

NATAL É PROMESSA DE VIDA NOVA E O ANO NOVO SUA REALIZAÇÃO



FELIZ NATAL E UM PRÓSPERO 2010

Homenagem de reconhecimento aos ex-presidentes SOGISC

DEVER CUMPRIDO!

Caros colegas ginecologistas e obstetras de Santa Catarina, é com sentimento de dever cumprido que estamos finalizando o ano de 2009, frente à gestão da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina (SOGISC).

No ano de 2010, a diretoria da SOGISC continuará com o objetivo principal de promover a integração de toda a ginecologia e obstetrícia de Santa Catarina.

Este ano de 2009 foi extremamente dinâmico e proveitoso. Foram realizados: o Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia na cidade de Balneário Camboriú; os encontros de Educação Continuada em Lages, Tubarão, Criciúma e Florianópolis e o encontro científico e social em Blumenau.

Para 2010 já estão programados: encontro de Educação Continuada em Chapecó, no mês de março; em Blumenau, no mês de junho; a Jornada Joinvilense de Ginecologia e Obstetrícia no mês de setembro e o encontro de Educação Continuada de Florianópolis no mês de novembro.

Colocamos-nos a disposição para canalizar as energias de todos, no sentido de melhorar as nossas condições de atuação dentro da ginecologia e obstetrícia e ampliar a discussão na valorização do trabalho médico e de sua remuneração.

DR. MANOEL PEREIRA PINTO FILHO
PRESIDENTE DA SOGISC

DRA. SHEILA KOETTKER SILVEIRA
VICE-PRESIDENTE



Agenda de Eventos

19ª Jornada de Ginecologia e Obstetrícia Maternidade Sinhá Junqueira

03 a 06 de março de 2010
Centro de Convenções Ribeirão Preto – São Paulo - SP
Site: www.sinhajornada.com.br
E-mail: sinha@eventus.com.br

Congresso Mundial de Endocrinologia Ginecológica

04 a 07 de março 2010
Florença – Itália
Site: www.lionstours.com
E-mail: lionstours@lionstours.com

Encontro de Educação Continuada da SOGISC

12 e 13 de março de 2010
Chapecó - SC

16th World Congress of Pediatric and Adolescent Gynecology

22 a 25 de maio de 2010
Montpellier – França

XXII European Congress Perinatal Medicine

26 a 29 de maio de 2010
Granada – Espanha
Site: www.ecpm2010.org

EXPEDIENTE

Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina – SOGISC

Rodovia SC 401, Km 4,
Bairro Saco Grande - Florianópolis/SC
Fone/Fax (48) 3231-0318



Diretoria Executiva

Gestão 2009/2011

Presidente

Dr. Manoel Pereira Pinto Filho

Vice-Presidente

Dra. Sheila K. Silveira

Secretário Executivo

Dr. Jorge Roberto Rebello

Secretário Executivo Adjunto

Dr. Murilo César Fronza Junior

Tesoureira

Dra. Adriana M. de Oliveira Freitas

Tesoureira Adjunta

Dra. Ana Patrícia Corrêa

Diretora Científica Geral

Dra. Raquel Gomes Aguiar da Silva

Diretor Científico de Obstetrícia

Dr. Bruno Calgaro de Carvalho

Diretor Científico de Ginecologia

Dr. Jorjan de Jesus Cruz

Diretor de Defesa Profissional

Dr. Vanio Cardoso Lisboa

Diretora de Publicações

Dra. Ivana Fernandes Souza

Diretora de Informática

Dra. Beatriz Cristina Milanese

Conselho Consultivo

Dr. Jorge Abi-Saab Neto

Dr. Walmor Zomer Garcia

Dr. Ricardo Nascimento

Dr. Dorival Antonio Vitorello

Dr. Alberto Trapani Junior

Dra. Leisa Beatriz Grando

Edição e Diagramação

Sarah Castro (SC 2720 JP)

Impressão

Gráfica Darwin

Tiragem

1 mil exemplares

Encontro de Educação Continuada em Florianópolis

Alto padrão científico

O encontro científico de educação continuada promovido pela SOGISC em Florianópolis, se traduziu em um grande sucesso, devido principalmente ao alto padrão científico das palestras realizadas pelos Professores Doutores Lucas Vianna Machado da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Ricardo Gomes da Pontifícia Universidade Católica do Chile.

