

pravastatina sódica

Accord Farmacêutica Ltda.

Comprimidos

10 mg, 20 mg e 40 mg

I. IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

pravastatina sódica

Medicamento Genérico – Lei nº. 9.787, de 1999.

APRESENTAÇÕES

Comprimidos de 10 mg, 20 mg e 40 mg - embalagens com 10 ou 30 comprimidos.

USO ORAL

USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 8 ANOS

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido de 10 mg contém:

Pravastatina sódica..... 10 mg*

*(equivalente a 9,51 mg de pravastatina)

Excipientes: lactose monoidratada, óxido de magnésio, croscarmelose sódica, óxido férrico amarelo, povidona K30, estearato de magnésio, microcelac 100 (lactose monoidratada, celulose microcristalina).

Cada comprimido de 20 mg contém:

Pravastatina sódica..... 20 mg*

*(equivalente a 19,01 mg de pravastatina)

Excipientes: lactose monoidratada, óxido de magnésio, croscarmelose sódica, óxido férrico amarelo, povidona K30, estearato de magnésio, microcelac 100 (lactose monoidratada, celulose microcristalina).

Cada comprimido de 40 mg contém:

Pravastatina sódica..... 40 mg*

*(equivalente a 38,03 mg de pravastatina)

Excipientes: lactose monoidratada, óxido de magnésio, croscarmelose sódica, óxido férrico amarelo, povidona K30, estearato de magnésio, microcelac 100 (lactose monoidratada, celulose microcristalina).

II. INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

O tratamento com pravastatina sódica deve ser feito junto com uma dieta com restrição de gorduras saturadas e colesterol (geralmente presentes em alimentos de origem animal). Seu uso é recomendado quando a resposta à dieta e a outras medidas não medicamentosas falharem ou se mostrarem insuficientes no controle do colesterol.

Prevenção da doença arterial coronariana

Em pacientes com aumento do colesterol (hipercolesterolemia) sem doença do coração, pravastatina sódica é indicada associada à dieta para reduzir risco de infarto do miocárdio (infarto do coração). Também é indicada associada aos procedimentos de revascularização do miocárdio (cirurgia de ponte do coração ou cateterismo), quando necessário, assim como na melhora da sobrevida destes pacientes por proporcionar uma redução do risco de morte.

Doença arterial coronariana

Em pacientes com histórico de infarto do miocárdio ou angina pectoris instável (dor no coração), pravastatina sódica é indicada: para diminuir o risco de morte, tanto pela doença arterial coronariana quanto pela repetição de evento anterior (inclusive infarto do miocárdio); para diminuir a necessidade de procedimentos de revascularização (por cirurgia ou cateterismo) e para diminuir a necessidade de hospitalização. Vide “**Características farmacológicas**”.

Hipercolesterolemia e dislipidemia

Este medicamento é indicado para a redução dos níveis elevados de diversas gorduras prejudiciais do sangue (LDL-colesterol, colesterol total, apolipoproteína B e triglicérides) e para aumentar o HDL-colesterol em pessoas com hipercolesterolemia primária e dislipidemia mista (classificação de Frederickson tipo IIa, IIb, III e IV), como adjuvante da dieta, quando a resposta à dieta e a outros tratamentos não farmacológicos (por exemplo, exercício, redução de peso) é insuficiente. Antes de se iniciar o tratamento com pravastatina sódica, as outras causas de aumento do colesterol deverão ser excluídas. Entre essas outras causas destacam-se: a obesidade, o diabete mal controlado, hipotireoidismo, síndrome nefrótica, desproteinemias, doença do fígado, tratamento com outros medicamentos e alcoolismo.

Progressão da doença aterosclerótica e eventos cardiovasculares

Em pacientes com colesterol alto com doença cardiovascular, este medicamento está indicado como adjuvante à dieta para reduzir a velocidade de progressão da aterosclerose e para reduzir a incidência de ataques cardiovasculares.

Redução da mortalidade e morbidade cardiovascular em pacientes com hipercolesterolemia moderada ou grave e em alto risco de um primeiro evento cardiovascular, como adjuvante da dieta. Vide “**Características farmacológicas**”.

Transplantes

Após o transplante de órgãos sólidos (coração e rins), pravastatina sódica é indicada para aumentar a sobrevida e para reduzir o risco de rejeição aguda em pacientes com transplante renal.

Redução da hiperlipidemia pós-transplante em pacientes recebendo terapia imunossupressora após o transplante de órgãos sólidos.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

Grupo farmacoterapêutico: hipolipemiantes/agentes redutores de colesterol e hipotriglicéridos/HMGCoA

inibidores da redutase, código ATC: C10AA03.

Eficácia e segurança clínica

Prevenção primária

O "West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS)" foi um estudo duplo-cego, randomizado, controlado com placebo entre 6.595 pacientes do sexo masculino com idades entre 45 e 64 anos com hipercolesterolemia moderada a grave (LDL-C: 155-232 mg/dL [4,0-6,0 mmol/L]) e sem história de infarto do miocárdio, tratados por um período médio de 4,8 anos com uma dose diária de 40 mg de pravastatina ou de placebo, como adjuvante da dieta. Nos pacientes tratados com pravastatina, os resultados mostraram:

- uma diminuição no risco de mortalidade por doença coronária e de infarto do miocárdio não letal (redução do risco relativo RRR foi de 31%; $p = 0,0001$ com um risco absoluto de 7,9% no grupo placebo e 5,5% nos pacientes tratados com pravastatina); os efeitos nas taxas destes eventos cardiovasculares cumulativos são evidentes logo após 6 meses de tratamento;
- uma diminuição no número total de mortes por evento cardiovascular (RRR 32%; $p = 0,03$);
- quando os fatores de risco foram levados em conta, uma RRR de 24% ($p = 0,039$) na mortalidade total foi também observada entre os pacientes tratados com pravastatina;
- uma diminuição no risco relativo para realização de procedimentos de revascularização miocárdica (cirurgia de revascularização do miocárdio ou angioplastia coronária) em 37% ($p = 0,009$) e angiografia coronária em 31% ($p = 0,007$).

O benefício do tratamento nos critérios anteriormente mencionados não é conhecido em pacientes com idade superior a 65 anos, que não puderam ser incluídos no estudo.

