



succinato sódico de metilprednisolona

Blau Farmacêutica S.A.
Pó para solução injetável
125 mg e 500 mg

MODELO DE BULA PROFISSIONAIS DE SAÚDE RDC 47/09

succinato sódico de metilprednisolona
Medicamento Genérico Lei nº 9.787, de 1999

APRESENTAÇÕES

Pó para solução injetável de 125 mg em embalagem contendo 1 ou 25 frascos-ampola + 1 ou 25 ampolas de diluente de 2 mL.
Pó para solução injetável de 500 mg em embalagem contendo 1 ou 25 frascos-ampola + 1 ou 25 ampolas de diluente de 8 mL.

USO INTRAVENOSO OU INTRAMUSCULAR

USO ADULTO E PEDIÁTRICO

COMPOSIÇÃO

Cada frasco-ampola de 125 mg contém:
Succinato sódico de metilprednisolona (equivalente a 125 mg de metilprednisolona base) 165,75 mg
excipiente (fosfato de sódio dibásico).

Cada ampola de diluente contém:

excipientes (álcool benzílico e água para injetáveis) q.s.p. 2 mL

Cada frasco-ampola de 500 mg contém:

Succinato sódico de metilprednisolona (equivalente a 500 mg de metilprednisolona base) 662,95 mg
excipiente (fosfato de sódio dibásico).

Cada ampola de diluente contém:

excipientes (álcool benzílico e água para injetáveis) q.s.p. 8 mL

Reconstituir o produto apenas com o diluente que acompanha a embalagem.

A quantidade de álcool benzílico em cada mL é de 9,45 mg.

I) INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

Succinato sódico de metilprednisolona pó para solução injetável é indicado nas seguintes condições:

Distúrbios Endócrinos

Insuficiência adrenocortical primária ou secundária (uso de análogos sintéticos associados a mineralocorticoides, quando aplicável).
Insuficiência adrenocortical aguda; pode ser necessária a suplementação com mineralocorticoides.
No pré-operatório ou em caso de trauma ou doença grave, em pacientes com insuficiência adrenal comprovada ou quando é duvidosa a reserva adrenocortical.
Hiperplasia adrenal congênita. Tireoidite não supurativa. Hipercalcemia associada a câncer.

Distúrbios Reumáticos

Como terapia adjuvante para administração em curto prazo em episódios agudos ou de exacerbação de bursite aguda e subaguda, epicondilite, tenossinovite aguda não específica, artrite gotosa aguda, artrite psoriática, espondilite anquilosante, osteoartrite pós-traumática, sinovite de osteoartrite, artrite reumatoide, incluindo artrite reumatoide juvenil.

Doenças do Colágeno e do Complexo Imunológico

Durante períodos de exacerbação ou como terapia de manutenção em casos selecionados de lúpus eritematoso sistêmico (e nefrite lúpica), dermatomiosite sistêmica (polimiosite), cardite reumática aguda, poliartrite nodosa, síndrome de Goodpasture.

Doenças Dermatológicas

Pênfigo, dermatite esfoliativa, dermatite herpetiforme bolhosa, micose fungoide, eritema multiforme grave (síndrome de Stevens-Johnson), psoríase grave, dermatite seborreica grave.

Estados Alérgicos

Controle de condições alérgicas graves ou incapacitantes, não responsivas ao tratamento convencional, em casos de: asma brônquica, dermatite atópica, rinite alérgica sazonal ou perene, dermatite de contato, doença do soro, reações de hipersensibilidade a medicamentos, reações tipo urticária pós-transfuções, edema agudo não infeccioso de laringe.

Doenças Oftálmicas

Processos inflamatórios e alérgicos crônicos e agudos graves, envolvendo os olhos, tais como: herpes zoster oftalmico, coriorretinite, neurite óptica, oftalmia simpática, conjuntivite alérgica, irite, iridociclite, uveite difusa posterior e coroidite, inflamação da câmara anterior, úlceras marginais da córnea de origem alérgica e queratite.

Doenças Gastrintestinais

Para auxiliar o paciente durante um período crítico da doença em casos de colite ulcerativa e enterite regional.

Doenças Respiratórias

Sarcoidose sintomática, tuberculose pulmonar fulminante ou disseminada (quando usado concomitantemente com quimioterapia anti-tuberculose apropriada), pneumonite por aspiração, beriliose, síndrome de Loeffler que não pode ser controlada por outros meios.

Distúrbios Hematológicos

Anemia hemolítica adquirida (autoimune), trombocitopenia secundária em adultos, anemia hipoplástica congênita (eritroide), púrpura trombocitopênica idiopática em adultos e eritroblastopenia.

Doenças Neoplásicas

No tratamento paliativo de leucemia e linfomas em adultos, leucemia aguda da infância.

Estados Edematosos

Para induzir a diurese ou remissão de proteinúria na síndrome nefrótica, sem uremia.

Sistema Nervoso

Edema cerebral de origem tumoral - primária ou metastática - e/ou associada à terapia cirúrgica ou radioterapia. Exacerbações agudas de esclerose múltipla.

Outras Indicações

Meningite tuberculosa com bloqueio subaracnóide ou bloqueio iminente (quando usado conjuntamente com quimioterapia antituberculose apropriada). Triquinose com envolvimento neurológico ou miocárdico. Prevenção de náuseas e vômitos associados à quimioterapia de câncer. Transplante de órgãos.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

O succinato sódico de metilprednisolona mostrou-se eficaz no tratamento da artrite reumatoide, inclusive da forma juvenil e da artrite idiopática.

O succinato sódico de metilprednisolona apresentou eficácia no tratamento das manifestações clínicas do lúpus eritematoso sistêmico.

O succinato sódico de metilprednisolona mostrou eficácia no tratamento de distúrbios hematológicos, tais como: aplasia de células vermelhas, hemangioma e síndrome de Kasabch-Merritt.