Atingiu amplamente os objetivos de promover discussão de temas do dia a dia dos especialistas e dar oportunidade de confraternização com um jantar na noite da sexta feira.

Novamente em Florianópolis o grande destaque nos dois dias, como o ocorrido no Congresso Catarinense, em Blumenau, Lages e Tubarão/

Criciúma, foi a participação maciça de Ginecologistas e Obstetras de todo o

estado atingindo um número de 127 inscritos.



Encontro de Educação Continuada em Tubarão e Criciúma

Parabéns ginecologistas e obstetras do sul do estado de Santa Catarina

O encontro científico de educação continuada promovido pela SOGISC em Tubarão e Criciúma, foi um grande sucesso, devido principalmente à expressiva participação dos colegas ginecologistas e obstetras e ao ótimo ambiente de

familiaridade.

Atingiu amplamente os objetivos de promover discussão de temas do dia a dia dos especialistas e dar oportunidade de confraternização com um jantar na noite da sexta feira. Novamente como o ocorrido em Lages, o

ponto alto, nos dois dias foram as palestras e as discussões subsequentes, destacando a participação do Dr. Mario Julio Franco da Universidade Federal de Santa Catarina e o Dr Carlos Henrique Menke da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Homenagem de reconhecimento aos ex-presidentes da SOGISC

A diretoria da SOGISC discutiu amplamente e aprovou a iniciativa de promover homenagem de valorização e reconhecimento, a todos os associados que colaboraram ao longo dos últimos 49 anos, na construção de uma sociedade de Ginecologistas e Obstetras em Santa Catarina.

Esta iniciativa foi operacionalizada homenageando, valorizando e reconhecendo o trabalho dos nossos ex-presidentes do Departamento de Tocoginecologia da Associação Catarinense de Medicina e a partir de 1999 da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de

Santa Catarina, evento que ocorreu no dia 28 de novembro de

“Coube a mim como aos senhores ex-presidentes, por algum motivo indelével do destino, a honra e a imensa responsabilidade em presidir uma tão importante sociedade de médicos, e tenho a certeza que cada um, nas suas particularidades, serão sempre insubstituíveis.”

Manoel Pereira Pinto Filho - Presidente da SOGISC

2009 na Associação Catarinense

de Medicina. Foram homenageados: Dr. Renato Henrique Ferreira e Costa – 1960; Dr. Zulmar Lins Neves – 1961 a 1963 * “in-memorium”; Dr. Luiz Miguel Parente – 1979 a 1981 * “in-memorium”; Dr. Wallace Ferreira Lobo – 1981 a 1983; Dr. Jorge Abi Saab Neto – 1983 a 1987; Dra. Sandra Mara W Rinaldi – 1987 a 1989 e 1991 a 1993 * “in-memorium”; Dr. Walmor Zomer Garcia – 1989 a 1991; Dr. Ricardo Nascimento – 1993 a 1997; Dr. Dorival Antonio Vitorello – 1997 a 2002; Dr. Alberto Trapani Junior – 2002 a 2005 e a Dra. Leisa Beatriz Grandó – 2005 a 2008.



Baile de confraternização de final de ano

Parabéns SOGISC – tradição mantida

A tradição da realização de um baile de confraternização de final de ano para os Ginecologistas e Obstetras de toda Santa Catarina, foi mantida, apesar da dificuldade encontrada na aquisição de recursos de patrocínio para este ano.

Encontraram-se no dia 28 de novembro no salão de festas da Associação Catarinense de Medicina, ginecologistas e obstetras de toda Santa Catarina e seus familiares. Estando presentes colegas de cidades como: Joinville, Blumenau, Chapecó, Lages, Itajaí, Tubarão, Florianópolis entre outras.



Vaginose Citolítica

Dr. Luiz Fernando Sommacal; Dr. Evandro Russo; Dra. Mona Lúcia Dall'Agno; Dra. Bianca Hillmann

A Vaginose Citolítica (VC) é uma afecção não infecciosa causada pelo aumento do número de *Lactobacillus* sp no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido pelo fato de que estes bastonetes convertem o glicogênio vaginal contido no citoplasma das células escamosas superficiais e intermediárias em ácido láctico. A redução progressiva do pH acentua o processo de destruição celular (citólise) das células do epitélio escamoso não queratinizado que recobre o trato genital inferior.