Na ausência de dados em pacientes com hipercolesterolemia associada com um nível de triglicérides de mais de 6 mmol/L (5,3 g/L) após uma dieta durante 8 semanas, neste estudo, o benefício do tratamento com pravastatina não foi estabelecido neste tipo de pacientes.

Prevenção secundária

O estudo "Long-Term Intervention with pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID)" foi um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, que comparou os efeitos da pravastatina (40 mg) com placebo em 9014 doentes com idades entre os 31 e 75 anos, com uma duração média de 5,6 anos com níveis de colesterol sérico de normal a elevado (colesterol total = 155-271 mg/dL [4,0-7,0 mmol/L], média de colesterol total = 219 mg/dL [5,66 mmol/L]) e com níveis de triglicérides variáveis de até 443 mg/dL [5,0 mmol/L] e com uma história de infarto do miocárdio ou angina instável nos últimos 3 a 36 meses. O tratamento com pravastatina reduziu significativamente o risco relativo de morte por doença coronária em 24% ($p = 0,0004$, com um risco absoluto de 6,4% no grupo placebo e 5,3% nos pacientes tratados com pravastatina), o risco relativo de eventos coronários (morte por doença arterial coronariana ou infarto do miocárdio não

fatal) em 24% ($p < 0,0001$) e o risco relativo de infarto do miocárdio fatal ou não fatal em 29% ($p < 0,0001$). Em pacientes tratados com pravastatina, os resultados mostraram:

- uma redução no risco relativo de mortalidade total em 23% ($p < 0,0001$) e mortalidade cardiovascular em 25% ($p < 0,0001$);
- uma redução do risco relativo de realização de procedimentos de revascularização miocárdica (cirurgia de revascularização miocárdica ou angioplastia coronariana transluminal percutânea) em 20% ($p < 0,0001$);
- uma redução no risco relativo de acidente vascular em 19% ($p = 0,048$).

O estudo "Cholesterol and Recurrent Events (CARE)" foi um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo que comparou os efeitos da pravastatina (40 mg/dia) na morte por doença cardíaca coronária e infarto do miocárdio não fatal por uma média de 4,9 anos em 4.159 pacientes com idades entre os 21 e 75 anos, com níveis de colesterol total normais (colesterol total médio basal < 240 mg/dL), que tiveram um infarto do miocárdio nos últimos 3 a 20 meses. O tratamento com pravastatina reduziu significativamente:

- a taxa de um evento coronário recorrente (morte por doença cardíaca coronária ou infarto do miocárdio não fatal) em 24% ($p = 0,003$, placebo 13,3%, pravastatina 10,4%);
- o risco relativo de realização de procedimentos de revascularização (cirurgia de revascularização miocárdica ou angioplastia coronária transluminal percutânea) em 27% ($p < 0,001$).

O risco relativo de acidente vascular também foi reduzido em 32% ($p = 0,032$), e acidente vascular ou ataque isquêmico transitório combinado em 27% ($p = 0,02$).

O benefício do tratamento nos critérios acima não é conhecido em pacientes com idade acima de 75 anos, que não puderam ser incluídos nos estudos CARE e LIPID.

Na ausência de dados em pacientes com hipercolesterolemia associada com um nível de triglicérides superior a 4 mmol/L (3,5 g/L) ou mais que 5 mmol/L (4,45 g/L), após uma dieta durante 4 ou 8 semanas, nos estudos CARE e LIPID, respectivamente, o benefício do tratamento com pravastatina não foi estabelecido neste tipo de pacientes.

Nos estudos CARE e LIPID, cerca de 80% dos pacientes receberam aspirina como parte do regime.

Transplante de coração e rim

Eficácia da pravastatina em pacientes que receberam um tratamento imunossupressor:

-Transplante de coração foi avaliado em um estudo prospectivo, randomizado, controlado ($n = 97$). Os pacientes foram tratados em simultâneo com e sem pravastatina (20 - 40 mg), e um regime imunossupressor padrão de ciclosporina, prednisona e azatioprina. O tratamento com pravastatina reduziu significativamente a taxa de rejeição cardíaca com comprometimento hemodinâmico em um ano, melhorou a sobrevida em um ano ($p = 0,025$), e reduziu o risco de vasculopatia coronária no transplante conforme determinado por angiografia e autópsia ($p = 0,049$).

-Transplante renal foi avaliado em um estudo prospectivo não controlado e não randomizado ($n = 48$) com a duração de 4 meses. Os pacientes foram tratados em simultâneo com e sem pravastatina (20 mg), e um regime imunossupressor padrão de ciclosporina e prednisona. Nos pacientes com transplante renal, a pravastatina reduziu significativamente a incidência de

episódios de rejeição múltipla e a incidência de episódios de rejeição aguda comprovada por biópsia, e o uso de injeções em bolus de prednisolona e Muromonab-CD3.

Crianças e adolescentes (8-18 anos de idade)

Um estudo duplo cego controlado com placebo em 214 pacientes pediátricos com hipercolesterolemia familiar heterozigótica foi realizado durante dois anos. Crianças (8-13 anos) foram randomizadas para o placebo (n = 63) ou 20 mg de pravastatina diárias (n = 65) e os adolescentes (14-18 anos) foram randomizados para o placebo (n = 45) ou 40 mg de pravastatina diárias (n= 41). A inclusão no estudo solicitou um dos pais com diagnóstico molecular ou clínico de hipercolesterolemia familiar. O valor basal médio do LDL-C foi de 239 mg/dL e 237 mg/dL nos grupos com pravastatina (intervalo de 151-405 mg/dL) e placebo (intervalo de 154-375 mg/dL), respectivamente. Houve uma significativa redução percentual média do LDL-C de - 22,9% e também de colesterol total (-17,2%) a partir da análise de dados agrupados em crianças e adolescentes, semelhante à eficácia demonstrada em adultos com 20 mg de pravastatina. Os efeitos do tratamento com a pravastatina nos dois grupos foi semelhante. A média obtida de LDL-C foi de 186 mg/dL (intervalo: 67-363mg/dL) no grupo da pravastatina, em comparação com 236 mg/dL (intervalo: 105-438 mg/dL) no grupo do placebo. Em indivíduos que receberam pravastatina, não houve diferenças observadas em qualquer um dos parâmetros endócrinos monitorados (ACTH, cortisol, DHEAS, FSH, LH, TSH, estradiol (meninas) ou testosterona (meninos)] em relação ao placebo. Não houve diferenças de desenvolvimento, de volume testicular ou Escala de Tanner em relação ao placebo. O poder deste estudo em detectar a diferença entre os dois grupos de tratamento foi baixa. A eficácia a longo prazo da terapia com pravastatina na infância para reduzir a morbidade e mortalidade na idade adulta não foi estabelecida.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Farmacodinâmica

