

## IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

**Haldol® decanoato**

solução injetável

decanoato de haloperidol

## APRESENTAÇÕES

Solução injetável de decanoato de haloperidol (70,52 mg/mL) em embalagem com 5 ampolas de 1 mL.

## USO INTRAMUSCULAR

## USO ADULTO

## COMPOSIÇÃO

Cada mL de solução injetável contém 70,52 mg de decanoato de haloperidol (equivalente a 50 mg de haloperidol).

Excipientes: álcool benzílico e óleo de gergelim.

## INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

### 1. INDICAÇÕES

Tratamento de manutenção de pacientes psicóticos crônicos estabilizados.

### 2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

Os resultados de um estudo duplo-cego, multicêntrico, de avaliação de doses, com 105 indivíduos, para avaliar as taxas de exacerbações sintomáticas e de eventos adversos, sugerem que a dose de decanoato de haloperidol 200 mg/mês está associada a uma taxa mais baixa de exacerbação sintomática em relação às outras doses avaliadas (50 ou 100 mg/mês), com um risco aumentado mínimo de eventos adversos associados ou desconfortos associados com as outras doses. Paralelamente as taxas de piora com 100 mg (23%) e 50 mg (25%) não foram significativamente maiores do que aquelas vistas com a dose de 200 mg.

Numa revisão sistemática sobre o uso de decanoato de haloperidol no tratamento da esquizofrenia foi observado que o medicamento pode ter um efeito substancial na melhora dos sintomas e comportamentos associados à esquizofrenia em comparação ao placebo. A formulação de depósito (DEPOT) pode ser de grande auxílio para aqueles pacientes que necessitam do medicamento, porém apresentam restrições em relação ao uso de haloperidol oral. Como não há clara diferenciação entre decanoato de haloperidol e outros medicamentos de depósito, a escolha deve ser individualizada de acordo com as necessidades e características dos pacientes.

### Referências bibliográficas

1. KANE, J. M. et al. A multidose study of haloperidol decanoate in the maintenance treatment of schizophrenia. American Journal of Psychiatry. Ano 159, n. 4, p. 554-560, abr. 2002.
2. QURAIISHI, S.; DAVID, A. Depot haloperidol decanoate for schizophrenia. Cochrane Database System Rev. ano 2, 2000.

### 3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

#### Propriedades Farmacodinâmicas

O decanoato de haloperidol é um éster de haloperidol com ácido decanoico e, como tal, um antipsicótico pertencente ao grupo das butirofenonas. Após injeção intramuscular, o decanoato de haloperidol é liberado gradativamente do tecido muscular e hidrolisado lentamente em haloperidol livre, que entra na circulação sistêmica.

O haloperidol é um potente antagonista central do receptor de dopamina tipo 2 e, nas dosagens recomendadas, tem baixa atividade antiadrenérgica alfa 1 e nenhuma atividade anti-histaminérgica ou anticolinérgica.

#### Efeitos Farmacodinâmicos

O haloperidol suprime delírios e alucinações como consequência direta do bloqueio da sinalização dopaminérgica na via mesolímbica. O efeito central de bloqueio da dopamina tem atividade sobre os gânglios da base (feixes nigrostriatais). O haloperidol provoca sedação psicomotora eficaz, o que explica o efeito favorável na mania.

A atividade nos gânglios da base provavelmente está por trás dos indesejáveis efeitos motores extrapiramidais (distonia, acatisia e parkinsonismo).

Os efeitos antidopaminérgicos do haloperidol nos lactotrópicos da hipófise anterior explicam a hiperprolactinemia devido à inibição da inibição tônica da secreção de prolactina mediada pela dopamina.

#### Estudos clínicos

Em estudos clínicos, relatou-se que a maioria dos pacientes recebeu tratamento prévio com haloperidol administrado por via oral antes da conversão ao decanoato de haloperidol. Ocasionalmente, os pacientes haviam sido previamente tratados com outro medicamento antipsicótico oral.

#### Propriedades Farmacocinéticas

##### Absorção

A administração do decanoato de haloperidol como uma injeção intramuscular de depósito resulta em uma lenta e sustentada liberação de haloperidol. A concentração plasmática aumenta gradualmente, com um pico de concentração na primeira semana após a injeção. Os níveis plasmáticos no estado de equilíbrio são atingidos em 2 a 4 meses em pacientes que recebem injeções mensais.

##### Distribuição

A ligação média às proteínas plasmáticas do haloperidol em adultos é de aproximadamente 88 a 92%. Existe uma alta variabilidade da ligação às proteínas plasmáticas entre indivíduos. O haloperidol é rapidamente distribuído a vários tecidos e órgãos, conforme indicado pelo grande volume de distribuição (valores médios de 8 a 21 L/kg após administração intravenosa). O haloperidol atravessa facilmente a barreira hematoencefálica. Também atravessa a placenta e é excretado no leite materno.