O aumento do número de lactobacilos nesta doença impede a proliferação excessiva de outros agentes bacterianos e fúngicos, por impedir a adesão destes organismos ao epitélio vaginal devido à competição por nutrientes. Pela mesma razão não existe proliferação de bactérias pela produção de peróxido de hidrogênio pelos lactobacilos. Isto quer dizer que dificilmente haverá coexistência de outras vulvovaginites nos casos de vaginose citolítica.

É provável que os sintomas da VC sejam causados por substâncias irritantes presentes no citoplasma das células do epitélio vaginal e há evidências de que a doença, ou pelo menos a presença de seus sintomas, esteja relacionada ao estresse emocional.

Não se conseguiu demonstrar aumento dos casos de VC com o uso de duchas íntimas ou com uma maior frequência de atividade sexu-

al apesar de que estes hábitos podem alterar a microbiota vaginal.

Por cursar com sintomas semelhantes àqueles observados na candidose vaginal, tais doenças são facilmente confundidas. As pacientes com quadro clínico de VC costumam apresentar secreção vaginal branca, não grumosa, não aderente, homogênea e fluída, com odor variável. Os sintomas de prurido vulvo vaginal, dispareunia, disúria e ardor vulvar costumam ser mais pronunciados durante a fase luteal do ciclo menstrual, pela maior quantidade de glicogênio livre na vagina, propiciando um aumento do número de lactobacilos. Ao exame físico a vulva e a vagina podem apresentar-se com aspecto normal ou com leve hiperemia e edema discreto.

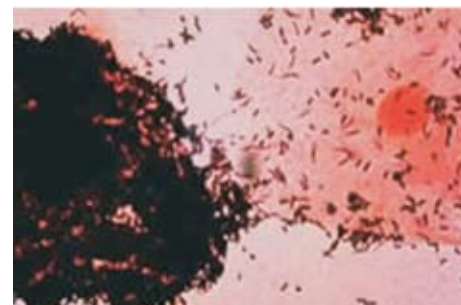
Os critérios diagnósticos desta afecção são: presença de secreção vaginal branca e homogênea, associada a prurido e ardência; pH vaginal ácido em geral entre 3.5 e 4.5; bacterioscopia de secreção vaginal com evidências de citólise (presença de núcleos nus e fragmentos citoplasmáticos), redução ou ausência de leucócitos, número aumentado de lactobacilos e ausência de protozoários móveis e células pista. A cultura de secreção vaginal revela flora normal sem o crescimento de *Cândida* sp.

O tratamento tem como objetivo a correção do pH. Deve-se suspender todos os produtos de uso tópico usados pela paciente, diminuindo a agressão ao epitélio. Utiliza-se óvu-

los de bicarbonato de sódio 150mg duas a três vezes por semana durante duas semanas e posterior avaliação da sintomatologia clínica. Pode-se prescrever banhos de asento com bicarbonato de sódio na diluição de uma colher de sopa em 600 ml de água (5 a 10 minutos) duas vezes ao dia, durante 3 a 5 dias para alívio da sintomatologia local.

É importante o treinamento e um melhor conhecimento dos ginecologistas para que haja a redução dos casos de VC diagnosticados erroneamente como candidíase e tratados com antifúngicos, os quais não apresentam efeitos sobre a VC.

Microfotografia de Bacterioscopia de Vaginose Citolítica:



Referências Bibliográficas:

1. NC, MB. Cytolytic vaginosis: misdiagnosed as candidal vaginitis. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2004; 12:30-16
2. SA, RA, BR, MY. Cytolytic vaginosis: A review. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*; 2009 Vol. 30 Issue 1, 48-50
3. G PC et al. Influência da frequência de coitos vaginais e da prática de duchas higiênicas sobre o equilíbrio da microbiota vaginal, *Rer Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(5): 257-62

Rastreamento do câncer de mama no Brasil

Dr. Bráulio Leal Fernandes

O câncer de mama é o principal câncer diagnosticado em mulheres brasileiras (em torno de 50.000 casos novos/ano). Sendo que o número de óbitos ronda os 10.000 casos/ano. Dentre as armas que temos contra essa doença, o diagnóstico precoce representa uma estratégia fundamental, pois possibilita tratamentos menos agressivos e mais efetivos.