Referências

1. Walters HT, Cawley MID. Combined suppressive drug treatment in severe refractory rheumatoid disease: an analysis of the relative effects of parenteral methylprednisolone, cyclophosphamide and sodium aurothiomalate. Ann Rheum Dis 1988; 47: 924-9.
2. Mith MD, et al. The clinical and immunological effects of pulse methylprednisolone therapy in rheumatoid arthritis I: clinical effects. J Rheumatol 1988; 15: 229-32.
3. Badsha H, Edwards CJ. Intravenous pulses of methylprednisolone for systemic lupus erythematosus. Semin Arthritis Rheum 2003; 32: 370-7.
4. Özsoylu S, et al. Megadose methylprednisolone therapy for Kasabach-Merritt syndrome. J Pediatr 1996; 129: 947.
5. Kadikoylu G, et al. High-dose methylprednisolone therapy in pure red cell aplasia. Ann Pharmacother 2002; 36: 55-8.
6. Azarnoff DL. Steroid Therapy, Philadelphia: WB Saunders Co.; 1975.
7. Anon. Special Report, Consensus statement on the use of corticosteroids as adjunctive therapy for Pneumocystis pneumonia in the acquired immunodeficiency syndrome. The National Institutes of Health – University of California Expert Panel for Corticosteroids as Adjunctive Therapy for Pneumocystis Pneumonia. N Engl J Med. 1990;323:1500-1504.
8. Bozzette SA. The use of corticosteroids in Pneumocystis carinii pneumonia. J Infect Dis. 1990;162:1365- 1369.
9. Niewohner DE, Erbland ML, Deupree RH, et al. Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 1999;340:1941-1947.
10. Albert RK, Martin TR, Lewis SW. Controlled clinical trial of methylprednisolone in patients with chronic bronchitis and acute respiratory insufficiency. Ann Intern Med. 1980;92:753-75810.
11. Wolf J, et al. Nitrogen mustard and the steroid hormones in the treatment of inoperable bronchogenic carcinoma. Am J of Med. 1960;Dec:108-116.
12. Priestman TJ, Baum M. Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. Lancet. 1976;1:899-900.
13. Hall TC, et al. High-dose corticoid therapy in Hodgkin's disease and other lymphomas. Ann Intern Med. 1967;66:1144-1153.
14. Bruera E, et al. Action of oral methylprednisolone in terminal cancer patients: A prospective randomized double-blind study. Cancer Treatment Reports. 1985;69:751- 754.
15. Willox JC, et al. Prednisolone as an appetite stimulant in patients with cancer. Br Med J. 1985;229:57-59.
16. Moertel CG, et al. Corticosteroid therapy of pre-terminal gastrointestinal cancer. Cancer. 1974;33:1607- 1609.
17. Lowenthal RM, Jestrimski KW. Corticosteroid drugs: Their role in oncological practice. Med J Australia. 1986;144:81-85.
18. Compston A. Methylprednisolone and multiple sclerosis. Arch Neurol. 1988;45:669-670.
19. Troiano R, Cook SD, Dowling PC. Steroid therapy in multiple sclerosis: Point of view. Arch Neurol. 1987;44:803-807.
20. Milligan NM, Newcombe R, Compston DA. A double-blind controlled trial of highdose methylprednisolone in patients with multiple sclerosis: 1. Clinical effects. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1987;50:511-516.
21. Nuwer MR, Packwood JW, Myers LW, et al. Evoked potentials predict the clinical changes in a multiple sclerosis drug study. Neurology. 1987;37:1754-1761.
22. Ellison GW, Myers LW, Mickey MR, et al. A placebo-controlled, randomized double-masked, variable dosage, clinical trial of azathioprine with and without methylprednisolone in multiple sclerosis. Neurology. 1989;39:1018-1026.
23. Thompson AJ, Dennard C, Swash M, et al. Relative efficacy of intravenous methylprednisolone and ACTH on the treatment of acute relapse in MS. Neurology. 1989;39:969-971.
24. Trotter JL, Garvey WF. Prolonged effects of large-dose methylprednisolone infusion in multiple sclerosis. Neurology. 1980;30:702-708.
25. Bracken MB, et al. Administration of Methylprednisolone for 24 or 48 Hours or Trilazad Mesylate for 48 Hours in the Treatment of Acute Spinal Cord Injury. JAMA. 1997;277:1597-1604.
26. Bracken MB, et al. Methylprednisolone or Trilazad Mesylate Administration after Acute Spinal Cord Injury: 1-Year Follow Up. J Neurosurg. 1998; 89:699-706.
27. Cowley RA, Trump BE, eds. Pathophysiology of Shock, Anoxia and Ischemia. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 1982.
28. Aapro M. Controlling emesis related to cancer therapy. Eur J Cancer. 1991;27:356-361.
29. Chiara S, Campora E, Lionetto R, et al. Methylprednisolone for control of CMF-induced emesis. Am J Clin Oncol. 1987;10:264-267.
30. Lee BJ. Methylprednisolone as an antiemetic [Letter]. New Engl J Med. 1981;304:486.
31. Pieters RC, Vermprlem JB, Gall HE, et al. A double-blind randomized crossover study to compare the antiemetic efficacy of 250 mg with 500 mg methylprednisolone succinate (Solu-Medrol) as a single intravenous dose in patients treated with noncisplatin chemotherapy. Oncology. 1993;50:316-322.

32. Chevallier B, Marty M, Paillarse JM, et al. Methylprednisolone enhances the efficacy of ondansertron in acute and delayed cisplatin-induced emesis over at least three cycles. *Br J Cancer*. 1994;70:1171-1175.
33. Tsavaris N, Mylonakis N, Bacoyannis C, et al. Comparison of ondansetron versus ondansetron plus methylprednisolone as antiemetic prophylaxis during cisplatin-containing chemotherapy. *J Pain Symptom Manage*. 1994;9:254-258.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Propriedades Farmacodinâmicas

A metilprednisolona é um potente esteroide anti-inflamatório. Ela tem maior potência anti-inflamatória que a prednisolona e menor tendência que a prednisolona de induzir a retenção de sódio e água.

O succinato sódico de metilprednisolona possui ação metabólica e anti-inflamatória semelhante à metilprednisolona. Quando administrados por via parenteral e em quantidades equimolares, os dois compostos apresentam bioequivalência. A potência relativa do succinato sódico de metilprednisolona e do succinato sódico de hidrocortisona, como demonstrado pela depressão da contagem de eosinófilos, após a administração intravenosa (IV), é de pelo menos quatro para um. Isto está em comum acordo com a potência oral relativa da metilprednisolona e hidrocortisona.

Propriedades Farmacocinéticas

A farmacocinética da metilprednisolona é linear, independente da rota de administração.

Absorção: após uma dose intramuscular (IM) de 40 mg de succinato sódico de metilprednisolona a 14 voluntários masculinos, adultos e saudáveis, o pico da concentração média de 454 ng/mL foi atingido em 1 hora. Na 12^a hora, a concentração plasmática de metilprednisolona reduziu para 31,9 ng/mL. Nenhuma metilprednisolona foi detectada após 18 horas da administração da dose. Baseado na curva área-sob-tempo-concentração, uma indicação do total do fármaco absorvido, o succinato sódico de metilprednisolona IM foi equivalente à mesma dose administrada IV.

Resultados de um estudo demonstraram que o éster succinato sódico de metilprednisolona é rápida e extensivamente convertido na parte ativa da metilprednisolona após todas as vias de administração. A extensão da absorção de metilprednisolona livre após administração IV e IM foram equivalentes e significativamente maiores do que aquelas observadas após administração de solução e comprimidos orais. Uma vez que a extensão da metilprednisolona absorvida após tratamento IV e IM foi equivalente, apesar da maior quantidade de éster hemissuccinato alcançando a circulação geral após administração IV, parece que o éster é convertido no tecido após injeção IM com subsequente absorção como metilprednisolona livre.

Distribuição: a metilprednisolona é amplamente distribuída nos tecidos, atravessa a barreira hematoencefálica e é secretada no leite materno. Seu volume aparente de distribuição é de aproximadamente 1,4 L/Kg. A ligação da metilprednisolona a proteínas plasmáticas em humanos é de aproximadamente 77%.

Metabolismo: em humanos, a metilprednisolona é metabolizada no fígado a metabólitos inativos; os principais são 20 α -hidroximetilprednisolona e 20 β -hidroximetilprednisolona. O metabolismo hepático ocorre primariamente via CYP3A4. (Para uma lista das interações medicamentosas baseadas no metabolismo mediado pela CYP3A4, vide item 6. Interações Medicamentosas).

A metilprednisolona, como qualquer substrato CYP3A4, também pode ser um substrato para o transporte da proteína p-glicoproteína pelos transportadores de múltiplas drogas (ABC), influenciando na distribuição do tecido e interações com outros medicamentos.