##### Metabolismo

O haloperidol é extensamente metabolizado no fígado. As principais vias metabólicas do haloperidol em humanos incluem glicuronidação, redução de cetonas, N-dealquilação oxidativa e formação de metabólitos piridínicos. Não se considera que os metabólitos do haloperidol contribuam significativamente para sua atividade. As enzimas do citocromo P450, CYP3A4 e CYP2D6 estão envolvidas no metabolismo do haloperidol. A inibição ou indução do CYP3A4 ou inibição do CYP2D6 podem afetar o metabolismo do haloperidol. Uma diminuição na atividade da enzima CYP2D6 pode resultar em aumento das concentrações de haloperidol.

### **Eliminação**

A meia-vida de eliminação terminal do haloperidol após injeção intramuscular de decanoato de haloperidol é em média de 3 semanas, sendo mais longa do que para as formulações não decanoato, nas quais a meia-vida de eliminação do haloperidol é em média de 24 horas. A depuração aparente do haloperidol após administração extravascular varia de 0,9 a 1,5 L/h/kg sendo reduzida em metabolizadores fracos dos substratos do CYP2D6. A variabilidade entre indivíduos (coeficiente de variação, %) na depuração do haloperidol foi estimada em 44% numa análise farmacocinética populacional em pacientes com esquizofrenia. Após administração intravenosa de haloperidol, 21% da dose foi eliminada nas fezes e 33% na urina. Menos de 3% da dose é excretada inalterada na urina.

### **Linearidade / não linearidade**

A farmacocinética do haloperidol após injeções intramusculares de decanoato de haloperidol está relacionada com a dose. A relação entre a dose e o nível plasmático de haloperidol é aproximadamente linear para doses inferiores a 450 mg.

### **Populações Especiais**

#### **Idoso**

As concentrações plasmáticas de haloperidol em pacientes idosos foram maiores do que em adultos jovens que receberam a mesma dosagem. Os resultados de pequenos estudos clínicos sugerem uma depuração menor e uma meia-vida de eliminação mais longa do haloperidol em pacientes idosos. Os resultados estão dentro da variabilidade observada na farmacocinética do haloperidol. Recomenda-se ajuste posológico em pacientes idosos.

#### **Insuficiência renal**

A influência da insuficiência renal na farmacocinética do haloperidol não foi avaliada. Como menos de 3% do haloperidol administrado é eliminado inalterado na urina, não se espera que o comprometimento da função renal afete sua eliminação. Portanto, o ajuste da dose não é necessário em pacientes com insuficiência renal, mas recomenda-se cautela no tratamento de pacientes com insuficiência renal.

Devido ao alto volume de distribuição do haloperidol e sua alta ligação às proteínas, apenas quantidades muito pequenas são removidas por diálise.

#### **Insuficiência hepática**

A influência da insuficiência hepática na farmacocinética do haloperidol não foi avaliada. No entanto, a insuficiência hepática pode ter efeitos significativos na farmacocinética do haloperidol, pelo fato de ser extensamente metabolizado no fígado. Portanto, recomenda-se ajuste posológico e cautela em pacientes com insuficiência hepática (vide “Advertências e precauções - hepatobiliares”).

### **Relações farmacocinética / farmacodinâmica**

#### **Concentração terapêutica**

Com base nos estudos clínicos com haloperidol, a resposta terapêutica é obtida na maioria dos pacientes com esquizofrenia aguda ou crônica em concentrações plasmáticas de 1 a 10 ng/mL, embora alguns pacientes possam necessitar de concentrações de até 17 ng/mL.

Em pacientes com primeiro episódio de esquizofrenia tratados com formulações de haloperidol de ação curta, a resposta terapêutica pode ser obtida em concentrações tão baixas quanto 0,6 a 3,2 ng/mL, estimadas com base nas mensurações de ocupação dos receptores D2 e assumindo-se que um nível de ocupação dos receptores D2 de 60 a 80% é o mais apropriado para obter-se resposta terapêutica e limitar os sintomas extrapiramidais. Devido à grande variabilidade interindividual na farmacocinética do haloperidol e à relação entre concentração e efeito, recomenda-se ajustar a dose individual de decanoato de haloperidol com base na resposta do paciente. Isso deve levar em conta o tempo após a mudança na dose para atingir uma nova concentração plasmática em estado de equilíbrio e o tempo adicional para desencadear uma resposta terapêutica.

### Efeitos cardiovasculares

O risco de prolongamento do intervalo QTc aumenta com a dose de haloperidol e com as concentrações plasmáticas de haloperidol.

### Dados pré-clínicos de segurança

Dados não clínicos baseados nos estudos convencionais de tolerabilidade local, toxicidade de doses repetidas, genotoxicidade e carcinogenicidade não revelaram riscos para humanos. O haloperidol mostrou diminuir a fertilidade em roedores, limitada teratogenicidade, assim como efeitos embriotóxicos.