Em novembro de 2008 a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), convocou uma reunião de consenso. Lá reunidos, definimos as Estratégias de Rastreamento do Câncer de Mama para o Brasil. Descrevo aqui um resumo das recomendações de consenso. Veja o texto na íntegra no site da Sociedade Brasileira de Mastologia: www.sbmastologia.com.br

É recomendável que todo médico tenha conhecimento e faça uso dessas estratégias:

Auto-exame - é aconselhável para a mulher brasileira como forma de auto-cuidado e de diminuição de ca-

sos avançados. Não pode ser método exclusivo de rastreamento.

Exame físico das mamas - é parte importante na avaliação das mamas, integrando a consulta ginecológica a partir dos 20 anos, ou quando do início da anticoncepção hormonal. Os clínicos gerais e os médicos de família devem ser estimulados a praticá-lo.

Mamografia -

1) Deve ser realizada anualmente em mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos.

2) Pode ser realizada anualmente em mulheres de alto risco após 35 anos.

3) Pode ser realizada anualmente em mulheres com predisposição genética após os 25 anos.

4) Os benefícios do rastreamento mamográfico são superiores ao teórico risco da radiação.

5) Deveremos oferecer o rastreamento às mulheres idosas enquanto tiverem condições de se locomover aos centros de atenção a saúde e de receber tratamento.

Ultrassonografia - deve ser utilizada como método complementar à mamografia em mulheres de alto risco e em mamas densas, de jovens e grávidas.

Ressonância magnética das mamas - "no contexto do rastreamento" é somente indicada, em associação ou em alternância com a mamografia, em pacientes de alto risco genético. Sempre deve ser considerado o alto custo dentro da realidade brasileira.

Rastreamento genético (testes de DNA) - O exame deve ser solicitado somente por médico geneticista.

Temos convicção que a observação dessas estratégias pode contribuir para o aumento do diagnóstico precoce, e como consequência, nos possibilitar usufruir de imensas vantagens no tratamento das nossas pacientes.

Dr. Bráulio Leal Fernandes

Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Santa Catarina

Conduta em nódulo de mama

Prof. Dr. Carlos Menke

Devemos considerar dois cenários clínicos:

1. **Nódulo Palpável** - O primeiro passo é confirmar que se trata mesmo de um nódulo tridimensional, excluindo achados fisiológicos - os chamados de pseudonódulos (gordura entre os ligamentos de Cooper, prolongamento axilar). Levar em conta a idade e as características clínicas da lesão. Nas jovens com menos de 30 anos e com diagnóstico de benignidade (geralmente fibroadenoma), nas quais se adota uma conduta expectante, pode-se confirmar o caráter benigno através de punção aspirativa com agulha fina (PAAF) ou core-biópsia (CB) e pedir ecografia para detectar eventuais nódulos subclínicos. Nas maiores de 30 anos e com suspeita de malignidade, proceder sempre à investigação completa com mamografia (MMG), ecografia (ECO) e à CB ou PAAF. Nunca abordar cirurgicamente um nódulo como primeira tentativa diagnóstica.

Isso só se justifica como tratamento de fibroadenomas em pacientes muito jovens. O câncer de mama não deve ser uma surpresa anatomopatológica.

2. **Nódulo não Palpável** - O manejo é orientado pelo sistema BIRADS. Na categoria 3 (2% de chance de malignidade) a recomendação universal é de seguimento imaginológico em 6 meses para verificar a estabilidade do achado. Nos casos de muita ansiedade da paciente e/ou alto risco para câncer de mama podemos elucidar através de PAAF ou CB ou fazer a excisão cirúrgica após localização com agulha ou radiofármaco. A categoria 4 sempre requer investigação cito/histológica. Podemos conduzi-la estratificando o risco para câncer de mama: na categoria 4a, como o risco é baixo (5%), e não raro, são incluídos cistos com conteúdo espesso e cistos complexos, é aconselhável utilizar a PAAF, a qual pode ser terapêutica também, ao esvaziar a lesão. Nas categorias 4b (25%) e 4c (70%), a indicação é a

CB ou mamotomia guiada por ECO. Se esses métodos não forem disponíveis, apela-se para a remoção cirúrgica orientada por fio metálico ou outro método. Em lesões nodulares muito suspeitas (4c e 5), maiores que 5 mm, lança-se mão da biópsia trans-operatória (congelamento) para já instituir o tratamento cirúrgico definitivo. É importante, quando se usa a CB, uma correlação segura entre a imagem e o resultado do exame anatomopatológico. Sempre que o laudo da CB revelar carcinoma ductal in situ, hiperplasia atípica ou lesão esclerosante complexa (cicatriz radial) deve-se prosseguir para a exérese cirúrgica, pois existe uma subestimação diagnóstica de aproximadamente 30% nessas situações.