Mecanismo de ação:

A pravastatina é um inibidor competitivo da 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A (HMG-CoA) redutase, a enzima que catalisa o passo limitante da velocidade no início da biossíntese do colesterol, e produz o seu efeito de redução dos lipídios de duas maneiras. Em primeiro lugar, com a inibição competitiva específica e reversível da HMG-CoA redutase, produz uma redução modesta na síntese do colesterol intracelular. Isso resulta em um aumento no número de receptores-LDL na superfície das células e maior catabolismo mediado por receptor e depuração do colesterol LDL circulante. Em segundo lugar, a pravastatina inibe a produção de LDL por inibição da síntese hepática de colesterol VLDL, o precursor do LDL-colesterol. Em indivíduos saudáveis e em pacientes com hipercolesterolemia, a pravastatina sódica reduz os seguintes valores lipídicos: colesterol total, LDL-colesterol, apolipoproteína B, VLDL colesterol e triglicérides; enquanto que o HDL-colesterol e apolipoproteína A são elevados.

Farmacocinética

Absorção

A pravastatina é administrada oralmente na forma ativa. É rapidamente absorvida; níveis séricos máximos são atingidos de 1 a 1,5 horas após a ingestão. Em média, 34% da dose administrada por via oral é absorvida, com uma biodisponibilidade absoluta de 17%. A presença de alimentos no trato gastrointestinal leva a uma redução na biodisponibilidade, mas o efeito de redução do colesterol é idêntico quando a pravastatina é administrada com ou sem alimentos. Após a absorção, 66% de

pravastatina sofre um metabolismo de primeira passagem no fígado, que é o principal local da sua ação e o principal local da síntese do colesterol e de depuração do LDL-colesterol. Estudos “in vitro” demonstraram que a pravastatina é transportada para os hepatócitos e com substancialmente menor quantidade em outras células. Em vista desta substancial primeira passagem no fígado, as concentrações plasmáticas de pravastatina tem apenas um valor limitado na previsão do efeito de redução de lipídeos. As concentrações plasmáticas são proporcionais às doses administradas.

Distribuição

Cerca de 50% da pravastatina circulante está ligada às proteínas plasmáticas. O volume de distribuição é de cerca de 0,5 L/kg. Uma pequena quantidade de pravastatina passa para o leite materno humano.

Metabolismo e eliminação

A pravastatina não é significativamente metabolizada pelo citocromo P450 nem parece ser um substrato ou um inibidor da P-glicoproteína, mas um substrato de outras proteínas de transporte. Após a administração oral, 20% da dose inicial é eliminada na urina e 70% nas fezes. A meia-vida de eliminação plasmática da pravastatina por via oral é de 1,5 a 2 horas. Após a administração intravenosa, 47% da dose é eliminada por excreção renal e 53% por excreção biliar e biotransformação. O principal produto de degradação da pravastatina é o metabólito isomérico 3-alfa-hidroxi. Este metabólito tem de um décimo a um quadragésimo da atividade inibidora da HMG-CoA redutase quando comparado ao composto original. A depuração sistêmica da pravastatina é de 0,81 L/h/kg e a depuração renal é de 0,38 L/h/kg, indicando secreção tubular

População de risco

Pediátrica: os valores de Cmax e AUC médios de pravastatina para os pacientes pediátricos reunidos de acordo com idade e sexo foram semelhantes aos valores observados em adultos após uma dose oral de 20 mg.

Insuficiência hepática: a exposição sistêmica à pravastatina e metabólitos em pacientes com cirrose alcoólica é aumentada em cerca de 50% comparativamente a pacientes com função hepática normal.

Insuficiência renal: não foram observadas modificações significativas em pacientes com insuficiência renal leve. No entanto, insuficiência renal grave e moderada pode levar a um aumento de duas vezes na exposição sistêmica à pravastatina e metabólitos.

Dados de segurança pré-clínica

Com base em estudos convencionais de segurança farmacológica, toxicidade de dose repetida e toxicidade reprodutiva, não existem outros riscos para o paciente do que os esperados pelo seu mecanismo de ação.

Estudos de dose repetida indicam que a pravastatina pode induzir vários graus de hepatotoxicidade e miopatia; em geral, efeitos substanciais nestes tecidos apenas foram evidentes com doses 50 vezes ou mais a dose humana máxima em mg/kg.

Estudos de toxicologia genética in vivo e in vitro não mostraram evidência de potencial mutagênico.

Em camundongos, um estudo de carcinogenicidade de 2 anos com a pravastatina demonstrou em doses de 250 e 500 mg/kg/dia, um aumento estatisticamente significativo (≥ 310 vezes a dose máxima humana em mg/kg), na incidência de carcinomas hepatocelulares em machos e fêmeas e adenomas de pulmão apenas em fêmeas. Em ratos, um estudo de carcinogenicidade de 2 anos demonstrou em uma dose de 100 mg/kg/dia (125 vezes a dose máxima humana em mg/kg/dose) um aumento estatisticamente significativo na incidência de carcinomas hepatocelulares apenas em machos.

Quando administrada em camundongos jovens (4 a 80 dias pós-natal [PND]), 5 a 45 mg/kg/dia, foi observado o afinamento do corpo caloso e os níveis de pravastatina sérica foram de aproximadamente ≥ 1 vez (AUC) o máximo da dose pediátrica e adolescente de 40 mg. Em níveis de pravastatina de aproximadamente ≥ 2 vezes (AUC) de 40mg da dose humana, alterações neurocomportamentais foram observadas (melhorar a resposta de início e aumentar erros em aprendizado em labirintos de água). A não diminuição do corpo caloso foi observada em camundongos com dose de pravastatina (≥ 250 mg/kg/dia) iniciando 35 até 3 meses pós-natal (PND) sugerindo aumento da sensibilidade em camundongos jovens. A causa e significado do afinamento do corpo caloso e dos efeitos neurocomportamentais em camundongos jovens é desconhecido.

