

Depo-medrol

Laboratório

Pfizer

Referência

Metilprednisolona

Apresentação

solução 40 mg em frasco com 2 ml

Contra-indicações

Infecções sistêmicas por fungos. Hipersensibilidade comprovada aos componentes da fórmula. Administração intravenosa.

Reações adversas / Efeitos colaterais

Distúrbios hidroeletrólíticos: Retenção de sódio. Insuficiência cardíaca congestiva em pacientes susceptíveis. Hipertensão. Retenção de líquidos. Perda de potássio. Alcalose hipocalêmica. Músculo-esqueléticas: Miopatia esteróide. Fraqueza muscular. Osteoporose. Fraturas patológicas. Compressão vertebral por fraturas. Necrose asséptica. Gastrointestinais: Úlcera péptica com possível perfuração e hemorragia. Hemorragia gástrica. Pancreatite. Esofagite. Perfuração intestinal. Dermatológicas: Cicatrização de feridas prejudicada. Petéquias e equimoses. Pele fina e frágil. Metabólicas: Balanço negativo de nitrogênio devido ao catabolismo protéico. Neurológicas: Aumento da pressão intracraniana, convulsões, pseudotumor cerebral, distúrbios psíquicos. Endócrinas: Irregularidades menstruais. Desenvolvimento de estado cushingóide. Supressão do eixo pituitáriasupra-renal. Diminuição da tolerância a carboidratos: - manifestação de diabetes mellitus latente. - aumento da dose de insulina ou de agentes hipoglicemiantes orais, em pacientes diabéticos. Supressão do crescimento em crianças. Oftálmicas: Catarata subcapsular posterior. Aumento da pressão ocular. Exoftalmia. Sistema imunológico: Mascaramento de infecções. Infecções latentes podem se tornar ativas. Infecções oportunistas. Reações de hipersensibilidade, incluindo anafilaxia. Supressão da reação a testes cutâneos. As seguintes reações adicionais estão relacionadas com a corticoideterapia por via parenteral: reação anafilática ou reações alérgicas; hiperpigmentação ou hipopigmentação; atrofia cutânea e subcutânea; eritema local após administração intra-sinovial, artropatia tipo Charcot; infecções no local da injeção, após administração com técnica não estéril; abscesso estéril. Reações adversas relatadas com vias de administração não recomendadas: Intratecal/Epidual: aracnoidite; meningite; cefaléia, paraparesia/paraplegia; distúrbios do sensorio; convulsões; alteração intestinal ou urinária. Intranasal: reações alérgicas; rinite. Oftálmicas: diminuição da acuidade visual temporária ou permanente; aumento da pressão intraocular; inflamação ocular e periocular incluindo reações alérgicas; infecção; descamação no local da injeção. Locais variados de injeção (couro cabeludo, fauces tonsilares, gânglio esfenopalatino): cegueira.

Posologia

Por causa de possíveis incompatibilidades físicas, **Depo-medrol** (acetato de metilprednisolona) Suspensão Aquosa Estéril não deve ser diluído ou misturado com outras soluções. Os produtos de uso

parenteral devem ser inspecionados quanto a partículas e descoloração antes do uso, sempre que a solução e o recipiente assim o permitam. A) Administração para Efeito Local O tratamento com **Depo-medrol** (acetato de metilprednisolona) não descarta a necessidade das medidas convencionais geralmente adotadas. Embora este método de tratamento melhore os sintomas, isto não significa cura, e o hormônio não tem nenhum efeito sobre a causa da inflamação.