Eliminação: a meia-vida de eliminação média para a metilprednisolona total está em uma faixa de 1,8 a 5,2 horas. Seu clearance total é de aproximadamente 5 a 6 mL/min/kg.

Dados de Segurança Pré-Clinicos

Com base em estudos convencionais de segurança farmacológica e toxicidade de dose repetida, não foram identificados riscos inesperados. As toxicidades observadas nos estudos de dose repetida são as que se espera com a exposição contínua a esteroides adrenocorticais exógenos.

Carcinogênese: a metilprednisolona não foi formalmente avaliada em estudos de carcinogenicidade em roedores. Resultados variáveis vêm sendo obtidos com outros glicocorticoides testados para a carcinogenicidade em camundongos e ratos. No entanto, após a administração oral com água filtrada a ratos machos, os dados publicados indicam que vários glicocorticoides relacionados, incluindo a budesonida, prednisolona e acetônico de triancinolona podem aumentar a incidência de adenomas e carcinomas hepatocelulares. Esses efeitos tumorigênicos ocorreram em doses menores que as doses clínicas típicas na base de mg/m².

Mutagênese: a metilprednisolona não foi formalmente avaliada para genotoxicidade. No entanto o sulfonato de metilprednisolona, que é estruturalmente semelhante à metilprednisolona, não foi mutagênico com ou sem ativação metabólica em *Salmonella typhimurium* a 250 até 2.000 µg/placa, ou em um ensaio de mutação genética e células de mamíferos, usando células de ovário de hamster chinês a 2.000 até 10.000 µg/mL. O suleptanato de metilprednisolona não induziu o DNA sintético imprevisto em hepatócitos primários de ratos a 5 até 1.000 µg/mL. Além disso, uma análise de dados publicados indica que a farnesilato de prednisolona (PNF), o qual a estrutura molecular é similar a metilprednisolona, não foi mutagênico com ou sem ativação metabólica em cepas de *Salmonella typhimurium* e *Escherichia coli* a 321 até 5.000 µg/placa. Numa linha celular de fibroblastos de hamster chinês, a FNP produziu um leve aumento na incidência de aberrações cromossômicas estruturais com ativação metabólica na maior concentração testada 1.500 µg/mL.

Toxicidade Reprodutiva: os corticosteroides demonstraram reduzir a fertilidade quando administrados a ratos. Ratos machos receberam doses de corticosterona de 0, 10 e 25 mg/kg/dia, por injeção subcutânea uma vez por dia por 6 semanas e casaram com fêmeas não tratadas. A dose mais elevada foi reduzida para 20 mg/kg/dia depois de 15 dias. Foram observadas reduções do tamanho do órgão de conexão para copula, os quais podem ser secundário à diminuição do peso dos órgãos acessórios. Os números de implantação e fetos vivos foram reduzidos.

Os corticosteroides foram evidenciados como teratogênicos em várias espécies quando fornecidos em doses equivalentes a uma do se humana. Nos estudos de reprodução animal, os glicocorticoides, como metilprednisolona, demonstraram aumento na incidência de malformações (malformações esqueléticas e nas fendas palatinas), letalidade embriofetal (por exemplo aumento da reabsorção) e retardos no crescimento intrauterino.

4. CONTRAINDICAÇÕES

Succinato sódico de metilprednisolona é contraindicado:

- a pacientes com infecções sistêmicas por fungos.
- a pacientes com hipersensibilidade conhecida à metilprednisolona ou a qualquer componente da fórmula.
- para o uso pelas vias de administração intratecal e epidural.

A administração de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados é contraindicada em pacientes recebendo doses imunossupressoras de corticosteroides.

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Efeitos Imunossupressores/Aumento da Susceptibilidade a Infecções

Os corticosteroides podem aumentar a susceptibilidade a infecções, podem mascarar alguns sinais de infecção, e novas infecções podem surgir durante o seu uso. Pode haver diminuição da resistência e dificuldade de localizar a infecção com o uso de corticosteroides. Infecções com qualquer organismo patógeno, incluindo vírus, bactérias, fungos, protozoários ou helmintos, em qualquer local do corpo, podem estar associadas ao uso isolado de corticosteroides ou em combinação com outros agentes imunossupressores que afetem a imunidade celular ou humoral, ou a função dos neutrófilos. Essas infecções podem ser leves, mas podem também ser graves e, algumas, fatais. Com o aumento nas doses de corticosteroides, a taxa de ocorrência de complicações infeciosas aumenta.

Indivíduos que estão sob o uso de medicamentos que suprimem o sistema imunológico são mais suscetíveis a infecções do que indivíduos saudáveis. Catapora (varicela) ou sarampo, por exemplo, podem apresentar um curso mais sério ou mesmo fatal em crianças não imunizadas ou adultos em terapia com corticosteroides.

A administração de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados é contraindicada a pacientes recebendo doses imunossupressoras de corticosteroides. Vacinas de microrganismos mortos ou inativados podem ser administradas a pacientes recebendo doses imunossupressoras de corticosteroides; no entanto, a resposta a essas vacinas pode estar diminuída. Os procedimentos de imunização preconizados podem ser realizados em pacientes recebendo doses não imunossupressoras de corticosteroides.

O uso de corticosteroides em tuberculose ativa deve ser restrito aos casos de tuberculose fulminante ou disseminada, nos quais se utiliza o corticosteroide associado a um adequado esquema antituberculoso para controlar a doença.

Se corticosteroides forem indicados em pacientes com tuberculose latente ou reatividade à tuberculina, deve-se exercer uma cuidadosa vigilância, pois pode ocorrer reativação da doença. Durante terapia prolongada com corticosteroide, esses pacientes devem receber quimioprofilaxia.

Foi relatada a ocorrência de sarcoma de Kaposi em pacientes recebendo terapia com corticosteroide. A descontinuação do corticosteroide pode resultar em remissão clínica.

A função dos corticosteroides em choque séptico é controversa e estudos recentes relatam efeitos benéficos e negativos. Mais recentemente, os corticosteroides suplementares foram sugeridos como benéficos para pacientes com choque séptico estabelecido que apresentam insuficiência adrenal. No entanto, seu uso rotineiro em choques sépticos não é recomendado. Uma revisão sistemática de curso curto mostrou que os corticosteroides de alta dosagem não suportam seu uso. No entanto, meta-análises e uma revisão sugerem que cursos maiores (5-11 dias) de corticosteroides de baixa dosagem podem reduzir a mortalidade, especialmente em pacientes com choque séptico dependentes de vasopressores.

Medicamentos imunossupressores podem ativar focos primários de tuberculose. Esteja alerta quanto à possibilidade de surgimento de doença ativa, tomindo os cuidados para o diagnóstico precoce e tratamento.

Em caso de suspeita de dengue, ou quando associado a outros medicamentos que aumentem o efeito hemorrágico, a prescrição deste medicamento ou a manutenção do tratamento com ele deve ser reavaliada, devido a seu potencial hemorrágico.

Informe a seu paciente que, durante tratamento, o uso de vacinas exige avaliação do profissional de saúde.

Efeitos no Sistema Imunológico

Reações alérgicas podem ocorrer. Devido à ocorrência de raros casos de reações de pele e reações anafiláticas/anafilactoides em pacientes em terapia com corticosteroide, devem ser tomadas as precauções adequadas antes da administração, especialmente quando o paciente apresentar antecedentes de alergia a qualquer fármaco.