Pontos extremos de espermatozoides alterados e redução de fertilidade foram observados em machos até 335 vezes (AUC) da dose humana. A níveis sem efeito observados para pontos extremos reprodutivos foram 1 (macho) e 2 (fêmeas) vezes (AUC) a dose de 40 mg para humanos.

4. CONTRAINDICAÇÕES

Não deve utilizar pravastatina sódica comprimidos nos seguintes casos:

- Hipersensibilidade a qualquer componente da medicação;
- Doença ativa do fígado, incluindo elevações persistentes inexplicadas de transaminases séricas e elevação superior a 3x do limite superior normal (LSN) (vide “Advertências e precauções”);
- Em combinação com ácido fusídico (vide “Advertências e precauções” e “Interações medicamentosas”)
- Mulheres grávidas e que estiverem amamentando (vide “Advertências e precauções”);
- Mulheres com potencial para engravidar, pois há risco ao feto com o uso de pravastatina.

Categoria de risco na gravidez: X. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento.

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Os inibidores da HMG-CoA redutase (classe a qual pertence a pravastatina sódica) podem causar anormalidades no funcionamento do fígado e dos músculos. A associação da pravastatina com fibratos não é recomendada.

A pravastatina não foi avaliada em pacientes com hipercolesterolemia familiar homozigótica. A terapia não é adequada quando a hipercolesterolemia é devido ao HDL-colesterol elevado.

O risco benefício do tratamento deve ser cuidadosamente avaliado pelo médico antes do início do tratamento em crianças antes da puberdade.

Distúrbios hepáticos

Como com outros agentes hipolipemiantes, aumentos moderados dos níveis de transaminases no fígado foram observados. Na maioria dos casos, os níveis de transaminases no fígado voltaram ao seu valor inicial sem a necessidade da descontinuação do tratamento. Deve ser dada especial atenção aos pacientes que desenvolvem um aumento nos níveis de transaminases, e o uso do medicamento deve ser interrompido se o aumento da alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST) for exceder três vezes o limite superior do normal e persistir. Deve-se ter cautela quando a pravastatina é administrada em pacientes com história de doença hepática ou ingestão de álcool.

Distúrbios musculares

Como com outros inibidores da HMG-CoA redutase (estatinas), pravastatina tem sido associada com o aparecimento de mialgia, miopatia e, muito raramente, rabdomiólise.

A miopatia deve ser considerada em qualquer paciente sob terapia com estatinas que apresente sintomas musculares inexplicáveis, como dor ou sensibilidade, fraqueza muscular, ou câimbras musculares. Em tais casos, o nível da creatina quinase (CK) deve ser medido (vide a seguir). O tratamento com estatina deve ser interrompido temporariamente quando os níveis de CK são >5 x LSN, ou quando há sintomas clínicos graves. Muito raramente (cerca de 1 caso em mais de 105 doentes-ano), ocorre rabdomiólise, com ou sem insuficiência renal secundária. A rabdomiólise é uma condição aguda potencialmente fatal do músculo esquelético que pode desenvolver em qualquer momento durante o tratamento, e é caracterizada por destruição maciça do músculo associada ao grande aumento de CQ (geralmente >30 ou 40 x LSN) conduzindo a mioglobulinúria. O risco de miopatia com estatinas pode ser dependente da exposição e, por consequência pode variar com fármacos individuais (devido a lipofilicidade e diferenças farmacocinéticas), incluindo a sua dosagem e potencial para interações medicamentosas. Embora não haja nenhuma contraindicação muscular para a prescrição de uma estatina, certos fatores de predisposição podem aumentar o risco de toxicidade muscular e, portanto, justificar uma avaliação cuidadosa do benefício/risco e acompanhamento especial clínico. Medição da CK é indicada antes de iniciar a terapia com estatina nestes pacientes (vide a seguir). Durante o tratamento com estatina, o risco e a gravidade de distúrbios musculares aumentam com a combinação de medicamentos que causam interações medicamentosas.

O uso de fibratos em monoterapia está ocasionalmente associado a miopatia. O uso combinado de uma estatina e fibratos devem ser evitados. A co-administração de estatinas e ácido nicotínico deve ser usado com cautela. Um aumento na incidência de miopatia também foi descrita em pacientes recebendo outras estatinas em combinação com inibidores do Citocromo P450. Isto pode resultar em interações farmacocinéticas que não foram documentados para a pravastatina (vide “Interações medicamentosas”). Sintomas musculares associados com o uso de estatina geralmente desaparecem após a descontinuação da terapia com estatina.

A coadministração de ácido fusídico com estatinas é contraindicada nas indicações cutâneas de antibiótico.

A pravastatina não deve ser coadministrada com formulações sistêmicas com ácido fusídico ou dentro de 7 dias após parar o tratamento com ácido fusídico. Em pacientes em que o uso de ácido fusídico sistêmico é considerado essencial, tratamento com estatinas deve ser descontinuado ao longo da duração do tratamento com ácido fusídico. Houve relatos de rabdomiólise (incluindo algumas fatalidades) em pacientes que receberam a combinação de ácido fusídico e estatinas (ver “Interações Medicamentosas”). O paciente deve ser advertido a buscar recomendação médica imediatamente se houver qualquer sintoma de fraqueza muscular, dor ou sensibilidade.

Terapia com estatinas podem ser reintroduzidas sete dias após a última dose de ácido fusídico. Em circunstâncias especiais, onde o uso prolongado de ácido fusídico sistêmico é necessário, por exemplo, para o tratamento de infecções graves, a necessidade de coadministração de pravastatina e ácido fusídico deve ser considerada caso a caso e sob supervisão médica.

Estatinas podem, em casos raros, induzir ou agravar miastenia gravis ou miastenia ocular (vide “Reações Adversas”), incluindo relatos de recorrência quando a mesma ou uma diferente estatina for administrada. A pravastatina deve ser usada com cautela em pacientes com essas condições e deve ser descontinuada se elas forem induzidas ou agravadas.

