento: Conservar o produto ao abrigo do calor excessivo e da umidade.

Prazo de validade: desde que sejam observados os cuidados de armazenamento, ANGIPRESS-CD apresenta prazo de validade de 36 meses. Não utilize o produto após o vencimento do prazo de validade.

Gravidez e lactação : Informar ao médico ocorrência de gravidez na vigência do tratamento, visto que como ocorre com todas as drogas, este produto não deve ser administrado durante a gravidez, a não ser que o seu uso seja essencial. Informar ao médico se está amamentando.

Cuidados de administração : Siga a orientação do seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento.

Cuidados na interrupção do tratamento: Tome os comprimidos de ANGIPRESS-CD de acordo com as instruções do seu médico. Não interromper o tratamento sem o conhecimento de seu médico.

Reações adversas:. Informar ao médico o aparecimento de reações desagradáveis. O produto é normalmente muito bem tolerado, e os efeitos colaterais relacionados com esta associação são pouco frequentes e, geralmente, de pequena intensidade.

Podem ocorrer os seguintes efeitos: extremidades frias, cansaço muscular temporário, fadiga, distúrbios gastrintestinais e, em casos isolados, bradicardia, alterações do sono, dores de cabeça, alterações de humor, vertigens, piora da insuficiência cardíaca, alopecia, trombocitopenia, púrpura, reações cutâneas semelhantes à psoríase, exacerbação da psoríase, distúrbios visuais, psicoses, alucinações, precipitação de bloqueio cardíaco em pacientes sensíveis, erupção cutânea e/ou olhos secos, náusea e tontura. A incidência relatada é pequena, e, na maioria dos casos, os sintomas desaparecem quando o tratamento foi descontinuado. Caso algum desses sintomas ocorra sem que possa ser atribuído a outras causas, deve-se, então, considerar a suspensão da droga.

"TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS."

Ingestão concomitante com outras substâncias: Informe seu médico caso esteja tomando alguma outra medicação. Nenhum outro medicamento deve ser tomado sem o consentimento de seu médico.

Contra-indicações e precauções: Este produto é contra-indicado para pacientes portadores de bloqueio cardíaco do segundo e terceiro grau, pacientes que apresentam hipersensibilidade ao Atenolol e Clortalidona, com bradicardia sinusal severa. Não deve ser administrada a pacientes em choque cardiogênico.

"NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE."

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

MODO DE AÇÃO

ANGIPRESS-CD possui a atividade anti-hipertensiva de dois agentes, um beta-bloqueador (Atenolol) e um diurético (Clortalidona). O Atenolol é um beta-bloqueador cardio-seletivo, isto é, age predominantemente sobre os receptores beta-adrenérgicos do coração, e não possui atividade simpatomimética intrínseca nem atividade estabilizadora de membrana. Estudos em animais indicam que apenas quantidades desprezíveis de Atenolol cruzam a barreira hematoliquórica. Sua longa meia-vida plasmática permite a terapêutica em dose única diária na maioria dos pacientes. Sua meia-vida de eliminação é de 6-9 horas. Em virtude de sua alta cardio-seletividade o Atenolol pode ser usado com sucesso em pacientes com alterações respiratórias que não toleram beta-bloqueadores não seletivos. Aproximadamente 50% de uma dose oral de Atenolol é absorvida no trato gastrintestinal; liga-se muito pouco às proteínas plasmáticas. A Clortalidona, um diurético monossulfonamila, aumenta a excreção renal de água, sódio e cloreto, sem determinar sobrecarga circulatória e, normalmente, não diminuindo a pressão arterial normal. A natriurese é acompanhada por certa perda de potássio. O efeito diurético tem início em cerca de 2 horas, alcança seu máximo após 12 horas, persistindo por 1 a 2 dias. Clortalidona inibe a reabsorção do sódio e do cloro, principalmente na porção proximal do túbulo renal distal, reduz suavemente a tensão arterial elevada, mesmo quando do emprego de baixas posologias baixas; o efeito anti-hipertensivo aumenta paulatinamente, chegando a sua plenitude ao fim de duas a quatro semanas de tratamento. Aproximadamente 60% de uma dose oral de clortalidona é absorvida no trato gastrintestinal. A Clortalidona apresenta uma ligação às proteínas plasmáticas de 75%. Sua meia-vida de eliminação é de 50 horas. A combinação do Atenolol com a Clortalidona demonstrou ser compatível, apresentando, em geral, maior eficácia do que cada uma das drogas usadas isoladamente no tratamento da hipertensão.

INDICAÇÕES

No tratamento da hipertensão arterial. A combinação de baixas doses eficazes de um beta-bloqueador e um diurético pode ser adequada para pacientes nos quais doses totais de ambas as drogas administradas individualmente sejam consideradas inadequadas.

CONTRA-INDICAÇÕES

Este produto é contra-indicado para pacientes portadores de bloqueio cardíaco do segundo e terceiro grau, pacientes que apresentam hipersensibilidade ao Atenolol e Clortalidona, com bradicardia sinusal severa. Não deve ser administrada a pacientes em choque cardiogênico.

PRECAUÇÕES

O produto deve ser administrado com precaução a pacientes com insuficiência cardíaca. Se houver descompensação da insuficiência cardíaca congestiva durante o tratamento com o produto, a droga pode ser temporariamente suspensa, até que a insuficiência tenha sido compensada. Uma das ações farmacológicas do Atenolol é reduzir a frequência cardíaca. Se sintomas forem atribuídos a uma frequência cardíaca baixa, o que pode raramente ocorrer, a dose deve ser diminuída. O produto modifica a taquicardia da hipoglicemia. Como ocorre com outros beta-bloqueadores, o tratamento de pacientes com doença cardíaca isquêmica não deve ser descontinuado abruptamente. Os efeitos metabólicos da Clortalidona são dose-dependentes, e a pequena dose

contida no produto raramente causa problemas.

O emprego do produto tem sido associado apenas a pequenas alterações do teor de potássio. O potássio corpóreo total não se altera com a terapêutica prolongada, e as alterações de potássio sérico são pequenas e clinicamente sem importância. Portanto, normalmente em casos de hipertensão arterial não complicada, a administração suplementar de potássio não é necessária. Todavia, os níveis de potássio devem ser especialmente avaliados em pacientes idosos, nos que estejam tomando digitálicos, nos submetidos a dietas especiais com baixo teor de potássio, ou que apresentem distúrbios gastrintestinais. Embora não freqüente, os efeitos adversos sobre lípidos causados pelo -bloqueador podem ser potencializados com a utilização de diuréticos. O produto tem sido associado a pequenos aumentos do ácido úrico sérico. Nos raros casos de elevação prolongada, recomenda-se a administração concomitante de um uricosúrico.

A Clortalidona pode diminuir a tolerância à glicose e, portanto, durante terapêutica prolongada com o produto recomenda-se realizar testes regulares para identificar glicosúria, bem como tendência a hipoglicemia devido ao uso do atenolol. É necessário muita cautela ao se administrar ANGIPRESS-CD para pacientes com conhecida predisposição à diabetes.

ANGIPRESS-CD pode agravar os distúrbios de circulação periférica arterial. Sendo contra-indicado em obstrução arterial periférica grave ou outras desordens vaso espásticas.

Os pacientes com histórico de reação anafilática contra vários alergênicos, quando em uso do ANGIPRESS-CD, podem não responder às doses usuais de adrenalina utilizadas no tratamento de tais reações.

Em pacientes portadores de insuficiência renal grave, recomenda-se reduzir a dose ou a freqüência de administração.

Recomenda-se interrupção gradual do tratamento com ANGIPRESS-CD durante o período de 1 a 2 semanas.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Não se recomenda a administração de ANGIPRESS-CD durante os períodos de gravidez e/ou lactação. ANGIPRESS-CD pode ser utilizado no 3º trimestre da gestação para tratamento de hipertensão arterial. A administração por longos períodos pode estar associada a retardo de crescimento intra-uterino. Deve-se avaliar possíveis riscos versus benefício no tratamento.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Deve-se tomar cuidado ao transferir pacientes que tomam clonidina para um beta-bloqueador. Se o beta-bloqueador e a clonidina estão sendo administrados concomitantemente, a clonidina não deve ser descontinuada antes de vários dias após a interrupção do uso de beta-bloqueador.

Deve-se tomar cuidado ao prescrever um beta-bloqueador junto com um antidissrítmico classe I, tal como a disopirâmida.

Beta-bloqueadores devem ser usados com cuidado em combinação com o verapamil e/ou com o diltiazem, em pacientes com insuficiência ventricular ou anormalidade de condução. Esta associação pode levar à prolongação da condução SA e AV, podendo resultar em hipotensão severa, bradicardia e insuficiência cardíaca. Nenhuma destas drogas devem ser administradas por via intravenosa antes de 48 horas após a interrupção da outra.

Preparações que contém lítio geralmente não devem ser administradas junto com diuréticos, porque elas podem diminuir o seu clearance renal.

A depleção de potássio pode ser perigosa em pacientes que estejam em tratamento com digitálicos.

Como ocorre com qualquer droga beta-bloqueadora, pode-se decidir suspender a administração deste produto antes de uma cirurgia. Neste caso, a última dose deve ser administrada 48 horas antes do início da anestesia. Se, por outro lado, for decidido continuar o tratamento, deve-se tomar cuidado ao usar agentes anestésicos, tais como o éter, ciclopropano e tricloroetileno. Dominância vagal, se ocorrer, pode ser corrigida pela injeção de 1 a 2 mg de atropina por via intravenosa.

REAÇÕES ADVERSAS

O produto é normalmente muito bem tolerado, e os efeitos colaterais relacionados com esta associação são pouco freqüentes e, geralmente, de pequena intensidade.

Extremidades frias, cansaço muscular temporário, fadiga, distúrbios gastrintestinais e, em casos isolados, bradicardia e alterações do sono são muito raros. Podem, também, ocorrer dores de cabeça, alterações de humor, vertigens e piora da insuficiência cardíaca.

Distúrbios do sono do tipo observado com outras drogas beta-bloqueadoras foram raramente relatados, assim como alopecia, trombocitopenia, púrpura, reações cutâneas semelhantes à psoríase, exacerbação da psoríase, distúrbios visuais, psicoses, alucinações e precipitação de bloqueio cardíaco em pacientes sensíveis.

Têm havido relatos de erupção cutânea e/ou olhos secos; nestes casos, recomenda-se a suspensão do medicamento e comunicar ao médico assistente.

Náusea e tontura têm sido ocasionalmente relatadas. Reações idiossincráticas à droga tais como trombocitopenia e leucopenia, raramente ocorrem. A incidência relatada é pequena, e, na maioria dos casos, os sintomas desaparecem quando o tratamento é descontinuado.

Caso algum desses sintomas ocorra sem que possa ser atribuído a outras causas, deve-se, então, considerar a suspensão da droga.

POSOLOGIA

Iniciar a terapia com 1 comprimido por dia de ANGIPRESS-CD 50 mg/12,5 mg. Não havendo resposta satisfatória após 15 dias, aumenta-se a dose para 1 comprimido de ANGIPRESS-CD 100 mg/25 mg ao dia. Aumentar-se mais a dose produzirá pouca ou nenhuma diminuição suplementar da pressão arterial, e, quando necessário, pode-se adicionar uma outra droga anti-hipertensiva como, por exemplo, um vasodilatador. Em geral, pacientes idosos e/ou com insuficiência renal grave respondem melhor a doses menores ou a uma freqüência menor de administração.

USO EM IDOSOS: Um comprimido ao dia de ANGIPRESS-CD de 50/12,5 mg ou de um a dois de 25/12,5 mg ao dia, é suficiente na maioria dos pacientes idosos com hipertensão principalmente naqueles que não respondem ao tratamento com baixas doses de apenas um dos componentes. Nos casos em que o controle de hipertensão não for alcançado, a adição de uma pequena dose de um terceiro agente, por exemplo um vasodilatador, pode ser adequada.

INSUFICIÊNCIA RENAL: Em pacientes com insuficiência renal grave, pode ser necessária uma redução na dose diária ou na freqüência de administração das doses. O Atenolol sofre excreção renal, portanto pode ser necessário ajuste de dosagem nos casos de insuficiência renal. Acumulação insignificante de Atenolol ocorre até o clearance de creatinina ficar abaixo de 35 ml/min/1,73 m² (faixa normal de 100-150 ml/min/1,73 m²). As dosagens máximas recomendadas para pacientes com insuficiência renal são:

Clearance de creatinina (ml/min/1,73 m ²)	Atenolol - Meia-vida de eliminação (h)	Dosagem máxima
15-35	16-27	50 mg/dia
<15	>27	50 mg em dias alternados

USO PEDIÁTRICO: Não há experiência pediátrica e, por esse motivo, não se recomenda a administração desse medicamento a crianças.

CONDUTA NA SUPERDOSE

Em caso de superdose recomenda-se esvaziamento gástrico e a adoção de medidas de apoio necessárias. Bradicardia excessiva pode ser tratada pela administração de 1 a 2 mg de atropina por via intravenosa que, se necessário, pode ser seguida por uma infusão intravenosa de 1-10 mg/hora de glucagon, ou um beta-estimulante beta-adrenérgico, tais como dobutamina (2,5 mcg a 10 mcg/Kg/min, i.v.) ou isoprenalina (10 a 25 mcg, velocidade de infusão não superior a 5 mcg/min). Dependendo da quantidade da superdose ingerida, para atingir a resposta desejada podem ser necessárias doses maiores de dobutamina ou isoprenalina, de acordo com as condições clínicas do paciente.

Há possibilidade de ocorrência de hipotensão após o uso de agonistas beta-adrenérgicos, mas pode-se reduzi-la pelo uso da dobutamina que é um agente mais seletivo. A diurese excessiva deve ser controlada através da manutenção de equilíbrio hidro-eletrolítico normal.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MS-1213.0188
Resp.Téc.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF/SP 354
Nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide cartucho.

Laboratórios Biosintética Ltda

Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91
Taboão da Serra - SP
CNPJ nº 53.162.095/0011-88
Indústria Brasileira



(4cdrco1)



CORDAREX
Besilato de Amlodipina
2,5 mg, 5 mg e 10 mg
Comprimidos

USO ADULTO

FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES

Comprimidos de 2,5 mg. Embalagem com 20 comprimidos.
Comprimidos de 5 mg. Embalagem com 10 ou 20 comprimidos.
Comprimidos de 10 mg. Embalagem com 20 comprimidos.

COMPOSIÇÕES

Cada comprimido de 2,5 mg contém:
Besilato de amlodipina (equivalente a 2,5 mg de amlodipina base) 3,47 mg
Excipiente q.s.p.
1 comprimido
(encompress anidro, microcel MC-102, croscarmelose sódica, talco, estearato de magnésio, corante laca de alumínio amarelo tartrazina)

Cada comprimido de 5 mg contém:
Besilato de amlodipina (equivalente a 5 mg de amlodipina base) 6,94 mg
Excipiente q.s.p.
1 comprimido
(encompress anidro, microcel MC-102, croscarmelose sódica, talco, estearato de magnésio)

Cada comprimido de 10 mg contém:
Besilato de amlodipina (equivalente a 10 mg de amlodipina base) 13,89 mg
Excipiente q.s.p.
1 comprimido
(encompress anidro, microcel MC-102, explosol, talco, estearato de magnésio, corante laca alumínio amarelo tartrazina)

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

.Ação esperada do medicamento: CORDAREX está indicado na hipertensão, na angina crônica estável e na angina vasoespástica.
.Cuidados de armazenamento: Conservar o produto longe do calor e protegido da luz e da umidade.
.Prazo de validade: Desde que sejam observados os devidos cuidados de armazenamento, CORDAREX apresenta prazo de validade de 24 meses, a partir da data de sua fabricação. Não utilize o produto após o vencimento do prazo de validade.
.Gravidez e lactação: CORDAREX não deve ser administrado durante a gravidez, principalmente nos três primeiros meses, nas mulheres com suspeita de gravidez e durante a lactação. Informe seu médico a ocorrência de gravidez na vigência do tratamento e se estiver amamentando.
.Cuidados de administração: "Siga as orientações do seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento."
.Interrupção do tratamento: "Não interromper o tratamento sem o conhecimento do seu médico."
.Reações adversas: Em geral, o tratamento com a Amlodipina é bem tolerado até doses de 10 mg/dia e as reações adversas apresentadas com o seu uso, geralmente foram de leve a moderada intensidade, sendo seus efeitos colaterais mais comuns: dor de cabeça, inchaço principalmente das pernas, vermelhidão, palpitação, cansaço e enjôos.

.TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

.Contra-indicações: Este produto está contra-indicado para pacientes com hipersensibilidade conhecida a quaisquer dos componentes da fórmula. Informe seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando antes do início, ou durante o tratamento.

.NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA A SUA SAÚDE.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

MODO DE AÇÃO

Amlodipina é quimicamente uma nova substância pertencente ao grupo dos agentes bloqueadores dos canais de cálcio diidropiridínicos. Provoca a inibição do fluxo transmembrana de íons cálcio (no músculo cardíaco) seletivamente, através de membranas celulares. Pode-se observar efeito inotrópico negativo "in vitro", porém esse efeito não foi observado em animais nas doses terapêuticas. A concentração sérica de cálcio não é afetada.

Na faixa de pH fisiológico, CORDAREX é um composto ionizado ($pK_a = 8,6$) e sua interação cinética com os canais de cálcio é caracterizada por um índice gradual de associação e dissociação com o sítio de ligação do receptor, resultando em um início gradual de ação.

CORDAREX é um vasodilatador arterial periférico que atua diretamente no músculo liso vascular e causa redução na resistência vascular periférica e redução na pressão sanguínea.

Na angina de esforço, CORDAREX reduz a resistência periférica total ("afterload") contra a qual o coração trabalha e reduz o produto frequência cardíaca X pressão e assim, a demanda miocárdica de oxigênio, em qualquer nível de exercício.

Na angina vasoespástica, a eficácia de CORDAREX é explicada pela inibição do espasmo coronário, restabelecendo o fluxo sanguíneo nas artérias coronarianas e arteríolas.

FARMACOCINÉTICA

Amlodipina é bem absorvida pelo trato gastrointestinal, atingindo picos plasmáticos entre a 6ª e 12ª hora, após administração oral. Liga-se em cerca de 93% às proteínas plasmáticas. Sua biodisponibilidade absoluta é estimada entre 64 e 90%. A biodisponibilidade de CORDAREX não é alterada pela alimentação.

Aproximadamente 90% de CORDAREX é convertido em metabólitos inativos, via metabolismo hepático.

Sua eliminação do plasma é bifásica, apresentando meia-vida de eliminação de 30 a 50 horas. Os níveis plasmáticos estabilizados são atingidos após o 7º ou 8º dia de tratamento.

A farmacocinética de CORDAREX não é significativamente influenciada pela disfunção renal. Pacientes com insuficiência renal podem receber a dose inicial usual.

Pacientes idosos e/ou com insuficiência hepática apresentam clearance de amlodipina diminuído, necessitando de uma dose inicial menor.

Administração de amlodipina, em estudos clínicos, não demonstrou alterações clínicas significantes no índice cardíaco ou pressão sanguínea em pacientes normotensos com angina.

Com administração oral diária crônica, a efetividade anti-hipertensiva é mantida por, pelo menos, 24 horas.

FARMACODINÂMICA

Como outros bloqueadores de canal de cálcio, medidas hemodinâmicas da função cardíaca no repouso e durante exercício, em pacientes com função ventricular normal, tratados com CORDAREX, têm demonstrado um leve aumento na frequência cardíaca sem influência significativa na pressão diastólica final do ventrículo esquerdo.

Em estudos hemodinâmicos, CORDAREX **não** está associado com um efeito inotrópico negativo quando administrado na faixa de dose terapêutica em animais e no homem, mesmo quando co-administrado com β -bloqueadores no homem. Achados similares têm sido observados em pacientes normais ou com insuficiência cardíaca bem compensada.

Em pacientes hipertensos com função renal normal, doses terapêuticas de CORDAREX resultaram em diminuição na resistência vascular renal e um aumento na taxa de filtração glomerular sem alteração na fração de filtração ou proteinúria.

CORDAREX não produz alteração na função nodal sinatrial ou na condução atrioventricular em animais e no homem, nem mesmo com o uso concomitante de β bloqueadores. Em estudos clínicos nos quais amlodipina foi administrada em combinação com β -bloqueadores em pacientes com hipertensão ou angina, não foram observados efeitos adversos nos parâmetros eletrocardiográficos.

A eficácia anti-hipertensiva da amlodipina foi demonstrada em vários estudos duplo cego, controlados, randomizados. A administração única diária produziu redução estatisticamente significativa na pressão sanguínea nas posições supina e em pé, 24 horas após sua administração, em pacientes com hipertensão leve a moderada. Manutenção do efeito sobre a pressão sanguínea após 24 horas de intervalo entre doses foi observado, com pequena diferença no pico e no efeito.

Não foi demonstrada tolerância em pacientes estudados num período de um ano.

Em estudos envolvendo pacientes com angina crônica estável foi observado aumento no tempo de exercício (p.e. bicicleta), com doses de 10 mg. Aumento de tempo de exercício limitado por sintomas de 12,8% (63 segundos) para doses de 10 mg e de 7,9% (38 segundos) para 5 mg. CORDAREX 10 mg também aumentou o tempo para ocorrer desvio de 1 mm no segmento ST e diminuiu o índice de ataques de angina. Tem-se demonstrado eficácia em pacientes com angina em tratamentos de longa duração.

Em pacientes com angina, não houve redução significativa na pressão sanguínea (4/1 mmHg) ou alteração na frequência cardíaca (+ 0,3 bpm).

INDICAÇÕES

No tratamento da hipertensão arterial como droga única ou em associação com outros agentes anti-hipertensivos, tais como agentes β -bloqueadores, diuréticos ou inibidores da enzima de conversão.

No tratamento da insuficiência coronariana como droga única ou em associação a outras drogas, pode ser usado na angina crônica estável e na angina vasoespástica (Prinzmetal ou angina variante).

CONTRA-INDICAÇÕES

CORDAREX está contra-indicado em pacientes que apresentam hipersensibilidade à amlodipina ou aos demais componentes da fórmula.

PRECAUÇÕES

No infarto do miocárdio ou na intensificação da angina: raramente pacientes com coronariopatia obstrutiva severa desenvolveram (de forma documentada) piora da angina (aumento da frequência dos episódios, da duração ou da severidade destes) ou infarto agudo do miocárdio, quando iniciaram a terapêutica com bloqueadores de canais de cálcio, ou quando tiveram sua dosagem aumentada. O mecanismo destes efeitos ainda não foi esclarecido.

Uso em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva: estudos clínicos com amlodipina em pacientes com classe funcional II ou III (NYHA) não demonstraram piora da insuficiência cardíaca baseados nas medidas do tempo de exercício, sintomas ou pela medida da fração de ejeção. Também foi demonstrado que o uso de amlodipina em associação com diuréticos, digitais e inibidores da ECA não aumentou a mortalidade e morbidade em pacientes com classe funcional III ou IV.