O haloperidol tem demonstrado bloquear os canais cardíacos de hERG em muitos estudos in vitro publicados. Em um número de estudos in vivo, a administração intravenosa (IV) do haloperidol em alguns modelos animais tem causado significativo prolongamento do intervalo QTc nas doses de cerca de 0,3 mg/kg obtendo  $C_{\text{máx}}$  4 a 8 vezes maiores do que a concentração plasmática terapêutica máxima de 17 ng/mL em estudos clínicos. Essas doses intravenosas que prolongam o intervalo QTc não causaram arritmias. Em alguns estudos em animais, doses intravenosas mais altas de haloperidol de 1 mg/kg ou maiores causaram prolongamento do intervalo QTc e/ou arritmia ventricular com  $C_{\text{máx}}$  plasmático de 22 a 81 vezes maior do que a concentração plasmática terapêutica máxima em estudos clínicos.

## 4. CONTRAINDICAÇÕES

Estados comatosos; depressão do sistema nervoso central (SNC) devido ao álcool ou outra droga depressora; doença de Parkinson; hipersensibilidade conhecida ao haloperidol ou a qualquer um dos excipientes da fórmula; demência com corpos de Lewy; paralisia supranuclear progressiva.

## 5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

### Mortalidade

Casos raros de morte súbita têm sido reportados em pacientes psiquiátricos que recebem antipsicóticos, incluindo o **Haldol® decanoato** (vide “Reações Adversas”).

Pacientes idosos com psicose relacionada à demência, tratados com medicamentos antipsicóticos possuem aumento no risco de morte. A análise dos 17 estudos clínicos placebo controlados (duração modal de 10 semanas), mostrou que grande parte dos pacientes que tomam medicamentos antipsicóticos atípicos apresentou risco de morte entre 1,6 a 1,7 vezes maior do que o grupo de pacientes tratados com placebo. Durante o período de 10 semanas de estudo controlado, a taxa de morte dos pacientes tratados com o medicamento foi de cerca de 4,5%, comparada com a taxa de cerca de 2,6% no grupo do placebo. Embora as causas das mortes tenham sido variadas, a maioria das mortes parece ter sido por razões cardiovasculares (como por exemplo, insuficiência cardíaca, morte súbita) ou infecção (pneumonia). Estudos observacionais sugerem que de maneira similar aos medicamentos antipsicóticos atípicos, o tratamento com antipsicóticos convencionais podem aumentar a mortalidade. Ainda não foi elucidada a extensão em que os achados do aumento da mortalidade em estudos observacionais podem ser atribuídos ao medicamento antipsicótico em oposição a algumas características dos pacientes.

### Efeitos cardiovasculares

Relatos muito raros de prolongamento do intervalo QTc e/ou arritmias ventriculares em adição aos raros casos de morte súbita têm sido relatados com haloperidol (vide “Reações Adversas”). Eles parecem ocorrer com maior frequência em altas doses, em pacientes predispostos, ou com intervalo QTc que excede 500 ms.

Como um prolongamento do intervalo QTc tem sido observado durante o tratamento com haloperidol, deve-se ter cautela com os pacientes que apresentam condições prévias de prolongamento do intervalo QTc (síndrome do prolongamento do intervalo QT, hipocalemia, hipomagnesemia, desequilíbrio eletrolítico, fármacos que prolongam o intervalo QTc, doença cardiovascular, histórico familiar de prolongamento do intervalo QTc), especialmente se haloperidol for administrado parenteralmente (vide “Interações Medicamentosas – Efeitos

Cardiovasculares”). O risco de prolongamento de intervalo QTc e/ou arritmias ventriculares pode ser aumentado em altas doses ou com a administração parenteral, particularmente com a administração intravenosa.

**Haldol® decanoato não deve ser administrado por via intravenosa.**

Taquicardia e hipotensão (incluindo hipotensão ortostática) também foram relatadas ocasionalmente nos pacientes (vide “Reações Adversas”).

**Eventos cerebrovasculares**

Em estudos clínicos randomizados, controlados com placebo em população com demência, houve um aumento de aproximadamente 3 vezes no risco de eventos adversos cerebrovasculares com algum antipsicótico atípico. Em estudos observacionais comparando a taxa de derrame em pacientes idosos expostos a qualquer antipsicótico com a taxa de derrame em pacientes não expostos a este tipo de medicamentos, observou-se aumento na taxa de derrame nos pacientes expostos. Este aumento pode ser maior com todas as butirofenonas, incluindo o haloperidol. O mecanismo para este aumento do risco é desconhecido. Um aumento do risco não pode ser excluído para outras populações de pacientes.

**Haldol® decanoato** deve ser usado com precaução em pacientes com fatores de risco para derrame.

**Síndrome neuroléptica maligna**

Como outros medicamentos antipsicóticos, **Haldol® decanoato** tem sido relacionado com Síndrome neuroléptica maligna, resposta idiossincrática rara caracterizada por hipertermia, rigidez muscular generalizada, instabilidade autonômica, alteração da consciência e aumento dos níveis séricos de creatinofosfoquinase. Hipertermia é geralmente um sinal precoce desta síndrome. O tratamento antipsicótico deve ser descontinuado imediatamente e instituída terapia de suporte adequada e cuidadoso monitoramento.