1. Artrite reumatóide e Osteoartrite - A dose para administração intra-articular depende do tamanho da articulação e varia em cada paciente, de acordo com a gravidade do processo. Nos casos crônicos, as injeções podem ser repetidas a intervalos de uma a cinco semanas, dependendo do grau de alívio obtido com a injeção inicial. As doses contidas na tabela seguinte são sugeridas como guia geral: Tamanho da articulação Exemplos Limites de dosagem Grande Joelho, tornozelo, ombro 0,5 a 2,0 ml (20-80 mg de esteróide) Mediana Cotovelo 0,25 a 1,0 ml (10-40 mg de esteróide) Pequena Metacarpofalangeana interfalangeana, esternoclavicular, acromioclavicular 0,1 a 0,25 ml (4-10 mg de esteróide) Procedimento: Recomenda-se examinar a anatomia da articulação afetada antes de aplicar uma injeção intra-articular. A fim de se obter um efeito antiinflamatório completo, é importante que a injeção seja administrada no espaço sinovial. Empregando a mesma técnica estéril usada para uma punção lombar, introduz-se rapidamente, na cavidade sinovial, uma agulha estéril de calibre adequado (com uma seringa seca). A infiltração com procaína é eletiva. A aspiração de algumas gotas do líquido articular indica que a agulha penetrou no espaço articular. O local da injeção em cada articulação é determinado encontrando-se o lugar onde a cavidade sinovial é mais superficial e mais livre de vasos e nervos. Uma vez introduzida a agulha, substitui-se a seringa aspiradora por uma segunda seringa que contém a quantidade desejada da suspensão de DEPO- MEDROL (acetato de metilprednisolona). Retira-se, então, ligeiramente o êmbolo para aspirar o líquido sinovial, para que se tenha certeza que a agulha ainda permanece no espaço sinovial. Após a injeção, movimenta-se suavemente a articulação, para auxiliar a mistura do líquido sinovial com a suspensão. O local da injeção deve ser coberto com um pequeno curativo estéril. Os locais adequados para a injeção intra-articular são: joelho, tornozelo, punho, cotovelo, ombro, quadril e articulações interfalangeanas. Já que, ocasionalmente, existe dificuldade para penetração na articulação do quadril, deve-se tomar cuidado para evitar o encontro de grandes vasos sanguíneos na área. As articulações não apropriadas para a injeção são aquelas que se encontram anatomicamente inacessíveis, como as articulações da coluna vertebral e aquelas desprovidas de espaço sinovial (como, por exemplo, as articulações sacroilíacas). As falhas de tratamento são devido, em geral, à não penetração no espaço sinovial. Observa-se pouco ou nenhum benefício quando a injeção é aplicada nos tecidos que circundam as articulações. Se houver falhas quando se tiver certeza que a injeção penetrou no espaço sinovial, o que pode ser comprovado pela aspiração do líquido, será inútil a repetição de injeções. O tratamento local não altera o processo fundamental da doença e sempre que possível deve-se adotar uma terapêutica ampla, incluindo fisioterapia e correção ortopédica. Após corticoideterapia intra-articular, deve-se evitar o uso excessivo das articulações nas quais se obteve melhora sintomática. Qualquer negligência neste sentido pode permitir aumento da deterioração das articulações, fato que irá neutralizar os efeitos benéficos do corticóide. Não se deve aplicar injeções em articulações deterioradas. As injeções intra-articulares repetidas podem, em alguns casos, resultar em deterioração da articulação. Aconselha-se acompanhamento radiológico, em alguns casos especiais, para detecção precoce de qualquer alteração. Se for utilizado anestésico local antes da injeção de **Depo-medrol** (acetato de metilprednisolona), deve-se ler a bula cuidadosamente e tomar todas as precauções.

2. Bursite - Preparar de forma estéril a área que circunda o local da injeção, nele injetando solução de cloridrato de procaína a 1%. Introduzir na bolsa uma agulha de calibre adequado, acoplada a uma seringa seca e aspirar o líquido. Deixa-se a agulha no mesmo lugar e substitui-se a seringa aspiradora por outra seringa menor contendo a dose desejada. Após a injeção, retira-se a agulha e aplica-se um pequeno curativo.

3. Miscelânea: gânglio, tendinite, epicondilite - No tratamento de afecções como tendinite ou tenossinovite, deve-se ter o cuidado de (após a aplicação do antisséptico adequado sobre a pele) injetar a suspensão na bainha do tendão e não na espessura do tendão. Quando está estendido, o tendão pode ser apalpado com facilidade. Em casos de epicondilite, deve-se delinear a área mais sensível, com muito cuidado, e infiltrá-la com a suspensão. Para os gânglios das bainhas tendinosas a suspensão se injeta diretamente no cisto. Em muitos casos, uma única injeção proporciona uma acentuada diminuição no tamanho de tumores císticos e ainda pode fazê-los desaparecer. Devem ser observadas as precauções habituais de esterilidade com cada injeção. A dosagem no tratamento das diferentes afecções das estruturas tendinosas ou bursais, anteriormente descritas, varia conforme a afecção a ser tratada, entre 4 e 30 mg. A repetição das injeções pode ser necessária em afecções crônicas e/ou recidivantes.