Uso em pacientes com insuficiência hepática: recomenda-se cautela ao se administrar amlodipina neste tipo de paciente, visto que a meia-vida dessa droga é prolongada nestes pacientes.

Pacientes portadores de insuficiência renal: não necessitam redução da posologia, uma vez que a amlodipina é amplamente metabolizada, sendo somente 10% excretado como droga inalterada pela urina.

Em pacientes com estenose aórtica severa, o uso de qualquer vasodilatador periférico pode induzir, se bem que raramente, à hipotensão aguda.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Até o presente momento, não existem estudos clínicos comprovando a segurança da amlodipina durante a gravidez e a lactação na espécie humana, todavia os estudos laboratoriais realizados em ratos, revelaram que a amlodipina prolonga o trabalho de parto com níveis de doses 50 vezes superiores à dose máxima recomendada na espécie humana. Desse modo, amlodipina só deverá ser usada durante a gravidez se os benefícios para a paciente justificarem o risco potencial para o feto.

Recomenda-se que o aleitamento seja descontinuado quando da administração de CORDAREX à mãe.

USO PEDIÁTRICO

Segurança e eficácia não foram estabelecidas em crianças.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

CORDAREX não tem efeito sobre o sítio de ligação das drogas testadas (digoxina, fenitoína, warfarina e indometacina). Não alterou o nível sérico nem o *clearance* renal de digoxina em voluntários normais. A cimetidina não alterou a farmacocinética da amlodipina. Quando administrado concomitantemente com a warfarina, não altera a resposta no tempo de protrombina.

Amlodipina tem sido administrada seguramente com: diuréticos tiazídicos, β bloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, nitratos, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, drogas antiinflamatórias não esteroidais, antibióticos e drogas hipoglicemiantes orais.

REAÇÕES ADVERSAS

Em geral, o tratamento com a amlodipina é bem tolerado com doses de até 10 mg/dia. A maioria das reações adversas descritas foram de leve ou moderada intensidade. Os efeitos colaterais mais comuns foram a cefaléia e o edema; outros efeitos colaterais foram relatados com incidência menor que 1%: tonturas, vermelhidão, palpitações, fadiga, náuseas, sonolência e dor abdominal.

Os eventos abaixo relacionados ocorreram em menos de 1% da população estudada (fase pré-comercialização) e aonde a relação causal não pode ser confirmada. Eles serão listados apenas como um alerta ao médico quanto a possibilidade de relação causal:

Cardiovascular: arritmia, bradicardia, dor no peito, hipotensão, isquemia periférica, síncope, taquicardia, hipotensão postural, vertigem postural;

Sistema nervoso central e periférico: hipoestesia, parestesia, tremor, vertigem;

Gastrintestinal: anorexia, constipação, dispepsia, disfagia, diarreia, flatulência, vômito;

Geral: astenia, dor nas costas, mal-estar, dores, tremores generalizados, ganho de peso;

Sistema músculo-esquelético: artralgia, artrose, câibras musculares, mialgia;
Psiquiátrico: disfunção sexual, insônia, nervosismo, depressão, sonhos anormais, ansiedade, despersonalização;
Sistema respiratório: dispnéia, epistaxe;
Pele: prurido, erupção na pele;
Órgãos dos sentidos: visão anormal, conjuntivite, diplopia, dor nos olhos, *tinitus*;
Sistema urinário: distúrbio de micção, noctúria;
Sistema nervoso autônomo: boca seca;
Metabólico e nutricional: sede;
Hematopoético: púrpura.

O uso de amlodipina não foi associado a alterações clinicamente significativas nos níveis séricos do potássio, glicose, triglicérides totais, colesterol total, HDL, ácido úrico, uréia ou creatinina.
Os eventos que se seguem já foram descritos após o período de comercialização em larga escala e sua relação causal ainda é incerta: ginecomastia, icterícia e elevações de enzimas hepáticas.
A amlodipina tem sido usada com segurança em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva compensada, doença vascular periférica, diabetes melittus e dislipidemias.

POSOLOGIA

A introdução de tratamento anti-hipertensivo com produtos antagonistas do íon cálcio deve sempre utilizar a menor dose. A seguir, em prazo de 7 a 14 dias (em média 10 dias), após a reavaliação clínica do paciente e de acordo com sua resposta terapêutica, inicia-se a titulação de dose. A terapêutica anti-hipertensiva com a amlodipina segue os mesmos preceitos.
Indivíduos de baixa estatura, baixo peso, idosos ou com insuficiência hepática, devem começar com 2,5 mg, uma vez ao dia. Esta dosagem também é indicada para pacientes submetidos a outra terapia anti-hipertensiva à qual se adiciona o CORDAREX.
A dosagem deve ser ajustada segundo as necessidades do paciente.
A dose recomendada para angina crônica estável ou vasoespástica é de 5 a 10 mg. A maioria dos pacientes necessita de 10 mg para o efeito adequado.
Quando co-administrado com outras drogas anti-hipertensivas e/ou antianginosas, CORDAREX tem sido administrado com segurança com tiazidas, β-bloqueadores, nitratos e/ou nitroglicerina sublingual.

CONDUTA NA SUPERDOSE

Amlodipina não é dialisável, portanto não se recomenda diálise. A superdosagem pode causar vasodilatação periférica, hipotensão e possivelmente taquicardia reflexa. Em caso de superdosagem recente, recomenda-se lavagem gástrica e medidas gerais de suporte (instalação de monitorização cardíaca e respiratória com aferições frequentes da pressão arterial) infusão de fluídos e substâncias vasopressoras.

ATENÇÃO: ESTE PRODUTO É UM NOVO MEDICAMENTO E, EMBORA AS PESQUISAS REALIZADAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA QUANDO CORRETAMENTE INDICADO, PODEM OCORRER REAÇÕES ADVERSAS IMPREVISÍVEIS AINDA NÃO DESCRITAS OU CONHECIDAS. EM CASO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA, O MÉDICO RESPONSÁVEL DEVE SER NOTIFICADO.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

CORDAREX 2,5 mg
Besilato de Amlodipina

Comprimidos
Biosintética
Contém 20 comprimidos.
Indicações, contra-indicações, precauções, interações medicamentosas, reações adversas, posologia, conduta na superdose: vide bula.

Composição:
Cada comprimido contém
Besilato de Amlodipina3,47 mg
(equivalente a 2,5 mg de Amlodipina base)
excipiente q.s.p.....1 comprimido

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Conservar o produto longe do calor e protegido da luz e da umidade.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

CORDAREX 5 mg
Besilato de Amlodipina

Comprimidos
Biosintética

Contém 10 ou 20 comprimidos.

USO ADULTO

Indicações, contra-indicações, precauções, interações medicamentosas, reações adversas, posologia, conduta na superdose: vide bula.

Composição:
Cada comprimido contém
Besilato de Amlodipina6,94 mg
(equivalente a 5 mg de Amlodipina base)
excipiente q.s.p.....1 comprimido

CORDAREX 10 mg
Besilato de Amlodipina
Biosintética
Comprimidos

Contém 20 comprimidos.

USO ADULTO

Composição, indicações, contra-indicações, precauções, interações medicamentosas reações adversas, posologia, conduta na superdose: vide bula.

Composição:
Cada comprimido contém
Besilato de Amlodipina13,89 mg
(equivalente a 10 mg de Amlodipina base)
excipiente q.s.p.....1 comprimido

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Conservar o produto longe do calor e protegido da luz e da umidade.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

MS-1.1213.0010
Resp.Técnn.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF-SP. 3544
Laboratórios Biosintética Ltda.
Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91
Taboão da Serra - SP
CNPJ nº 53.162.095/0001-88
Indústria Brasileira



(4crsco1)



CORUS
Losartam
25 mg e 50 mg
Comprimidos

USO ADULTO

FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES

Comprimidos revestidos de 25 mg e 50 mg. Embalagem com 28 comprimidos.

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido revestido de 25 mg contém:
Losartam potássico..... 25 mg
Excipiente q.s.p.1 comprimido
(Lactose, talco, Amido de Milho, Dióxido de Silício, Croscarmelose Sódica, Estearato de Magnésio, Polycoat, Dióxido de Titânio, Corante Laca amarelo tartrazina)

Cada comprimido revestido de 50 mg contém:
Losartam potássico..... 50 mg
Excipiente q.s.p. 1 comprimido
(Lactose, talco, Amido de Milho, Dióxido de Silício, Croscarmelose Sódica, Estearato de Magnésio, Polycoat, Dióxido de Titânio, Corante Laca Azul Brilhante)

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

Ação esperada do medicamento: O produto está indicado para o tratamento da hipertensão arterial.

Cuidados de armazenamento: Este produto deve ser conservado ao abrigo do calor excessivo, da luz e da umidade.

Prazo de validade: desde que sejam observados os cuidados de armazenamento, CORUS apresenta prazo de validade de 36 meses. Não utilize o produto após o vencimento do prazo de validade.

Gravidez e lactação: Losartam está contra-indicado para uso durante a gravidez e lactação. Informar sempre seu médico a ocorrência de gravidez na vigência do tratamento. Quando a gravidez for detectada, o uso de losartam deve ser descontinuado o mais breve possível.

Cuidados de Administração: Siga a orientação do seu médico respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento.

Interrupção do tratamento: Não interromper o tratamento sem o conhecimento do seu médico.

Reações adversas: Podem ocorrer as seguintes reações adversas: mal estar, fraqueza, dor abdominal, edema, dor no peito, náusea, faringite, diarreia, dor de cabeça, tontura, insônia, câibras, congestão nasal. Durante estudos clínicos, estes fenômenos, em geral, foram leves, não levando à interrupção do tratamento.

"TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS."

Ingestão concomitante com outras substâncias: O médico deve ter conhecimento da medicação que o paciente estiver tomando.

Contra-indicações e precauções: É contra-indicado para pacientes com hipersensibilidade conhecida ao Losartam ou a outros componentes da fórmula. Não deve ser usado durante a gravidez e lactação. Avise seu médico se você tiver alguma doença de fígado, rins ou insuficiência cardíaca. "Informe seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando, antes do início ou durante o tratamento."

"NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE."

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

MODO DE AÇÃO

CORUS possui como princípio ativo Losartam. Trata-se de um agente anti hipertensivo, antagonista específico de receptor (AT1) da angiotensina II, não peptídico e altamente seletivo, que não interfere na resposta à bradicinina (enquanto os inibidores de enzima de conversão de angiotensina intensificam esta resposta , o que pode levar a tosse aproximadamente 20% dos pacientes). Diminui a pressão sanguínea sem alterar o ritmo circadiano, a variabilidade da pressão sanguínea ou o ritmo do pulso. Não afeta o clearance de creatinina, o volume urinário, nem a excreção de sódio ou potássio.

Quando administrado oralmente, Losartam controla a pressão sanguínea por 24

horas, sem induzir à hipotensão nas primeiras horas da terapia. Isso permite que o produto seja administrado somente uma vez ao dia.

Losartam e seu principal metabólito ativo bloqueiam os efeitos vasoconstritor e secretor de aldosterona da angiotensina II por bloqueio seletivo da sua ligação aos receptores AT1 encontrados em vários tecidos. Estudos "in vitro" demonstram que Losartam é um inibidor competitivo do receptor AT1, efetuando uma ligação reversível.

Losartam e seu metabólito principal não inibem a enzima conversora de angiotensina (ECA), nem ligam-se ou bloqueiam outros receptores hormonais ou canais iônicos conhecidos como importantes na regulação do sistema cardiovascular.

FARMACODINÂMICA

Dados analisados sugerem que a maioria das ações dos inibidores da ECA se devem ao bloqueio da síntese da angiotensina II. Losartam tem afinidade pelos receptores específicos da angiotensina II; inibe competitivamente a resposta contrátil do músculo vascular liso e as respostas pressoras à angiotensina II administrada em forma exógena "in vivo"; diminui a pressão sanguínea na hipertensão angiotensina II-dependente, bloqueando-a em seu receptor.

A angiotensina II é um poderoso vasoconstritor e, em concentrações fisiológicas, aumenta a absorção tubular de sódio. Losartam bloqueia os efeitos renais produzidos por ela.

As concentrações plasmáticas de aldosterona caem após a administração de Losartam. Apesar deste efeito na secreção de aldosterona, a variação observada nos níveis de potássio plasmático é muito pequena.

O mecanismo primário do efeito anti-hipertensivo do Losartam é o bloqueio do efeito vasoconstritor da angiotensina II, que é demonstrado pela afinidade de união, tanto em modelos animais de hipertensão induzida experimentalmente, como em pacientes com hipertensão essencial.

Os inibidores da ECA e o Losartam (antagonista da angiotensina II) parecem ter efeitos hemodinâmicos sistêmicos e regionais similares. O efeito da inibição da ECA e o bloqueio da angiotensina sobre os diferentes componentes do sistema renina-angiotensina também são comparáveis, exceto por um aumento marcante nos níveis de angiotensina II no plasma durante o bloqueio dos receptores AT1 da angiotensina II. Esse aumento pode conduzir, teoricamente, a uma estimulação excessiva dos receptores AT2, porém, devido ao que se conhece da função desse receptor, é impossível avaliar a relação dessa elevação. Observou-se também um aumento da excreção de ácido úrico, com a administração de Losartam.

Os estudos comparativos preliminares com inibidores da ECA demonstraram que a eficácia anti-hipertensiva de Losartam é comparável à do Enalapril. Esses estudos também sugerem que, contrariamente aos inibidores da ECA, Losartam não produz tosse, nem angioedema.

Losartam não afeta a resposta à bradicinina, enquanto os inibidores da ECA aumentam a resposta à bradicinina. Em estudos realizados no homem Losartam não demonstrou efeito no índice de filtração glomerular, no fluxo plasmático renal ou na fração de filtração. Não produziu alterações significativas em estudos de múltiplas doses nas concentrações de prostaglandinas renais, triglicérides de jejum, colesterol total ou HDL colesterol bem como na glicemia.

Doses de 50 e 100 mg de Losartam, quando administradas duas vezes ao dia produzem resposta terapêutica mais adequada.

Pacientes de ambos os sexos e de idade inferior ou superior a 65 anos apresentam a mesma resposta clínica ao produto. Entretanto, pacientes de raça negra apresentam menor resposta à monoterapia com Losartam. O seu efeito se faz presente já na primeira semana de tratamento mas, em alguns estudos, o efeito máximo ocorreu entre 3 a 6 semanas.

FARMACOCINÉTICA

Losartam sofre um metabolismo de primeira passagem no fígado pela ação das enzimas do sistema citocromo P450. A oxidação do grupo 5-hidroximetil no anel imidazol resulta no metabólito ativo, que é responsável pela maior parte da ação de antagonismo do receptor de angiotensina II conseqüente ao tratamento com Losartam. A meia-vida terminal do Losartam é de cerca de 2 horas e a de seu metabólito é de 6 a 9 horas. A farmacocinética do Losartam e seu metabólito principal é linear com doses de até 200 mg por via oral. Nem o Losartam nem seu metabólito ativo se acumulam no plasma após dose única diária repetida.

O Losartam é bem absorvido por via oral e sua biodisponibilidade é de aproximadamente 33%. Cerca de 14% da dose administrada por via oral é convertida no metabólito ativo. As concentrações máximas de Losartam e de seu metabólito ativo atingem a concentração máxima em 1 hora e em 3-4 horas, respectivamente. Porquanto as concentrações máximas de Losartam e seu metabólito ativo sejam iguais, a área sob a curva de concentração pelo tempo (AUC) do metabólito é cerca de 4 vezes maior que a de Losartam. O alimento diminui a absorção de Losartam e reduz sua concentração máxima, mas tem pequeno efeito na sua AUC ou na AUC de seu metabólito ativo.

Ambos, Losartam e seu metabólito ativo, ligam-se altamente à proteína plasmática, primariamente albumina, com frações plasmáticas livres de 1,3% e 0,2%, respectivamente. Em ratos, o Losartam atravessa de modo pobre a barreira hematoencefálica. Em cerca de 1% dos indivíduos estudados, a conversão de Losartam para seu metabólito ativo em vez de corresponder a 14% da dose, índice tido como normal, atingiu menos que 1%.

O volume de distribuição de Losartam é de 34 litros e de seu metabólito ativo de 12 litros. O clearance plasmático total do Losartam e de seu metabólito ativo é de cerca 600 ml/min e 50 ml/min, respectivamente, com clearance renal de cerca de 75 ml/min e 25 ml/min, respectivamente. Quando o Losartam é administrado por via oral, cerca de 4% da dose é excretada na forma inalterada na urina e cerca de 6% excretada como metabólito ativo. Excreção biliar contribui para excreção de Losartam e seus metabólitos. Após administração oral, 35% é eliminado pela urina e 60% nas fezes.

As concentrações plasmáticas de Losartam e seu metabólito ativo são similares em idosos e jovens hipertensos de ambos os sexos. As concentrações plasmáticas de Losartam são duas vezes mais elevadas em mulheres hipertensas que em homens hipertensos, mas as concentrações do metabólito ativo são similares em ambos os sexos.

Pacientes com Insuficiência Renal: As concentrações plasmáticas de Losartam não estão alteradas em pacientes com clearance de creatinina superior a 30 ml/min. Em pacientes cujo clearance de creatinina é menor, as AUC são cerca de 50% maiores e podem duplicar nos pacientes com insuficiência renal que necessitam de hemodiálise. As concentrações plasmáticas do metabólito ativo não são significativamente alteradas em pacientes com comprometimento da função renal. Nem Losartam ou seu metabólito ativo podem ser removidos por hemodiálise.

Pacientes com Insuficiência Hepática: Em pacientes com cirrose hepática leve ou moderada, as concentrações plasmáticas de Losartam e seu metabólito ativo estão 5 vezes e 1,7 vezes, respectivamente maiores que no adulto jovem normal. O clearance nestes pacientes é cerca de 50% menor e a biodisponibilidade oral é cerca de duas vezes maior. Neste tipo de paciente assim como nos pacientes volume-depletados, recomenda-se iniciar a terapêutica com a menor dose (25mg), embora seu uso não seja recomendado na insuficiência hepática grave.

INDICAÇÕES

CORUS está indicado para o tratamento da hipertensão arterial como monoterapia ou ser usado em combinação com outros agentes anti hipertensivos.

CONTRA-INDICAÇÕES

É contra-indicado para pacientes com hipersensibilidade conhecida ao Losartam ou aos demais componentes da fórmula. Durante a gravidez e lactação.

PRECAUÇÕES

O uso de fármacos que agem diretamente no sistema renina-angiotensina durante o 2º ou 3º trimestre de gravidez pode causar alterações fetais, inclusive morte. Vários casos já foram relatados na literatura médica, em pacientes usando inibidores da ECA, durante o 2º ou 3º trimestre de gravidez. Estas alterações fetais incluem: hipotensão neonatal, hipoplasia craniana neonatal, anúria, insuficiência renal reversível ou irreversível e morte. Oligohidramnio também tem sido relatado. Em geral, está associado a malformações crânio-faciais. Essas reações adversas não parecem estar relacionadas ao uso dos fármacos no primeiro trimestre da gravidez. Assim, quando a gravidez for detectada, de imediato a medicação deve ser suspensa ou substituída.

Recomenda-se precaução na administração para pacientes com insuficiência renal ou hepática grave.

Recomenda-se precaução no início do tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca ou depletados de sódio (em tratamento com diuréticos ou com dietas hipossódicas restritas), pois pode produzir um quadro de hipotensão severa.

Recomenda-se administrar com precaução em pacientes com enfermidade cerebro-vascular ou cardiopatia isquêmica, nos quais o quadro pode se agravar como consequência de uma hipotensão severa.

Os pacientes devem ser advertidos sobre a necessidade de consultar seu médico em qualquer situação que possa indicar depleção de volume (vertigem, tontura) ou que possa provocá-la (transpiração excessiva, desidratação, diarreia, vômitos).

O Losartam apresenta um efeito uricosúrico potente.

Nos pacientes submetidos a cirurgia maior ou durante a anestesia com drogas que produzam hipotensão, Losartam pode bloquear a ação da angiotensina II formada como consequência da liberação compensadora de renina. Caso ocorra hipotensão, esta pode ser corrigida mediante a expansão de volume.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

O losartam está contra-indicado na vigência de gravidez e quando esta for detectada, seu uso deve ser descontinuado o mais breve possível. Como não se tem conhecimento se o losartam é excretado no leite humano, deve-se optar pela descontinuação do uso da droga ou da amamentação quando a droga for vital para a mãe.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Os efeitos anti-hipertensivos do Losartam podem ser aumentados por drogas hipotensoras que aumentam a liberação de renina.

Tem-se descrito efeitos natriuréticos e caliuréticos para o Losartam. Portanto, recomenda-se controle periódico da calemia em pacientes em tratamento com diuréticos.

Tem-se relatado toxicidade ao lítio em pacientes em tratamento com drogas que

aumentam a eliminação de sódio. Losartam tem sido administrado conjuntamente com diuréticos tiazídicos, antagonistas de cálcio e beta-bloqueadores, sem se observar interações adversas clinicamente significativas. O cetoconazol e o sulfafenasol são potentes inibidores do sistema citocromo P450 de metabolização. Não se sabe se uso concomitante destas drogas pode produzir alguma influência no efeito de Losartam.

REAÇÕES ADVERSAS

O produto é geralmente bem tolerado. Ocasionalmente, tem-se reportado mal estar epigástrico, diarreia, mialgia, câibras musculares, tonturas, insônia, congestão nasal, astenia, fraqueza, edema ou inchaço local, náuseas e faringites, cefaléia, hipotensão ortostática. Todos estes efeitos foram geralmente leves e não levaram a interrupção do tratamento. Durante os ensaios clínicos pré-comercialização da droga ocorreram 2 casos de angioedema (caracterizados por inchaço de lábios e pálpebras), que não puderam ser associados diretamente ao uso de Losartam, mas tiveram uma relação causal sugerida. Excepcionalmente, tem-se observado aumento leve e transitório das transaminases, da uréia e da creatinina.

POSOLOGIA

A dose inicial usual de CORUS é de 50 mg uma vez ao dia, ou 25 mg em pacientes com possível depleção de volume intravascular (por exemplo, pacientes em tratamento com diuréticos), e em pacientes com histórico clínico de insuficiência hepática. CORUS pode ser administrado uma ou duas vezes ao dia com doses diárias variando de 25 a 100 mg. Se o efeito anti-hipertensivo durante a fase de vale não for adequado usando se o esquema de dose única diária, um esquema de duas doses diárias pode ser instituído usando-se a mesma dose total ou aumentando-se a dose. Se a pressão sanguínea não for controlada com o uso do Losartam isolado, outros processos podem ser adicionados ao esquema posológico (p. ex.: diuréticos).

CONDUTA NA SUPERDOSE

Não existem antecedentes de superdosagem com Losartam. Não obstante, a manifestação mais provável é a hipotensão e a taquicardia; bradicardia poderia ocorrer pela estimulação parassimpática (vagal). Se ocorrer hipotensão sintomática, o tratamento de suporte deve ser instituído. Nem o Losartam nem seu metabólito ativo podem ser removidos por hemodiálise.