Efeitos Endócrinos

Em pacientes sob terapia com corticosteroides sujeitos a estresse não usual, é indicado o aumento de dosagem de corticosteroídes de ação rápida antes, durante e depois do período de estresse.

Doses farmacológicas de corticosteroides administrados por períodos prolongados podem resultar em supressão hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) (insuficiência adrenocortical secundária). O grau e a duração da insuficiência adrenocortical produzida é variável entre os pacientes e depende da dose, frequência, tempo de administração e duração da terapia com glicocorticoide. Este efeito pode ser minimizado pelo uso de terapia de dias alternados.

Adicionalmente, a insuficiência adrenal aguda levando a um desfecho fatal pode ocorrer se os glicocorticoides forem retirados abruptamente.

A insuficiência adrenocortical secundária induzida por medicamento pode, então, ser minimizada pela redução gradativa da dose. Esse tipo de insuficiência relativa pode persistir por meses após a descontinuação da terapia; portanto, em qualquer situação de estresse que ocorrer durante esse período, a terapia hormonal deve ser reintroduzida.

A "síndrome de abstinência" do esteroide, aparentemente não relacionada à insuficiência adrenocortical, também pode ocorrer após a descontinuação abrupta de glicocorticoides. Esta síndrome inclui sintomas tais como: anorexia, náusea, vômito, letargia, cefaleia, febre, artralgia, descamação, mialgia, perda de peso e/ou hipotensão. Acredita-se que estes efeitos são devidos mais à mudança brusca na concentração de glicocorticoide do que aos baixos níveis de corticosteroide.

Como glicocorticoides podem produzir ou agravar a síndrome de Cushing, estes devem ser evitados em pacientes com doença de Cushing.

Há um efeito aumentado dos corticosteroides em pacientes com hipotireoidismo.

Metabolismo e Nutrição

Corticosteroides, incluindo metilprednisolona, podem aumentar a glicose sanguínea, piorar diabetes pré-existente, e predispor os pacientes em terapia de longa duração com corticosteroide ao *diabetes mellitus*.

Efeitos Psiquiátricos

Podem aparecer transtornos psíquicos durante o uso de corticosteroides, variando desde euforia, insônia, oscilações de humor, alterações de personalidade e depressão grave, até manifestações claramente psicóticas. Além disso, a instabilidade emocional ou tendências psicóticas já existentes podem ser agravadas pelos corticosteroídes.

Reações adversas psiquiátricas potencialmente graves podem ocorrer com esteroides sistêmicos. Os sintomas surgem tipicamente dentro de poucos dias ou semanas após o início do tratamento. A maioria das reações melhora após redução da dose ou retirada, embora tratamento específico possa ser necessário.

Efeitos psicológicos foram relatados após a retirada dos corticosteroídes; a frequência é desconhecida. Pacientes/cuidadores devem ser incentivados a procurar atenção médica se o paciente desenvolver sintomas psicológicos, especialmente se há suspeita de humor deprimido ou ideação suicida. Pacientes/cuidadores devem estar atentos para possíveis distúrbios psiquiátricos que podem ocorrer durante ou imediatamente após a diminuição gradual da dose/retirada dos esteroides sistêmicos.

Efeitos no Sistema Nervoso

Os corticosteroídes devem ser usados com cautela em pacientes com distúrbios convulsivos.

Os corticosteroídes devem ser usados com cautela em doentes com miastenia gravis (veja também informações sobre miopatia no subitem “Efeitos musculoesqueléticos” neste item).

Embora os ensaios clínicos controlados tenham mostrado que os corticosteroídes são eficazes em acelerar a resolução de exacerbações graves de esclerose múltipla, eles não mostram que os corticosteroídes afetam o histórico natural ou o desfecho da doença. Os estudos mostram que doses relativamente altas de corticosteroídes são necessárias para demonstrar um efeito significativo.

Vários eventos médicos foram relatados em associação com as vias de administração intratecal/epidural (vide item 9. Reações Adversas).

Há relatos de lipomatose epidural em pacientes que usam corticosteroídes, normalmente com o uso de doses altas em longo prazo.

Efeitos Oculares

Os corticosteroídes devem ser utilizados cuidadosamente em pacientes com herpes simples ocular, devido à possível perfuração da córnea.

O uso prolongado de corticosteroídes pode produzir cataratas subcapsulares posteriores e cataratas nucleares (particularmente em crianças), exoftalmia, ou aumento da pressão intraocular, que pode resultar em glaucoma com possível dano ao nervo óptico. O estabelecimento de infecções oculares secundárias devido a vírus ou fungos pode ser intensificado em pacientes recebendo glicocorticoides.

O tratamento com corticosteroídes foi associado à coriorretinopatia serosa central, que pode levar ao descolamento da retina.

Efeitos Cardíacos

Efeitos adversos dos glicocorticoides no sistema cardiovascular, como dislipidemia e hipertensão, podem predispor os pacientes tratados, com fatores de risco cardiovascular existentes, a outros efeitos cardiovasculares se forem utilizados doses elevadas e períodos prolongados. Assim, os corticosteroídes devem ser empregados criteriosamente em tais pacientes e deve-se dar atenção às modificações de risco e monitorização cardíaca adicional se necessário. Dose baixa e terapia em dias alternados podem reduzir a incidência de complicações no tratamento com corticosteroide.

Há relatos de arritmias cardíacas e/ou colapso circulatório e/ou parada cardíaca após administração intravenosa (IV) rápida de doses maciças de succinato sódico de metilprednisolona (superiores a 0,5 g, administradas em um período inferior a 10 minutos). Verificou-se bradicardia durante ou após a administração de doses maciças de succinato sódico de metilprednisolona, que pode não estar relacionada com a velocidade ou duração da infusão.

Os corticosteroídes sistêmicos devem ser usados com cautela, e somente se estritamente necessário, em casos de insuficiência cardíaca congestiva.

Efeitos Vasculares

Foi relatada a ocorrência de trombose, incluindo tromboembolismo venoso, com o uso de corticosteroídes. Consequentemente, os corticosteroídes devem ser usados com cautela em pacientes que apresentam ou estão predispostos a distúrbios tromboembólicos.

Os esteroides devem ser usados com cautela em pacientes com hipertensão.

Efeitos Gastrintestinais

Altas doses de corticosteroídes podem produzir pancreatite aguda.

Não há nenhum acordo universal sobre se corticosteroídes por si só são responsáveis por úlceras pépticas encontradas durante a terapia; no entanto, a terapia com glicocorticoides pode mascarar os sintomas da úlcera péptica de forma que perfuração ou hemorragia possa ocorrer sem dor significativa. A terapia com glicocorticoides pode mascarar a peritonite ou outros sinais ou sintomas associados com distúrbios gastrintestinais como perfuração, obstrução ou pancreatite. O uso conjunto com AINEs pode aumentar o risco de desenvolvimento de úlceras gastrintestinais.

Os corticosteroídes devem ser utilizados com cautela em pacientes com colite ulcerativa não específica se houver probabilidade de perfuração iminente, abscesso ou outra infecção piogênica, diverticulite, anastomose intestinal recente, ou úlcera péptica ativa ou latente.