Prof. Dr. Carlos Menke

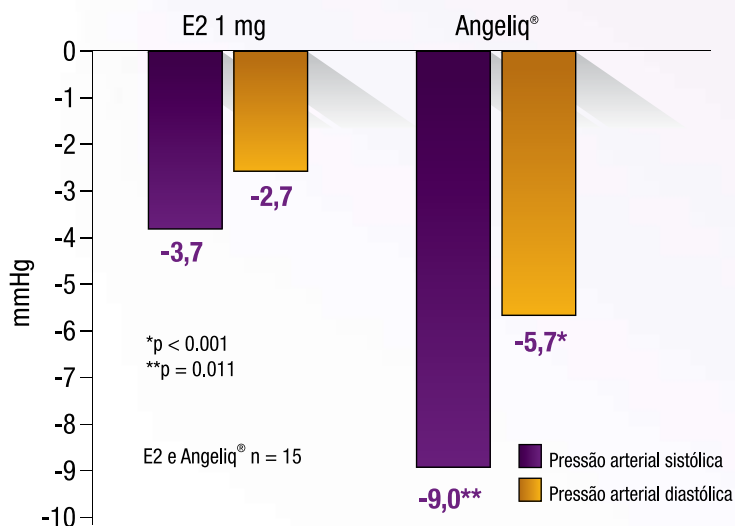
Mastologista - Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul



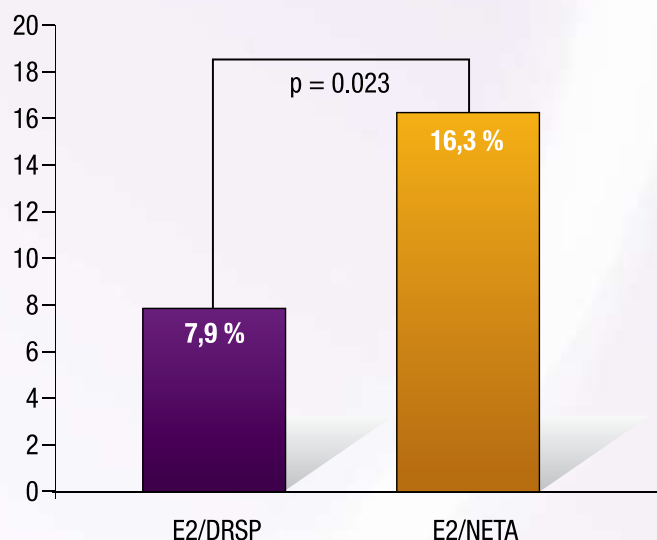
A única TH que combina baixa dose de E2 + DRSP, o progestógeno mais parecido com a progesterona endógena¹

- Alívio dos sintomas da menopausa¹
- Benefício cardiovascular^{1,2,3,4}
- Angeliq® proporciona mínimo impacto sobre a densidade mamária⁵

E2 1mg x Angeliq®: Pressão arterial
(subgrupo de mulheres hipertensas n=102)



% de mulheres com variação na densidade mamária



Resultados comparativos entre a média dos níveis pressóricos de 102 mulheres hipertensas no início e após 13 ciclos de tratamento⁶

Porcentagem de mulheres com aumento na densidade mamária (n=81) recebendo Angeliq® ou E2+NETA após 12 meses de tratamento⁵

Contraindicação: sangramento vaginal anormal não-diagnosticado.

Interação medicamentosa: fármacos com propriedades de indução de enzima hepática.