ATENÇÃO: ESTE PRODUTO É UM NOVO MEDICAMENTO E EMBORA AS PESQUISAS REALIZADAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA, QUANDO CORRETAMENTE INDICADO, PODEM OCORRER REAÇÕES ADVERSAS IMPREVISÍVEIS, AINDA NÃO DESCRITAS OU CONHECIDAS. EM CASO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA, O MÉDICO RESPONSÁVEL DEVE SER NOTIFICADO.

CORUS 25 mg
Losartam
Comprimidos revestidos
Biosintética

Contém 14 ou 28 comprimidos.

USO ADULTO

Indicações, contra-indicações, precauções, interações medicamentosas, reações adversas, posologia, conduta na superdose: vide bula.

Composição:
Cada comprimido revestido contém
Losartam25 mg
excipiente q.s.p.....1 comprimido revestido

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Conservar o produto longe do calor e protegido da luz e da umidade.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

CORUS 50 mg
Losartam
Comprimidos revestidos
Biosintética

Contém 14 ou 28 comprimidos revestidos.

USO ADULTO

Composição, indicações, contra-indicações, precauções, interações medicamentosas, reações adversas, posologia, conduta na superdose: vide bula.

Composição:
Cada comprimido revestido contém
Losartam50 mg
excipiente q.s.p.....1 comprimido revestido

MS-1213.0179
Resp.Téc.n.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF-SP. 3544
Laboratórios Biosintética Ltda.
Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91
Taboão da Serra - SP
CGC nº 53.162.095/0001-06
Indústria Brasileira



(4crhco1)



CORUS-H

Losartam / Hidroclorotiazida

50mg / 12,5 mg

Comprimidos

USO ADULTO

FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES

Comprimidos revestidos 50/12,5 mg. Embalagem com 14 e 28 comprimidos.

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido revestido de 50/12,5 mg contém:

Losartam

50 mg

Hidroclorotiazida

12,5 mg

Excipiente q.s.p.

1 comprimido

(Amido de Milho, croscarmelose sódica, lactose, dióxido de silício, microcel MC-102, talco, estearato de magnésio, polycoat incolor, dióxido de titânio, corante vermelho 40)

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

Ação esperada do medicamento: O produto está indicado para o tratamento da hipertensão arterial.

Cuidados de armazenamento: Este produto deve ser conservado ao abrigo do calor excessivo, da luz e da umidade.

Prazo de validade: desde que sejam observados os cuidados de armazenamento, CORUS-H apresenta prazo de validade de 36 meses. Não utilize o produto após o vencimento do prazo de validade.

Gravidez e lactação: Este produto está contra-indicado para uso durante a gravidez e na lactação. A Hidroclorotiazida atravessa a barreira placentária mas não a barreira hemato-encefálica e é excretada no leite materno. Informar sempre seu médico a ocorrência de gravidez na vigência do tratamento.

Cuidados de Administração: Siga a orientação do seu médico respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento.

Cuidados na interrupção do tratamento: Não interromper o tratamento sem o conhecimento do seu médico.

Reações adversas: Podem ocorrer as seguintes reações adversas: mal-estar, fraqueza, dor abdominal, edema, dor no peito, náusea, faringite, diarreia, dor de cabeça, tontura, insônia, câimbras, congestão nasal e exantema. Estes fenômenos, em geral, foram leves, não sendo necessário interromper o tratamento.

"TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS."

Ingestão concomitante com outras substâncias: O médico deve ter conhecimento da medicação que o paciente estiver tomando.

Contra-indicações e precauções: É contra-indicado para pacientes com hipersensibilidade conhecida ao Losartam, hidroclotiazida ou a outros componentes da fórmula. Não deve ser utilizado durante a gravidez e na lactação. Informe seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando, antes do início ou durante o tratamento. Informe seu médico a ocorrência de doença hepática, renal, insuficiência cardíaca ou diabetes.

"NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE."

INFORMACÕES TÉCNICAS

MODO DE AÇÃO

CORUS H possui como princípios ativos Losartam e a Hidroclorotiazida. O Losartam é um agente anti-hipertensivo, antagonista específico de receptor (AT1) da angiotensina II, não peptídico e altamente seletivo, que não interfere na resposta à bradicinina (enquanto os inibidores de enzima de conversão de angiotensina intensificam esta resposta, o que pode levar a tosse aproximadamente 20% dos pacientes). Diminui a pressão sanguínea sem alterar o ritmo circadiano, a variabilidade da pressão sanguínea ou o ritmo do pulso. Não afeta o clearance de creatinina, o volume urinário, nem a excreção de sódio ou potássio.

Quando administrado oralmente, Losartam controla a pressão sanguínea por 24

horas, sem induzir à hipotensão nas primeiras horas da terapia. Isso permite que o produto seja administrado somente uma vez ao dia.

Losartam e seu principal metabólito ativo bloqueiam os efeitos vasoconstritor e secretor de aldosterona da angiotensina II por bloqueio seletivo da ligação da angiotensina II aos receptores AT1 encontrados em vários tecidos. Estudos "in vitro" demonstram que Losartam é um inibidor competitivo do receptor AT1, efetuando uma ligação reversível.

Losartam e seu metabólito principal não inibem a enzima conversora de angiotensina (ECA), nem ligam-se ou bloqueiam outros receptores hormonais ou canais iônicos conhecidos como importantes na regulação do sistema cardiovascular.

A Hidroclorotiazida é um diurético tiazídico com ação nos mecanismos de reabsorção tubular renal de eletrólitos, aumentando diretamente a excreção de sódio e cloretos em quantidades aproximadamente equivalentes. Indiretamente, a ação diurética das tiazidas reduz o volume plasmático com aumento da atividade da renina plasmática, aumento na secreção de aldosterona, aumento das perdas urinárias de potássio e redução do potássio plasmático. Assim, a administração de um antagonista de angiotensina tende a reverter a perda de potássio associado com a diurese. O mecanismo do efeito anti-hipertensivo dos diuréticos tiazídicos é desconhecido, embora a resposta à terapia pareça estar relacionada com alteração do balanço de sódio, pequena redução do volume de líquido extracelular e plasmático e, talvez, alguma alteração na resistência vascular periférica após poucos meses.

FARMACODINÂMICA

Dados analisados sugerem que a maioria das ações dos inibidores da ECA se devem ao bloqueio da síntese da angiotensina II. Losartam tem afinidade pelos receptores específicos da angiotensina II, inibe competitivamente a resposta contrátil do músculo vascular liso e as respostas pressoras à angiotensina II administrada em forma exógena "in vivo"; diminui a pressão sanguínea na hipertensão angiotensina II - dependente, bloqueando-a em seu receptor.

A angiotensina II é um poderoso vasoconstritor e, em concentrações fisiológicas, aumenta a absorção tubular de sódio. Losartam bloqueia os efeitos renais produzidos por ela. As concentrações plasmáticas de aldosterona caem após a administração de Losartam. Apesar deste efeito na secreção de aldosterona, a variação observada nos níveis de potássio plasmático é muito pequena.

O mecanismo primário do efeito anti-hipertensivo do Losartam é o bloqueio do efeito vasoconstritor da angiotensina II, que é demonstrado pela afinidade de união, tanto em modelos animais de hipertensão induzida experimentalmente, como em pacientes com hipertensão essencial.

Os inibidores da ECA e o Losartam (antagonista da angiotensina II) parecem ter efeitos hemodinâmicos sistêmicos e regionais similares. O efeito da inibição da ECA e o bloqueio da angiotensina sobre os diferentes componentes do sistema renina-angiotensina também são comparáveis, exceto por um aumento marcante nos níveis de angiotensina II no plasma durante o bloqueio dos receptores AT1 da angiotensina II. Esse aumento pode conduzir, teoricamente, a uma estimulação excessiva dos receptores AT2, porém, devido ao que se conhece da função desse receptor é impossível avaliar a relação dessa elevação. Observou-se também um aumento da excreção de ácido úrico com a administração de Losartam.

Os estudos comparativos preliminares com inibidores da ECA demonstraram que a eficácia anti-hipertensiva de Losartam é comparável à do enalapril. Esses estudos também sugerem que, contrariamente aos inibidores da ECA, Losartam não produz tosse nem angioedema.

Losartam não afeta a resposta à bradicinina, enquanto os inibidores da ECA aumentam a resposta à bradicinina. Em estudos realizados no homem, Losartam não demonstrou efeito no índice de filtração glomerular, no fluxo plasmático renal ou na fração de filtração. Não produziu alterações significativas em estudos de múltiplas doses nas concentrações de prostaglandinas renais, triglicérides de jejum, colesterol total ou HDL-colesterol bem como na glicemia.

Doses de 50 e 100 mg quando administradas duas vezes ao dia produzem resposta terapêutica mais adequada. O efeito de Losartam se faz presente já na primeira semana de tratamento, mas em alguns estudos o efeito máximo ocorreu entre 3 a 6 semanas.

Estudos controlados de Losartam e Hidroclorotiazida estabelecendo a eficácia anti-hipertensiva de várias doses de Losartam (25, 50 e 100 mg) e Hidroclorotiazida concomitante (6,25, 12,5 e 25 mg) e comparados ao placebo, demonstraram uma resposta anti-hipertensiva adicional ao nível de fase vale de concentração (24 horas). Pacientes de ambos os sexos e de idade inferior ou superior a 65 anos apresentam a mesma resposta clínica ao produto. Pacientes de raça negra apresentam uma resposta mais intensa à Hidroclorotiazida que aqueles de raça branca e menor resposta ao Losartam. A resposta total ao uso da combinação fixa foi semelhante em pacientes de raça negra ou branca.

FARMACOCINÉTICA

Losartam sofre um metabolismo de primeira passagem no fígado pela ação das enzimas do sistema citocromo P450. A oxidação do grupo 5-hidroximetil no anel imidazol resulta no metabólito ativo, que é responsável pela maior parte da ação de antagonismo do receptor de angiotensina II conseqüente ao tratamento com Losartam. A meia-vida terminal do Losartam é de cerca de 2 horas e a de seu metabólito é de cerca de 6 a 9 horas. A farmacocinética do Losartam e seu metabólito principal é linear com doses de até 200 mg por via oral. Nem o Losartam

nem seu metabólito ativo se acumulam no plasma após dose única diária repetida. O Losartam é bem absorvido por via oral e sua biodisponibilidade é de aproximadamente 33%. Cerca de 14% da dose administrada por via oral é convertida no metabólito ativo. As concentrações máximas de Losartam e de seu metabólito ativo atingem a concentração máxima em 1 hora e em 3-4 horas, respectivamente. Porquanto as concentrações máximas de Losartam e seu metabólito ativo sejam iguais, a área sob a curva de concentração pelo tempo (AUC) do metabólito é cerca de 4 vezes maior que a de Losartam. O alimento diminui a absorção de Losartam e reduz sua concentração máxima, mas tem pequeno efeito na sua AUC ou na AUC de seu metabólito ativo.

Ambos, Losartam e seu metabólito ativo, ligam-se altamente à proteína plasmática, primariamente albumina, com frações plasmáticas livres de 1,3% e 0,2%, respectivamente. Em ratos, o Losartam atravessa de modo pobre a barreira hemato-encefálica. Em cerca de 1% dos indivíduos estudados, a conversão de Losartam para seu metabólito ativo em vez de corresponder a 14% da dose, índice tido como normal, atingiu menos que 1%.

O volume de distribuição de Losartam é de 34 litros e de seu metabólito ativo de 12 litros. O clearance plasmático total do Losartam e de seu metabólito ativo é de cerca 600 ml/min e 50 ml/min respectivamente, com clearance renal de cerca de 75 ml/min e 25 ml/min, respectivamente. Quando o Losartam é administrado por via oral, cerca de 4% da dose é excretada na forma inalterada na urina e cerca de 6% excretada como metabólito ativo. Excreção biliar contribui para excreção de Losartam e seus metabólitos. Após administração oral, 35% é eliminado pela urina e 60% nas fezes.

As concentrações plasmáticas de Losartam e seu metabólito ativo são similares em idosos e jovens hipertensos de ambos os sexos. As concentrações plasmáticas de Losartam são duas vezes mais elevadas em mulheres hipertensas que em homens hipertensos, mas as concentrações do metabólito ativo são similares em ambos os sexos.

Hidroclorotiazida: Após a administração oral de Hidroclorotiazida, a diurese inicia-se dentro de 2 horas, atinge seu pico em cerca de 4 horas e dura cerca de 6 a 12 horas. A Hidroclorotiazida não é metabolizada, sendo eliminada rapidamente pelos rins. Quando os níveis plasmáticos foram determinados durante 24 horas, a meia-vida plasmática variou entre 5,6 e 14,8 horas. Pelo menos 61% da dose oral é eliminada inalterada dentro das 24 horas. A Hidroclorotiazida cruza a barreira placentária mas não a hemato-encefálica e é excretada no leite materno.**Pacientes com Insuficiência Renal:** As concentrações plasmáticas de Losartam não estão alteradas em pacientes com clearance de creatinina superior a 30 ml/min. Em pacientes cujo clearance de creatinina é menor; as AUC são cerca de 50% maiores e podem duplicar nos pacientes com insuficiência renal que necessitam de hemodiálise. As concentrações plasmáticas do metabólito ativo não são significativamente alteradas em pacientes com comprometimento da função renal.

Nem Losartam ou seu metabólito ativo podem ser removidos por hemodiálise.

Pacientes com Insuficiência Hepática: Em pacientes com cirrose hepática leve ou moderada as concentrações plasmáticas de Losartam e seu metabólito ativo estão 5 vezes e 1,7 vezes, respectivamente, maiores que no adulto jovem normal. O clearance nestes pacientes é cerca de 50% menor e a biodisponibilidade oral é cerca de duas vezes maior.

Corus H não é recomendado para pacientes com comprometimento hepático que requerem tratamento com Losartam. A dose inicial de Losartam recomendada para estes pacientes (25mg) não pode ser administrada na forma de Corus H (devido à existência do diurético). Outros tiazídicos também devem ser evitados uma vez que pequenas alterações no balanço hidrolítico e dos eletrólitos podem precipitar o coma hepático.

INDICAÇÕES

CORUS H está indicado para o tratamento da hipertensão arterial. A combinação de dose fixa não está indicada para terapêutica inicial.

CONTRA-INDICAÇÕES

É contra-indicado para pacientes com hipersensibilidade conhecida ao Losartam e/ou à Hidroclorotiazida ou aos demais componentes da fórmula. Durante gravidez e lactação. Por causa da Hidroclorotiazida, este produto é contra-indicado em pacientes com anúria ou hipersensibilidade a outras drogas derivadas da sulfanilamida.

PRECAUÇÕES

Recomenda-se precaução na administração para pacientes com insuficiência renal ou hepática graves.

Recomenda-se precaução no início do tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca ou depletados de sódio (em tratamento com diuréticos ou com dietas hipossódicas restritas), pois pode produzir um quadro de hipotensão severa.

Recomenda-se administrar com precaução em pacientes com enfermidade cerebro-vascular ou cardiopatia isquêmica, nos quais o quadro pode se agravar como consequência de uma hipotensão severa.

Os pacientes devem ser advertidos sobre a necessidade de consultar seu médico em qualquer situação que possa indicar depleção de volume (vertigem, tontura) ou que possa provocá-la (transpiração excessiva, desidratação, diarreia, vômitos).

O Losartam apresenta um efeito uricosúrico potente, por isso, em combinação com Hidroclorotiazida atenua a hiperuricemia induzida pelo diurético.

Nos pacientes submetidos à cirurgia maior ou durante a anestesia com drogas que produzam hipotensão, Losartam pode bloquear a ação da angiotensina II formada como consequência da liberação compensadora de renina. Caso ocorra hipotensão, esta pode ser corrigida mediante a expansão de volume.

Diuréticos tiazídicos devem ser usados com cautela em pacientes com função hepática deteriorada ou doença hepática progressiva, uma vez que pequenas alterações no balanço hidroeletrólítico podem precipitar coma hepático. Os diuréticos tiazídicos podem exacerbar ou ativar o lupus eritematoso sistêmico. Reações de hipersensibilidade aos tiazídicos podem ocorrer em pacientes com ou sem histórico clínico de alergia ou asma brônquica, mas são mais prováveis que ocorram em pacientes com tal histórico.

Nos estudos realizados com o uso de Losartam e Hidroclorotiazida, a incidência de pacientes hipertensos que desenvolveram hipercalemia ou hipocalemia foi muito pequena e nenhum paciente teve que descontinuar o tratamento por alterações para mais ou para menos do potássio sérico.

Todo paciente recebendo tratamento com diuréticos tiazídicos deve ser observado periodicamente para os sinais clínicos de alterações no balanço hidroeletrólítico: hiponatremia, alcalose hipoclorêmica e hipocalemia. A determinação de eletrólitos séricos e urinários são de particular importância. O uso de diuréticos tiazídicos pode requerer, em pacientes diabéticos, ajustes na dose de insulina ou agentes hipoglicemiantes orais. Hiperglicemia pode ocorrer com o uso de tiazídicos, assim diabetes mellitus latente pode se tornar manifesta durante a terapia com tiazídicos. A terapia com diuréticos tiazídicos aumenta a excreção de magnésio urinário que pode resultar em hipomagnesemia, bem como redução na excreção de cálcio com ligeira elevação do cálcio sérico.

Hipotensão sintomática: paciente recebendo CORUS-H deve ser alertado quanto à possibilidade de sofrer tontura, especialmente nos primeiros dias da terapia e tal sintoma deve ser referido ao médico. Ocorrendo síncope, a medicação deve ser interrompida e o médico informado à respeito.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

O losartam está contra-indicado para uso durante a gravidez e na lactação. O uso de fármacos que agem diretamente no sistema renina-angiotensina durante o segundo ou terceiro trimestre de gravidez pode causar alterações fetais, inclusive morte. Vários casos já foram relatados na literatura médica, em pacientes usando inibidores da ECA durante o 2º ou 3º trimestre de gravidez. Estas alterações fetais incluem: hipotensão neonatal, hipoplasia craniana neonatal, anúria, insuficiência renal reversível ou irreversível e morte.

A hidroclotiazida atravessa a barreira placentária mas não a hemato-encefálica. Devido à Hidroclorotiazida ser excretada pelo leite materno, deve-se optar pela descontinuação da amamentação ou do uso da droga quando esta for vital para a mãe.

Quando a gravidez for detectada, o uso de CORUS H deve ser descontinuado o mais breve possível.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Os efeitos anti-hipertensivos do Losartam podem ser aumentados por drogas hipotensoras que aumentam a liberação de renina.

Tem-se descrito efeitos natriuréticos e caliuréticos para o Losartam. Portanto, recomenda-se controle periódico da calemia em pacientes em tratamento com diuréticos.

Tem-se comunicado toxicidade ao lítio em pacientes em tratamento com drogas que aumentam a eliminação de sódio.

Losartam tem sido administrado conjuntamente com diuréticos tiazídicos, antagonistas de cálcio e beta-bloqueadores, sem se observar interações adversas clinicamente significativas.

O cetoconazol e o sulfafenazol são potentes inibidores do sistema citocromo P450 de metabolização. Não se sabe se o uso concomitante pode produzir alguma influência no efeito de Losartam.

O uso concomitante de diuréticos tiazídicos com álcool, barbitúricos ou narcóticos pode provocar hipotensão ortostática. A absorção da Hidroclorotiazida é fortemente reduzida pelo uso concomitante de resinas tipo colestiramina ou colestipol. O uso conjunto com ACTH intensifica a depleção eletrólítica causada pelo diurético e pode levar à hipocalemia. O uso concomitante com droga antiinflamatória não-esteroidal pode produzir redução do efeito diurético e anti-hipertensivo dos agentes tiazídicos.

REAÇÕES ADVERSAS

O produto é geralmente bem tolerado. Ocasionalmente, tem-se reportado mal estar epigástrico, diarreia, mialgia, câimbras musculares, tonturas, insônia, congestão nasal, astenia, fraqueza, edema ou inchaço local, náuseas e faringites, cefaléia, hipotensão ortostática. Todos estes efeitos foram geralmente leves e não levaram à interrupção do tratamento.

Durante os ensaios clínicos pré-comercialização da droga ocorreram 2 casos de angioedema (caracterizados por inchaço de lábios e pálpebras), que não puderam ser associados diretamente ao uso de Losartam, mas tiveram uma relação causal sugerida.

Excepcionalmente, tem-se observado aumento leve e transitório das transaminases, da uréia e da creatinina.

POSOLOGIA

A dose inicial usual de Losartam é de 50 mg uma vez ao dia, ou 25 mg em pacientes com possível depleção de volume intravascular (por exemplo, pacientes em tratamento com diuréticos), e em pacientes com histórico clínico de insuficiência hepática. Losartam pode ser administrado uma ou duas vezes ao dia com doses diárias variando de 25 a 100 mg. Se o efeito anti-hipertensivo durante a fase de vale não for adequado usando-se o esquema de dose única diária, um esquema de duas doses diárias pode ser instituído usando-se a mesma dose total ou aumentando-se a dose.

Pacientes que não são controlados adequadamente com Losartam ou Hidroclorotiazida em separado podem ser submetidos à terapia com CORUS-H. A dose inicial é de 1 comprimido uma vez ao dia. Se a pressão sanguínea permanecer sem controle adequado após cerca de 3 semanas de terapia, a dose pode ser aumentada para dois comprimidos ao dia. Não se recomenda mais que dois comprimidos diários.

* Uso em pacientes com insuficiência renal: A terapia com CORUS-H pode ser realizada enquanto o clearance de creatinina do paciente for superior a 30 ml/min.

* Uso em pacientes com insuficiência hepática: A dose apropriada para início de tratamento é sempre com 25 mg de Losartam. CORUS-H 50/12,5 mg não é indicado para tratamento de pacientes com insuficiência hepática.

CONDUTA NA SUPERDOSE

Não existem antecedentes de superdose com Losartam. Não obstante, a manifestação mais provável é a hipotensão e a taquicardia; bradicardia poderia ocorrer pela estimulação parassimpática (vagal).

Com relação à Hidroclorotiazida, os sinais e sintomas mais comuns são aqueles causados por depleção hidroeletrolítica e desidratação resultante da diurese excessiva.

Tratamento de suporte deve ser instituído visando manter o balanço hidroeletrolítico do paciente.

ATENÇÃO: ESTE PRODUTO É UM NOVO MEDICAMENTO E EMBORA AS PESQUISAS REALIZADAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA, QUANDO CORRETAMENTE INDICADO, PODEM OCORRER REAÇÕES ADVERSAS IMPREVISÍVEIS, AINDA NÃO DESCRITAS OU CONHECIDAS. EM CASO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA, O MÉDICO RESPONSÁVEL DEVE SER NOTIFICADO.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Corus-H 50mg / 12,5 mg

Losartam/Hidroclorotiazida

Comprimidos

Biosintética

Contém 14 e 28 comprimidos revestidos.

Composição, indicações, contra-indicações, precauções, reações adversas, posologia, conduta na superdose: vide bula.

