



Cordil®

Comprimido 60mg e Cápsula de liberação prolongada 90mg

MODELO DE BULA COM INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Cordil®

cloridrato de diltiazem

APRESENTAÇÕES

Comprimido 60mg

Embalagem contendo 50 comprimidos.

Cápsula de liberação prolongada 90mg

Frasco contendo 20 cápsulas.

USO ORAL

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido contém:

cloridrato de diltiazem (equivalente a 55,15mg de diltiazem).....60mg

Excipiente q.s.p.....1 comprimido

Excipientes: lactose, celulose microcristalina, dióxido de silício, estearato de magnésio e povidona.

Cada cápsula de liberação prolongada contém:

cloridrato de diltiazem pellets (equivalente a 82,72mg de diltiazem).....90mg

Excipiente q.s.p.....1 cápsula

Excipientes: sacarose, povidona, copolímero tipo B de metacrilato-amônio, shellac e talco.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

Cordil® é indicado para o tratamento de:

- Angina *pectoris* vasoespástica (de repouso, com elevação do segmento ST, “angina de Prinzmetal”)
- Angina *pectoris* crônica, estável ou de esforço;
- Estados anginosos pós-infarto do miocárdio;
- Coronariopatias isquêmicas com ou sem hipertensão e/ou taquicardia;
- Hipertensão arterial leve a moderada.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

Eficácia na Angina *Pectoris* crônica estável:

Na avaliação da redução de episódios de angina estável¹, diversos estudos relatam a redução de episódios variando entre 50% a 88,5% por semana. Para a angina de esforço, a redução de episódios por semana, variou entre 42% a 73,6%.

A eficácia de DTZ-LA no tratamento de angina *pectoris* crônica estável foi avaliada por Glasser *et al* em um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego, em grupos paralelos, controlado com placebo, com controle ativo (para um dos braços do estudo). Foram admitidos pacientes adultos se cumprissem as condições a seguir: tivessem angina crônica estável desencadeada por esforço físico e aliviada por repouso e uso de nitroglicerina sublingual; tivessem doença arterial coronária documentada; em duas visitas do período introdutório (*run-in*) fossem capazes de fazer esforço em esteira por 3-7min; desenvolvessem angina *pectoris* mais depressão do segmento ST do ECG em ≥ 1 mm (acrescentada a qualquer pequena depressão do ST preexistente), com persistência por $\geq 0,08$ s além do ponto J; a duração do exercício na esteira variou <15% entre as visitas de qualificação. Após o período introdutório de 2-3 semanas com placebo, os pacientes foram randomizados para grupos de tratamento com 180, 360 e 420mg ao deitar-se, 360mg pela manhã, e placebo. Os designados para os grupos com 360 e 420mg iniciaram com uma dose de 240mg por 1 semana antes de aumentar para sua dose designada. O período de tratamento com a dose designada foi de 2 semanas para todos os participantes. Os participantes foram submetidos a um teste em esteira basal e final no período entre 18-20 horas (nível vale para os pacientes com administração noturna) e das 7-11 horas (vale para os pacientes com administração matinal). Um total de 311 pacientes concluiu o estudo. Todas as doses com administração ao deitar-se mostraram um aumento significante ($p<0,03$) na duração total do exercício no nível vale em comparação com o placebo, com a dose de 360mg ao deitar-se mostrando o maior aumento. A dose matinal de 360mg, entretanto, mostrou um aumento não significante ($p=0,06$) no nível vale em comparação ao placebo. Todas as doses com administração ao deitar-se também mostraram um aumento significante ($p\leq 0,0002$) na duração do exercício entre 7-11 horas em comparação ao placebo; a dose de 360mg ao deitar-se mostrou uma melhora de quatro vezes em comparação ao placebo, comparativamente à dose matinal. O tempo para início da angina aumentou de forma significante para todas as doses ao deitar-se em comparação ao placebo tanto para o teste de esforço das 18-20 horas ($p<0,02$) quanto para o teste das 7-11 horas ($p<0,03$). Apenas a dose de 360mg ao deitar-se mostrou um aumento significante ($p<0,03$) no tempo para início da isquemia miocárdica para o teste de esforço entre 18-20 horas, mas para o teste entre 7-11 horas, todas as doses com administração ao deitar-se mostraram um aumento significante ($p<0,03$) em relação ao placebo.