Efeitos Hepatobiliares

Lesão hepática induzida por fármacos, tais como a hepatite aguda pode resultar de uso da metilprednisolona pulsada cíclica (geralmente em doses de 1 mg/dia). O tempo de início da hepatite aguda pode ser várias semanas ou mais. A resolução do evento adverso foi observada depois que o tratamento foi descontinuado.

Efeitos Musculoesqueléticos

Uma miopatia aguda foi relatada com o uso de altas doses de corticosteroídes, na maioria das vezes ocorrendo em pacientes com distúrbios de transmissão neuromuscular (por exemplo, miastenia gravis) ou em pacientes recebendo terapia concomitante com anticolinérgicos, tais como fármacos bloqueadores neuromusculares (por exemplo, pancurônio). Essa miopatia aguda é generalizada, pode envolver músculos oculares e respiratórios, e pode resultar em quadriparese. Elevações da creatina quinase podem ocorrer. Podem ser necessárias semanas ou anos até que ocorra melhora ou recuperação clínica após a interrupção do uso de corticosteroídes.

A osteoporose é um comum, porém raramente reconhecido efeito adverso associado ao uso prolongado de altas doses de glicocorticoides.

Distúrbios Renais e Urinários

Cautela é necessária em pacientes com esclerose sistêmica porque uma incidência aumentada de crise renal esclerodérmica foi observada com corticosteroides, incluindo metilprednisolona.

Os corticosteroides devem ser usados com cautela em pacientes com insuficiência renal.

Investigações

Doses médias e altas de hidrocortisona ou cortisona podem causar elevação na pressão arterial, retenção salina e de água, e aumento da excreção de potássio. Esses efeitos são menos prováveis de ocorrer com os derivados sintéticos, exceto quando usados em altas doses. Uma dieta com restrição de sal e suplementação de potássio pode ser necessária. Todos os corticosteroides aumentam a excreção de cálcio.

Lesões, Envenenamento e Complicações Procedimentais

Os corticosteroides sistêmicos não são indicados e, portanto, não devem ser utilizados para tratar lesões cerebrais traumáticas; um estudo multicêntrico revelou um aumento da mortalidade em 2 semanas e em 6 meses após a lesão em pacientes tratados com succinato sódico de metilprednisolona em comparação com placebo. Não foi estabelecida uma associação causal com o tratamento com succinato sódico de metilprednisolona.

Outros

Uma vez que as complicações do tratamento com glicocorticoides dependem da dose e da duração do tratamento, deve-se avaliar a relação risco-benefício para cada caso individual quanto à dose e duração do tratamento, e quanto ao uso de terapia diária ou intermitente.

Deve-se utilizar a dose mais baixa possível de corticosteroide para o controle das condições sob tratamento e, quando for possível a redução na dose, esta deve ser gradual.

Agentes anti-inflamatórios não esteroides e ácido acetilsalicílico devem ser usados com cautela quando em conjunto com corticosteroides.

Crise de feocromocitoma, que pode ser fatal, foi relatada após a administração de corticosteroides sistêmicos. Corticosteroides só devem ser administrados em pacientes com suspeita de feocromocitoma ou feocromocitoma identificado após uma avaliação apropriada de risco/benefício.

Este medicamento pode causar doping.

Uso em Crianças

O conservante álcool benzílico tem sido associado a eventos adversos graves, incluindo a "Síndrome de Gasping" e à morte em pacientes pediátricos. Embora doses terapêuticas normais desse medicamento forneçam quantidades de álcool benzílico substancialmente menores que as relatadas em associação com a "Síndrome de Gasping", a quantidade mínima de álcool benzílico que pode causar toxicidade não é conhecida.

O risco de toxicidade do álcool benzílico depende da quantidade administrada e da capacidade do fígado e rins de desintoxicação da substância química. Crianças prematuras e que nasceram com peso baixo estão mais propensas a desenvolver a toxicidade.

Este medicamento contém álcool benzílico, que pode ser tóxico, principalmente para recém-nascidos e crianças de até 3 anos.

O crescimento e o desenvolvimento de lactentes e crianças em terapia prolongada com corticosteroide devem ser cuidadosamente observados. O crescimento pode ser suprimido em crianças recebendo em longo prazo e diariamente, a terapia de dose dividida com glicocorticoide e, portanto, o uso de tal regime deve ser restrito às indicações mais urgentes. A terapia com glicocorticoide em dias alternados geralmente evita ou minimiza este efeito colateral.

Lactentes e crianças em terapia prolongada com corticosteroide estão em risco especial de aumento da pressão intracraniana.

Doses elevadas de corticosteroides podem produzir pancreatite em crianças.

Fertilidade

Os corticosteroides demonstraram comprometer a fertilidade em estudos em animais (vide item 3. Características Farmacológicas – Dados de Segurança Pré-Clínicos).

Gravidez

Alguns estudos em animais mostraram que os corticosteroides, quando administrados à mãe em altas doses, podem provocar malformações fetais. Contudo, os corticosteroides não parecem causar anomalias congênitas quando administrados a mulheres grávidas. Como não foram realizados estudos adequados em reprodução humana com succinato sódico de metilprednisolona, este produto deve ser utilizado durante a gravidez após avaliação cuidadosa da razão de risco-benefício para a mãe e o feto.

Alguns corticosteroides atravessam facilmente a placenta. Um estudo retrospectivo apresentou aumento na incidência de nascimentos com baixo peso em crianças nascidas de mães recebendo corticosteroides. Em humanos, o risco para o nascimento de bebês com baixo peso parece ser dose-dependente e pode ser minimizado pela administração de baixas doses de corticosteroides. Crianças nascidas de mães que receberam doses substanciais de corticosteroides durante a gravidez devem ser observadas cuidadosamente e avaliadas quanto aos sinais de insuficiência adrenal, embora a insuficiência adrenal neonatal pareça ser rara em crianças que foram expostas no útero a corticosteroides.

Não se conhecem os efeitos dos corticosteroides no trabalho de parto e no nascimento.

Foi observada catarata em crianças nascidas de mães tratadas com corticosteroides em longo prazo durante a gravidez.

O álcool benzílico pode atravessar a placenta, vide item 5. Advertências e Precauções – Uso em Crianças.

Categoria de risco na gravidez: C

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Lactação

Os corticosteroides são excretados no leite humano.

Os corticosteroides distribuídos para o leite materno podem suprimir o crescimento e interferir na produção endógena de glicocorticoide em lactentes. O produto deve ser utilizado durante a amamentação apenas após avaliação cuidadosa da razão de risco-benefício para a mãe e o lactente.

Uso criterioso no aleitamento ou na doação de leite humano. O uso deste medicamento no período da lactação depende da avaliação e acompanhamento do seu médico ou cirurgião-dentista.

Efeitos na Habilidade de Dirigir e Operar Máquinas

O efeito de corticosteroides na habilidade de dirigir ou operar máquinas não foi sistematicamente avaliado. Efeitos indesejáveis, tais como tontura, vertigem, distúrbios visuais e fadiga, são possíveis após o tratamento com corticosteroides. Se forem afetados, os pacientes não devem dirigir ou operar máquinas.