**Discinesia tardia**

Como com todos medicamentos antipsicóticos, discinesia tardia pode aparecer em alguns pacientes em uso prolongado ou após a descontinuação. Esta síndrome é principalmente caracterizada por movimentos involuntários rítmicos da língua, face, boca ou mandíbulas. As manifestações podem ser permanentes em alguns pacientes. A síndrome pode ser mascarada quando o tratamento é restituído, quando há aumento na dose ou quando há a troca para outro medicamento antipsicótico. O tratamento deve ser descontinuado assim que possível.

**Sintomas extrapiramidais**

É comum de todos medicamentos antipsicóticos, a ocorrência de sintomas extrapiramidais, tais como tremor, rigidez, hipersalivação, bradicinesia, acatisia e distonia aguda.

Medicamentos antiparkinsonianos do tipo anticolinérgicos podem ser prescritos se necessário, mas não devem ser prescritos rotineiramente como medida preventiva. Se a administração concomitante de medicamentos antiparkinsonianos é requerida, esta deve ser mantida após a interrupção do tratamento com **Haldol® decanoato**, se sua excreção for mais rápida do que a de haloperidol a fim de evitar o desenvolvimento ou piora dos sintomas extrapiramidais. O possível aumento da pressão intraocular deve ser considerado quando medicamentos anticolinérgicos, incluindo agentes antiparkinsonianos, são administrados concomitantemente com **Haldol® decanoato**.

**Convulsão**

Tem sido relatado que o **Haldol® decanoato** pode desencadear convulsões. Recomenda-se precaução nos pacientes com uma história conhecida de epilepsia ou com pré-disposição a convulsões (por exemplo, abstinência ao álcool e lesões cerebrais).

**Hepatobiliares**

Como haloperidol é extensivamente metabolizado pelo fígado, recomenda-se ajuste de dose e cautela em pacientes com insuficiência hepática (vide “Propriedades farmacocinéticas – Populações especiais: Insuficiência hepática”). Casos isolados de anormalidades na função hepática ou hepatite, mais frequentemente colestatária, foram relatados (vide “Reações Adversas”).

### **Sistema endócrino**

A tiroxina pode facilitar a toxicidade do haloperidol.

A terapia antipsicótica em pacientes com hipertireoidismo deve ser apenas administrada com cautela e precisa sempre ser acompanhada por terapia para manter o estado tireoidiano.

Efeitos hormonais dos medicamentos antipsicóticos incluem: hiperprolactinemia, que pode causar galactorreia, ginecomastia, oligomenorreia ou amenorreia. Casos muito raros de hipoglicemia e síndrome de secreção inapropriada de antidiuréticos hormonais foram relatados (vide “Reações Adversas”).

### **Tromboembolismo venoso**

Casos de tromboembolismo venoso (TEV) foram relatados com medicamentos antipsicóticos. Já que pacientes tratados com antipsicóticos frequentemente apresentam fatores de risco adquiridos para TEV, todos os fatores de risco possíveis para TEV devem ser identificados antes e durante o tratamento com **Haldol® decanoato** e medidas preventivas devem ser tomadas.

### **Iniciação do tratamento**

Pacientes que forem considerados para o tratamento com **Haldol® decanoato** devem ser tratados previamente com haloperidol oral, para excluir a possibilidade de uma sensibilidade adversa inesperada ao haloperidol.

### **Pacientes com depressão**

Como com todos os medicamentos antipsicóticos, o **Haldol® decanoato** não deve ser utilizado sozinho quando a depressão é predominante. Ele deve ser combinado com antidepressivos para tratar aquelas condições em que depressão e psicose coexistem (vide “Interações Medicamentosas”).

### **Efeito sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas**

**Haldol® decanoato** pode reduzir a capacidade de atenção, principalmente com altas doses e no início do tratamento, redução essa que pode ser potencializada pela ingestão de bebidas alcoólicas. O paciente deve ser aconselhado a não dirigir veículos ou operar máquinas durante a terapêutica, pelo menos até que se conheça seu grau de suscetibilidade.

### **Gravidez (Categoria C) e Lactação**

#### **Gravidez**

Recém-nascidos expostos a medicamentos antipsicóticos (incluindo haloperidol) durante o terceiro trimestre de gravidez correm o risco de apresentar sintomas extrapiramidais e/ou de retirada, que podem variar em gravidade após o parto. Estes sintomas em recém-nascidos podem incluir agitação, hipertonia, hipotonia, tremor, sonolência, dificuldade respiratória ou distúrbios alimentares.