4. Injeções para Efeito Local em Afecções Dermatológicas Após limpeza com antisséptico apropriado, tal como álcool a 70%, injeta-se, na lesão, de 20 a 60 mg do produto. Em casos de lesões extensas, pode ser necessário distribuir doses repetidas de

20 a 40 mg em injeções locais. Deve-se ter cuidado para não injetar material suficiente para causar isquemia, o que pode determinar o aparecimento de pequena cicatriz. Geralmente uma ou duas injeções são aplicadas, a intervalos que variam de acordo com a lesão e a duração da melhora produzida pela injeção inicial. Precauções adicionais devem ser tomadas quanto à contaminação do conteúdo, sempre que se usa frasco-ampola de doses múltiplas (Ver Precauções).

B) Administração para Efeito Sistêmico A dosagem para via intramuscular varia conforme a afecção sob tratamento. Quando se deseja um efeito prolongado, pode ser multiplicada a dose oral diária por 7 e administrada em uma única injeção intramuscular por semana. A dosagem deve ser individualizada conforme a gravidade da doença e a resposta do paciente. Para crianças, deverá reduzir-se a dose recomendada, levando-se em conta mais a gravidade da doença do que a proporcionalidade de peso corporal e idade. O tratamento hormonal é auxiliar, e não substituto, do tratamento convencional. A dosagem deve ser diminuída ou descontinuada gradualmente quando a droga for administrada por mais de alguns dias. São fatores primordiais na determinação da dose: a gravidade, o prognóstico e a duração esperada da enfermidade e a reação do paciente ao medicamento. Se ocorrer um período de remissão espontânea em afecção crônica, o tratamento deve ser descontinuado. Durante tratamento prolongado, devem ser feitos estudos rotineiros de laboratório, a intervalos regulares, tais como exame de urina, glicemia pós-prandial (duas horas após as refeições), medida da pressão arterial e peso corporal, bem como radiografia do tórax. Em pacientes com história de úlcera ou dispepsia significativa é aconselhável tirar radiografia do trato gastrointestinal superior. Em pacientes com síndrome adrenogenital, uma única injeção intramuscular de 40 mg, a cada duas semanas, pode ser suficiente. Para manutenção de pacientes com artrite reumatóide, a dose semanal intramuscular variará de 40 a 120 mg de acetato de metilprednisolona. A dose habitual para pacientes com afecções dermatológicas que se beneficiam da corticoideterapia sistêmica é de 40 a 120 mg de acetato de metilprednisolona administrados por via intramuscular a intervalos de uma a quatro semanas. Em dermatite aguda grave por plantas irritantes, pode-se obter alívio dentro de 8 a 12 horas após a administração intramuscular de dose única de 80 a 120 mg. Em dermatite de contato crônica, podem ser necessárias injeções repetidas a intervalos de 5 a 10 dias. Em dermatite seborréica, uma dose semanal de 80 mg pode ser adequada para controlar a afecção. A administração intramuscular de 80 a 120 mg em pacientes asmáticos, pode causar melhora em 6 a 48 horas, persistindo por vários dias até duas semanas. Da mesma forma, em pacientes com rinite alérgica (febre do feno), uma dose intramuscular de 80 a 120 mg pode resultar no alívio da coriza no período de seis horas, persistindo por vários dias até 3 semanas. Se forem notados sinais de stress associados à enfermidade, a dose deve ser aumentada. No caso de se desejar um efeito hormonal rápido, de máxima intensidade, recomenda-se a administração intravenosa de succinato sódico de metilprednisolona.

C) Administração intra-retal **Depo-medrol** (acetato de metilprednisolona), em doses de 40 a 120 mg administrados como enemas de retenção ou por gotejamento contínuo, 3 a 7 vezes por semana, por duas ou mais semanas, demonstrou ser útil no tratamento de alguns pacientes com colite ulcerativa. Muitos casos podem ser controlados com 40 mg de **Depo-medrol** (acetato de metilprednisolona) administrados em 30 a 300 ml de água, dependendo do grau de envolvimento da mucosa colônica inflamada. Naturalmente, as medidas terapêuticas convencionais devem ser instituídas.