Medição da creatina quinase e interpretação:

A monitorização rotineira da creatina quinase (CK) ou dos níveis de outras enzimas musculares não é recomendada em pacientes assintomáticos em uso de estatinas. No entanto, a medição de CK é recomendada antes de iniciar o tratamento com estatinas em pacientes com predisposição especial, e em pacientes que desenvolvam sintomas musculares durante a terapia com estatinas, como descrito a seguir. Se os níveis de CK estiverem significativamente elevados no início do estudo ($> 5 \times \text{LSN}$), CK deve ser novamente medido cerca de 5 a 7 dias depois para confirmar os resultados. Quando medido, os níveis de CK devem ser interpretados dentro do contexto de outros fatores potenciais que pode causar lesão muscular transitória, como exercício físico intenso ou trauma muscular.

Antes do início do tratamento: o cuidado deve ser em pacientes com fatores predisponentes tais como insuficiência renal, hipotireoidismo, história prévia de toxicidade muscular com uma estatina ou fibrato, história pessoal ou familiar de alterações musculares hereditárias, ou abuso de álcool. Nestes casos, níveis de CK devem ser medidos antes do início da terapia. Medição da CK também deve ser considerada antes de iniciar o tratamento em pessoas com mais de 70 anos de idade, especialmente na presença de outros fatores predisponentes nessa população. Se os níveis basais de CK estiverem significativamente elevados ($> 5 \times \text{LSN}$) o tratamento não deve ser iniciado e os resultados devem ser reavaliados após 5-7 dias. A linha basal dos níveis de CK pode ser útil como uma referência no caso de um aumento posterior durante a terapia com estatina.

Durante o tratamento: os pacientes devem ser aconselhados a relatar prontamente dores musculares inexplicáveis, sensibilidade, fraqueza ou câimbras. Nestes casos, os níveis de CK devem ser medidos. Se detectada uma elevação nos níveis de CK ($> 5 \times \text{LSN}$), a terapia com estatina deve ser interrompida. A descontinuação do tratamento também deve ser considerada se os sintomas musculares forem graves e causarem desconforto diário, mesmo se o aumento de CK permanecer $\leq 5 \times \text{LSN}$. Se os sintomas desaparecerem e os níveis de CK voltarem ao normal, a reintrodução da terapia com estatinas pode ser considerada com a dose mais baixa e com uma monitorização cuidadosa. Se houver suspeita de uma doença muscular hereditária em tais pacientes, reiniciar o tratamento com estatinas não é recomendado.

Foram reportados casos muito raros de uma miopatia necrosante imunomediada (IMNM) durante ou após o tratamento com algumas estatinas. A IMNM é caracterizada clinicamente por fraqueza muscular proximal e elevação da creatina quinase sérica, que persistem apesar de interrupção do tratamento com estatinas.

Doença intersticial pulmonar

Os casos excepcionais de doença intersticial pulmonar têm sido relatados com algumas estatinas, especialmente com a terapia de longo prazo (vide “Reações adversas”). Os sintomas podem incluir dispneia, tosse não produtiva e deterioração

da saúde geral (fadiga, perda de peso e febre). Se há suspeita de um paciente que desenvolveu doença intersticial pulmonar, a terapia com estatinas deve ser interrompida.

Diabetes mellitus

Algumas evidências sugerem que as estatinas, como classe farmacológica, aumentam a glicemia. Em alguns pacientes, com alto risco de desenvolver diabetes no futuro, a estatinas podem causar hiperglicemia, que requer o início do tratamento para diabetes. Esse risco, no entanto, é compensado pela redução no risco vascular com o uso de estatinas e, portanto, não deve ser uma razão para a interrupção do tratamento. Pacientes em situação de risco (glicemia de jejum 5,6-6,9 mmol /L, IMC >30 kg / m², aumento de triglicérides, hipertensão) devem ser monitorados clínica e laboratorialmente de acordo com as diretrizes nacionais.

Lactose

Este medicamento possui lactose. Seu uso não é recomendado em paciente com intolerância a galactose, deficiência de lactase de Lapp ou síndrome de má absorção de glicose-galactose (doenças hereditárias raras).

Uso em crianças

Em crianças antes da puberdade, o risco/benefício do tratamento deve ser cuidadosamente avaliado por médicos antes do início do tratamento.

Miopatia necrosante imunomediada (IMNM)

Houveram relatos de casos raros de miopatia necrosante imunomediada (IMNM) durante ou depois do tratamento com algumas estatinas. IMNM é clinicamente caracterizado por fraqueza persistente do músculo proximal e aumento sérico de creatina quinase, o qual persiste mesmo após a descontinuação do tratamento.

Alteração na capacidade de dirigir veículos ou operar máquinas

A pravastatina tem pouca ou nenhuma influência sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas.

No entanto, quando conduzir um veículo ou utilizar máquinas, deve se atentar que podem ocorrer tonturas, distúrbios visuais, distúrbios de sono (incluindo insônia e pesadelos), perda de memória e depressão durante o tratamento

Gravidez e lactação

A pravastatina é contraindicada durante a gravidez e deve ser administrada a mulheres em idade fértil somente quando estes pacientes não forem susceptíveis à gravidez e forem informadas do risco potencial. Cuidado especial é recomendado em adolescentes mulheres com potencial de engravidar para garantir a compreensão adequada do potencial risco associada com terapia de pravastatina durante a gravidez. Se uma paciente tiver planos para engravidar ou fique grávida, o médico tem de ser informado imediatamente e a pravastatina deve ser descontinuada devido ao potencial risco para o feto.

Uma pequena quantidade de pravastatina é excretada no leite materno. Sendo assim, pravastatina é contraindicada durante a amamentação (vide “**Contraindicações**”).

Categoria de risco na gravidez: X. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento.