ANGELIQ® - ESTRADIOL /DROSPIRENONA - RG.MS-1.0020.0119. INDICAÇÕES: TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH) PARA SINTOMAS DE DEFICIÊNCIA DE ESTROGÊNIO EM MULHERES PÓS-MENOPASADAS HÁ MAIS DE UM ANO; PREVENÇÃO DE OSTEOPOROSE PÓS-MENOPAUSAL EM MULHERES COM RISCO DE FRATURAS POR OSTEOPOROSE AUMENTADA. **CONTRA-INDICAÇÕES:** SANGRAMENTO VAGINAL ANORMAL NÃO-DIAGNOSTICADO; DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DE CÂNCER DE MAMA; DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DE CONDIÇÕES PRE-NEOPLÁSICAS OU MALIGNAS DEPENDENTES DE ESTERÓIDES SEXUAIS; PRESENÇA OU HISTÓRIA DE TUMORES HEPÁTICOS (BENIGNOS OU MALIGNOS); DOENÇA HEPÁTICA GRAVE; PRESENÇA OU HISTÓRIA DE DOENÇA RENAL GRAVE ENQUANTO OS VALORES DA FUNÇÃO RENAL NÃO RETORNAREM AO NORMAL; TROMBOEMBOLISMO ARTERIAL AGUDO; PRESENÇA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA, DISTÚRBIOS TROMBOEMBÓLICOS OU ANTECEDENTES DESTAS CONDIÇÕES; HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE; GRAVIDEZ OU LACTAÇÃO; HIPERSENSIBILIDADE AS SUBSTÂNCIAS ATIVAS OU A QUALQUER UM DOS COMPONENTES DO MEDICAMENTO. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NAS CONDIÇÕES MENCIONADAS A SEGUIR, OS BENEFÍCIOS DEVEM SER AVALIADOS FRENTE AOS POSSÍVEIS RISCOS DE USO DA TRH; IMOBILIZAÇÃO PROLONGADA; GRANDE CIRURGIA ELETIVA OU PÓS-TRAUMÁTICA OU TRAUMATISMO EXTENSO; SINTOMAS OU SUSPEITA DE UM EVENTO TROMBÓTICO; FATORES QUE AUMENTEM O RISCO RELATIVO GLOBAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA; AUMENTO DA DENSIDADE DE IMAGENS MAMOGRÁFICAS; EXPOSIÇÃO PROLONGADA A ESTROGÊNIOS ISOLADOS; AUMENTO DO TAMANHO DO FÍGADO OU SINAIS DE HEMORRAGIA INTRA-ABDOMINAL (TUMORES HEPÁTICOS BENIGNOS OU MALIGNOS); PREDISPOSIÇÃO A DESENVOLVER DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR; RISCO DE DEMÊNCIA SE INICIADA EM MULHERES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS; OCORRÊNCIA DE ENXAQUEÇA OU CEFALÉIAS COM INTENSIDADE E FREQUÊNCIA FORA DO HABITUAL; AJUSTE DE DOSE DE ANTI-HIPERTENSIVO; HIPERBILIRUBINEMIAS (SÍNDROMES DE DUBIN-JOHNSON OU DE ROTOR) NECESSITAM DE RIGOROSA SUPERVISÃO; RECORRÊNCIA DE ICTERICIA COLESTÁTICA OU PRURIDO COLESTÁTICO; NÍVEIS MODERADAMENTE ELEVADOS DE TRIGLICÉRIDES; SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL; AUMENTO DE MIOMAS UTERINOS; SUSPEITA DE PROLACTINOMA; OCORRÊNCIA DE CLOASMA; EPILEPSIA; DOENÇA BENIGNA DA MAMA; ASMA; ENXAQUEÇA; PORFÍRIA; OTOSCLEROSE; LUPUS ERMATOSO SISTÊMICO; COREIA MENOR. **REAÇÕES ADVERSAS:** SANGRAMENTO MENSUAL E GOTEJAMENTO INDESEJÁVEIS; DOR MAMÁRIA; DOR NAS COSTAS OU PÉLVIS; CALAFRIOS; VALORES ANORMAIS DE EXAMES LABORATORIAIS; ENXAQUEÇA; DOR TORÁCICA; PALPITAÇÃO; TROMBOSE