Contém 14 e 28 comprimidos revestidos.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Conservar longe do calor excessivo e da umidade.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

MS - 1213.0195

Resp.Técn.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF-SP. 3544

Laboratórios Biosintética Ltda.

Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91

Taboão da Serra - S.P.

CGC nº 53.162.095/0001-06

Indústria Brasileira



(2dsgca1)



DISGREN®
TRIFLUSAL

FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÃO:
Cápsulas. Embalagens com 20 cápsulas de 300 mg.

USO ADULTO

Composição
Cada cápsula contém:
Triflusal.....
300 mg

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

Ação esperada do medicamento: DISGREN é um inibidor da agregação plaquetária que possui atividade antitrombótica e portanto está indicado no tratamento e prevenção das doenças tromboembólicas e outras doenças que evoluem com hiperatividade das plaquetas, como por exemplo trombose venosa, infarto do miocárdio, etc.

Cuidados de armazenamento: O produto deve ser conservado protegido do calor (abaixo de 25º) em sua embalagem original.

Prazo de validade: Desde que sejam observados os cuidados de armazenamento, DISGREN apresenta prazo de validade de 24 meses. Não utilize o produto com o prazo de validade vencido.

Gravidez e lactação: Este produto está contra-indicado para gestantes e mulheres que estão amamentando. Informe seu médico a ocorrência de gravidez na vigência do tratamento ou após o seu término. Informar ao médico se está amamentando.

Cuidados de administração: DISGREN pode ser administrado juntamente com outros medicamentos. Cuidados devem ser tomados com pacientes que fazem uso de anticoagulantes e antidiabéticos orais. "Siga a orientação do seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento."

Interrupção do tratamento: "Não interromper o tratamento sem o conhecimento do seu médico."

Reações adversas: Em pessoas hipersensíveis podem ocorrer distúrbios gástricos que, em geral, desaparecem com o uso de antiácidos. "Informe seu médico o aparecimento de reações desagradáveis."

"TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS."

Contra-indicações e Precauções: Este produto está contra-indicado para pacientes com hipersensibilidade ao triflusal ou a salicilatos, em pacientes com hemorragias recentes e com hipoatividade plaquetária.

"NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO, PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE."

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

TRIFLUSAL é a Denominação Comum Internacional (DCI) designada pela OMS ao ácido 2-acetoxi-4-trifluorometilbenzóico.

DISGREN é um potente inibidor da agregação plaquetária induzida por agentes como ADP, adrenalina e colágeno, que possui uma potente atividade antitrombótica, demonstrada por experiência clínica e farmacológica.

A atividade antiagregante e antitrombótica de DISGREN constitui a base fisiológica de sua eficácia na profilaxia e tratamento das doenças tromboembólicas e de outros processos patológicos originados ou que cursam com uma hiperatividade das plaquetas.

INDICAÇÕES

- Tratamento e profilaxia das doenças tromboembólicas, vasculopatias periféricas e alterações cérebro-vasculares;-
- Prevenção da trombose venosa pós-operatória;-
- Prevenção do infarto do miocárdio;-
- Prevenção do reinfarto do miocárdio;-
- Prevenção das lesões ateroscleróticas;-
- Redução do risco de doenças vasculares em pacientes com hiperatividade plaquetária;-
- Prevenção de trombose em enxertos aortocoronários;-
- Tratamento de microangiopatia diabética.

CONTRA-INDICAÇÕES

Está contra-indicado em pessoas com hipersensibilidade ao triflusal ou a salicilatos, em pessoas com hipoatividade plaquetária e em pacientes com hemorragias recentes ou úlcera péptica.

PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS

Gravidez

Embora não haja evidência da existência de efeitos teratogênicos, não é recomendado o uso de DISGREN durante a gravidez.

Incompatibilidades

Não se conhecem incompatibilidades de DISGREN com outros medicamentos. Deve ser administrado com precaução a pacientes submetidos a tratamento com anticoagulantes, já que aumenta sua ação.

DISGREN pode potencializar a ação dos hipoglicemiantes orais e obrigar a uma redução de doses dos mesmos.

REAÇÕES ADVERSAS

Em pessoas hipersensíveis, podem ocorrer distúrbios gástricos que em geral desaparecem com o uso de antiácidos.

POSOLOGIA

De 1 a 3 cápsulas de DISGREN 300 mg ao dia, ou segundo critério médico, preferencialmente durante ou após as refeições.

SUPERDOSE

No caso de intoxicação acidental, que só pode ocorrer no caso de ingestão de doses muito elevadas, podem aparecer sintomas de excitação ou de depressão do S.N.C., alterações do sistema cárdio-circulatório e respiratório e desequilíbrio eletrolítico.

Hemorragias digestivas e diarreia: o tratamento consiste na administração de uma suspensão aquosa de carvão ativo. Lavagem gástrica após o esvaziamento do estômago.

Manter o equilíbrio eletrolítico. Instalar tratamento sintomático.

DISGREN®

Triflusal

USO ADULTO

Contém: 20 cápsulas

Composição, indicações, contra-indicações, precauções, reações adversas, posologia, conduta na superdose: vide bula.

Cada cápsula contém:

Triflusal.....300mg

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

CONSERVAR O PRODUTO EM LOCAL SECO E FRESCO EM TEMPERATURA DE ATÉ 25°C.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

Resp. Técn. Farm.: Dr. L.A. Maschietto - CRF-SP 3544

Laboratórios Biosintética Ltda.

Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91

Taboão da Serra - SP.

CGC nº 53.162.095/0001-06

Indústria Brasileira



(2eprco1)



EUPRESSIN
Maleato de Enalapril
2,5 mg , 5mg , 10mg e 20 mg
Comprimidos

USO ADULTO

FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÃO
Comprimidos de 2,5mg, 5mg, 10mg e 20mg. Embalagens com 30 comprimidos

COMPOSIÇÃO
Cada comprimido de EUPRESSIN 2,5 mg contém:
Maleato de Enalapril 2,5 mg
Excipiente q.s.p. 1 comprimido
(Bicarbonato de sódio, Lactose, Amido de milho, Amido pré-gelatinizado, Óxido de ferro amarelo, Estearato de magnésio)

Cada comprimido de EUPRESSIN 5 mg contém:
Maleato de Enalapril 5 mg
Excipiente q.s.p. 1 comprimido
(Bicarbonato de sódio, Lactose, Amido de milho, Amido pré-gelatinizado, Estearato de magnésio)

Cada comprimido de EUPRESSIN 10 mg contém:
Maleato de Enalapril 10 mg
Excipiente q.s.p. 1 comprimido
(Bicarbonato de sódio, Lactose, Amido de milho, Amido pré-gelatinizado, Estearato de magnésio)

Cada comprimido de EUPRESSIN 20 mg contém:
Maleato de Enalapril 20 mg
Excipiente q.s.p. 1 comprimido
(Bicarbonato de sódio, Lactose, Amido de milho, Amido pré-gelatinizado, Estearato de magnésio)

INFORMAÇÕES AO PACIENTE
Ação esperada do medicamento: O EUPRESSIN (maleato de enalapril) tem sido efetivo no tratamento da hipertensão arterial e na insuficiência cardíaca crônica.
Cuidados de armazenamento: Este produto deve ser conservado ao abrigo do calor excessivo, da luz e da umidade.

NOTA: " PRODUTO EXTREMAMENTE SENSÍVEL À UMIDADE DO AMBIENTE. SÓ RETIRE O COMPRIMIDO NO MOMENTO DA INGESTÃO. CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR OUTRA BOLSA DE COMPRIMIDO PRÓXIMA, POIS QUANDO EXPOSTO A UMIDADE O COMPRIMIDO PERDE SUA CONSISTÊNCIA."

Prazo de validade: Desde que sejam observados os cuidados de armazenamento, EUPRESSIN (maleato de enalapril) apresenta prazo de validade de 36 meses a partir da data de fabricação. Não utilize o produto após o vencimento do prazo de validade.

Gravidez e lactação: O Enalapril está **contra-indicado** para uso durante a gravidez e lactação. Informe sempre seu médico a ocorrência de gravidez na vigência do tratamento ou após o seu término. Informe seu médico se está amamentando. Quando a gravidez for detectada, o uso do EUPRESSIN (maleato de enalapril) deve ser descontinuado o mais breve possível.

Cuidados de Administração: Siga a orientação do seu médico respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento. Como a absorção do maleato de enalapril não é afetada pela ingestão de alimentos, os comprimidos podem ser tomados antes, durante ou após as refeições.

Interrupção do tratamento: Não interrompa o tratamento sem o conhecimento do seu médico.

Reações adversas: O Enalapril é geralmente bem tolerado; a frequência de interrupção do tratamento como consequência dos efeitos colaterais está próximo de 16%. Os efeitos colaterais mais frequentemente relatados, incluem: tosse, cefaléia (dor de cabeça), tonturas e cansaço

"TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS."

Ingestão concomitante com outras substâncias: O médico deve ter conhecimento da medicação que o paciente estiver tomando.

Contra-indicações e precauções: EUPRESSIN (maleato de enalapril) é contra indicado para pacientes com hipersensibilidade conhecida ao maleato de enalapril ou a outros componentes da fórmula e também nos pacientes com história de angioedema relacionado ao emprego de inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA). É contra-indicado o uso dos inibidores da ECA (classe de drogas da qual pertence o maleato de enalapril) durante a gravidez e lactação. "Informe seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando, antes do início ou durante o tratamento."

"NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE."

ATENÇÃO: O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA) SÓ DEVE SER FEITO SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO. Não compre medicamento para hipertensão sem orientação médica.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

MODO DE AÇÃO

EUPRESSIN é o sal maleato de enalapril, um derivado de dois aminoácidos, L alanina e L-prolina. Após administração oral, EUPRESSIN (maleato de enalapril) é rapidamente absorvido e, a seguir, hidrolisado a enalaprilato, que é um inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) altamente específico, de longa ação e não sulfidrílico. Pode ser usado isoladamente como terapia inicial ou associado à outros anti-hipertensivos, particularmente os diuréticos. EUPRESSIN (maleato de enalapril) inibe a formação de Angiotensina II, um potente vasoconstritor (substância que diminui o calibre dos vasos sanguíneos e aumenta a pressão arterial), que também estimula a secreção de Aldosterona (substância responsável pela retenção de água e sódio no organismo). Portanto, a inibição da ECA resulta em um nível plasmático diminuído de Angiotensina II, e como consequência, leva à uma diminuição da atividade vasopressora e diminuição da secreção da Aldosterona (o que pode resultar em discreto aumento nos níveis séricos do potássio). Através desta ação, EUPRESSIN (maleato de enalapril) pode também facilitar o trabalho do coração, tornando-o mais eficiente, o que é importante em casos de insuficiência cardíaca. O início da ação de EUPRESSIN (maleato de enalapril) é suave e gradativo; inicia-se dentro de uma hora e seus efeitos geralmente continuam por 24 horas. O controle da pressão arterial é, em geral, obtido após alguns dias de tratamento.

INDICAÇÕES

EUPRESSIN (maleato de enalapril) é indicado no tratamento da hipertensão arterial em todos os graus, sendo efetivo em uso isolado, ou em combinações com outros agentes anti-hipertensivos; na hipertensão renovascular; no tratamento da insuficiência cardíaca, geralmente associado ao uso de diuréticos e digitálicos (como adjuvante à terapia convencional, o enalapril está associado a redução da mortalidade e da morbidade em pacientes com insuficiência cardíaca); também é indicado em pacientes com disfunção ventricular esquerda, ainda que assintomáticos.

CONTRA-INDICAÇÕES

EUPRESSIN (maleato de enalapril) é contra-indicado a indivíduos que tenham demonstrado hipersensibilidade ao maleato de enalapril ou demais componentes da fórmula e também nos pacientes com história de edema angioneurótico relacionado ao tratamento com inibidores da enzima de conversão da angiotensina. É contra indicado o uso dos inibidores da ECA (classe de drogas da qual pertence o maleato de enalapril) durante a gravidez e lactação.

PRECAUÇÕES

Hipotensão sintomática - Foi raramente observada, em hipertensos sem complicações. É mais provável sua ocorrência no hipertenso com depleção do volume (como consequência do uso crônico de diuréticos, restrição dietética de sal, diálises, vômitos e diarreia). Na insuficiência cardíaca, ela é mais freqüente em pacientes com grau avançado de insuficiência cardíaca, que empregam altas doses de diuréticos de alça e apresentam hiponatremia ou insuficiência renal (vide POSOLOGIA). Se uma resposta hipotensora excessiva ocorrer, deve-se colocar o paciente em posição supina e, quando indicado, proceder a infusão de solução salina por via endovenosa . Uma resposta hipotensora transitória não se constitui em contra-indicação para a continuidade do tratamento. Após a estabilização dos níveis pressóricos, porém, a persistência do evento pode indicar a necessidade da redução da dose ou até mesmo descontinuação do seu uso ou da droga associada.

Insuficiência renal - Pacientes com insuficiência renal podem requerer o uso de doses reduzidas e/ou com maior intervalo de tomada de EUPRESSIN (maleato de enalapril) (veja POSOLOGIA). Como alguns pacientes hipertensos, sem aparente lesão renal pré-existente, desenvolveram discretos e transitórios aumentos da uréia e creatinina sanguíneas quando receberam concomitantemente EUPRESSIN (maleato de enalapril) e um diurético; recomenda-se monitorizar previamente a função renal do paciente. Pode ser necessária a redução da dose de EUPRESSIN (maleato de enalapril) e/ou a

interrupção do diurético.

Hipersensibilidade e edema angioneurótico - Embora raro, o edema de face, extremidades, lábios, língua, glote e/ou laringe, já foi relatado em pacientes em tratamento com inibidores da enzima conversora da angiotensina, e pode ocorrer em qualquer momento durante o tratamento. Em tais casos EUPRESSIN (maleato de enalapril) deve ser prontamente descontinuado e terapia apropriada com monitorização cuidadosa deve ser providenciada. Por vezes, quando o edema se localiza somente na face e lábios, o uso de anti-histamínicos pode ser suficiente para resolver tais casos, porém, o angioedema, que envolve o edema de laringe, pode ser fatal.

QUANDO OCORRE O ENVOLVIMENTO DA LÍNGUA, GLOTE OU LARINGE, PROVAVELMENTE LEVANDO A OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS, O EMPREGO DE TERAPIA APROPRIADA (como o uso de solução de adrenalina 1:1000 via sub cutânea), E/OU MEDIDAS PARA ASSEGURAR A PERMEABILIDADE DA VIA AÉREA DEVEM SER EMPREGADAS O MAIS BREVE POSSÍVEL.

Uso na gravidez: O maleato de enalapril atravessa a barreira placentária e aparece no sangue do cordão umbilical. Há, portanto, risco potencial de hipotensão fetal, redução do peso ao nascer e diminuição da perfusão renal e/ou anúria no feto, a partir da exposição "in útero" aos inibidores da ECA. Todo o neonato, que foi exposto ao maleato de enalapril "in útero", deverá ser observado cuidadosamente quanto ao débito urinário e a pressão arterial. Se necessário, deve-se iniciar tratamento clínico adequado, incluindo-se a administração de fluídos ou até diálise, para remover o maleato de enalapril de sua circulação.

Uso em lactantes: O enalapril e o enalaprilato podem ser potencialmente secretados no leite materno. O uso de inibidores da ECA durante a gestação e lactação não é, pelos motivos expostos, absolutamente recomendado.

Uso pediátrico - EUPRESSIN (maleato de enalapril) não foi estudado em crianças.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- **Terapia anti-hipertensiva** - Pode ocorrer efeito aditivo, quando EUPRESSIN (maleato de enalapril) for usado com outros anti-hipertensivos.

- **Pacientes em uso de diuréticos:** Ocasionalmente pode ocorrer uma redução excessiva da pressão sangüínea em pacientes recentemente tratados com terapia diurética logo após o início da terapia com EUPRESSIN (maleato de enalapril). Se for necessário a continuidade do uso do diurético, é recomendado uma supervisão médica após a 1ª dose do EUPRESSIN (maleato de enalapril), por pelo menos duas horas e/ou até que a pressão sangüínea tenha se estabilizado por pelo menos uma hora.

- **Agentes que atuam na liberação da renina:** O efeito de EUPRESSIN (maleato de enalapril) é intensificado por agentes anti-hipertensivos, que levam a liberação da renina. (ex. diuréticos).

- **Agentes que aumentam o potássio sérico :** EUPRESSIN (maleato de enalapril) atenua a perda de potássio desencadeada por diuréticos tipo tiazídicos. Já seu uso associado a diuréticos poupadores de potássio (por exemplo: espironolactona, triantereno e amilorida), suplementos de potássio ou sal contendo potássio podem levar a um significativo aumento no potássio sérico indicando, portanto, a necessidade de monitorização freqüente dos níveis séricos do potássio, quando seu uso concomitante é recomendado.

- **Lítio:** Tem sido descrita a toxicidade por Lítio em pacientes que concomitante a seu uso recebem drogas que levam a eliminação do sódio, incluindo os inibidores da ECA. Entretanto poucos casos de intoxicação por Lítio foram relatados nos pacientes recebendo Lítio e Enalapril, e nestes os efeitos foram reversíveis com a descontinuação de ambas as drogas. É recomendado que os níveis séricos do Lítio sejam monitorizados freqüentemente quando utilizado associado ao EUPRESSIN (maleato de enalapril).

REAÇÕES ADVERSAS

O EUPRESSIN (maleato de enalapril) é geralmente bem tolerado, a freqüência de interrupção do tratamento como consequência dos efeitos colaterais está próximo de 16%. Os efeitos colaterais mais freqüentemente relatados incluem: tosse, cefaléia (dor de cabeça), tonturas e cansaço. Outros efeitos colaterais foram observados em menos de 2% dos casos e incluíam: hipotensão, hipotensão ortostática, síncope, náuseas, diarreia, câimbras musculares e erupção cutânea. Foram relatados raros casos de edema angioneurótico com edema da face, da língua e da glote, associados a dispnéia. Nestas circunstâncias, EUPRESSIN (maleato de enalapril) deve ser descontinuado e medidas clínicas apropriadas devem ser iniciadas imediatamente. (VIDE PRECAUÇÕES).

Achados laboratoriais

Raramente ocorrem alterações de parâmetros laboratoriais durante o tratamento com EUPRESSIN (maleato de enalapril). Foram, contudo, descritos com maior freqüência, embora de forma discreta, aumento dos níveis séricos do potássio e, descritos em casos isolados, aumentos da uréia e creatinina principalmente em pacientes com insuficiência renal. Igualmente raras foram as observações de redução da hemoglobina, hematócrito, plaquetas e leucócitos ou a elevação de enzimas hepáticas.

POSOLOGIA

Como a absorção de EUPRESSIN (maleato de enalapril) não é afetada pela ingestão de alimentos, os comprimidos podem ser administrados antes, durante ou após as refeições. A dose diária usual varia de 2,5 a 40 mg para todas as indicações. EUPRESSIN (maleato de enalapril) pode ser administrado uma ou duas vezes por dia. Em pacientes com insuficiência cardíaca, com insuficiência renal, ou que estejam sendo tratados com diuréticos, pode ser necessária uma dose inicial menor de EUPRESSIN (maleato de enalapril), conforme segue abaixo. Até o presente momento, a dose máxima estudada no homem é de 80 mg diários.

- *Hipertensão essencial* : Dose inicial 5 a 20 mg, administrada uma vez ao dia.-

Hipertensão leve: dose inicial de 5 mg, 1 ou 2x por dia.

A posologia deve ser ajustada de acordo com as necessidades do paciente.

- *Hipertensão renovascular* : Iniciar com a dose menor, de 2,5 mg a 5 mg, e ajustar segundo as necessidades do paciente. Cautela em pacientes hipertensos tratados recentemente com diuréticos, devido à possibilidade de ocorrer hipotensão sintomática após a dose inicial de EUPRESSIN (maleato de enalapril). Nestes casos, suspender o diurético por 2 a 3 dias antes de iniciar a terapia com EUPRESSIN (maleato de enalapril)

Posologia em caso de insuficiência renal : Geralmente deve-se prolongar o intervalo entre as doses de EUPRESSIN (maleato de enalapril), ou reduzir a posologia. Em caso de disfunção renal leve (depuração de creatinina entre 30 e 80 ml/min): dose inicial 5 a 10 mg; disfunção moderada (creatinina entre 10 e 30 ml/min): 2,5 a 5 mg; e disfunção grave (creatinina 10 ml/min): 2,5 mg nos dias de diálise. Como enalapril é dialisável, deve-se ajustar a posologia à resposta da pressão arterial.

Insuficiência cardíaca congestiva : Monitorizar a pressão arterial e a função renal antes e depois de iniciar o tratamento com EUPRESSIN (maleato de enalapril), devido à possibilidade de ocorrer hipotensão e insuficiência renal na ICC. A dose inicial de EUPRESSIN (maleato de enalapril) em pacientes com insuficiência cardíaca é de 2,5 mg e deve ser administrada sob supervisão médica para se verificar o efeito inicial sobre a pressão arterial. O início da ação se dá alguns minutos após a administração. O efeito máximo sobre a pressão arterial e parâmetros hemodinâmicos é observado, em geral, nas primeiras 4 horas. Na ausência de, ou após, tratamento efetivo da hipotensão sintomática, conseqüente ao início da terapêutica com EUPRESSIN (maleato de enalapril), as doses devem ser aumentadas gradualmente, de acordo com a resposta do paciente, até a dose máxima tolerada (até 20 mg 2x ao dia). Recomenda-se que o período de titulação da dose ocorra num período variável de 2 a 4 semanas, ou a critério médico.

A dose usual de manutenção para a hipertensão é de 10 a 20 mg diários, em dose única ou dividida.

NOTA: O aparecimento de hipotensão após a dose inicial de EUPRESSIN (maleato de enalapril) não significa que esta ocorrerá durante a terapia crônica. Tal ocorrência não contra-indica o uso continuado do EUPRESSIN (maleato de enalapril).

CONDUTA NA SUPERDOSE

Estão disponíveis dados limitados sobre a superdose no homem. A mais provável manifestação de superdose seria a hipotensão, que pode ser tratada, se necessário, por infusão intravenosa de solução salina normal e, se necessário, a associação de agentes vasopressores.

EUPRESSIN 5mg
Maleato de Enalapril
Comprimidos
Biosintética

Contém 30 comprimidos.

Composição, indicações, contra-indicações, precauções, interações medicamentosas, reações adversas, posologia, conduta na superdose: vide bula.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Conservar o produto ao abrigo do calor excessivo, da luz e da umidade.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

EUPRESSIN 10mg
Maleato de Enalapril
Comprimidos
Biosintética

Contém 30 comprimidos.