Este medicamento causa malformação ao bebê durante a gravidez.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Em estudos realizados, foram observados os seguintes dados sobre interações medicamentosas de pravastatina com outros medicamentos:

- Fibratos: o uso de fibratos em monoterapia está ocasionalmente associado a miopatia. Um aumento do risco de eventos adversos relacionados com os músculos, incluindo rabdomiólise, têm sido relatados quando os fibratos são co-administrados com outras estatinas. Esses eventos adversos com pravastatina não podem ser excluídos; por conseguinte, o uso combinado de pravastatina e fibratos (por ex genfibrozila, fenofibrato) deve ser evitado (vide “Advertência e precaução”). Se esta combinação é considerada necessária, cuidados clínicos e monitoramento da CK (níveis de creatinoquinase) de pacientes em tal regime é requerido.

- ácido fusídico:

Cutaneamente: a coadministração de ácido fusídico e pravastatina é contraindicada nas indicações cutâneas de antibiótico porque aumenta o risco de efeitos adversos (dependente da concentração), efeitos como rabdomiólise, pela diminuição do metabolismo hepático do agente redutor do colesterol (vide “Contraindicações” e “Advertências e Precauções”).
Sistematicamente: o risco de miopatia incluindo rabdomiólise pode ser aumentado pela administração concomitante de ácido fusídico sistêmico com estatinas. O mecanismo dessa interação (se é farmacodinâmica ou farmacocinética, ou ambos) é ainda desconhecido. Houve relatos de rabdomiólise (incluindo algumas fatalidades) em pacientes que receberam a combinação de ácido fusídico e estatinas. Em pacientes em que o uso de ácido fusídico sistêmico é considerado essencial, tratamento com estatinas deve ser descontinuado ao longo da duração do tratamento com ácido fusídico (vide “Advertências e Precauções”).

A pravastatina não deve ser coadministrada com formulações sistêmicas com ácido fusídico ou dentro de 7 dias após parar o tratamento com ácido fusídico.

- Colestiramina / colestipol: a administração concomitante resultou na diminuição de aproximadamente 40 a 50% na biodisponibilidade da pravastatina. Não houve diminuição clinicamente significativa da biodisponibilidade ou do efeito terapêutico da pravastatina, quando administrada uma hora antes ou quatro horas após a colestiramina ou uma hora antes do colestipol. (vide “**Posologia e modo de usar**”).

- Ciclosporina: a administração concomitante de pravastatina e ciclosporina conduz a um aumento de aproximadamente 4 vezes na exposição sistêmica à pravastatina. Em alguns pacientes, no entanto, o aumento da exposição à pravastatina pode ser maior. Acompanhamento clínico e bioquímico dos pacientes que recebem esta combinação é recomendado (vide “**Posologia e modo de usar**”).

- Colchicina: a combinação de colchicina com pravastatina deve ser feita com cautela, pois aumenta o risco de efeitos adversos nos músculos, incluindo rabdomiólise. O monitoramento clínico e biológico será implementado, particularmente no início da combinação (vide “Advertências e Precauções”)

- Varfarina e outros anticoagulantes orais: os parâmetros de biodisponibilidade no estado de equilíbrio para pravastatina não foram alterados após a administração com a varfarina. A administração crônica dos dois produtos não produziu qualquer alteração na ação anticoagulante da varfarina.

- Produtos metabolizados pelo citocromo P450: a pravastatina não é metabolizada pelo sistema do citocromo P450. É por isso que os produtos que são metabolizados, ou inibem o sistema citocromo P450 podem ser adicionados a um regime estável de pravastatina sem causar alterações significativas nos níveis do plasma de pravastatina, como tem sido observado com outras estatinas. A ausência de uma interação farmacocinética significativa com a pravastatina tem sido especificamente demonstrada para vários produtos, particularmente aqueles que são substratos / inibidores do CYP3A4 por exemplo diltiazem, verapamil, itraconazol, cetoconazol, inibidores da protease, suco de grapefruit e inibidores do CYP2C9 (por exemplo fluconazol).

Em um dos dois estudos de interação com pravastatina e eritromicina um aumento estatisticamente significativo foi observado em pravastatina AUC (70%) e Cmax (121%). Em um estudo semelhante com claritromicina, um aumento estatisticamente significativo na AUC (110%) e Cmax (127%) foi observado. Embora essas mudanças sejam menores, devem ser tomadas precauções na associação de pravastatina com eritromicina ou claritromicina.

- Antagonistas de vitamina K: assim como outros inibidores de HMG-CoA redutase, o início do tratamento ou titulação-aumento de dose de pravastatina em pacientes em tratamento concomitante com antagonistas de vitamina K (como varfarina ou outra cumarina anticoagulante) deve ser feito com cautela, pois aumenta o efeito do agonista de vitamina K e o risco de sangramento, podendo resultar em um aumento na Relação Normalizada Internacional (RNI). Descontinuação ou diminuição da titulação de pravastatina pode resultar em diminuição no RNI. Nessas situações, o monitoramento adequado o RNI é necessário. O monitoramento mais frequente do RNI será implementado com possível ajuste da dosagem do antagonista da vitamina K.

- eltrombopague: a combinação de eltrombopague com pravastatina deve ser feita com cautela, pois aumenta o risco de toxicidade da pravastatina por inibir sua recaptção hepática.

O monitoramento clínico será implementado com possível ajuste da dose da pravastatina.

- lenalidomida: a combinação de lenalidomida com pravastatina deve ser feita com cautela, pois aumenta o risco de rabdomiólise. O controle clínico e biológico será aprimorado, principalmente durante as primeiras semanas de tratamento.

- Outros produtos: em estudos de interação, diferenças estatisticamente significativas na biodisponibilidade não foram observadas quando a pravastatina foi administrada com ácido acetilsalicílico, antiácidos (quando administrado uma hora antes da pravastatina), ácido nicotínico ou probucol.

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

Este medicamento deve ser mantido em temperatura ambiente (entre 15 e 30 °C). Proteger da luz e umidade.

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.

Características físicas e organolépticas

pravastatina sódica 10 mg: comprimido de coloração amarela, forma retangular com bordas arredondadas, biconvexo, com gravação 'PDT' de um lado e '10' do outro.

pravastatina sódica 20 mg: comprimido de coloração amarela, forma retangular com bordas arredondadas, biconvexo, com gravação 'PDT' de um lado e '20' do outro.

pravastatina sódica 40 mg: comprimido de coloração amarela, forma retangular com bordas arredondadas, biconvexo, com gravação 'PDT' de um lado e '40' do outro.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

Os comprimidos de pravastatina sódica são de uso oral e devem ser tomados com um pouco de água e independentemente das refeições e preferencialmente à noite.