VENOSA; TROMBOFLÉBITE SUPERFICIAL; DISTÚRBO GASTROINTESTINAL; AUMENTO DE APETITE; EDEMA; GANHO DE PESO; HIPERLIPEMIA; CÁBRAS MUSCULARES; ARTRALGIA; INSÔNIA; TONTURA; DIMINUIÇÃO DA LIBIDO; DIMINUIÇÃO NA CAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO; PARESTESIA; SUDORESE; ANSIEDADE; VERTIGEM; DISPNEIA; ALOPECIA; ALTERAÇÕES NA PELE OU CABELO; HIRUTISMO; TUMOR MAMÁRIO BENIGNO OU MALIGNO; INJURTIAMENTO MAMÁRIO; HIPERTROFIA MAMÁRIA; DISTÚRBO NO PALADAR; VULVOVAGINITE; DISTÚRBO CERVICAL OU ENDOMETRIAL; DISMENORRÉIA; INFECÇÕES NO TRATO URINÁRIO OU INCONTINÊNCIA URINÁRIA; DOR OU DISTENSAO ABDOMINAL; ASTENIA; DOR NAS EXTREMIDADES; NAUSEA; CEFALÉIA; ALTERAÇÕES DO HUMOR; LEIOMIOMA AUMENTADO; NEOPLASIA CERVICAL; LEUCORRÉIA; ERITEMA NODOSO; ERITEMA MÚLTIFORME; CLOASMA E DERMATITE HEMORRÁGICA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** INDUTORES DE ENZIMAS HEPÁTICAS (HIDANTOÍNAS, BARBITÚRICOS, PRIMIDONA, CARBAMAZEPINA E RIFAMPICINA, OXCARBAPAZEPINA, TOPIRAMATO, FELBAMATO E GRISEOFULVINA); CERTOS ANTIBIÓTICOS (PENICILINAS E TETRACICLINA); INIBIDORES DO CYP3A4 (CIMETIDINA, CETOCONAZOL E OUTROS); BEBIDAS ALCOÓLICAS; OMEPRAZOL; MEDICAÇÃO ANTI-HIPERTENSIVA; ANTIINFLAMATORIOS NÃO-ESTERÓIDES. **POSOLÓGIA:** INICIAR O TRATAMENTO COM ANGELIQ® EM QUALQUER DIA DO MÊS NO FINAL DO PERÍODO PROGRAMADO DE SANGRAMENTO. INGERIR UM COMPRIMIDO AO DIA, SEM MASTIGAR, DIARIAMENTE, POR 28 DIAS CONSECUTIVOS. O TRATAMENTO É CONTÍNUO. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1. RUBIG A. DROSPIRENONE: A NEW CARDIOVASCULAR ACTIVE PROGESTIN WITH ANTIANDROGENIC PROPERTIES. CLIMACTERIC 2003; 6(3):49-54. 2. SCHURMANN R, HOLLER AND T, BENDA N. ESTRADIOL AND DROSPIRENONE FOR CLIMACTERIC SYMPTOMS IN POSTMENOPAUAL WOMEN: A DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED STUDY OF THE SAFETY AND EFFICACY OF THREE DOSE REGIMENS. CLIMACTERIC 2004;7:189-196. 3. WHITE WB, HANES V, CHAUHAN V, ET AL. EFFECTS OF A NEW HORMONE THERAPY, DROSPIRENONE AND 17-SS-ESTRADIOL, IN POSTMENOPAUAL WOMEN WITH HYPERTENSION. HYPERTENSION 2006; 48:246-253. 4. PRESTON RA, WHITE WB, PITT B, ET AL. EFFECTS OF DROSPIRENONE/17-BETA ESTRADIOL ON BLOOD PRESSURE AND POTASSIUM BALANCE IN HYPERTENSIVE POSTMENOPAUAL WOMEN. AM J HYPERTENS 2006; 18:797-804. 5. PANOLIS C, LAMBRINOUDAKI I, ET AL. PROGESTIN MAY MODIFY THE EFFECT OF LOW-DOSE HORMONE THERAPY ON MAMMOGRAPHIC BREAST DENSITY. CLIMACTERIC 2009;12:240-247. 6. ARCHER D, ET AL. LONG TERM SAFETY OF DROSPIRENONE-ESTRADIOL FOR HORMONE THERAPY: A DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED MULTICENTER TRIAL. MENOPAUSE 2005; 12(6): 716-727.

Material destinado exclusivamente ao profissional da saúde

11 Agosto 2009/1019/BR