Composição, indicações, contra-indicações, precauções, interações medicamentosas, reações adversas, posologia, conduta na superdose: vide bula.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Conservar o produto ao abrigo do calor excessivo, da luz e da umidade.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

MS - 1.1213.0023
Resp.Téc.n.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF-SP nº 3544

Laboratórios Biosintética Ltda
Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91
Taboão da Serra - SP
CNPJ Nº53.162.095/0011-88
Indústria Brasileira

Serviço de Atendimento ao Consumidor 0800-151036



(cód. 2ephco1)



EUPRESSIN-H

Maleato de Enalapril / Hidroclorotiazida

10/25mg e 20/12,5mg

Comprimidos

Uso Adulto

FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÃO

Comprimidos de 10mg/25mg e 20mg/12,5mg. Embalagem com 30 comprimidos.

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido de 10/25 mg contém:

Maleato de Enalapril 10 mg

Hidroclorotiazida25 mg

Excipiente q.s.p.1 comprimido

(Bicarbonato de Sódio, Lactose, Amido de Milho, Amido pré-gelatinizado, Óxido de Ferro Vermelho, Estearato de Magnésio)

Cada comprimido de 20/12,5 mg contém:

Maleato de Enalapril 20 mg

Hidroclorotiazida..... 12,5 mg

Excipiente q.s.p..... 1 comprimido

(Bicarbonato de Sódio, Lactose, Amido de milho, Amido pré-gelatinizado, Óxido de Ferro Amarelo, Estearato de Magnésio)

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

Ação esperada do medicamento: O Enalapril tem sido indicado no tratamento da hipertensão arterial e da insuficiência cardíaca crônica.

Cuidados de armazenamento: Este produto deve ser conservado ao abrigo do calor excessivo, da luz e da umidade, devendo ser armazenado em temperaturas abaixo de 36°C.

NOTA: " PRODUTO EXTREMAMENTE SENSÍVEL À UMIDADE DO AMBIENTE. SÓ RETIRE O COMPRIMIDO NO MOMENTO DA INGESTÃO. CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR OUTRA BOLSA DE COMPRIMIDO PRÓXIMA, POIS QUANDO EXPOSTO A UMIDADE O COMPRIMIDO PERDE SUA CONSISTÊNCIA."

Prazo de validade: Desde que sejam observados os cuidados de armazenamento, EUPRESSIN H (Maleato de Enalapril/Hidroclorotiazida) apresenta prazo de validade de 36 meses a partir da data de fabricação. Não utilize o produto após o vencimento do prazo de validade.

Gravidez e lactação: O Enalapril está **contra-indicado** para uso durante a gravidez e lactação. Informe sempre seu médico a ocorrência de gravidez na vigência do tratamento ou após o seu término. Informe seu médico se está amamentando. Quando a gravidez for detectada, o uso do EUPRESSIN H (Maleato de Enalapril/Hidroclorotiazida) deve ser descontinuado o mais breve possível.

Cuidados de Administração: Siga a orientação do seu médico respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento. Como a absorção do Maleato de Enalapril não é afetada pela ingestão de alimentos, os comprimidos podem ser tomados antes, durante ou após as refeições.

Interrupção do tratamento: Não interrompa o tratamento sem o conhecimento do seu médico.

Reações adversas: O Enalapril é geralmente bem tolerado; a frequência de interrupção do tratamento, como consequência dos efeitos colaterais, está próximo de 16%. Os efeitos colaterais mais frequentemente relatados incluem: tosse, cefaléia (dor de cabeça), tonturas e cansaço

"TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS."

Ingestão concomitante com outras substâncias: O médico deve ter conhecimento de qualquer medicação que o paciente estiver tomando, incluindo os de origem vegetal.

Contra-indicações e precauções: EUPRESSIN-H (Maleato de Enalapril/Hidroclorotiazida) é contra-indicado para pacientes com hipersensibilidade conhecida ao Maleato de Enalapril, a Hidroclorotiazida ou a outros componentes da fórmula e também nos pacientes com história de angioedema relacionado ao emprego de inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA). Devido a presença da Hidroclorotiazida em sua formulação, este produto é contra-indicado em pacientes com

anúria ou hipersensibilidade à drogas derivadas de sulfonamidas, devendo ser utilizado com atenção nos pacientes com função hepática diminuída ou com doença hepática progressiva, uma vez que pequenas alterações no balanço hidro-eletrolítico podem precipitar o coma hepático. É contra-indicado o uso dos inibidores da ECA (classe de drogas da qual pertence o Maleato de Enalapril) durante a gravidez e lactação. "Informe seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando, antes do início ou durante o tratamento."

"NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE."

ATENÇÃO: O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA) SÓ DEVE SER FEITO SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO. Não compre medicamento para hipertensão sem orientação médica.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

MODO DE AÇÃO

EUPRESSIN-H (Maleato de Enalapril/Hidroclorotiazida) é uma combinação de um inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (Maleato de Enalapril) e um diurético (Hidroclorotiazida). O sal Maleato de Enalapril é um derivado de dois aminoácidos, L-alanina e L-prolina. Após administração oral, o Enalapril é rapidamente absorvido e, a seguir, hidrolizado a enalaprilato, que é um inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA) altamente específico, de longa ação e não sulfidrílico. Pode ser usado isoladamente como terapia inicial ou associados a outros anti-hipertensivos, particularmente os diuréticos. O Enalapril inibe a formação de Angiotensina II, um potente vasoconstritor (substância que diminui o calibre dos vasos sangüíneos e aumenta a pressão arterial), que também estimula a secreção de aldosterona (substância responsável pela retenção de água e sódio no organismo). Portanto, a inibição da ECA resulta em um nível plasmático diminuído de Angiotensina II, e como consequência, leva à uma diminuição da atividade vasopressora e diminuição da secreção da aldosterona (o que pode resultar em discreto aumento nos níveis séricos do potássio). Através desta ação, o Enalapril pode também facilitar o trabalho do coração, tornando mais eficiente, o que é importante em casos de insuficiência cardíaca. O início da ação do Enalapril é suave e gradativo; inicia-se dentro de uma hora e seus efeitos geralmente continuam por 24 horas. O controle da pressão arterial é, em geral, obtido após alguns dias de tratamento.

Como resultado de seu efeito diurético, a Hidroclorotiazida aumenta a atividade da renina plasmática, a secreção de aldosterona e diminui os níveis séricos do potássio. A administração do Maleato de Enalapril bloqueia o eixo renina-angiotensina-aldosterona e tende a reverter a perda de potássio associada a terapêutica com o diurético.

EUPRESSIN-H é altamente eficaz no tratamento da hipertensão. Os efeitos anti-hipertensivo dos dois componentes são aditivos e são mantidos por pelo menos 24 horas. A administração concomitante do Maleato de Enalapril e da Hidroclorotiazida é praticamente isenta de efeitos na biodisponibilidade destas drogas, e a combinação de ambas as drogas em um mesmo comprimido é bioequivalente a administração concomitante das drogas de forma isolada. Porcentagem mais alta de pacientes hipertensos responde mais satisfatoriamente ao EUPRESSIN-H, do que a cada um dos componentes administrados isoladamente.

Farmacodinâmica

Na maioria dos pacientes estudados, após a administração oral de uma única dose de Maleato de Enalapril, o início da atividade anti-hipertensiva é observada em 1 hora com pico de ação em 4 a 6 horas.

Nas doses recomendadas, os efeitos anti-hipertensivos da monoterapia com o Maleato de Enalapril tem sido mantidos por pelo menos 24 horas. Porém, em alguns pacientes os efeitos podem se encontrar diminuídos no final do intervalo da dose preconizada, tal fato é observado com menor frequência com a administração concomitante do Enalapril com a Hidroclorotiazida. O mecanismo de ação anti-hipertensivo das tiazidas permanece desconhecido. As tiazidas normalmente não alteram a pressão arterial dos indivíduos normotensos. A Hidroclorotiazida é um diurético e um anti-hipertensivo, sua ação sobre o túbulo renal distal aumenta a excreção de sódio e cloretos em porções semelhantes, e a natriurese pode ser acompanhada de alguma perda de potássio e bicarbonato. Após seu uso oral a diurese começa em aproximadamente 2 horas, com pico em 4 horas e término em aproximadamente 6 a 12 horas.

A Hidroclorotiazida não é metabolizada, mas é eliminada pelos rins, e seus níveis plasmáticos são encontrados em pelo menos 24 horas, sendo sua meia vida plasmática entre 5,6 e 14,8 horas, sendo 61% da dose oral eliminada de forma inalterada pelos rins em 24 horas. A Hidroclorotiazida atravessa a barreira placentária, mas não a hematoencefálica.

INDICAÇÕES

O Enalapril tem sido indicado no tratamento da hipertensão arterial e da insuficiência cardíaca crônica. EUPRESSIN-H é indicado em pacientes nos quais a terapêutica combinada é adequada.

CONTRA-INDICAÇÕES

EUPRESSIN-H (Maleato de Enalapril/Hidroclorotiazida) é contra-indicado a indivíduos que tenham demonstrado hipersensibilidade ao Maleato de Enalapril, a Hidroclorotiazida ou a

outros componentes da formula e tambem nos pacientes com historia de edema angioneurótico relacionado ao tratamento com inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina. Devido a presença de Hidroclorotiazida em sua formulação, este produto está contra-indicado em pacientes com anúria ou hipersensibilidade à drogas derivadas das sulfonamidas. É contra-indicado o uso dos inibidores da ECA (classe de drogas da qual pertence o Maleato de Enalapril) durante a gravidez e lactação. Veja também: PRECAUÇÕES

PRECAUÇÕES

Hipotensão e desequilíbrio hidro-eletrolítico

Como com qualquer terapêutica anti-hipertensiva, pode ocorrer hipotensão em alguns pacientes. Os pacientes devem ser observados quanto aos sinais clínicos de desequilíbrio hidro-eletrolítico, por exemplo: depleção de volume, hiponatremia, alcalose hipoclorêmica, hipomagnesemia ou hipocalcemia, que podem ocorrer durante diarreia ou vômitos. Determinações periódicas de eletrólitos séricos devem ser efetuadas a intervalos apropriados nestes pacientes. Deve ser dada particular atenção quando a terapia for administrada a pacientes com cardiopatia isquêmica ou doença vascular cerebral, pois uma redução excessiva na pressão arterial poderia resultar em infarto do miocárdio ou A.V.C. Se ocorrer hipotensão, o paciente deve ser colocado em posição supina, e, se necessário, deve receber infusão de solução salina normal. Hipotensão transitória não é contra-indicação a doses posteriores. Após restabelecimento da PA e do volume sanguíneo efetivo, a re-instituição da terapêutica a doses reduzidas pode ser possível, ou pode-se optar pelo uso apropriado de qualquer dos componentes isoladamente.

Deterioração da Função Renal

Os tiazídicos não são os diuréticos apropriados para uso em pacientes com função renal deteriorada e não são eficazes com valores de "clearance" de creatinina abaixo de 30 ml/min. (isto é, insuficiência renal moderada ou severa). EUPRESSIN-H não deve ser administrado a pacientes com insuficiência renal até que a titulação dos componentes individuais tenha estabelecido a necessidade das doses a serem utilizadas com a combinação.

Alguns pacientes hipertensos, sem aparente dano renal, têm desenvolvido aumentos discretos e transitórios de uréia e creatinina séricas, quando submetidos à terapêutica combinada de enalapril e diurético. Se isto ocorrer durante o tratamento com EUPRESSIN-H, a combinação deve ser interrompida. Pode-se reiniciar o tratamento com doses menores ou optar por um dos componentes isoladamente.

Em alguns pacientes, com estenose bilateral da artéria renal ou estenose de uma artéria renal em rim único, têm sido relatados aumentos de uréia e creatinina séricas com o uso de inibidores de enzima de conversão. Estes aumentos são geralmente reversíveis após interrupção da terapêutica.

Hepatopatias
As tiazidas devem ser utilizadas com cautela em pacientes com disfunção hepática e hepatopatias progressivas, pois pequenas alterações do balanço hídrico e eletrolítico podem precipitar o coma hepático.

Cirurgia / Anestesia

Em pacientes que se submetem a cirurgias de grande porte ou durante anestesia com agentes que produzam hipotensão, enalapril pode bloquear a formação de angiotensina II secundária a liberação compensatória de renina. Se ocorrer hipotensão atribuída a este mecanismo, a correção pode ser feita através da expansão de volume. As tiazidas podem aumentar a resposta à tubocurarina.

Efeitos Metabólicos e Endócrinos

As tiazidas podem prejudicar a tolerância à glicose. Podem ser necessários ajustes na posologia de agentes hipoglicemiantes, incluindo insulina.
As tiazidas podem diminuir a excreção urinária de cálcio e causar elevações leves e intermitentes de cálcio sérico, hipercalcemia importante pode ser evidência de hiperparatireoidismo subclínico. A terapêutica com tiazídicos deve ser interrompida antes da realização de testes de função paratireoideana.
A terapêutica com tiazídicos pode precipitar hiperuricemia e/ou gota em certos pacientes. Entretanto, Enalapril pode aumentar o ácido úrico urinário e, portanto, atenuar o efeito hiperuricemiante da Hidroclorotiazida.

Hipersensibilidade / Edema Angioneurótico

Edema angioneurótico de face, extremidades, lábios, glote e/ou laringe tem sido relatado raramente em pacientes tratados com inibidores da enzima de conversão, incluindo Maleato de Enalapril. Em tais casos, o Maleato de Enalapril deve ser interrompido imediatamente e o paciente deve ser observado atentamente até o desaparecimento do edema. Nos casos em que o edema tenha sido confinado a face e lábios, a condição normalmente se resolve sem tratamento, entretanto, anti-histamínicos têm sido úteis no alívio dos sintomas. O edema angioneurótico associado a edema de laringe pode ser fatal. Quando existe envolvimento de língua, glote ou laringe, de modo a produzir obstrução das vias aéreas, deve-se administrar imediatamente solução de epinefrina subcutânea 1:1000 (0,3 a 0,5 ml) e instituir outras terapêuticas apropriadas. Em pacientes recebendo tiazídicos, reações de sensibilidade podem ocorrer com ou sem história de alergia ou asma brônquica. Exacerbação ou atividade de lupo eritematoso sistêmico tem sido relatado com o uso de tiazídicos. Recomenda-se abster se do uso de bebidas alcoólicas, uma vez que o álcool pode potencializar o efeito do medicamento.

Uso na Gravidez

É contra-indicado o uso de EUPRESSIN H em grávidas

O uso rotineiro de diuréticos em mulheres grávidas saudáveis não é aconselhável e

POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO

EUPRESSIN-H é apresentado como comprimidos para administração oral. A posologia de EUPRESSIN-H deve ser determinada primariamente pela experiência com o Maleato de Enalapril.

A dose de cada paciente deve ser individualizada. A dose de EUPRESSIN-H 10/25 mg ou de EUPRESSIN-H 20/12,5 mg deverá ser determinada pela titulação de cada componente individualmente.

Deve ser levado em conta que os pacientes em tratamento anti-hipertensivo combinado usualmente não necessitam doses de Hidroclorotiazida maior que 50 mg/dia ou de enalapril maior que 40 mg/dia. Portanto a dose de EUPRESSIN-H em qualquer de suas duas formas de apresentação não deve ultrapassar 2 comprimidos ao dia.

Hipertensão Arterial

Em hipertensão, a dose usual é um comprimido de 10/25 mg ou 20/12,5 mg, conforme o caso, administrado uma vez ao dia. Se necessário, a posologia pode ser aumentada para dois comprimidos, administrados uma vez ao dia.

Terapia Diurética Anterior

Pode ocorrer hipotensão sintomática após a dose inicial de EUPRESSIN-H; isto é mais provável em pacientes que estão depletados de sal ou volume, como resultado de terapia diurética anteriormente utilizada. Esta deve ser descontinuada 2 a 3 dias antes do início do uso de EUPRESSIN-H.

Posologia na Insuficiência Renal

Os tiazídicos não são diuréticos apropriados para uso em pacientes com insuficiência renal e não são eficazes com valores de "clearance" de creatinina abaixo de 30 ml/min. (isto é, insuficiência renal moderada ou severa). Em pacientes com depuração de creatinina entre 30 e 80 ml/min., EUPRESSIN-H.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Laboratórios Biosintética Ltda

Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91
Taboão da Serra - SP
CGC nº 53.162.095/0001-06
Indústria Brasileira





MINOR 20 mg - Comprimidos

Lovastatina

FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES

Comprimidos 20 mg. Embalagem com 30 comprimidos.

COMPOSIÇÕES

Cada comprimido de MINOR Lovastatina 20 mg contém:
Lovastatina 20 mg
Excipiente q.s.p. 1 comprimido
(Celulose Microcristalina, Lactose, Estearato de Magnésio, Butilhidroxianisol, Amido Pré-Gelatinizado)

|USO ADULTO

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

Cuidados de armazenamento: Mantenha o produto na embalagem original, em local fresco e protegido da luz.
Prazo de validade: Desde que sejam observados os cuidados de armazenamento, MINOR Lovastatina apresenta prazo de validade de 24 meses (ver embalagem externa). Não utilize o produto após o vencimento do prazo de validade.
Ação esperada do medicamento: MINOR Lovastatina contém uma substância que reduz a produção de colesterol, diminuindo sua concentração no sangue. O colesterol é um dos tipos de gordura implicados no aparecimento de aterosclerose.
MINOR Lovastatina é utilizado como tratamento de manutenção a longo prazo, geralmente associado com uma dieta específica, pobre em colesterol. A posologia adequada será determinada pelo médico.

Gravidez: MINOR Lovastatina é contra-indicado nos períodos de gravidez e amamentação. Se ocorrer gravidez durante o uso de MINOR Lovastatina , suspenda o tratamento e avise prontamente o médico.
Cuidados na interrupção do tratamento: O tratamento deve ser seguido conforme solicitado pelo médico. É muito importante seguir as recomendações médicas.

Reações adversas: MINOR Lovastatina geralmente é bem tolerado. Raramente podem ocorrer flatulência, diarreia, constipação e náuseas durante o uso. Se ocorrerem sensações ou sintomas desagradáveis, especialmente dor ou dolorimentos musculares, acompanhados ou não de febre ou mal-estar, o médico deve ser avisado prontamente.

"TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS."

Ingestão concomitante com outras substâncias: O médico deve ter conhecimento da medicação que o paciente estiver tomando, portanto, informe o seu médico se estiver usando qualquer outra medicação.

Contra-indicações e precauções: MINOR Lovastatina é contra-indicado nos casos de hipersensibilidade a qualquer componente do produto, em pacientes com hepatopatias ativas e nos períodos de gravidez e amamentação.

"NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE."

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

MODOS DE AÇÃO

MINOR Lovastatina é um potente inibidor da síntese endógena do colesterol, sendo, portanto, um agente redutor do colesterol.

MINOR Lovastatina é uma lactona que, após a absorção gastrointestinal, é

rapidamente hidrolisada para o hidroxiácido aberto, um inibidor competitivo da 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A (HMG-CoA) redutase, uma enzima que catalisa uma etapa precoce e limitante na biossíntese do colesterol. Como resultado, reduz as concentrações de colesterol plasmático total, a lipoproteína de baixa densidade (LDL) e a lipoproteína de densidade muito baixa (VLDL), ligadas ao colesterol. A apolipoproteína B também é reduzida substancialmente durante o tratamento com MINOR Lovastatina . Como cada partícula de LDL contém uma molécula de apolipoproteína B e como pouca apolipoproteína B é encontrada em outras lipoproteínas, isto sugere fortemente que MINOR Lovastatina não causa meramente uma perda de colesterol da LDL, mas também reduz a concentração de partículas de LDL circulantes.

Adicionalmente, MINOR Lovastatina reduz o VLDL-colesterol, aumenta moderadamente o HDL-colesterol e reduz os triglicerídios plasmáticos. MINOR Lovastatina é um inibidor específico da HMG-CoA redutase, a enzima que catalisa a conversão de HMG-CoA para mevalonato. Em virtude desta conversão ser um passo precoce na biossíntese do colesterol, a terapia com MINOR Lovastatina presumivelmente não causa acumulação de esteróis potencialmente tóxicos. Além disso, a HMG-CoA é rapidamente metabolizada de volta a acetil-CoA que participa em muitos processos de biossíntese no organismo.

Em estudos com animais, após doses orais, a lovastatina demonstrou alta seletividade pelo fígado, onde atinge concentrações substancialmente mais altas do que nos demais tecidos. A lovastatina é largamente extraída na primeira passagem pelo fígado, seu local primário de ação, com subsequente excreção da droga pela bile.

MINOR Lovastatina foi estudado no tratamento da hipercolesterolemia primária, quando a dieta foi insuficiente. MINOR Lovastatina é altamente eficaz na redução do LDL-colesterol e colesterol total, nas formas de hipercolesterolemia familiar heterozigótica e não-familiar e na hiperlipidemia mista, quando o colesterol elevado preocupa. Observa-se uma resposta em duas semanas, e resposta terapêutica máxima ocorre em quatro a seis semanas. A resposta é mantida enquanto durar a terapia. MINOR Lovastatina pode ser usado com outros agentes redutores do colesterol, tais como sequestradores de ácidos biliares, em pacientes com hipercolesterolemia grave.

MINOR Lovastatina é eficaz na hipercolesterolemia primária não-complicada de pacientes com diabetes controlada do tipo I (insulino-dependente) ou II (não-insulino-dependente). As reduções dos lípides plasmáticos são semelhantes às reportadas em populações não diabéticas. O controle da glicose não foi afetado.

INDICAÇÕES

Redução dos níveis de colesterol total e LDL-colesterol em pacientes com hipercolesterolemia primária, quando a resposta à dieta e outras medidas não-farmacológicas isoladas forem inadequadas. MINOR Lovastatina reduz o colesterol total e o LDL-colesterol e eleva o HDL-colesterol; portanto, MINOR Lovastatina reduz os índices de colesterol total/HDL-colesterol e LDL-colesterol/HDL-colesterol.

Redução dos níveis elevados de colesterol em pacientes com hipercolesterolemia combinada e hipertrigliceridemia, quando a hipercolesterolemia for a anormalidade mais preocupante.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade a qualquer componente deste produto. Doença hepática ativa ou elevações persistentes não-explicadas das transaminases séricas. Gravidez e lactação (veja também PRECAUÇÕES).

PRECAUÇÕES

Efeitos hepáticos: em estudos clínicos, elevações importantes das transaminases (maiores que 3 vezes o limite normal superior da normalidade) ocorreram em poucos pacientes, geralmente após 3 e 12 meses do início da terapia com MINOR (Lovastatina), mas sem desenvolvimento de icterícia ou outros sinais ou sintomas clínicos. Não houve evidência de hipersensibilidade. Foi feita biópsia hepática em um destes pacientes, que mostrou hepatite focal discreta. Alguns dos pacientes tinham alterações de função hepática antes da introdução de MINOR Lovastatina , e/ou consumiram quantidades consideráveis de álcool. Nos pacientes que tiveram a terapia interrompida ou suspensa por causa do aumento nas transaminases, inclusive no paciente submetido à biópsia, os níveis de transaminases voltaram lentamente aos níveis pré-tratamento.

Em uma avaliação clínica expandida de 48 semanas com lovastatina realizada em 8.245 pacientes, a incidência de aumentos importantes (acima de três vezes o limite normal)

das transaminases em testes sucessivos foi de 0,1% para o placebo, 0,1% para a posologia de 20 mg/dia, 0,9% para 40 mg/dia e 1,5% para 80 mg/dia.