Não têm sido demonstrados aumentos significativos nas anormalidades fetais em estudos populacionais amplos com o uso de **Haldol® decanoato**. Houve casos isolados de defeitos neonatais após a exposição fetal ao **Haldol® decanoato** em combinação com outras drogas. Estudos em animais demonstraram um efeito teratogênico do haloperidol (vide “Dados pré-clínicos de segurança”). **Haldol® decanoato** somente deverá ser utilizado durante a gravidez se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial ao feto.

### **Lactação**

O haloperidol é excretado no leite materno. Pequenas quantidades de haloperidol foram detectadas no plasma e na urina de recém-nascidos amamentados por mães tratadas com haloperidol. Se o uso do **Haldol® decanoato** for considerado essencial, os benefícios da amamentação devem ser avaliados contra os possíveis riscos

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

### **Uso em crianças**

**Haldol® decanoato** não é indicado para pacientes pediátricos.

## **6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**

### **Efeitos cardiovasculares**

Como com outros medicamentos antipsicóticos, deve-se ter cautela quando **Haldol® decanoato** é usado em combinação com medicamentos que prolonguem o intervalo QTc (vide “Advertências e Precauções – Efeitos cardiovasculares”), por exemplo:

- Antiarrítmicos classe IA (por exemplo, disopiramida, quinidina).
- Antiarrítmicos classe III (por exemplo, amiodarona, dofetilida, dronedarona, ibutilida, sotalol).
- Certos antidepressivos (por exemplo, citalopram, escitalopram).
- Certos antibióticos (por exemplo, eritromicina, levofloxacino, moxifloxacino).
- Certos antifúngicos (por exemplo, pentamidina).
- Certos antimaláricos (por exemplo, halofantrina).
- Certos medicamentos gastrointestinais (por exemplo, dolasetrona).
- Certos medicamentos usados no câncer (por exemplo, toremifeno, vandetanibe).
- Outros medicamentos (por exemplo, bepridil, metadona).

Esta lista não é completa.

Recomenda-se que o uso concomitante de outras drogas antipsicóticas seja evitado.

Recomenda-se cautela quando **Haldol® decanoato** é utilizado em combinação com medicamentos que sabidamente causam desequilíbrio eletrolítico (vide “Advertências e Precauções - Efeitos cardiovasculares”).

### **Drogas que podem aumentar as concentrações plasmáticas de haloperidol**

O haloperidol é metabolizado por muitas vias (Vide “Características Farmacológicas – Metabolismo”). As principais vias são a glicuronidação e a redução de cetonas. O sistema enzimático do citocromo P450 também está envolvido, particularmente o CYP3A4 e, em menor grau, o CYP2D6. A inibição destas rotas do metabolismo por outras drogas ou diminuição da atividade enzimática da CYP2D6 pode aumentar as concentrações de haloperidol. O efeito da inibição do CYP3A4 e da diminuição da atividade da enzima CYP2D6 pode ser aditivo (vide “Características Farmacológicas – Metabolismo”). Com base em informações limitadas e por vezes contraditórias, o aumento médio das

concentrações plasmáticas de haloperidol quando um inibidor do CYP3A4 e/ou CYP2D6 foi coadministrado geralmente variou entre 20 e 40%, embora em alguns casos tenham sido relatados aumentos médios de até 100%. Exemplos de medicamentos que podem aumentar as concentrações plasmáticas de haloperidol (com base na experiência clínica ou mecanismo de interação medicamentosa) incluem:

- Inibidores do CYP3A4 - alprazolam; itraconazol, cetoconazol e alguns outros azóis; nefazodona; certos antivirais.
- Inibidores da CYP2D6 - clorpromazina; prometazina; quinidina; paroxetina, sertralina, venlafaxina e alguns outros antidepressivos.
- Inibidores combinados de CYP3A4 e CYP2D6 - fluoxetina, fluvoxamina; ritonavir.
- Mecanismo incerto - buspirona.

Esta lista não é completa.

O aumento das concentrações plasmáticas de haloperidol pode resultar em maior risco de eventos adversos, incluindo prolongamento do intervalo QTc (vide “Advertências e Precauções - Efeitos cardiovasculares”). O aumento do intervalo QTc foi observado quando o haloperidol foi dado em associação com os metabólitos inibidores do cetoconazol (400 mg/dia) ou paroxetina (20 mg/dia).

Recomenda-se que os pacientes que tomam haloperidol concomitantemente com esses medicamentos sejam monitorizados quanto a sinais ou sintomas de efeitos farmacológicos aumentados ou prolongados do haloperidol e que a dose de **Haldol® decanoato** seja diminuída conforme necessário.

O valproato de sódio, uma droga conhecida por inibir a glicuronidação, não afeta as concentrações plasmáticas de haloperidol.

#### **Drogas que podem diminuir as concentrações plasmáticas de haloperidol**

A coadministração de haloperidol com potentes indutores enzimáticos do CYP3A4 pode diminuir gradativamente as concentrações plasmáticas de haloperidol a tal ponto que a eficácia pode ser reduzida. Exemplos (baseados na experiência clínica ou mecanismo de interação medicamentosa) incluem:

- carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, rifampicina, Erva de São João (*Hipericum perforatum*).