Para a concentração de 500 mg:

Este medicamento contém 37,35 mg de sódio/ frasco-ampola, o que deve ser considerado quando utilizado por pacientes hipertensos ou em dieta de restrição de sódio.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A metilprednisolona é um substrato da enzima citocromo P450 (CYP) e é metabolizada principalmente pela enzima CYP3A4. A CYP3A4 é a enzima dominante da subfamília CYP mais abundante no fígado de humanos adultos. Ela catalisa a 6β-hidroxilação de esteroides, a etapa metabólica da Fase I essencial para ambos os corticosteroides endógenos e sintéticos. Muitos outros compostos também são substratos da CYP3A4, alguns dos quais (assim como outros fármacos) mostraram alterar o metabolismo de glicocorticoide por indução ou inibição da enzima CYP3A4.

Inibidores da CYP3A4 – Os fármacos que inibem a atividade da CYP3A4 geralmente diminuem o clearance hepático e aumentam a concentração plasmática de medicamentos que são substratos da CYP3A4, como metilprednisolona. Na presença de um inibidor da CYP3A4, a dose de metilprednisolona pode precisar ser ajustada para evitar a toxicidade por esteroide.

Indutores da CYP3A4 – Os fármacos que induzem a atividade da CYP3A4 geralmente aumentam o clearance hepático, resultando em diminuição da concentração plasmática de medicamentos que são substratos da CYP3A4. A coadministração pode exigir um aumento da dose de metilprednisolona para atingir o resultado desejado.

Substratos da CYP3A4 – Na presença de outro substrato da CYP3A4, o clearance hepático da metilprednisolona pode ser afetado, exigindo ajustes de dose correspondentes. É possível que os eventos adversos associados ao uso individual de cada fármaco possam ser mais prováveis de ocorrer com a coadministração.

Efeitos não mediados pela CYP3A4 – Outras interações e efeitos que ocorrem com a metilprednisolona estão descritos na Tabela 1 abaixo. A Tabela 1 fornece uma lista e descrições das interações medicamentosas ou efeitos mais comuns e/ou clinicamente importantes com a metilprednisolona.

Tabela 1. Interações/efeitos importantes de medicamentos ou substâncias com a metilprednisolona

Classe do Fármaco ou Tipo - FÁRMACO ou SUBSTÂNCIA	Interação / Efeito
<u>Antibacteriano</u> (isoniazida)	Inibidor da CYP3A4 Adicionalmente, há um efeito potencial de aumento da metilprednisolona sobre a taxa de acetilação e <i>clearance</i> da isoniazida.
<u>Antibótico, antituberculoso</u> (rifampicina)	Indutor da CYP3A4
<u>Anticoagulantes (orais)</u>	O efeito da metilprednisolona sobre os anticoagulantes orais é variável. Há relatos de aumento, assim como de diminuição dos efeitos dos anticoagulantes quando administrados concomitantemente com corticosteroides. Portanto, os índices de coagulação devem ser monitorados para manter os efeitos anticoagulantes desejados.
<u>Anticonvulsivantes</u> (carbamazepina)	Indutor da CYP3A4 (e substrato)
<u>Anticonvulsivantes</u> (fenobarbital, fenoína)	Indutores da CYP3A4
<u>Anticolinérgicos</u> (bloqueadores neuromusculares)	Os corticosteroideos podem influenciar o efeito de anticolinérgicos. 1) Uma miopia aguda foi relatada com o uso concomitante de doses elevadas de corticosteroideos e anticolinérgicos, tais como fármacos bloqueadores neuromusculares (vide subitem Efeitos musculoesqueléticos do item 5. Advertências e Precauções, para informações adicionais). 2) O antagonismo dos efeitos de bloqueio neuromuscular de pancurônio e vecurônio foi relatado em pacientes tomando corticosteroideos. Esta interação pode ser esperada com todos os bloqueadores neuromusculares competitivos.
<u>Anticolinesterásicos</u>	Os esteroides podem reduzir os efeitos dos anticolinesterásicos em miastenia grave.
<u>Antidiabéticos</u>	Devido ao fato dos corticosteroideos poderem aumentar as concentrações sanguíneas de glicose, podem ser necessários ajustes de dose de agentes antidiabéticos.
<u>Antiemético</u> (aprepitanto, fosaprepitanto)	Inibidores da CYP3A4 (e substratos)
<u>Antifúngico</u> (itraconazol, cetoconazol)	Inibidores da CYP3A4 (e substratos)
<u>Antivirais</u> (Inibidores da HIV-protease)	Inibidores da CYP3A4 (e substratos) 1) Inibidores da protease, tais como indinavir e ritonavir, podem aumentar as concentrações plasmáticas de corticosteroideos. 2) Os corticosteroideos podem induzir o metabolismo de inibidores de protease de HIV, resultando em concentrações de plasma reduzidas.
<u>Inibidores da aromatase</u> (aminoglutetimida)	A supressão adrenal induzida pela aminoglutetimida pode agravar as alterações endócrinas causadas pelo tratamento prolongado com glicocorticoide.
<u>Bloqueador do canal de cálcio</u> (diltiazem)	Inibidor da CYP3A4 (e substrato)
<u>Contraceptivos (orais)</u> (etinilestradiol / noretindrona)	Inibidor da CYP3A4 (e substrato)
Suco de grapefruit (toranja)	Inibidor da CYP3A4
<u>Imunossupressor</u> (Ciclosporina)	Inibidor da CYP3A4 (e substrato) 1) Ocorre inibição mútua do metabolismo com o uso concomitante de ciclosporina e metilprednisolona, que pode aumentar as concentrações plasmáticas de um ou ambos os fármacos. Portanto, é possível que os eventos adversos associados ao uso individual de cada fármaco possam ser mais prováveis de ocorrer após a administração concomitante. 2) Foram relatadas convulsões com o uso concomitante de metilprednisolona e ciclosporina.
<u>Imunossupressor</u> (ciclofosfamida, tacrolimo)	Substratos da CYP3A4

<u>Antibacteriano macrolídeo</u> (claritromicina, eritromicina)	Inibidores da CYP3A4 (e substratos)
<u>Antibacteriano macrolídeo</u> (troleandomicina)	Inibidor da CYP3A4
<u>Fármacos Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs)</u> (altas doses de ácido acetilsalicílico)	1) Pode haver aumento da incidência de sangramento gastrintestinal e ulceração quando os corticosteroides são administrados com AINEs. 2) A metilprednisolona pode aumentar o clearance de altas doses de ácido acetilsalicílico, o que pode ocasionar uma diminuição de níveis séricos de salicilato. A interrupção do tratamento com metilprednisolona pode ocasionar aumento nos níveis séricos de salicilato, o que poderia levar a um risco maior de toxicidade por salicilato.
Agentes depletores de potássio	Quando os corticosteroides são administrados concomitantemente com agentes depletores de potássio (por ex., diuréticos), os pacientes devem ser cuidadosamente observados para o desenvolvimento de hipocalêmia. Há também um aumento do risco de hipocalêmia com o uso concomitante de corticosteroides com anfotericina B, xantenos, ou agonistas beta-2.

Incompatibilidades

Para evitar problemas de compatibilidade e estabilidade, é recomendado que o succinato sódico de metilprednisolona seja administrado separadamente de outros compostos administrados por via intravenosa (IV). Fármacos fisicamente incompatíveis em solução com succinato sódico de metilprednisolona incluem, mas não são limitados a allopurinol sódico, cloridrato de doxapram, tigeciclina, cloridrato de diltiazem, gluconato de cálcio, brometo de vecurônio, brometo de rocurônio, besilato de cisatracúrio, glicopirrolato, propofol (vide subitem Incompatibilidades do item 8. Posologia e Modo de Usar, para informações adicionais).