Recomenda-se a realização de testes para determinação das transaminases antes do início do tratamento, a cada 4-6 semanas nos primeiros 12 meses de uso de MINOR (Lovastatina) e periodicamente depois disso, em especial naqueles pacientes que têm função hepática alterada e/ou naqueles que ingerem quantidades substanciais de álcool. Se as transaminases se elevarem acima de três vezes o limite superior de normalidade, o risco potencial de se manter MINOR Lovastatina deve ser contraposto aos benefícios esperados do medicamento. Testes enzimáticos de função hepática devem ser repetidos prontamente: se os aumentos forem persistentes ou progressivos, a droga deve ser interrompida e minuciosa investigação hepática deve ser realizada.

Assim como com outros agentes hipolipemiantes, aumentos moderados das transaminases (menos do que três vezes o limite superior da normalidade) foram relatados durante terapia com MINOR Lovastatina (veja EFEITOS COLATERAIS). Estas alterações, logo após o início da terapia, foram geralmente transitórias e não foram acompanhadas por quaisquer sintomas; não foi necessária a interrupção do tratamento.

A droga deve ser usada com cautela em pacientes com história passada de doença hepática. Hepatopatia ativa é uma contra-indicação ao uso de MINOR Lovastatina (veja CONTRA-INDICAÇÕES).

Efeitos musculares: elevações discretas e transitórias da creatinina-fosfoquinase (CPK) são vistas comumente em pacientes tratados com lovastatina, geralmente sem significado clínico. Mialgia também foi associada ao uso de lovastatina. Miopatia ocorreu raramente, devendo ser considerada em todo paciente com mialgias difusas, hipersensibilidade muscular, fraqueza e/ou aumentos importantes de CPK (10 vezes o limite superior da normalidade). Em pacientes submetidos a transplante cardíaco, que estavam recebendo drogas imunossupressoras, como a ciclosporina, houve relatos de rabdomiólise intensa, que precipitou insuficiência renal aguda. A terapia com lovastatina deve ser interrompida e deve ser instituído tratamento apropriado se ocorrerem elevações intensas de CPK, ou se houver suspeita ou diagnóstico de miopatia; deve ser instituído tratamento apropriado.

A maioria dos pacientes que desenvolveu miopatia (inclusive rabdomiólise) estava recebendo terapia imunossupressora, incluindo ciclosporina; terapia concomitante com genfibrozila ou doses hipolipemiantes de niacina (ácido nicotínico). Alguns dos pacientes afetados tinham insuficiência renal preexistente, como consequência de diabetes de longa duração. Foi relatada rabdomiólise, com ou sem insuficiência renal, em pacientes com doenças graves recebendo concomitantemente lovastatina e eritromicina. Em estudos clínicos, aproximadamente 30% dos pacientes em terapia imunossupressora com ciclosporina desenvolveram miopatia dentro de um ano após o início da terapia com lovastatina; o número correspondente para terapia concomitante de genfibrozila e niacina foi de 5 e 2%, respectivamente (a maior parte desses pacientes estava recebendo 40-80 mg/dia). Não se sabe se este fenômeno ocorre com o uso concomitante de lovastatina e outros fibratos. Portanto, os benefícios e riscos do uso simultâneo de lovastatina com drogas imunossupressoras ou fibratos, ou doses hipolipemiantes de niacina (ácido nicotínico) e imunossupressores, devem ser cuidadosamente considerados.

Em pacientes que usaram lovastatina sem estas terapias concomitantes, a incidência de miopatia foi de aproximadamente 0,1%. Foi relatada rabdomiólise com insuficiência renal em um paciente com transplante renal recebendo ciclosporina e lovastatina logo após um aumento na dose do agente antifúngico sistêmico, itraconazol. Um outro paciente transplantado recebendo ciclosporina e um outro inibidor da HMG-CoA redutase apresentou fraqueza muscular acompanhada de elevações significativas de CPK em seguida ao início da terapia com itraconazol sistêmico. Os inibidores da HMG-CoA redutase e os agentes antifúngicos azol derivados inibem a biossíntese do colesterol em diferentes pontos. Em pacientes recebendo ciclosporina, a lovastatina deve ser temporariamente suspensa se for necessária terapia com um agente antifúngico sistêmico, azol derivado; os pacientes que não estão recebendo ciclosporina devem ser cuidadosamente monitorizados se for necessária terapia com um agente antifúngico sistêmico azol derivado.

Em uma avaliação clínica expandida de 48 semanas com lovastatina, comparando lovastatina e placebo em 8.245 pacientes, nenhum dos pacientes tomando 20 mg/dia de lovastatina desenvolveu miopatia; cinco pacientes (menos de 0,1%) que receberam lovastatina (um na posologia de 40 mg/dia e quatro com 40 mg duas vezes ao dia) tiveram miopatia (sintomas musculares e CPK acima de 10 vezes o limite superior da normalidade; praticamente nenhum (<0,1%) dos pacientes neste estudo estava recebendo ciclosporina, genfibrozila ou doses hipolipemiantes de niacina.

Em seis pacientes com transplante cardíaco, que recebiam terapia imunossupressora, incluindo ciclosporina concomitantemente com lovastatina 20 mg/dia, o nível plasmático médio dos metabólitos ativos derivados da lovastatina elevou-se em aproximadamente quatro vezes acima do esperado. Neste grupo, a resposta

terapêutica também pareceu ser proporcionalmente maior em relação à dose utilizada.

Em virtude da aparente relação entre níveis plasmáticos aumentados dos metabólitos ativos da lovastatina e miopatia, a posologia diária não deve exceder 20 mg/dia nos pacientes que recebem imunossupressores (ver POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO). Mesmo nesta posologia, os benefícios e riscos de usar a lovastatina em pacientes recebendo imunossupressores devem ser cuidadosamente considerados.

Deve-se considerar a possibilidade de interromper a terapia com lovastatina em qualquer paciente com doença aguda grave sugestiva de miopatia, ou apresentando fator de risco predispondo ao desenvolvimento de insuficiência renal secundária à rabdomiólise, tais como: infecção aguda grave, hipotensão, cirurgia de grande porte, trauma, distúrbios metabólicos, endócrinos ou eletrolíticos intensos e convulsões não-controladas.

Os pacientes devem ser avisados para relatarem prontamente qualquer dor, dolorimento ou fraqueza muscular não explicados, particularmente se acompanhados de febre ou mal-estar.

Exames oftalmológicos: estudos realizados em cães mostraram que o uso de altas doses de lovastatina, acima de 38 vezes a máxima dose terapêutica humana, foi associado ao aparecimento de catarata. Antes da administração de lovastatina a pacientes em estudos clínicos, foi observada alta incidência de alterações do cristalino. Nestes estudos, houve tanto aumento quanto diminuição de prevalência relatada de opacidades no exame final (5 a 15 meses após o início do tratamento), que não foram notadas no exame inicial. Por outro lado, 45 pacientes tiveram opacidades notadas no exame inicial, que não foram vistas no exame final.

Opacidades Lenticulares

Número de pacientes: 431			
Inicial	Novas	Perdidas	Exame final (%)
147 (34,1%)	34	45	136 (31,6%)

Estes dados não indicaram um efeito adverso da lovastatina no cristalino humano. Entretanto, por causa da alta prevalência de anormalidades lenticulares nesta população de pacientes, os doentes colocados sob terapia com lovastatina devem ser submetidos a exames oculares antes ou logo após o início do tratamento e depois, conforme apropriado.

Hipercolesterolemia familiar homozigótica: em pacientes com a rara hipercolesterolemia familiar homozigótica, MINOR Lovastatina é menos eficaz, possivelmente porque esses pacientes não têm receptores funcionais de LDL. MINOR Lovastatina parece causar mais aumentos de transaminases nestes pacientes homozigóticos (veja EFEITOS COLATERAIS).

Hipertrigliceridemia: MINOR Lovastatina tem efeito moderadamente redutor dos triglicerídios e não é indicado para a hipertrigliceridemia, quando esta for a anormalidade mais importante (isto é, hiperlipidemia tipos I, IV e V).

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

MINOR Lovastatina é contra-indicado na gravidez. A aterosclerose é um processo crônico e a descontinuação de agentes hipolipemiantes durante a gravidez deve ter pequeno impacto no resultado do tratamento a longo prazo de hipercolesterolemia primária. Ademais, o colesterol e outros produtos de biossíntese do colesterol são componentes essenciais para o desenvolvimento do feto, incluindo síntese de esteróides e das membranas celulares. Em virtude da capacidade dos inibidores da HMG-CoA redutase, tais como MINOR Lovastatina , de diminuir a síntese do colesterol e possivelmente de outros produtos da cadeia biossintética, MINOR Lovastatina pode causar dano fatal se administrado a uma gestante (veja CONTRA-INDICAÇÕES). MINOR (Lovastatina) deve ser administrado a mulheres férteis somente quando as pacientes não tiverem intenção de conceber. Se a paciente ficar grávida enquanto estiver usando o medicamento, MINOR (Lovastatina) deve ser descontinuado e a paciente avisada dos riscos potenciais para o feto.

Não se sabe se MINOR Lovastatina é excretado no leite humano. Em virtude de muitas drogas serem excretadas no leite e por causa do seu potencial para reações graves em lactentes, as pacientes que usam MINOR Lovastatina não devem amamentar suas crianças (veja CONTRA-INDICAÇÕES).

USO PEDIÁTRICO

A segurança e eficácia em crianças não foram estabelecidas.

USO EM IDOSOS

Em um estudo controlado com pacientes idosos, com idade acima de 60 anos, a eficácia pareceu ser semelhante àquela vista na população geral e não houve aumento aparente na frequência de achados adversos clínicos e laboratoriais.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Drogas imunossupressoras, genfibrozila, niacina (ácido nicotínico), eritromicina: veja PRECAUÇÕES - Efeitos Musculares.

Derivados de cumarínicos: Quando lovastatina e anticoagulantes cumarínicos são administrados concomitantemente, o tempo de protrombina pode aumentar em alguns pacientes. Nos indivíduos que já tomam anticoagulantes, o tempo de protrombina deve ser determinado antes de iniciar a lovastatina e, depois, com a periodicidade recomendada para os pacientes tratados com cumarínicos.

Antipirina: a antipirina (dipirona ou pirazolona) é um modelo para as drogas metabolizadas pelo sistema de enzimas microsossomais hepáticas (sistema de citocromo P450). Em virtude de MINOR Lovastatina não ter qualquer efeito na farmacocinética de antipirina, não se esperam interações com outras drogas metabolizadas por este mecanismo.

Propranolol: em voluntários normais, não houve interação farmacocinética ou farmacodinâmica clinicamente significativa com administração concomitante de doses únicas de MINOR Lovastatina e propranolol.

Digoxina: em pacientes com hipercolesterolemia, a administração concomitante de MINOR Lovastatina e digoxina não teve efeito nas concentrações plasmáticas desta última.

Outras terapias concomitantes: em estudos clínicos, MINOR Lovastatina foi usado concomitantemente com beta-bloqueadores, bloqueadores de entrada de cálcio, diuréticos e antiinflamatórios não hormonais, sem evidências de interações adversas clinicamente significativas.

REAÇÕES ADVERSAS

MINOR Lovastatina é geralmente bem tolerado; para maior parte dos pacientes, os efeitos colaterais foram leves e transitórios.

Em estudos clínicos controlados, os efeitos colaterais (considerados possíveis, prováveis ou definidamente ligados à droga) que ocorreram com frequência maior do que 1% foram: flatulência, diarreia, constipação, náuseas, dispepsia, tonturas, visão embaçada, cefaléia, câibras e mialgias, erupções cutâneas e dor abdominal. Os pacientes que receberam medicamentos controle ativos tiveram incidência igual ou maior de queixas gastrointestinais. Outros efeitos colaterais que ocorreram com incidências de 0,5 a 1% foram: fadiga, prurido, boca seca, insônia, alterações do sono e disgeusia. Raramente ocorreram: hepatite, síndrome de hipersensibilidade, eritema multiforme, necrólise epidérmica torácica, miopatia e rabdomiólise.

Em um estudo clínico expandido de 48 semanas com lovastatina, comparando-a com placebo, as experiências adversas relatadas foram semelhantes àsquelas dos estudos iniciais, e a incidência com droga e placebo não foi estatisticamente diferente. Os seguintes efeitos colaterais foram relatados desde que o medicamento começou a ser comercializado: hepatite, icterícia colestática, vômitos, anorexia, parestesias, distúrbios psíquicos (incluindo ansiedade), eritema multiforme (incluindo síndrome de Stevens-Johnson) e necrólise epidérmica tóxica.

Foi relatada raramente uma síndrome aparentemente de hipersensibilidade, que inclui uma ou mais das seguintes características: anafilaxia, angioedema, síndrome semelhante ao lupus eritematoso , polimialgia reumática, trombocitopenia, vasculite, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, fator antinúcleo positivo, VHS elevada, artralgias, artrite, urticária, astenia, fotossensibilidade, febre, rubor facial, calafrios, dispnéia e mal-estar.

Relação causal desconhecida: foi relatada neuropatia periférica em um paciente, mas não foi estabelecida relação de causa e efeito com MINOR Lovastatina . Medidas de resposta visual evocada, condução nervosa e eletromiografia foram realizadas em mais de 30 pacientes recebendo **MINOR Lovastatina** , sem evidência de efeito neurotóxico.

Achados laboratoriais: raramente foram relatados aumentos importantes e persistentes

das transaminases séricas (veja PRECAUÇÕES); entretanto, as alterações dos testes de função hepática incluindo elevação de fosfatase alcalina e bilirrubina têm sido leves e transitórias. Aumentos nos níveis de CPK (atribuíveis à fração não cardíaca de CPK) foram relatados. Estes têm sido geralmente leves e transitórios, raramente sendo reportadas elevações intensas (veja PRECAUÇÕES - Efeitos Musculares).

POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO

O paciente deve ser colocado em uma dieta padrão redutora de colesterol, antes de receber MINOR Lovastatina e deve continuar a dieta durante a terapia medicamentosa.

A dose inicial recomendada é 20 mg, uma vez ao dia, administrados com a refeição noturna. Doses diárias únicas dadas com a refeição noturna foram mais eficazes do que a mesma dose dada na refeição matinal, talvez porque o colesterol seja sintetizado principalmente à noite. Em pacientes com hipercolesterolemia leve a moderada, a dose inicial pode ser de 10 mg/dia. Ajustes posológicos, se necessários, devem ser feitos em intervalos não menores do que 4 semanas, até o máximo de 80 mg por dia, em dose única ou em doses dividida nas refeições diurna e noturna.

As doses divididas (duas vezes ao dia) tendem a ser ligeiramente mais eficazes do que doses diárias únicas.

Em pacientes que usam drogas imunossupressoras concomitantemente com lovastatina, a dose máxima recomendada é de 20 mg/dia (veja PRECAUÇÕES - Efeitos Musculares).

A posologia do MINOR Lovastatina deve ser reduzida se os níveis de LDL-colesterol caírem abaixo de 75 mg/dl (1,94 mmol/l) ou se o colesterol plasmático total cair a menos do que 140 mg/dl (3,6 mmol/l).

Terapia concomitante: MINOR Lovastatina é eficaz isolado ou associado a seqüestradores de sais biliares.

Posologia na insuficiência renal: MINOR Lovastatina não sofre excreção renal significativa; portanto, modificações posológicas não devem ser necessárias em pacientes com insuficiência renal moderada.

SUPERDOSE

Devem ser adotadas medidas gerais e a função hepática deve ser monitorizada.

Cinco voluntários humanos receberam doses de até 200 mg de lovastatina em dose única, sem efeitos adversos clinicamente significativos. Alguns poucos casos de superdose acidental foram relatados; nenhum paciente teve qualquer sintoma específico e todos recuperaram-se sem seqüelas. A maior dose ingerida foi de 5-6 g.

Até que se obtenha mais experiência, não há tratamento específico recomendado para a superdose de MINOR Lovastatina .

A eliminação dialítica da lovastatina e seus metabólitos no homem não é conhecida no presente.

ATENÇÃO: ESTE PRODUTO É UM NOVO MEDICAMENTO E EMBORA AS PESQUISAS REALIZADAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA, QUANDO CORRETAMENTE INDICADO, PODEM OCORRER REAÇÕES ADVERSAS. EM CASO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA, O MÉDICO RESPONSÁVEL DEVE SER NOTIFICADO.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Resp.Técnn.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF SP-3544

Nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide cartucho.

Laboratórios Biosintética Ltda.

Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91

Taboão da Serra - SP

CGC nº 53.162.095/0001-06

Indústria Brasileira



ECG, cardiopatia isquêmica com ou sem síndrome anginosa, seqüelas de infarto do miocárdio. Na profilaxia e tratamento da síndrome de Wolff-Parkinson-White.

CONTRA-INDICAÇÕES

Bradicardias sinusiais, bloqueio sinoatrial, excitabilidade atrial ou ventricular associada a bloqueio atrioventricular, hipotensão arterial grave. Gravidez, salvo em casos excepcionais, em razão do risco tireoidiano fetal. Hiper e hipotireoidismo.

PRECAUÇÕES

Devido à presença de iodo na fórmula, o tratamento de pacientes com antecedentes tireoidianos pessoais e familiares, se for necessário, deve ser feito com posologia mínima ativa sob supervisão médica. Deve-se evitar associações com IMAO e betabloqueadores e ter cautela no emprego com outros antiarrítmicos.

Microdepósitos de córnea; alterações de visão:

Os microdepósitos de córnea aparecem na maioria dos adultos tratados com amiodarona e podem em um pequeno número de pacientes produzir sintomas, tais como, halos visuais ou visão borrada. Esses microdepósitos de córnea são inteiramente reversíveis após redução da dose ou interrupção de tratamento. Microdepósitos de córnea assintomáticos não são, portanto, razão para reduzir a dose ou interromper o tratamento.

Fotossensibilidade

Reações de fotossensibilidade induzida pela amiodarona já foram relatadas. Assim, recomenda-se aos pacientes em tratamento o uso de cremes à base de filtros-solares ou proteção com roupa das regiões do corpo expostas ao sol.

Anormalidades Tireoideanas

Como amiodarona libera iodo inorgânico no organismo, pode causar hipo ou hipertireoidismo. Assim, a função tireoideana deverá ser estudada antes do início do tratamento e, periodicamente, durante a terapêutica, particularmente em pacientes idosos, e em pacientes com disfunção tireoideana.

Distúrbios Eletrolíticos

Uma vez que as drogas antiarrítmicas podem ser ineficazes, ou mesmo arritmogênicas em pacientes com hipocalemia, qualquer deficiência de potássio ou magnésio, deverá ser corrigida antes de iniciar-se o tratamento com amiodarona.

ADVERTÊNCIA

Amiodarona pode causar uma síndrome clínica de dispnéia progressiva e tosse acompanhada por alterações funcionais radiográficas e patológicas mostrando um processo intersticial pulmonar, algumas vezes denominado alveolite ou pneumonite intersticial. A frequência desta reação é geralmente reduzida e ocorre em pacientes quando em tratamento por mais de um ano. Esta síndrome é usualmente reversível quando amiodarona é descontinuada ou quando tratada com terapia esteróide, mas alguns casos severos e até fatais já foram relatados na literatura médica mundial. Assim, qualquer sintoma respiratório novo em paciente sob tratamento com amiodarona, deve sugerir a possibilidade de uma reação adversa pulmonar, sendo necessário a avaliação clínica da função pulmonar. Quando o paciente é submetido a tratamento prolongado, recomenda-se a avaliação pulmonar periódica cada 3 a 6 meses.

Exacerbação de Arritmias

Amiodarona, do mesmo modo que outros agentes antiarrítmicos, pode causar exacerbações sérias da arritmia presente. Tal tipo de exacerbação pode incluir fibrilação ventricular, taquicardia ventricular incessante, aumento da resistência à cardioversão e taquicardia ventricular polimórfica associada com prolongamento de QT (Torsade de Pointes).

Alterações Hepáticas

Elevações nos níveis de enzimas hepáticas podem ocorrer em pacientes submetidos à terapia com amiodarona, em geral não acompanhados de sintomatologia clínica. Se este aumento exceder a três vezes os níveis normais a redução de dosagem ou a suspensão do tratamento com amiodarona deve ser considerada.

As reações colaterais da amiodarona são mais comuns em pacientes submetidos a doses mais elevadas (400 mg por dia ou mais). Assim, para reduzir a ocorrência das reações adversas, o médico deve fazer todo esforço no sentido de estabelecer a dose efetiva mais baixa possível para cada paciente em específico.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Digitálicos

O uso de amiodarona em pacientes recebendo terapêutica digitálica, usualmente produz aumentos da concentração sérica do digital. Assim, ao iniciar a terapêutica com amiodarona, a dose da terapia digitálica deve ser reduzida em aproximadamente 50% ou suspensa.

Anticoagulantes

A potenciação da resposta anticoagulante do tipo warfarin já foi reportada em pacientes usando amiodarona. Portanto, recomenda-se a redução em um terço a 50% na dose do anticoagulante, bem como a freqüente monitoração no tempo de protrombina em pacientes usando amiodarona.

EFEITOS COLATERAIS

Efeitos gastrintestinais como gastrites, náuseas e vômitos e, ainda, fotodermatoses são raros na posologia habitual. Nos casos de aplicação endovenosa direta, eventualmente podem aparecer hipotensão transitória, sensação de calor, sudoreses e náuseas. Hipertireoidismo, hipotireoidismo. Opacificação da córnea (microdepósitos) pode ocorrer, sendo, no entanto, inteiramente reversível e não acarretando distúrbios funcionais da visão. O uso de colírios contendo derivados metilcelulósicos pode diminuir ou mesmo prevenir o aparecimento deste quadro clínico.

Reações do tipo fadiga, mal-estar, tremores, movimentos involuntários e redução na coordenação motora, são reações comuns, mas não significando razão clínica para interrupção do tratamento e, em geral, melhoram com a redução da dose.

POSOLOGIA

Comprimidos

Dose inicial: 1 comprimido 3 vezes por dia, durante 8 a 10 dias consecutivos.
Dose de manutenção: 1 comprimido por dia, ou a critério médico. A cada semana, o tratamento pode ser interrompido por 2 dias (fins de semana).
A dose máxima diária é de 6 comprimidos (1.200 mg).

Ampolas

Aplicação endovenosa direta: 5 mg/kg de peso corporal. Em média 2 a 3 ampolas por via endovenosa com duração não inferior a 30 segundos.

Perfusão endovenosa contínua: 5 mg/kg de peso corporal. A diluição deve ser feita na proporção de 1 ampola para cada 125 ml de solução glicosada isotônica, durante 20 minutos a 2 horas. Esta dose poderá ser repetida nas 24 horas, até um total de 8 ampolas (1.200 mg). Após obter-se melhora clínica, a terapêutica deve ser substituída por miodaron comprimidos.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MS-1213.0014
Resp.Téc.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF SP-3544

Nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide cartucho.