Esta lista não é completa.

A indução enzimática pode ser observada após alguns dias de tratamento. A indução enzimática máxima é geralmente observada em cerca de 2 semanas e pode então ser mantida durante o mesmo período de tempo após a cessação da terapêutica com o medicamento. Portanto, durante o tratamento de associação com indutores do CYP3A4, recomenda-se que os pacientes sejam monitorizados e que se aumente a dose de **Haldol® decanoato** ou que o intervalo posológico seja ajustado, conforme necessário. Após a retirada do indutor do CYP3A4, a concentração de haloperidol pode aumentar gradativamente e, portanto, pode ser necessário reduzir a dose de **Haldol® decanoato** ou ajustar o intervalo posológico.

#### **Efeito do haloperidol em outros medicamentos**

Como ocorre com todos os medicamentos antipsicóticos, o haloperidol pode aumentar a depressão do SNC produzida por outros agentes depressores do SNC, incluindo álcool, hipnóticos, sedativos ou analgésicos. Tem sido relatado um efeito aumentado sobre o SNC quando combinado com a metildopa.

O haloperidol pode antagonizar a ação da adrenalina e de outros agentes simpatomiméticos e reverter os efeitos dos agentes bloqueadores adrenérgicos, tal como a guanetidina, sobre a diminuição da pressão sanguínea.



O haloperidol pode prejudicar os efeitos antiparkinsonianos da levodopa e de outros medicamentos agonistas dopaminérgicos.

O haloperidol é um inibidor da CYP2D6. Ele inibe a metabolização de antidepressivos tricíclicos, aumentando, portanto, os níveis plasmáticos destas drogas.

#### **Outras formas de interação**

Em casos raros, os seguintes sintomas foram relatados durante o uso concomitante de lítio e haloperidol: encefalopatia, sintomas extrapiramidais, discinesia tardia, síndrome neuroléptica maligna, distúrbios do tronco cerebral, síndrome cerebral aguda e coma. Muitos destes sintomas são reversíveis.

De qualquer forma, recomenda-se que naqueles pacientes que estejam sendo tratados concomitantemente com lítio e **Haldol® decanoato**, o tratamento deve ser interrompido imediatamente no caso de ocorrência de tais sintomas.

Antagonismo do efeito anticoagulante da fenindiona tem sido relatado.

### **7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO**

Conserve em temperatura ambiente (temperatura entre 15° C e 30° C). Proteja da luz.

Este medicamento tem validade de 36 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.**

#### **Aspecto físico**

Solução levemente âmbar, viscosa e límpida.

**Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.**

**Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.**

### **8. POSOLOGIA E MODO DE USAR**

**Haldol® decanoato** somente pode ser usado por adultos e é aplicado por via intramuscular nas nádegas, uma vez ao mês.

Como a resposta individual a **Haldol® decanoato** pode ser variável, é necessário ajuste da dose de acordo com a resposta do paciente.

**Haldol® decanoato** é recomendado para uso em pacientes psicóticos crônicos que requerem terapia antipsicótica parenteral. Estes pacientes devem ser previamente estabilizados com a medicação antipsicótica, antes de considerar a conversão para o **Haldol® decanoato**.

**Haldol® decanoato** deve ser usado apenas em adultos e foi formulado para fornecer terapia por um mês na maioria dos pacientes após uma única injeção por via intramuscular profunda na região glútea. Uma vez que a administração de volumes maiores que 3 mL é desconfortável para o paciente, tais volumes de injeção não são recomendados. **Haldol® decanoato** não deve ser administrado por via intravenosa.

Como a resposta individual a fármacos antipsicóticos pode ser variável, a dose deve ser determinada individualmente, sendo iniciada e titulada de uma forma melhor sob supervisão clínica cuidadosa. A dose inicial individual dependerá da gravidade da sintomatologia e da quantidade de medicação oral necessária para manter o paciente antes de iniciar o tratamento de depósito (DEPOT).

**Haldol® decanoato** deve ser injetado por **via intramuscular profunda**. A dose normal pode ser calculada a partir da dose oral de haloperidol ou da dose equivalente de outros antipsicóticos. A cada quatro semanas deve ser administrada uma dose correspondente a cerca de 20 vezes a dose oral diária de haloperidol, expressa em miligramas. De modo geral, na prática clínica, pode-se estabelecer que uma dose de 1 a 3 mL (50 a 150 mg) a cada quatro semanas é suficiente para condições psicóticas de grau leve a moderado. Nos casos mais graves, necessita-se de doses mais elevadas, podendo-se chegar até 6 mL (300 mg). De acordo com a evolução dos sintomas, as doses podem ser aumentadas ou diminuídas nas injeções subsequentes.

#### **Uso em idosos e em pacientes debilitados**

**Haldol® decanoato** pode ser utilizado em idosos e em pacientes debilitados, porém é recomendável iniciar o tratamento com doses baixas, por exemplo, 12,5-25 mg a cada 4 semanas, aumentando a dose apenas de acordo com a resposta do paciente.