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

Armazenar em temperatura ambiente (de 15°C a 30°C) e proteger da luz.

Após a reconstituição, succinato sódico de metilprednisolona deverá ser utilizado imediatamente.

Prazo de validade: 24 meses a partir da data de fabricação.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

Características físicas e organolépticas:

Succinato sódico de metilprednisolona 125 mg e 500 mg: pó branco a quase branco, inodoro, higroscópico que quando reconstituído com o diluente forma uma solução límpida, incolor a levemente amarelada e isenta de partículas visíveis.

Diluente: solução injetável límpida incolor a levemente amarelada, com odor característico.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

Succinato sódico de metilprednisolona pode ser administrado por injeção ou infusão intravenosa (IV) ou por injeção intramuscular (IM). O método de primeira escolha para uso inicial em emergências é a injeção IV. Vide na Tabela 2 as doses recomendadas. A dose pode ser reduzida para lactentes e crianças, mas deve ser selecionada com base mais na gravidade da condição e na resposta do paciente do que na idade ou peso do paciente. A dose pediátrica não deve ser inferior a 0,5 mg/kg a cada 24 horas.

Tabela 2. Doses recomendadas de succinato sódico de metilprednisolona

Indicação	Dosagem
Terapia adjuvante em condições de risco à vida	Administrar 30 mg/kg IV por um período de, pelo menos, 30 minutos. Essa dose pode ser repetida a cada 4 a 6 horas por até 48 horas.
Distúrbios reumáticos não responsivos à terapia padrão (ou durante episódios de exacerbação)	Administrar como pulsoterapia IV por pelo menos 30 minutos. O esquema pode ser repetido se não houver melhora dentro de uma semana após a terapia ou conforme as condições do paciente. 1 g/dia, IV, por 1 a 4 dias ou 1 g/mês, IV, por 6 meses
Lúpus eritematoso sistêmico não responsável à terapia padrão (ou durante episódios de exacerbação)	Administrar como pulsoterapia IV por pelo menos 30 minutos. O esquema pode ser repetido se não houver melhora dentro de uma semana após a terapia ou conforme as condições do paciente. 1 g/dia, IV, por 3 dias
Esclerose múltipla não responsável à terapia padrão (ou durante episódios de exacerbação)	Administrar como pulsoterapia IV por pelo menos 30 minutos. O esquema pode ser repetido se não houver melhora dentro de uma semana após a terapia ou conforme as condições do paciente.

	1 g/dia, IV, por 3 ou 5 dias
Estados edematosos, tais como glomerulonefrite ou nefrite lúpica, não responsivos à terapia padrão (ou durante episódios de exacerbação)	Administrar como pulsoterapia IV por pelo menos 30 minutos. O esquema pode ser repetido se não houver melhora dentro de uma semana após a terapia ou conforme as condições do paciente. 30 mg/kg, IV, em dias alternados, por 4 dias ou 1 g/dia, IV, por 3, 5 ou 7 dias
Prevenção de náusea e vômito associados à quimioterapia para câncer	Para quimioterapia leve a moderadamente emetogênica: Administrar 250 mg IV por pelo menos 5 minutos, 1 hora antes do início da quimioterapia. Repetir a dose de metilprednisolona no início e no final da quimioterapia. Uma fenotiazina clorada pode ser usada também com a primeira dose de metilprednisolona para aumento do efeito. Para quimioterapia gravemente emetogênica: Administrar 250 mg IV por pelo menos 5 minutos com doses adequadas de metoclopramida ou butirofenona, 1 hora antes da quimioterapia. Repetir a dose de metilprednisolona no início e no final da quimioterapia.
Como terapia adjuvante em outras indicações	A dose inicial variará de 10 a 500 mg IV, dependendo da condição clínica. Doses maiores podem ser necessárias para o controle em curto prazo de condições graves e agudas. Doses iniciais até 250 mg devem ser administradas IV por um período de pelo menos 5 minutos, enquanto doses maiores devem ser administradas por pelo menos 30 minutos. Doses subsequentes podem ser administradas IV ou IM em intervalos determinados pela condição clínica e resposta do paciente.

Compatibilidade e Estabilidade

A compatibilidade IV e a estabilidade das soluções isoladas de succinato sódico de metilprednisolona, ou associadas a outros fármacos em misturas IVs, depende do pH da mistura, da concentração, do tempo, da temperatura e da capacidade da metilprednisolona se solubilizar. Portanto, para evitar problemas de compatibilidade e estabilidade, é recomendado que succinato sódico de metilprednisolona seja administrado separadamente de outros medicamentos sempre que possível, como *push* através de um equipo de medicamento IV, ou como uma solução IV (vide item 6. Interações Medicamentosas e subitem Reconstituição abaixo para informações adicionais).

Reconstituição

Para preparar as soluções para infusão IV, primeiro reconstituir succinato sódico de metilprednisolona conforme indicado. A terapia pode ser iniciada com a administração IV de succinato sódico de metilprednisolona por um período de pelo menos 5 minutos (p. ex., doses até 250 mg) ou de pelo menos 30 minutos (p. ex., doses de 250 mg ou mais). As doses subsequentes podem ser suspensas e administradas de maneira similar.

Como recomendação geral, os medicamentos para uso parenteral devem ser inspecionados visualmente quanto a partículas e descoloração antes da administração, sempre que a solução e o recipiente o permitam.

Diluição da Solução Reconstituída

Se desejado, o medicamento pode ser administrado em soluções diluídas pela mistura do produto reconstituído com dextrose a 5% em água, solução salina isotônica ou dextrose a 5% em cloreto de sódio a 0,45% ou 0,9%.

Recomenda-se o uso de agulha estéril descartável, compatível com a via intravenosa.

Utilizar preferencialmente agulhas com calibre entre 20G e 22G e comprimento entre 25 mm e 30 mm. A escolha do dispositivo deve considerar o tipo de acesso venoso, as condições clínicas do paciente e os protocolos assistenciais.

9. REAÇÕES ADVERSAS

As seguintes reações de eventos adversos foram relatadas com as seguintes vias de administração contraindicadas: intratecal/epidural: aracnoidite, alteração funcional gastrintestinal/disfunção da bexiga, dor de cabeça, meningite, paraparesia/paraplegia, convulsão, distúrbio sensorial. A frequência dessas reações adversas é desconhecida.