Laboratórios Biosintética Ltda.

Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91

Taboão da Serra - SP

CGC nº 53.162.095/0001-06

Indústria Brasileira



(cod. Nifelat)



NIFELAT

Nifedipina e atenolol
10 / 25 mg e 20 / 50 mg
Cápsulas

USO ADULTO

FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÃO

Cápsulas 10/25 mg - Caixas com 28 unidades.

Cápsulas 20/50 mg - Caixas com 28 unidades.

COMPOSIÇÃO

Cada cápsula de 10/25 mg contém:
Nifedipina (microcomprimido na forma retard) 10 mg
Atenolol 25 mg
Excipiente q.s.p. 1 cápsula

Cada cápsula de 20/50 mg contém:
Nifedipina (microcomprimido na forma retard) 20 mg
Atenolol 50 mg
Excipiente q.s.p. 1 cápsula

USO ADULTO

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

- . Proteja o medicamento do calor, da luz e da umidade.
- . Prazo de validade: vide cartucho. Não tome este medicamento ou qualquer outro após a data de vencimento.
- . **NIFELAT** contém duas substâncias que atuam em conjunto baixando a pressão elevada e reduzindo os sintomas de angina de peito. **NIFELAT** age durante 24 horas após ser ingerido.
- . Caso ocorra gravidez durante o tratamento com este medicamento informe seu médico.
- . Siga corretamente a forma de usar recomendada pelo médico. Não interrompa ou associe outros remédios para baixar a pressão sem orientação médica.
- . Se durante o tratamento aparecerem reações desagradáveis como sensação de pressão na cabeça, náuseas, rubor e/ou sensação de calor na face, informe seu médico. Estes sintomas em geral desaparecem após 72 horas.

. **TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.**

. **NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO, PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE.**

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

MODO DE AÇÃO

A Nifedipina, composto dihidropiridínico, é o mais potente antagonista do cálcio e seu mecanismo de ação baseia-se no bloqueio da passagem do cálcio dos espaços extracelulares para as fibras do miocárdio e dos músculos vasculares com conseqüente diminuição da contratilidade. Como efeito dessa ação ocorre a vasodilatação da rede coronariana com maior oferta de oxigênio ao miocárdio, bem como diminuição da resistência vascular periférica, devido à vasodilatação sistêmica, baixa da pressão arterial, aumento de débito cardíaco e ligeiro aumento da frequência cardíaca. O Atenolol é um beta-bloqueador cardiosseletivo beta 1, que não possui atividade simpaticomimética nem atividade estabilizadora de membrana. Sua longa meia-vida plasmática permite a terapêutica em dose única diária na maioria dos pacientes. Estudos clínicos indicaram que o Atenolol é totalmente compatível com outros agentes anti-hipertensivos como antagonistas do cálcio e diuréticos.

A associação do Atenolol e Nifedipina produz efeitos antianginosos superiores aos

verificados com cada agente isolado. O aumento reflexo da frequência cardíaca provocado pela Nifedipina é contrabalanceado pelo Atenolol e ocorre idêntico efeito quanto ao aumento do tonus do sistema nervoso simpático. De outro lado, a tendência dos beta-bloqueadores em aumentar a resistência vascular coronariana é atenuada pela manifestação induzida pela Nifedipina.

INDICAÇÕES

Tratamento da hipertensão arterial e/ou insuficiência coronariana.

CONTRA-INDICAÇÕES

Bloqueio aurículo-ventricular de 2º e 3º graus, bloqueio sinoatrial, síndrome do nóculo sinusal, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, choque cardiogênico, infarto recente do miocárdio, bradicardia acentuada, hipotensão acentuada, asma brônquica e período de gravidez. Não deve ser administrado: em pacientes usando amiodarona, nem junto com verapamil. Pacientes com hipersensibilidade conhecida aos princípios ativos.

PRECAUÇÕES

O uso de **NIFELAT** não é recomendado ou deve ser feito com muita cautela em pacientes com angina pectoris severa e/ou estenose importante dos três vasos coronários. Em pacientes portadores de doenças respiratórias obstrutiva um eventual broncoespasmo ocorrido com o emprego de **NIFELAT** pode ser rapidamente eliminado com broncodilatadores habituais como salbutamol, fenoterol ou isoprenalina. Devido à ação hipotensora do medicamento a capacidade de reação pode variar individualmente, fato que deve ser considerado ao dirigir veículos ou operar máquinas, em especial no início do tratamento. Não administrar doses superiores a 75 mg de Atenolol em casos de insuficiência renal com clearance de creatinina inferior a 50 ml/min. Não existe ainda suficiente experiência sobre o uso da associação Nifedipina e Atenolol em pacientes com insuficiência renal severa. Deve ser introduzido somente após compensação em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. O tratamento não deve ser descontinuado abruptamente. Em caso de cirurgia, concomitante com o tratamento com **NIFELAT**, deve-se tomar cuidado com agentes anestésicos, tais como: éter, ciclopropano e tricloroetileno. Se ocorrer dominância vagal a atropina (injeção de 1 a 2 mg por via intravenosa) pode corrigí-la.

USO NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Como ocorre com qualquer droga, **NIFELAT** não deve ser administrado na gravidez, a não ser que o seu uso seja essencial. Não há evidência de teratogenicidade em estudos em animais. Deve-se avaliar os possíveis riscos contra os benefícios, quando a droga for usada por mulheres grávidas ou que possam engravidar. É possível sua excreção no leite materno, portanto não é recomendado seu uso por mães que amamentam.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Pode ocorrer potencialização da ação hipoglicêmica da insulina e antidiabéticos orais, e mascaramento de sintomas hipoglicêmicos. Com o uso concomitante de reserpina, alfa metildopa, clonidina, guanetidina pode ocorrer acentuada redução tensional e da frequência cardíaca. Se **NIFELAT** e clonidina forem administrados concomitantemente, a clonidina não deve ser descontinuada antes que o uso de **NIFELAT** tenha sido interrompido por vários dias. **NIFELAT** deve ser administrado com cautela em pacientes que fazem uso de digitálicos e/ou diuréticos, pois tanto os digitálicos como o Atenolol diminuem a condução AV. Quando a Nifedipina é administrada com digoxina ocorre aumento dos níveis de digoxina, podendo ocorrer exacerbação de efeito. Quando Atenolol é administrado com vasoconstritores (p.e.: adrenalina, anfetamina, fenilefrina) pode ocorrer hipertensão severa. O uso de beta-bloqueadores e relaxantes musculares (p.e.: meprobamato, fenilpropilcarbamato, cloroxazona) pode gerar potenciação do atenolol. Os sais de alumínio (p.e.: hidróxido de alumínio), a colestiramina e o colestipol podem diminuir a absorção dos beta-bloqueadores. Certas drogas como a fenitoína, a rifampicina e o fenobarbital, bem como o fumo, induzem as enzimas de biotransformação hepática e podem reduzir as concentrações

plasmáticas de antagonistas beta-adrenérgicos que são metabolizados intensamente. Os beta-bloqueadores podem reduzir a depuração da lidocaína. O uso concomitante de verapamil e beta-bloqueadores pode levar a significativa bradicardia ou bloqueio AV. Pode provocar assistolia. A principal razão disto é o efeito aditivo dessas drogas sobre os nodos sinusal ou AV. A amiodarona aumenta a probabilidade de bradicardia, parada sinusal e bloqueio AV quando beta-bloqueadores ou bloqueadores dos canais de Ca^{2+} são administrados concomitantemente. Aumenta, também, as concentrações plasmáticas e efeitos da nifedipina.

O verapamil e o diltiazem podem intensificar a bradicardia sinusal e/ou provocar bloqueio e insuficiência cardíaca quando administrados junto com beta-bloqueadores. A cimetidina e a hidralazina podem aumentar a biodisponibilidade do atenolol.

Quando a Nifedipina é administrada junto com cimetidina ou ranitidina ocorre potencialização do efeito (o pico plasmático da nifedipina aumenta, talvez devido a inibição do citocromo P-450 hepático pela cimetidina).

Nifedipina administrada com anticoagulantes cumarínicos, pode aumentar o tempo de protrombrina.

O uso concomitante de **NIFELAT** com outros agentes β -bloqueadores pode provocar hipotensão severa e/ou aumento de volume líquido, exacerbação de angina.

NIFELAT empregado concomitantemente com indometacina, fenilbutazona, carbenoxolona, corticóides apresenta uma diminuição do efeito anti-hipertensivo.

NIFELAT em uso concomitante de quinidina ou de anestésicos voláteis (p.e.: éter, clorofórmio, cloreto de etila, halotano, metoxifluorano) pode acarretar uma hipotensão acentuada.

REAÇÕES ADVERSAS

Ao início do tratamento podem ocorrer: fadiga, sensação de vertigem, cefaléia, sensação de calor na face (flush) e sudorese. Estes fenômenos são de intensidade discreta e, em geral, desaparecem ao cabo de 1 a 2 semanas.

Eventualmente e bem mais raramente, foram observados distúrbios do sono, gastralgia, eritema cutâneo, bradicardia, hipotensão, parestesia nos braços e nas pernas, sensação de frio nos membros, fraqueza muscular e câimbras.

Em pacientes com tendência a broncoespasmos (p.ex.: bronquite asmática) é possível a ocorrência de dispnéia em virtude do aumento da resistência das vias aéreas devido a seletividade β_1 do Atenolol.

É muito rara a ocorrência de distúrbios do sono (do tipo observado com o uso de outros beta-bloqueadores). Pode também, raramente, acontecer "rashes" cutâneos e/ou olhos secos. Caso ocorra alguma reação que não possa ser explicada por outra causa, deve-se considerar a interrupção da terapêutica que deve ser de maneira gradativa.

POSOLOGIA

Recomenda-se, para pacientes que não tenham recebido tratamento medicamentoso antihipertensivo anterior, o emprego de uma dose inicial de **NIFELAT** 10/25 mg uma vez ao dia. O mesmo recomenda-se para pacientes idosos ou renais. Para pacientes não idosos ou já em uso de outras formas de nifedipina ou atenolol, a posologia inicial é de **NIFELAT** 20/50 mg uma vez ao dia.

A dosagem de **NIFELAT** deve ser sempre titulada de acordo com a resposta do paciente. Assim, recomenda-se após 7 a 15 dias da dose inicial e, de acordo com a resposta terapêutica obtida, reajustar a dose do paciente se necessário até 1 cápsula a cada 12 horas ou 2 cápsulas 1 vez ao dia.

CONDUTA NA SUPERDOSAGEM

Não existem relatos sobre intoxicação com a associação de Nifedipina e Atenolol no homem. Caso ocorra superdosagem, pode-se tentar o esvaziamento gástrico e devem ser tomadas medidas de suporte. Ocorrendo bradicardia ou hipotensão severa usar Atropina (1 a 2 mg IV) - Glucagon 10 mg (repetir), se necessário usar isoprenalina ou oxiprenalina e gluconato de cálcio em perfusão intravenosa.

ATENÇÃO: ESTE PRODUTO É UM NOVO MEDICAMENTO E EMBORA AS PESQUISAS REALIZADAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA QUANDO CORRETAMENTE INDICADO, PODEM OCORRER REAÇÕES ADVERSAS IMPREVISÍVEIS, AINDA NÃO DESCRITAS OU CONHECIDAS. EM CASO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA, O MÉDICO RESPONSÁVEL DEVE SER NOTIFICADO.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MS-1213.0047

Resp.Técni.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF/SP 3544
Nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide cartucho.

Laboratórios Biosintética Ltda.

Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91

Taboão da Serra - SP

CGC nº 53.162.095/0001-06

Indústria Brasileira (made in Brazil)



NITRENCORD

NITRENCORD 10 e 20 mg - comprimidos

NITRENDIPINA

FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES

Comprimidos 10 mg: caixas com 30 comprimidos.
Comprimidos 20 mg: caixas com 30 comprimidos.

COMPOSIÇÕES

Cada comprimido **NITRENCORD** 10 mg contém:
Nitrendipina 10 mg
Excipiente q.s.p. 1 comprimido

Cada comprimido **NITRENCORD** 20 mg contém:
Nitrendipina 20 mg
Excipiente q.s.p. 1 comprimido

USO ADULTO

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

- . Este medicamento destina-se ao tratamento da hipertensão arterial.
- . Conserve o medicamento sempre em lugar seco e escuro.
- . **TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.**
- . Informe ao médico se durante o tratamento houver ocorrência de gravidez.
- . Use este medicamento sempre sob prescrição médica e informe-o caso apareçam reações desagradáveis. Seja cuidadoso ao dirigir ou operar máquinas.
- . **NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA A SUA SAÚDE.**

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

MODO DE AÇÃO

NITRENCORD tem como princípio ativo a nitrendipina, derivado diidropiridínico, com potente ação inibidora do influxo de cálcio nas membranas de células musculares lisas dos vasos periféricos, razão de sua importante atividade anti-hipertensiva e vasodilatadora. Cerca de 80% da dose oral são absorvidos. Atinge concentração plasmática máxima dentro de uma a duas horas.

Manifesta efeito máximo dentro de quatro horas.
Liga-se fortemente (98%) às proteínas plasmáticas. Apresenta meia-vida entre 12 e 24 horas.
Concentração plasmática e meia-vida de eliminação aumentam nos pacientes com doença hepática.
Sofre biotransformação hepática extensa, por desidrogenação a análogo da piridina, cisão dos grupos éster por hidrólise a ácidos carboxílicos e hidroxilação dos grupos metílicos com conjugação subsequente na bile.
Aproximadamente 11% de uma dose são excretados pela urina e 77% pelas fezes como metabólitos polares inativos, 96 horas após administração da dose oral; menos de 0,1% é eliminado na forma inalterada pela urina.
Depuração 81 a 87 l/h.

INDICAÇÕES

NITRENCORD está indicado no tratamento da hipertensão arterial, devido à sua importante atividade vasodilatadora, e conseqüente redução da resistência arterial periférica. Na insuficiência coronariana aguda e crônica, na angina e no pós-infarto do miocárdio.

CONTRA-INDICAÇÕES

NITRENCORD é contra-indicado durante a gravidez e no período de lactação. Em indivíduos com hipersensibilidade à nitrendipina. Em crianças.

PRECAUÇÕES

Em pacientes com hiperatividade adrenérgica, a administração de doses elevadas de **NITRENCORD** deverá ser associada a um tratamento beta-bloqueador. A interrupção do tratamento leva ao aumento da pressão arterial a níveis anormalmente elevados. A ingestão concomitante de bebidas alcoólicas pode comprometer a capacidade de reação. Em virtude das reações individuais possíveis, convém chamar a atenção dos condutores e operadores de máquinas no início do tratamento, ou de indivíduos idosos que ingiram simultaneamente álcool, bem como dos portadores de insuficiência hepática e daqueles já tratados com anti-hipertensivos.

Deve-se reduzir a dose nos idosos, na insuficiência hepática e nos hipertensos já tratados com outros anti-hipertensivos.

Não se recomenda o uso pediátrico.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

O efeito anti-hipertensivo da nitrendipina pode ser potencializado por outras drogas anti-hipertensivas, por exemplo, beta-bloqueadores. Tratamento com glicosídeos cardíacos pode ser iniciado e permanecer durante a administração de nitrendipina, embora em alguns casos tenha sido observada a concentração sérica do glicosídeo aumentada. É, portanto, conveniente observar a ocorrência de sintomas de uma superdosagem de digoxina. O efeito anti-hipertensivo de nitrendipina pode ser potencializado também pela administração de outros antagonistas do cálcio. A cimetidina pode aumentar a biodisponibilidade da nitrendipina.

REAÇÕES ADVERSAS

As reações adversas ocorrem predominantemente no início do tratamento e geralmente são leves e transitórias (cedem sem a necessidade de interrupção do tratamento).

Cefaléia, flush e sensação de calor podem ocasionalmente ocorrer em consequência do importante efeito vasodilatador da nitrendipina. É também responsável pelo edema dos membros inferiores, decorrente da dilatação dos vasos, e não de uma descompensação cardíaca ou insuficiência renal.

Em casos isolados, foram observadas náuseas, tontura, cansaço, reações cutâneas e palpitações. Dores torácicas (sob certas circunstâncias tipo anginosa) podem desenvolver-se em casos extremamente raros, 15 a 30 minutos após a administração de nitrendipina e impõem a suspensão do tratamento.

Em tratamento prolongados poderão surgir cefaléias e ligeiras palpitações que cedem sem a necessidade de interrupção do tratamento. Em doses elevadas **NITRENCORD** pode originar um aumento da frequência e débito cardíaco.

A interrupção abrupta do tratamento pode causar o efeito rebote.

POSOLOGIA

A dosagem deve ser orientada de acordo com a gravidade da doença em cada caso individual. Recomenda-se iniciar o tratamento com 10 ou 20 mg pela manhã, após o jejum. Se o efeito anti-hipertensivo não for satisfatório, a dose poderá ser aumentada para até 40mg, divididos em duas tomadas, pela manhã e à noite.

Aumentos maiores da dose são perfeitamente possíveis, embora, em vista dos efeitos colaterais que possam ocorrer (no caso de ingestão de doses excessivamente altas), seja preferível associar a nitrendipina com outras drogas anti-hipertensivas, como beta-bloqueadores. As contra-indicações relativas a estas substâncias devem ser lembradas.

Entre 2 e 4 semanas é freqüentemente possível reduzir a dosagem.

Em casos de reações adversas severas, preconiza-se a administração lenta, sob vigilância.

Crianças: não há até o momento experiência pediátrica com **NITRENCORD** e, por este motivo, não se recomenda a sua administração a crianças.

Idosos: as dosagens podem ser reduzidas, especialmente em pacientes com função renal comprometida. Pacientes idosos podem responder a doses de 5 a 10 mg.

Insuficiência renal: recomenda-se que a dose seja ajustada nos casos de grave insuficiência renal.

SUPERDOSAGEM

Considerando ser este um novo medicamento, a sintomatologia em caso de superdosagem ainda não é conhecida. Diante dos riscos de intoxicações, tais como hipotensão severa acompanhada de taquicardia, as medidas recomendadas são as seguintes: lavagem

gástrica e acompanhamento em unidade de tratamento intensivo; em caso de intoxicação aguda, uma perfusão de gluconato de cálcio parece indicada.

ATENÇÃO: ESTE PRODUTO É UM NOVO MEDICAMENTO E EMBORA AS PESQUISAS REALIZADAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA, QUANDO CORRETAMENTE INDICADO, PODEM OCORRER REAÇÕES ADVERSAS. EM CASO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA, O MÉDICO RESPONSÁVEL DEVE SER NOTIFICADO.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICAS

MS-1213.0043
Resp.Téc.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF SP-3544
Nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide cartucho.
Laboratórios Biosintética Ltda.
Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91
Taboão da Serra - SP
CGC nº 53.162.095/0001-06|
Indústria Brasileira



(20xrc01)



OXCORD RETARD

Nifedipina
20 mg
Comprimidos revestidos
Uso adulto

FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES

Comprimidos revestidos com 20 mg. Embalagens com 30 e 60 comprimidos.

COMPOSIÇÕES

Cada comprimido de OXCORD Retard 20 mg contém:
Nifedipina 20 mg
Excipiente q.s.p. 1 comprimido
(Excipientes: amido, lactose, eudragit, encompress, celulose microcristalina, croscarmelose sódica, dióxido de silício, estearato de magnésio e estearato de magnésio e polycoat)

INFORMAÇÕES AO PACIENTE:

OXCORD RETARD NÃO DEVE SER SUBSTITUÍDO PELO PRODUTO OXCORD SEM QUE HAJA ESTRITA RECOMENDAÇÃO MÉDICA.

Ação esperada do medicamento : Oxcord retard está indicado para o tratamento da hipertensão arterial, na doença arterial coronariana e para a angina crônica estável.
Cuidados de armazenamento : Conservar ao abrigo do calor excessivo (até 25C), da umidade e da luz.
Prazo de validade : 3 anos. Não use o medicamento se o seu prazo de validade estiver vencido, o que pode ser verificado na embalagem externa do produto.
Gravidez e lactação : Oxcord retard **não** deve ser utilizado durante a gravidez e na lactação. Informe seu médico a ocorrência de gravidez, ou se estiver amamentando na vigência do tratamento ou após o seu término.
Cuidados de administração : Siga a orientação do seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento.
Interrupção do tratamento : Geralmente, não há cuidados especiais para a interrupção do tratamento, porém, recomenda-se a redução gradual das doses. Não interrompa o tratamento sem o conhecimento do seu médico.
Reações adversas : Embora ocasionais, podem ocorrer no início do tratamento: cefaléia, rubor facial, sensações de pressão na cabeça e/ou calor no rosto, edema nos membros, náuseas, vertigens e mal-estar gástrico que geralmente, desaparecem com o transcorrer do tratamento ou que desaparecem com a interrupção deste. Informe seu médico o aparecimento de reações desagradáveis.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Contra-indicações e Precauções : Conhecida alergia a nifedipina, infarto agudo do miocárdio, problemas valvulares cardíacos, angina progressiva e angina pós-infarto, queda significativa da pressão, durante a gravidez e lactação.
No início do tratamento ou durante a mudança de doses pode ocorrer redução da capacidade de dirigir ou de operar máquinas.

NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA A SAÚDE.

INFORMAÇÃO TÉCNICA

Mecanismo de ação:
OXCORD (nifedipina), é um derivado diidropiridínico, que inibe o influxo do íon cálcio através da membrana celular, nas células musculares lisas vasculares e no músculo cardíaco (também chamado de bloqueador dos canais lentos do cálcio ou antagonista de cálcio).
A liberação da substância ativa no organismo de forma prolongada permite a manutenção de níveis constantes de sua atividade, com administrações a intervalos de até 12 horas. O mecanismo pelo qual a nifedipina reduz a pressão arterial, envolve a vasodilatação arterial periférica e conseqüentemente a redução na resistência vascular periférica, cujo aumento é a causa fundamental

da hipertensão. A nifedipina dilata as artérias e arteríolas coronarianas tanto nas regiões normais como nas isquêmicas, e é um inibidor potente do espasmo coronariano espontâneo ou induzido por ergonovina, atuando, portanto, tanto na melhora da distribuição do oxigênio (vasoespasmo), como na redução de sua utilização (controle da hipertensão).

A nifedipina é rápida e completamente absorvida após administração oral. A concentração plasmática máxima é alcançada após 1,5 à 4,2 h, após a ingestão, com a formulação de liberação lenta (retard). A ingestão concomitante de alimentos retarda, mas não reduz a absorção.

A nifedipina é metabolizada no fígado para metabólitos inativos solúveis em água, dos quais aproximadamente 80% são eliminados pela via renal. Apenas traços (menos de 0,1% da dose de nifedipina) podem ser detectados na urina, na forma inalterada (não metabolizada).

Portanto, a farmacocinética da nifedipina não é significativamente influenciada pelo comprometimento renal, não existem relatos de alterações significativas na farmacocinética da nifedipina nos pacientes em hemodiálise ou diálise peritoneal ambulatorial. Porém, uma vez que a biotransformação hepática está diretamente envolvida no processo, a farmacocinética da nifedipina pode estar alterada em pacientes com insuficiência hepática crônica.