Antes de iniciar o uso da pravastatina, causas secundárias de hipercolesterolemia devem ser excluídas e os pacientes devem ser colocados em uma dieta padrão de redução de lipídios que deve continuar durante o tratamento.

Hipercolesterolemia: a faixa de dose recomendada é de 10-40 mg uma vez por dia. A resposta terapêutica é observada após uma semana e o efeito completo de uma dose administrada ocorre dentro de quatro semanas, portanto, as monitorizações periódicas de lipídios devem ser realizadas e a dose ajustada em conformidade. A dose máxima diária é de 40 mg.

Prevenção cardiovascular: em todos os ensaios preventivos de morbidade e mortalidade, a única dose inicial e de manutenção estudada foi de 40 mg por dia.

Posologia após transplante: após transplante de órgão, uma dose inicial de 20 mg por dia é recomendada em pacientes que recebem terapia imunossupressora (vide "Interações medicamentosas"). Dependendo da resposta dos parâmetros lipídicos, a dose pode ser ajustada até 40 mg sob vigilância médica (vide "Interações medicamentosas").

Crianças e adolescentes (8-18 anos de idade) com hipercolesterolemia familiar heterozigótica: O intervalo de dose recomendado é de 10-20 mg uma vez por dia para pacientes entre 8 e 13 anos de idade, uma vez que doses superiores a 20 mg não foram estudadas nessa população; e 10-40mg diariamente para pacientes entre 14 e 18 anos de idade (para crianças

e adolescentes do sexo feminino em idade fértil, vide “Advertências e precauções”). Não há estudo clínico para crianças menores de 8 anos de idade.

Pacientes idosos: não é necessário ajuste da dose nestes pacientes a não ser que existam fatores de risco predisponentes (vide “Advertências e precauções”).

Insuficiência renal ou hepática: uma dose inicial de 10 mg por dia é recomendada em pacientes com insuficiência renal moderada ou grave ou insuficiência hepática significativa. A dose deve ser ajustada de acordo com a resposta dos parâmetros lipídicos e sob supervisão médica.

Terapia concomitante: os efeitos da pravastatina na diminuição do colesterol total e LDL colesterol são reforçados quando combinada com uma resina de ligação de ácidos biliares (por exemplo, colestiramina, colestipol). A pravastatina deve ser administrada uma hora antes, ou pelo menos quatro horas após a resina (vide “Interações medicamentosas”).

Para os pacientes que tomam ciclosporina com ou sem outros medicamentos imunossupressores, o tratamento deve começar com 20 mg de pravastatina uma vez por dia e titulação de 40 mg deve ser realizada com precaução (vide “Interações medicamentosas”).

Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado.

9. REAÇÕES ADVERSAS

Reação muito comum ($\geq 1/10$).

Reação comum ($\geq 1/100$ e $< 1/10$).

Reação incomum ($\geq 1/1.000$ e $< 1/100$).

Reação rara ($\geq 1/10.000$ e $< 1/1.000$).

Reação muito rara ($< 1/10.000$).

Desconhecida (a frequência não pode ser estimada pelos dados disponíveis).

A pravastatina foi estudada na dose de 40 mg em sete estudos controlados com placebo, duplo cegos, randomizados, envolvendo mais de 21.000 pacientes tratados com pravastatina (n = 10.764) ou placebo (n = 10.719), representando mais de 47.000 pacientes ano de exposição à pravastatina. Mais de 19.000 pacientes foram acompanhados por uma média de 4,8 a 5,9 anos. As seguintes reações adversas foram relatadas; nenhuma delas ocorreram a uma taxa maior que 0,3% no grupo da pravastatina, em comparação com o grupo placebo.

Distúrbios do Sistema nervoso:

Reação incomum: tontura, cefaleia, distúrbios do sono, insônia.

Distúrbios oculares: Reação incomum: alterações na visão (incluindo visão turva e diplopia).

Reação desconhecida: miastenia ocular

Distúrbios do Sistema Gastrointestinal: Reação incomum: dispepsia/ azia, dor abdominal, náusea/ vômito, constipação, diarreia, flatulência.

Distúrbios da Pele e tecido subcutâneo: Reação incomum: prurido, rash, urticaria, anormalidades do couro cabeludo/ cabelo (incluindo alopecia).

Distúrbios do Sistema Renal e Urinário: Reação incomum: micção anormal (incluindo disúria, alteração na frequência, noctúria).

Sistema reprodutivo e mamas: Reação incomum: disfunção sexual.

Desordens gerais: Reação incomum: fadiga.

Eventos de interesse clínico especial

Músculo esquelético: Efeitos no músculo esquelético, por exemplo, dor musculoesquelética incluindo artralgia, câimbras musculares, mialgia, fraqueza muscular e níveis de creatinoquinase (CK) elevados foram relatados em estudos clínicos. A taxa de mialgia (1,4% pravastatina vs 1,4% placebo) e fraqueza muscular (0,1% pravastatina vs < 0,1% placebo) e a incidência de nível de CK > 3 x limite máximo normal e > 10 x limite máximo normal nos estudos CARE, WOSCOPS e LIPID foi semelhante ao placebo (1,6% pravastatina vs 1,6% placebo e 1,0% pravastatina vs 1,0% placebo, respectivamente). [(vide “**Advertências e Precauções**”).]

Efeitos hepáticos: Elevações das transaminases séricas foram relatadas. Nos três estudos a longo prazo, controlados por placebo CARE, WOSCOPS e LIPID, anormalidades de ALT e AST (> 3 x limite máximo normal) ocorreram em frequência similar (≤ 1,2%) em ambos os grupos de tratamento.

Pós-comercialização

Além dos descritos anteriormente, os seguintes eventos adversos foram relatados durante a experiência pós-comercialização da pravastatina:

Distúrbios do Sistema Nervoso: Reação muito rara: polineuropatia periférica, em particular, se usado por um longo período de tempo, parestesia.

Reação desconhecida: pesadelos, perda de memória, depressão, miastenia gravis.