Tabela 3. Reações adversas ao medicamento por SOC (Classe de Sistema de Órgãos) e categoria de frequência CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) listadas em ordem decrescente de gravidade médica dentro de cada categoria de frequência e SOC

Classe de Sistema de Órgãos	Muito comum ≥ 1/10	Comum ≥ 1/100 a < 1/10	Incomum ≥ 1/1.000 a < 1/100	Rara ≥ 1/10.000 a < 1/1.000	Muito rara < 1/10.000	Frequência não conhecida (não pode ser estimada com os dados disponíveis)
Infecções e Infestações						Infecção oportunista, infecção, peritonite#
Distúrbios do sangue e do sistema linfático						Leucocitose
Distúrbios do sistema imune						Hipersensibilidade ao medicamento, reação anafilática, reação anafilactoide
Distúrbios endócrinos						Cushingoide, hipopituitarismo, Síndrome de abstinência de esteroide
Distúrbios do metabolismo e nutrição						Acidose metabólica, retenção de sódio, retenção de fluidos, alcalose

						hipocalêmica, dislipidemia, prejuízo da tolerância à glicose, aumento da necessidade de insulina (ou de agentes hipoglicêmicos orais em diabéticos), lipomatose, aumento do apetite (que pode resultar em aumento de peso)
Distúrbios psiquiátricos						Distúrbios afetivos (incluindo humor deprimido, humor eufórico, labilidade afetiva, farmacodependência, ideação suicida), distúrbio psicótico (incluindo mania, delírio, alucinação e esquizofrenia), distúrbio mental, alteração de personalidade, confusão, ansiedade, oscilações de humor, comportamento anormal, insônia, irritabilidade.
Distúrbios do sistema nervoso						Lipomatose epidural, aumento da pressão intracraniana (com papiledema [hipertensão intracraniana benigna]), convulsão, amnésia, distúrbio cognitivo, tontura, cefaleia
Distúrbios oculares						Coriorretinopatia, catarata, glaucoma, exoftalmia
Distúrbios do ouvido e labirinto						Vertigem
Distúrbios cardíacos						Insuficiência cardíaca congestiva (em pacientes suscetíveis), arritmia
Distúrbios vasculares						Trombose, hipertensão, hipotensão
Distúrbios respiratórios, torácicos e mediastinais						Embolia pulmonar, soluços
Distúrbios gastrintestinais						Ulceras pépticas (com possível perfuração e hemorragia por úlcera péptica), perfuração intestinal, hemorragia gástrica, pancreatite, esofagite ulcerativa, esofagite, distensão abdominal, dor abdominal, diarreia, dispesia, náusea
Distúrbios hepatobiliares						Hepatite†
Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo						Angioedema, hirsutismo, petequias, equimose, atrofia da pele, eritema, hiperidrose, estria na pele, rash, prurido, urticária, acne, hipopigmentação da pele
Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo						Fraqueza muscular, mialgia, miopatia, atrofia muscular, osteoporose, osteonecrose, fratura patológica, artropatia neuropática, artralgia, retardo do crescimento
Distúrbios do Sistema reprodutivo e da mama						Menstruação irregular
Condições gerais e no local de administração						Dificuldade de cicatrização, edema periférico, fadiga, mal-estar, reação no local da injeção

Exames laboratoriais						Aumento da pressão intraocular, diminuição da tolerância a carboidrato, diminuição do potássio no sangue, aumento do cálcio na urina, aumento da alanina aminotransferase, aumento do aspartato aminotransferase, aumento da fosfatase alcalina no sangue, aumento da ureia no sangue, supressão de reações em testes cutâneos*
Lesões, intoxicações e complicações ligadas aos procedimentos						Fratura por compressão de vértebras, ruptura de tendão

* Não é um termo preferencial do MedDRA

† Hepatite tem sido relatada com administração IV (vide item 5. Advertências e Precauções)

Peritonite pode ser o primeiro sinal ou sintoma apresentado de um distúrbio gastrintestinal como perfuração, obstrução ou pancreatite (vide item 5. Advertências e Precauções)

Em casos de eventos adversos, notifique ao Sistema VigiMed, disponível no Portal da Anvisa.

10. SUPERDOSE

Não há síndrome clínica da superdose aguda com corticosteroides. Relatos de toxicidade aguda e/ou morte após superdose de corticosteroides são raros. Em caso de superdose, não há antídoto específico disponível; o tratamento é sintomático e de apoio. A metilprednisolona é dialisável.

Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.

II) DIZERES LEGAIS

Registro: 1.1637.0157.

Registrado por:

Blau Farmacêutica S.A.

CNPJ 58.430.828/0001-60

Rodovia Raposo Tavares, Km 30,5, nº 2833.

CEP: 06705-030. Cotia, SP.

www.blau.com

Produzido por:

Blau Farmacêutica S.A.

CNPJ 58.430.828/0013-01

Rua Adherbal Stresser, 84.

CEP: 05566-000. São Paulo, SP.

Ou

Blau Farmacêutica S.A.

CNPJ 58.430.828/0005-93

Rodovia Raposo Tavares, Km 30,5, nº 2833.

CEP: 06705-030. Cotia, SP.



VENDA SOB PRESCRIÇÃO

Histórico de Alteração da Bula

Dados da submissão eletrônica			Dados da petição/notificação que altera bula				Dados das alterações de bulas		
Data do expediente	Nº do expediente	Assunto	Data do expediente	Nº do expediente	Assunto	Data de aprovação	Itens de bula	Versões (VP/VPS)	Apresentações relacionadas
07/10/2025	XXXXXX	10452 – GENÉRICO – Notificação de Alteração de Texto de Bula	09/07/2025	0900620/25-1	10450 - SIMILAR – Notificação de Alteração de Texto de Bula - publicação no Bulário RDC 60/12	09/07/2025	5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES 7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO	VPS	<u>125 MG PO SOL</u> <u>INJ IM/IV CT FA</u> <u>VD TRANS +</u> <u>AMP DIL VD</u> <u>TRANS X 2 ML</u> <u>500 MG PO SOL</u> <u>INJ IM/IV CT FA</u> <u>VD TRANS +</u> <u>AMP DIL VD</u> <u>TRANS X 8 ML</u> <u>125 MG PO SOL</u> <u>INJ IM/IV CT FA</u> <u>VD TRANS + 25</u> <u>AMP DIL VD</u> <u>TRANS X 2 ML</u> <u>500 MG PO SOL</u> <u>INJ IM/IV CT FA</u> <u>VD TRANS + 25</u> <u>AMP DIL VD</u> <u>TRANS X 8 ML</u>

07/01/2025	0018993/25-7	10452 – GENÉRICO – Notificação de Alteração de Texto de Bula	-	-	10452 – GENÉRICO – Notificação de Alteração de Texto de Bula	-	Identificação do medicamento 4. CONTRAINDICAÇÕES 5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES 6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS 9. REAÇÕES ADVERSAS II) Dizeres Legais	VPS	125 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + AMP DIL VD TRANS X 2 ML 500 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + AMP DIL VD TRANS X 8 ML 125 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + 25 AMP DIL VD TRANS X 2 ML 500 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + 25 AMP DIL VD TRANS X 8 ML
28/12/2023	1479168/23-4	10452 – GENÉRICO – Notificação de Alteração de Texto de Bula	28/12/2023	1479168/23-4	12160 – GENÉRICO – Mudança de Local de Fabricação decorrente de PGMP	28/12/2023	II – Dizeres Legais	VP/VPS	125 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + AMP DIL VD TRANS X 2 ML 500 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + AMP DIL VD TRANS X 8 ML 125 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + 25 AMP DIL VD TRANS X 2 ML

									500 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + 25 AMP DIL VD TRANS X 8 ML
30/07/2019	1908031/19-0	10459 – GENÉRICO – Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	-	-	-	-	Todos	VP/VPS	125 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + AMP DIL VD TRANS X 2 ML 500 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + AMP DIL VD TRANS X 8 ML 125 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + 25 AMP DIL VD TRANS X 2 ML 500 MG PO SOL INJ IM/IV CT FA VD TRANS + 25 AMP DIL VD TRANS X 8 ML