### **9. REAÇÕES ADVERSAS**

Nesta seção, as reações adversas são apresentadas. As reações adversas são eventos adversos considerados razoavelmente associados ao uso de decanoato de haloperidol (ou formulações não-decanoato), com base na avaliação abrangente das informações disponíveis de evento adverso. Uma relação causal com o decanoato de haloperidol (ou formulações não-decanoato) não pode ser estabelecida de forma confiável em casos individuais. Além disso, como os estudos clínicos são conduzidos sob condições amplamente variadas, as taxas de reação adversa observadas nos estudos clínicos de um medicamento não podem ser diretamente comparadas às taxas dos estudos clínicos de outro medicamento e podem não refletir as taxas observadas na prática clínica.

#### **Dados de estudos clínicos**

##### **Dados de estudos clínicos abertos e com comparador – Reações adversas relatadas com incidência $\geq$ 1%**

A segurança de **Haldol® decanoato** (15-500 mg/mês) foi avaliada em 410 indivíduos que participaram de 13 estudos clínicos para o tratamento da esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo.

As reações adversas relatadas por  $\geq$  1% dos indivíduos tratados com **Haldol® decanoato** nestes estudos clínicos estão demonstrados na **Tabela 1**.

**Tabela 1.** Reações adversas relatadas por  $\geq 1\%$  dos indivíduos tratados com **Haldol® decanoato** em estudos clínicos abertos e com comparador

<b>Classe de Sistemas/Órgãos</b> Reações adversas	<b>Haldol® decanoato</b> (n=410) %
<b>Distúrbios do sistema nervoso</b>	
Distúrbios extrapiramidais	13,6
Tremor	8,0
Parkinsonismo	7,3
Sonolência	4,9
“Fácies” em máscara	4,1
Acatísia	3,4
Sedação	2,7
<b>Distúrbios gastrintestinais</b>	
Boca seca	3,4
Constipação	2,0
Hipersecreção salivar	1,2
<b>Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo</b>	
Rigidez muscular	6,1
<b>Distúrbios do sistema reprodutor e mamário</b>	
Disfunção sexual	1,5
<b>Distúrbios gerais e condições do local da administração</b>	
Reação no local da administração	1,2
<b>Investigações</b>	
Aumento de peso	2,9

**Dados de estudos clínicos abertos e com comparador – Reações adversas relatadas com incidência < 1%**

As reações adversas adicionais que ocorreram em < 1% dos indivíduos tratados com **Haldol® decanoato** estão mencionadas na **Tabela 2**.

**Tabela 2.** Reações adversas relatadas por < 1% dos indivíduos tratados com **Haldol® decanoato** em estudos clínicos de **Haldol® decanoato** abertos e com comparador

<b>Distúrbios do sistema nervoso</b>	
Acinesia	
Discinesia	
Hipertonia	
Distonia	
Rigidez em roda denteada	
<b>Distúrbios oftalmológicos</b>	
Visão embaçada	
Distúrbio visual	
Crise oculógira	
<b>Distúrbios cardíacos</b>	
Taquicardia	

**Reações adversas identificadas nos estudos clínicos com haloperidol (formulações não-decanoato)**

As reações adversas relacionadas à parte do ativo, que foram identificadas em estudos clínicos com haloperidol (formulações não-decanoato) estão listadas na **Tabela 3**:

**Tabela 3.** Reações Adversas Identificadas nos Estudos Clínicos com haloperidol (formulações não-decanoato)

<p><b>Distúrbios endócrinos:</b> hiperprolactinemia.</p> <p><b>Distúrbios psiquiátricos:</b> diminuição da libido, perda da libido, inquietação.</p> <p><b>Distúrbios do sistema nervoso:</b> síndrome neuroléptica maligna, discinesia tardia, bradicinesia, tontura, hipercinesia, hipocinesia, disfunção motora, contração involuntária dos músculos, nistagmo.</p> <p><b>Distúrbios vasculares:</b> hipotensão, hipotensão ortostática.</p> <p><b>Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo:</b> trismo, torcicolo, espasmos musculares, rigidez musculoesquelética, fasciculação do músculo.</p> <p><b>Distúrbios do sistema reprodutor e mamas:</b> amenorreia, galactorreia, distúrbios menstruais, disfunção erétil, desconforto nas mamas, dor nas mamas, dismenorreia, menorragia.</p> <p><b>Distúrbios gerais e condições no local de administração:</b> distúrbios da marcha.</p>
---

#### Dados pós-comercialização

Os eventos adversos inicialmente identificados como reações adversas durante a experiência pós-comercialização de haloperidol estão listados a seguir. A revisão da pós-comercialização foi baseada na revisão de todos os casos incluindo haloperidol e produtos contendo decanoato de haloperidol. As frequências foram estimadas a partir de taxas de relatos espontâneos.