INDICAÇÕES

Oxcord retard está indicado para o tratamento da hipertensão arterial e na doença arterial coronariana para a angina crônica estável.

CONTRA-INDICAÇÃO

Conhecida hipersensibilidade a nifedipina, hipotensão excessiva, durante a gravidez e lactação.

PRECAUÇÕES

A nifedipina deve ser administrada com cuidado em pacientes com infarto agudo do miocárdio, angina progressiva e angina pós-infarto, em pacientes acometidos de doença arterial coronariana obstrutiva severa pois têm desenvolvido de forma bem documentada aumento na frequência cardíaca, duração e/ou severidade da angina ou do infarto na introdução do tratamento com nifedipina ou quando se aumenta a dosagem. O mecanismo deste efeito ainda não está bem estabelecido. Na estenose aórtica significativa o uso de nifedipina; como qualquer vasodilatador arterial; deve ser evitado e pode levar a quadros de insuficiência cardíaca.

Embora o "efeito rebote" não tenha sido relatado com a suspensão abrupta da nifedipina, é recomendada a redução gradual da sua dose. \

O seu uso em diabéticos pode requerer maior controle da glicemia, devido a um possível efeito hiperglicemiante do produto. O início do tratamento, a mudança de doses ou a ingestão simultânea de bebidas alcoólicas podem reduzir a capacidade de dirigir ou de controlar máquinas (vide reações adversas).

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

O efeito anti-hipertensivo da nifedipina pode ser potencializado por outras drogas anti-hipertensivas. A administração da nifedipina em associação com beta-bloqueadores deve ser cuidadosa, pois pode ocasionar hipotensão arterial excessiva e até mesmo insuficiência cardíaca congestiva em casos isolados.

O efeito anti-hipertensivo da nifedipina pode ser potencializado pela administração de cimetidina e de forma não significativa pela ranitidina, este efeito está relacionado com o nível sérico aumentado da nifedipina devido a inibição do citocromo P450 pela cimetidina. O citocromo P 450 é provavelmente o responsável pelo metabolismo de 1ª passagem da nifedipina.

Associação de nifedipina com digoxina pode levar a aumento dos níveis plasmáticos da digoxina, e a associação com quinidina está associada a uma queda nos níveis plasmáticos da quinidina. Portanto a adição ou a interrupção da nifedipina ao tratamento com quinidina e/ou digoxina podem exigir o ajuste de suas doses e a monitorização de seus efeitos.

REAÇÕES ADVERSAS

Quando presentes, sua incidência é maior no início do tratamento e em geral são leves e transitórias; tais como cefaléia, rubor facial e sensação de calor. Com menor incidência, outras reações foram descritas de forma transitória ou que regrediram com a interrupção do tratamento, tais como: náuseas e diarreia, tonturas, cansaço, reações dérmicas (prurido, urticária, rash cutâneo e dermatite esfoliativa), parestesia, hipotensão grave, taquicardias, palpitações, ginecomastia, hiperplasia gengival, alterações da função hepática (traduzidas por coléstase intra-hepática e aumento das transaminases), mialgia e tremor das extremidades.

Edema dos membros inferiores podem se desenvolver como resultado da vasodilatação predominante dos vasos arteriais.

Reações à droga que variam em intensidade, de indivíduo à indivíduo , podem reduzir a capacidade de dirigir ou de controlar máquinas, sobretudo no início do tratamento, quando forem necessários ajustes na doses ou com a ingestão simultânea de bebidas alcoólicas.

POSOLOGIA

A dose deve ser ajustada de acordo com as necessidades de cada paciente. Porém, recomenda-se iniciar o tratamento com um comprimido de 20 mg/dia a cada 12 horas.
Se doses diárias mais elevadas forem necessárias, pode-se aumentar a dose diária de Oxcord retard para até 3 comprimidos de 20mg/ dia tomados em intervalos de 8 horas.

SUPERDOSE

Geralmente a superdose com nifedipina leva a hipotensão pronunciada, necessitando de suporte cardiovascular ativo que inclui a monitorização da função cardiovascular e respiratória, elevação dos membros inferiores, infusão cautelosa de cálcio, agentes pressóricos e fluidos. Como a nifedipina apresenta uma alta ligação protéica, a dialise não parece ter muito benefício, entretanto a plasmaferese pode ser útil.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MS-1213.0016
Resp.Téc.Farm.: Dr. L.A.Maschietto - CRF/SP 3544
Nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide cartucho.

Laboratórios Biosintética Ltda.

Rua Dr. Mario Augusto Pereira, 91
Taboão da Serra - SP
CNPJ nº 53.162.095/0001-06
Indústria Brasileira



nicotinell TTS®

S(-)-nicotina

TERAPIA AUXILIAR NO ABANDONO DO TABAGISMO

FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES

Sistema terapêutico e transdérmico: Nicotinell TTS 10, Nicotinell TTS 20, Nicotinell TTS 30. Caixas com 20 sistemas.

COMPOSIÇÃO

Os sistemas terapêuticos de Nicotinell TTS 10, 20 e 30, contém, respectivamente, 17,5mg, 35mg e 52,5mg de S(-)-nicotina e liberam 7mg, 14mg e 21mg de substância ativa em 24 horas.

USO ADULTO

MODO DE AÇÃO

Farmacodinâmica: A S(-)-nicotina age primeiramente nos receptores colinérgicos do tipo nicotínico do sistema nervoso periférico e do central. Para muitos efeitos, baixas doses de S(-)-nicotina tem uma ação estimulante e elevadas doses, um efeito depressor. A administração intermitente de S(-)-nicotina afeta as vias neuro-hormonais e resulta na liberação de acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina, vasopressina, beta-endorfinas, hormônio de crescimento, cortisol e ACTH. Esses neurorreguladores podem estar envolvidos em alguns comportamentos relatados e nos efeitos subjetivos do ato de fumar. O desempenho melhorado de alguns parâmetros, tais como tamborilar os dedos, foi demonstrado após administração de nicotina em fumantes abstinentes durante a noite. As ações da nicotina no homem são complexas, dependem da dose, da taxa de liberação, do tônus autonômico prevalente, de variação individual e da exposição prévia (tolerância). Os efeitos cardiovasculares da S(-)-nicotina são devidos ao estímulo do sistema nervoso simpático, periférico e central. Por exemplo: concentrações de nicotina encontradas durante o ato de fumar causam aumento da frequência cardíaca, da pressão sistólica e diastólica e causam também vasoconstrição cutânea. A tolerância parcial ou total a alguns efeitos da nicotina é desenvolvida rapidamente: uma segunda infusão, após 60 ou 120 minutos, resulta em menor aceleração da frequência cardíaca e em menores efeitos subjetivos do que a infusão inicial, apesar das elevadas concentrações venosas de nicotina. Ao se administrar a segunda infusão, após 120 minutos, a resposta é a mesma do que aquela obtida após a infusão inicial. A aplicação de Nicotinell TTS (20 cm²) a fumantes abstinentes durante a noite, resultou em pequenos aumentos na média da frequência cardíaca (até 6 batimentos/minuto), pequenos aumentos na pressão sanguínea sistólica e diminuição no volume de ejeção. As alterações na frequência cardíaca e no volume de ejeção estiveram presentes até 10 dias após a aplicação repetida, tendo sugerido que não houve desenvolvimento de tolerância completa aos efeitos da nicotina. Os efeitos foram menores em magnitude do que os produzidos pela fumaça do cigarro, enquanto que não se observaram alterações na temperatura da pele ou no fluxo sanguíneo, quando comparados com o controle de placebo. Durante a retirada do fumo, foram observados sintomas tais como ansia, irritabilidade, frustração, agressividade, agitação, tensão, ansiedade, sensação de fome, aumento de peso, dificuldade de concentração e distúrbios do sono. Durante ensaios clínicos controlados duplo-cegos contra placebo, a reposição de nicotina com Nicotinell TTS nas primeiras semanas ou meses após se parar de fumar aumentou as chances de êxito na abstinência, com ou sem técnicas de suporte. Há também uma forte tendência na redução dos sintomas de abstinência.

Farmacocinética: A nicotina é rapidamente absorvida através da pele e passa para a circulação sistêmica. O perfil de absorção, após uma aplicação única de Nicotinell TTS em fumantes saudáveis abstinentes (pessoas submetidas a terapia para parar de fumar com o sistema), mostra um retardo inicial de 1 a 2 horas, seguido de um aumento progressivo nas concentrações plasmáticas, sendo o platô atingido cerca de 8 a 10 horas após a aplicação. Depois da remoção do sistema, as concentrações plasmáticas declinam mais lentamente do que poderia ser previsto pela meia-vida de eliminação de 2 horas para este fármaco, pós infusão intravenosa. Cerca de 10% da quantidade total de nicotina que atinge a circulação é liberada da pele após remoção do sistema de 30 cm². A área sob a curva (AUC 0 a 24 h) variou na proporção de liberada por Nicotinell TTS, que por sua vez, depende do tamanho do sistema. Em comparação com a infusão I.V., 76,8% da nicotina liberada tornam-se sistematicamente disponíveis. Com a aplicação repetida de Nicotinell TTS 20 e 30 cm², as médias mínimas e máximas das concentrações plasmáticas no "stady state" foram 7,1 ng/ml e 12,0 ng/ml para o sistema de 20 cm² e 10,3 ng/ml e 17,7 ng/ml para o sistema de 30 cm². Estas concentrações plasmáticas estavam dentro do intervalo observado durante o ato de fumar moderado. Análises do conteúdo do fármaco residual no sistema usado por 24 horas indicam que a liberação total do fármaco na circulação varia individualmente. Entretanto, a variabilidade intra-individual na quantidade de nicotina liberada é pequena, indicando elevado nível de consistência no desempenho do sistema durante a aplicação diária de Nicotinell TTS. A S(-)-nicotina é amplamente distribuída pelo corpo, com um volume de distribuição de aproximadamente 180 litros. O fármaco atravessa a barreira hematoencefálica e a placenta e é também encontrada no leite materno. A ligação da

nicotina às proteínas plasmáticas é desprezível, sendo menor que 5%. O clearance plasmático total da nicotina varia de 0,92 a 2,43 litros/min. A eliminação ocorre principalmente pelo metabolismo por via hepática e os principais metabólitos são cotinina e nicotina-1'-N-óxido. A cotinina é metabolizada numa extensão mais ampla; entretanto, alguns metabólitos da nicotina não foram identificados até o presente. Somente pequenas quantidades de nicotina são eliminadas sob a forma inalterada pela via renal. Há uma considerável variabilidade individual na distribuição, no metabolismo e na biodisponibilidade da nicotina dos cigarros, das cápsulas e gomas. Nenhum dos principais metabólitos é considerado como sendo farmacologicamente ativo. A excreção renal da nicotina é pH dependente, sendo desprezível sob condições alcalinas.

INDICAÇÕES

Tratamento da dependência a nicotina, como um auxiliar no abandono do cigarro.

CONTRA-INDICAÇÕES

Não-fumantes, crianças ou fumantes ocasionais (ver "Advertências"), Mulheres grávidas ou que estejam amamentando (ver "Gravidez e lactação"). Infarto agudo do miocárdio, angina pectoris instável ou agravada, arritmias cardíacas graves, acidente cerebrovascular recente, dermatoses que podem complicar a terapia com o sistema e hipersensibilidade conhecida à nicotina.

PREUCAÇÕES

Os pacientes em tratamento devem parar de fumar completamente durante a terapia com Nicotinell TTS, pois podem apresentar reações adversas se continuarem fumando durante o uso do sistema. Em vista dos efeitos farmacológicos da S(-)-nicotina e, desde que não há experiência em pacientes com hipertensão, angina pectoris estável, insuficiência cerebrovascular, doenças arteriais periféricas oclusivas, insuficiência cardíaca, hipertireoidismo, diabetes mellitus, insuficiência hepática ou renal e úlcera péptica, Nicotinell TTS somente deve ser usado nesses casos após cuidadosa avaliação dos riscos e benefícios. Esses pacientes deverão ser encorajados a parar de fumar sem Nicotinell TTS, se possível. Nicotinell TTS deverá ser considerado somente se isso for impossível. Em geral, o risco esperado do uso de Nicotinell TTS pode ser menor que o risco de continuar fumando. Em casos graves ou persistentes de reações de pele, pode ser aconselhável descontinuar o tratamento. Reações alérgicas: nos ensaios clínicos com nicotina transdérmica, poucos pacientes relataram sensibilização por contato. Pacientes que desenvolveram tal sensibilização devem ser alertados sob a possibilidade de ocorrência de reação grave, quando da exposição a outros produtos que contenham nicotina ou ao fumarem.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

O ato de fumar tem efeitos indesejáveis na gravidez humana e sabe-se que a nicotina isoladamente tem efeito adverso na gravidez animal. Este produto é contra-indicado em mulheres grávidas ou que estejam amamentando.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Não há informações disponíveis sobre interações entre Nicotinell TTS e outros medicamentos. A abstenção ao fumo, com ou sem reposição da nicotina, pode alterar a resposta individual de medicamentos concomitantes e pode requerer ajuste de dose. O tabagismo aumenta o metabolismo, através de indução enzimática, e assim diminui as concentrações sanguíneas de alguns fármacos, tais como: antipirina, cafeína, estrógenos, desmetildiazepam, imipramine, lidocaína, oxazepam, pentazocina, fenacetina, teofilina e warfarina. A abstenção do fumo pode resultar em elevadas concentrações desses fármacos. Outros efeitos relacionados ao fumo incluem reduzida eficácia analgésica de propoxifeno, reduzida resposta diurética à furosemida e alteração da resposta farmacológica ao propranolol, assim como alterações dos índices de cicatrização de úlcera com antagonistas H2. O ato de fumar e a nicotina podem aumentar os níveis circulantes de cortisol e catecolaminas. Doses de nifedipina, agonistas adrenérgicos ou agentes bloqueadores adrenérgicos podem necessitar de ajustes.

REAÇÕES ADVERSAS

A princípio Nicotinell TTS pode causar reações adversas similares àquelas associadas à nicotina através do ato de fumar. Uma vez que as concentrações plasmáticas máximas de nicotina, que são produzidas por Nicotinell TTS, são menores e flutuam menos do que aquelas produzidas pelo ato de fumar, pode-se esperar que as reações adversas que ocorrerem durante o tratamento com Nicotinell TTS sejam menos marcantes. Alguns dos sintomas listados abaixo são difíceis de se diferenciar dos reconhecidos sintomas de abstinência do fumo, quando a comparação é feita com o placebo. O placebo utilizado continha cerca de 13% de nicotina de uma mistura de Nicotinell TTS, com cor e odor combinados para ensaio cego. O principal efeito indesejável de Nicotinell TTS é a reação de pele no local de aplicação. Isso conduziu à descontinuação prematura de Nicotinell TTS em cerca de 6% dos participantes do ensaio clínico. Reações de pele consistiram em eritema ou prurido no local de aplicação. Também foram observados edema, sensação de queimação, bolhas "rash" ou sensação de compressão no local de aplicação. A maioria dessas reações foi leve. Muitas dessas reações de pele desapareceram em 48 horas mas, casos mais sérios de eritema e infiltração duraram de 1 a 3 semanas. O início das reações da pele importantes ocorreu entre a 3ª a 8ª semana após o início da terapia. Em casos isolados, as reações de pele estenderam-se

para além dos locais de aplicação. Foram reportados casos isolados de urticária, edema angioneurótico e dispnéia. Os seguintes efeitos adversos e sintomas de abstinência foram os mais comumente relatados em 3 ensaios clínicos duplo-cegos, sem relação de associação causal com o estudo do fármaco:

	Nicotinell TTS (n = 401)	Placebo (n = 391)
Reação no local da aplicação	34,9%	17,6%
Cefaléia	29,7%	29,2%
Sintomas semelhantes a resfriado e gripe	12,0%	8,4%
Dismenorréia	6,6%	8,8%
Insônia	6,5%	5,4%
Náusea	6,2%	4,6%
Mialgia	6,0%	4,1%
Vertigem	6,0%	5,9%

As seguintes reações adversas também foram observadas, sem relação de associação causal com Nicotinell TTS, em incidência < 6%: incidência maior ou igual a 2% e maior que o placebo (pelo menos 0,5%); dor abdominal, dispepsia, alergia, disfunção motora, tosse, sonho anormal, artrite. Incidência maior ou igual a 2% e similar ou menor que placebo: ansiedade, labilidade emocional, irritabilidade, constipação, diarréia, dor de dente, artralgia, dor nas costas, faringite, rinite, sinusite, sintomas do trato respiratório superior. Incidência entre 1 e 2% : sonolência, concentração prejudicada, vômito, dor no tórax, fadiga, dor, alterações na pressão sanguínea, bronquite, erupção, erupção herpética, dor de ouvido. Incidência menor ou igual a 1% (somente eventos considerados pelos investigadores como sendo possivelmente relacionados ao estudo do fármaco estão incluídos nesta lista, mas a incidência de um modo geral foi menor ou igual a 1%, independente de relação com o estudo do fármaco): ondas de calor, edema local, aumento de peso, extra sístoles, hipertensão, palpitação, úlcera gástrica, secura da boca, flatulência, gengivite, disfagia, fezes anormais, distúrbios da tireóide, flacidez da glândula linfática, alteração do paladar, visão anormal, dispnéia, cistite, parestesia, memória prejudicada, contração muscular, confusão, agitação, aumento do apetite, câimbras nas pernas, enxaqueca, prurido, aumento de sudorese, urticária, acne. Perfil similar também foi observado em ensaios clínicos prévios.

ADVERTÊNCIAS

A nicotina é um fármaco tóxico, e doses de miligramas são potencialmente fatais, se absorvidas rapidamente. O tratamento com Nicotinell TTS deverá ser descontinuado se ocorrerem sintomas de superdose de nicotina. A intoxicação leve produz náuseas, vômito, dor abdominal, diarréia, cefaléia, sudorese e palidez. Doses de nicotina, que são toleradas por fumantes adultos durante o tratamento, podem produzir sintomas graves de intoxicação em crianças pequenas, podendo até ser fatais. Antes e depois do uso, Nicotinell TTS contém uma quantidade significativa de nicotina. Os usuários devem ser avisados de que os sistemas, tanto o novo como o usado, devem ser manipulados de acordo com as instruções de uso e nunca deixados onde possam ser inadvertidamente manipulados ou consumidos por crianças.

POSOLOGIA

Pacientes em tratamento devem parar de fumar completamente durante a terapia com Nicotinell TTS. Para fumantes que consomem mais de 20 cigarros ao dia recomenda-se que o tratamento seja iniciado com Nicotinell TTS 30 cm² uma vez ao dia, aplicado na pele limpa e não pilosa do tronco ou na porção superior dos braços. Fumantes que consomem menos que isso devem iniciar o tratamento com Nicotinell TTS 20 cm². Os tamanhos de 30, 20 e 10 cm² são disponíveis para permitir-se a retirada gradual da nicotina, utilizando-se períodos de tratamento de 3 a 4 semanas. O tamanho pode ser ajustado de acordo com a resposta individual, podendo ser mantida ou aumentada a dose, se não se conseguir a abstinência ou se ocorrerem sintomas de abstinência. A dose não pode ser ajustada cortando-se o sistema. Não foram avaliados períodos de tratamento total maiores do que 3 meses e doses acima de 30 cm². O sistema é acondicionado em envelope de alumínio à prova de crianças. Este deve ser cortado com tesoura na linha tracejada para que seja retirado o sistema de Nicotinell TTS. Após a remoção da película metálica, Nicotinell TTS deve ser imediatamente aplicado sobre uma área limpa e seca da pele intacta do tronco ou da porção superior dos braços. O sistema deve ser pressionado na posição por 10 a 20 segundos com a palma da mão. Deve ser escolhido um local diferente de aplicação a cada dia. A mesma área somente deverá ser utilizada após um intervalo de vários dias. A segurança e a eficácia do sistema em indivíduos abaixo de 18 anos de idade não foram estabelecidas. A experiência de uso do Nicotinell TTS em fumantes com idade superior a 65 anos é limitada. Nicotinell TTS não parece apresentar problemas de segurança nesse grupo etário.

SUPERDOSE

A toxicidade da nicotina não pode ser diretamente comparada ao ato de fumar, pois a fumaça do cigarro contém substâncias tóxicas adicionais (por exemplo, monóxido de

carbono e alcatrão). Fumantes crônicos podem tolerar doses de nicotina que em não-fumantes poderiam ser mais tóxicas, graças ao desenvolvimento de tolerância. A aplicação de vários sistemas de Nicotinell TTS pode resultar em intoxicação grave. A absorção mais lenta, após uma exposição cutânea à nicotina, favorece o desenvolvimento da tolerância aos efeitos tóxicos. Não se pode esperar a liberação sistêmica rápida da nicotina de Nicotinell TTS, como na mastigação e na deglutição, em função da liberação lenta da nicotina do sistema e também por causa do metabolismo de "primeira-passagem". Efeitos tóxicos agudos: Sinais e sintomas de superdose podem ser iguais à intoxicação aguda de nicotina. Em não-fumantes, estes incluem palidez, sudorese, náusea, salivação, vômito, cólicas, diarreia, cefaléia, vertigem, distúrbios de visão e audição, tremor, confusão mental, fraqueza muscular, convulsões, prostração, ausência de reação neurológica e insuficiência respiratória. Doses letais podem produzir convulsão e até morte, como resultado de paralisia respiratória periférica ou central, ou menos freqüentemente, de insuficiência cardíaca. A dose oral letal aguda em adultos não-fumantes é de aproximadamente 60mg. Conduta: Se o paciente apresentar sinais de superdose, Nicotinell TTS deve ser removido imediatamente. A superfície da pele pode ser lavada com água (não se deve usar sabão) e seca. A pele continuará a liberar a nicotina na corrente sanguínea por várias horas após a remoção do sistema, possivelmente por causa de um "dépot" de nicotina. Outras medidas de tratamento para intoxicação aguda por nicotina incluem respiração artificial, nos casos de paralisia respiratória, manutenção da temperatura corporal normal, tratamento da hipotensão e colapso cardiovascular.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

NICOTINELL TTS é marca registrada NOVARTIS AG - Basileia / Suíça .
NICOTINELL TTS é produzido pela NOVARTIS BIOCIENTÍAS S.A. e comercializado por LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA LTDA.

Laboratórios Biosintética Ltda.

Rua Dr. Mário Augusto Pereira, 91
Taboão da Serra - SP
CGC nº 53.162.095/0001-06
Indústria Brasileira (made in Brazil)





Revenda de produtos KODAK, para a área de
Document Imaging
Representantes KoFILE
Soluções em Microfilmagem e Digitalização

A nossa solução se aplica a documentos de uma forma
geral. já aplicada nas áreas:

Médica

Ensino

Financeira

Comercial



Qualquer dúvida na utilização
Deste produto favor contactar-nos

Telefone: 556-2149

556-3671

557-3815

E-mai: femaderj@iis.com.br

Imborges@femade.com.br

Solicite uma visita para demonstração