Sistema imune: Reação muito rara: reações de hipersensibilidade (anafilaxia, angioedema, síndrome do tipo lúpus eritematoso).

Sistema gastrointestinal: Reação muito rara: pancreatite

Desordens hepatobiliares: Reação muito rara: icterícia, hepatite, necrose hepática fulminante

Reação desconhecida: insuficiência hepática, fatal ou não.

Distúrbios da pele e tecido subcutâneo:

Reação rara: fotossensibilidade

Reação muito rara: dermatomiosite

Reação de frequência desconhecida: erupção liquenóide

Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo:

Reação muito rara: rabdomiólise, o que pode estar associado a insuficiência renal aguda secundária e mioglobínúria, miopatia (vide “**Advertências e Precauções**”). Miosite, polimiosite.

Casos isolados de desordens dos tendões, por vezes complicados por ruptura

Reação desconhecida: miopatia necrosante imunomediada (ver “**Advertências e Precauções**”).

Distúrbios respiratórios, torácicos ou mediastinais:

Casos excepcionais de doença pulmonar intersticial, particularmente durante tratamentos de longo prazo.

Distúrbios do metabolismo e da nutrição:

Diabetes¹.

A frequência depende da presença ou ausência de fatores de risco (glicemia de jejum $\geq 5,6$ mmol/l, IMC >30 kg/m², níveis aumentados de triglicérides, história de hipertensão).

1da revisão do risco de diabetes pelo Grupo Europeu de Farmacovigilância.

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

10. SUPERDOSE

Até a data, houveram experiências limitadas com a superdosagem de pravastatina. Não existe tratamento específico em caso de overdose. Em caso de superdosagem, o paciente deve ser tratado sintomaticamente e as medidas de suporte instituídas, conforme necessário.

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

III. DIZERES LEGAIS

MS - 1.5537. 0006

Farm. Resp.: Dra. Jarsonita Alves Serafim – CRF-SP n° 51.512

Fabricado por: **Intas Pharmaceuticals Ltd.**

Plot n° 457, 458 – Matoda 382 210, Dist. Ahmedabad – Índia

Importado por: **Accord Farmacêutica Ltda.**

Av. Guido Caloi, 1985 – G.01 – Santo Amaro – São Paulo/SP

CNPJ: 64.171.697/0001-46

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Esta bula foi atualizada conforme Bula Padrão aprovada pela Anvisa em 20/09/2023.

SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente)

0800 723 9777

www.accordfarma.com.br



HISTÓRICO DE ALTERAÇÃO PARA A BULA

Dados da submissão eletrônica			Dados da petição/notificação que altera bula				Dados das alterações de bulas		
Data do expediente	Nº expediente	Assunto	Data do expediente	Nº expediente	Assunto	Data de aprovação	Itens de bula	Versões (VP/VPS)	Apresentações relacionadas
15/09/2017	2023363/17-9	10459- GENÉRICO - Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	NA	NA	NA	NA	Todos os itens	VP VPS	10 MG COM CT BL AL/AL X 10 10 MG COM CT BL AL/AL X 30 20 MG COM CT BL AL/AL X 10 20 MG COM CT BL AL/AL X 30 40 MG COM CT BL AL/AL X 10 40 MG COM CT BL AL/AL X 30
16/08/2019	1997658195	10459- GENÉRICO - Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	NA	NA	NA	NA	Dizeres legais (RT)	VP VPS	10 MG COM CT BL AL/AL X 10 10 MG COM CT BL AL/AL X 30 20 MG COM CT BL AL/AL X 10 20 MG COM CT BL AL/AL X 30 40 MG COM CT BL AL/AL X 10 40 MG COM CT BL AL/AL X 30
26/04/2021	1593667218	10459- GENÉRICO - Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	NA	NA	NA	NA	Adequação a RDC 406.20 - Reações adversas	VP VPS	10 MG COM CT BL AL/AL X 10 10 MG COM CT BL AL/AL X 30 20 MG COM CT BL AL/AL X 10 20 MG COM CT BL AL/AL X 30 40 MG COM CT BL AL/AL X 10 40 MG COM CT BL AL/AL X 30
13/02/2023	0148017231	10459- GENÉRICO - Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	NA	NA	NA	NA	Resultados de eficácia Características Farmacológicas Contraindicações Advertências e Precauções	VP VPS	10 MG COM CT BL AL/AL X 10 10 MG COM CT BL AL/AL X 30 20 MG COM CT BL AL/AL X 10

							<p>Interações Medicamentosas</p> <p>Posologia e Modo de Usar</p> <p>Reações Adversas</p> <p>Superdose</p> <p>Dizrese Legais</p>		<p>20 MG COM CT BL AL/AL X 30</p> <p>40 MG COM CT BL AL/AL X 10</p> <p>40 MG COM CT BL AL/AL X 30</p>
15/09/2023	0984417231	10459- GENÉRICO - Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	NA	NA	NA	NA	<p>O que devo saber antes de usar este medicamento?</p> <p>Quais os males que este medicamento pode me causar?</p> <p>Características farmacológicas</p> <p>Advertência e Precauções</p> <p>Posologia e modo de usar</p> <p>Reações adversas</p>	<p>VP</p> <p>VPS</p>	<p>10 MG COM CT BL AL/AL X 10</p> <p>10 MG COM CT BL AL/AL X 30</p> <p>20 MG COM CT BL AL/AL X 10</p> <p>20 MG COM CT BL AL/AL X 30</p> <p>40 MG COM CT BL AL/AL X 10</p> <p>40 MG COM CT BL AL/AL X 30</p>
-	-	10452- GENÉRICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	NA	NA	NA	NA	<p>VP</p> <p>6 – como devo usar este medicamento?</p> <p>8 – Quais os males que este medicamento pode me causar ?</p> <p>VPS</p> <p>5-Advertência e precauções</p>	<p>VP</p> <p>VPS</p>	<p>10 MG COM CT BL AL/AL X 10</p> <p>10 MG COM CT BL AL/AL X 30</p> <p>20 MG COM CT BL AL/AL X 10</p> <p>20 MG COM CT BL AL/AL X 30</p> <p>40 MG COM CT BL AL/AL X 10</p> <p>40 MG COM CT BL AL/AL X 30</p>