#### Reações muito raras (< 1/10.000), incluindo relatos espontâneos:

**Distúrbios do sistema sanguíneo e linfático:** agranulocitose, pancitopenia, trombocitopenia, leucopenia e neutropenia.

**Distúrbios do sistema imunológico:** reação anafilática, hipersensibilidade.

**Distúrbios endócrinos:** secreção inapropriada do hormônio antidiurético.

**Distúrbios do metabolismo e da nutrição:** hipoglicemia.

**Distúrbios psiquiátricos:** transtorno psicótico, agitação, estado confusional, depressão, insônia.

**Distúrbios do sistema nervoso:** convulsão, dor de cabeça.

**Distúrbios cardíacos:** Torsade de pointes, fibrilação ventricular, taquicardia ventricular, extrassístole.

**Distúrbios respiratórios, torácicos e do mediastino:** broncoespasmo, laringoespasmos, edema da laringe, dispneia.

**Distúrbios gastrintestinais:** vômito, náusea.

**Distúrbios hepatobiliares:** insuficiência hepática aguda, hepatite, colestase, icterícia, anormalidade no teste da função hepática.

**Distúrbios da pele e tecido subcutâneo:** angioedema, vasculite leucocitoclástica, dermatite esfoliativa, urticária, reação de fotossensibilidade, erupção cutânea, prurido, hiperidrose.

**Distúrbios musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo:** rabdomiólise.

**Distúrbios renais e urinários:** retenção urinária.

**Gravidez, puerpério e condições perinatais:** síndrome neonatal de retirada do medicamento.

**Distúrbios do sistema reprodutor e mamário:** priapismo, ginecomastia.

**Distúrbios gerais e condições no local da administração:** morte súbita, edema de face, edema, hipotermia, hipertermia, abscesso no local da injeção.

**Investigações:** prolongamento do intervalo QTc, perda de peso.

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

## 10. SUPERDOSE

Como a ocorrência de superdose é menos provável com medicações parenterais do que com medicações por via oral, as informações apresentadas a seguir pertencem ao haloperidol via oral, modificado somente para refletir a duração prolongada da ação de **Haldol® decanoato**.

### Sinais e Sintomas

Os sintomas de superdose de haloperidol constituem em uma exacerbação dos efeitos farmacológicos e reações adversas já referidas, predominando as do tipo extrapiramidal grave, hipotensão e sedação. A reação extrapiramidal é manifestada por rigidez muscular, tremores generalizados ou localizados. A ocorrência de hipertensão, em vez de hipotensão é, também, possível. Em casos extremamente raros, o paciente pode se mostrar comatoso com depressão respiratória e hipotensão, às vezes grave o suficiente para determinar um estado de choque.

Deve-se considerar o risco de arritmias ventriculares, possivelmente associado com prolongamento do intervalo QTc.

### Tratamento

Não existem antídotos específicos. O tratamento é de suporte. A diálise não é recomendada no tratamento de superdose porque remove apenas quantidades muito pequenas de haloperidol (vide “Características Farmacológicas - Populações especiais: Insuficiência renal”).

Para pacientes comatosos, as vias aéreas devem ser restabelecidas por uso de uma via orofaríngea ou tubo endotraqueal. A depressão respiratória pode exigir respiração artificial.

O ECG e os sinais vitais devem ser monitorados continuamente até a obtenção de parâmetros normais. Arritmias graves devem ser tratadas com medidas antiarrítmicas apropriadas.

A hipotensão e o colapso circulatório podem ser neutralizados pela administração intravenosa de fluidos, plasma ou concentrado de albumina e agentes vasopressores como a dopamina ou noradrenalina (norepinefrina). Não usar adrenalina (epinefrina), porque pode causar hipotensão intensa na presença de haloperidol.

Caso ocorram reações extrapiramidais graves, deve ser administrado medicamento antiparkinsoniano, sendo que este medicamento deve ser mantido por várias semanas. Medicamentos antiparkinsonianos devem ser interrompidos muito cautelosamente, pois podem ocorrer sintomas extrapiramidais.

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

## DIZERES LEGAIS

MS – 1.1236.0012

Farm. Resp.: Erika Diago Rufino – CRF/SP nº 57.310

Registrado por:

**JANSSEN-CILAG FARMACÊUTICA LTDA.**

Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041, São Paulo – SP - CNPJ 51.780.468/0001-87

Fabricado por:

Janssen Pharmaceutica N.V. - Beerse – Bélgica

Ou

Fabricado por:

GlaxoSmithKline Manufacturing S.p.A.- Parma - Itália

Importado por:

Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda. - Rodovia Presidente Dutra, km 154 - São José dos Campos – SP - CNPJ 51.780.468/0002-68



® Marca Registrada

**Venda sob prescrição médica.**

**Só pode ser vendido com retenção da receita.**

**Esta bula foi aprovada pela ANVISA em 19/09/2023.**



CCDS 1803

VPS TV 3.0