Eficácia no tratamento da Hipertensão:

Em estudo da eficácia terapêutica¹ de diltiazem como monoterapia para hipertensão 52% dos indivíduos foram considerados respondedores conforme pressão sistólica <140 mm Hg; e 75%, conforme pressão diastólica <90mm Hg, após 4 a 8 semanas.

A eficácia de DTZ-LA foi avaliada em um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego, em grupos paralelos de resposta à dose, e controlado com placebo realizado por Glasser *et al*. Doses de DTZ-LA 120, 240, 360 e 540mg/dia foram avaliadas comparativamente a 360mg/dia pela manhã e placebo. Os adultos participantes foram admitidos ao estudo se cumprissem as condições a seguir: sua PA média sistólica na posição sentada (sePAS) fosse <200mm Hg; sua PA diastólica média na posição sentada (sePAD) fosse 100-114mm Hg (inclusive) em duas semanas consecutivas durante o período introdutório (*run-in*); se suas duas medidas qualificatórias de sePAD não diferissem em >7 mm Hg; sua PAD ambulatória média diurna (amPAD) fosse 90-114mm Hg (inclusive) na avaliação basal. Após um período inicial introdutório de 3-4 semanas com placebo, 429 homens e mulheres adultos

(89,1% dos recrutados) realizaram um tratamento por 7 semanas. As doses noturnas ≥ 240 mg mostraram reduções da amPAD significantes, relacionadas à dose, entre o basal e a avaliação final (média dos quadrados mínimos para mudança entre basal e final na amPAD para as doses de 120, 240, 360 e 540mg foram respectivamente de -1,92, -4,26, -4,38 e -8,02 mm Hg). Além disto, a dose noturna de 360mg se associou com uma redução significantemente maior na amPAD entre as 6-12 horas do que a dose matinal de 360mg (média dos quadrados mínimos para a diferença entre os tratamentos foi de -3,3mm Hg; $p=0,0004$).

Foram obtidos resultados similares para a amPAS (média dos quadrados mínimos para a diferença entre os tratamentos foi de -5,32mm Hg; $p=0,0004$). Ocorreram também reduções médias relacionadas à dose na frequência cardíaca (FC) desde o basal até a avaliação final, com reduções maiores no período entre as 6-12 horas. Em comparação ao placebo, apenas doses ≥ 360 mg mostraram reduções médias significantes ($p<0,05$) da FC em 24 horas.

a) Estudo comparativo com anlodipino

Wright *et al.* comparou a eficácia da administração noturna de DTZ-LA com a administração matinal de anlodipino em um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego, em grupos paralelos, com controle ativo, de dose-para-efeito. Os participantes foram admitidos se cumprissem as condições a seguir: fossem adultos de etnia afro-americana; sua sePAD em duas visitas consecutivas introdutórias fosse entre 90-109mm Hg (inclusive); suas duas leituras de sePAD de qualificação não diferissem em mais de 8mm Hg; a média das duas sePAS medidas no mesmo dia fosse <180mm Hg; sua amPAD fosse 85-109mm Hg (inclusive); tivessem um intervalo PR no ECG <220ms na avaliação basal; se fossem diabéticos, seu diabetes deveria estar controlado; eles deveriam ter um esquema de trabalho diurno. Após 3-4 semanas do período introdutório (*run-in*) com placebo, os pacientes foram randomizados para receber DTZ-LA 360mg à noite, ou anlodipino 5mg como dose diurna, e tratados por 6 semanas. Após 6 semanas, se a sePAS/sePAD do paciente fosse $\geq 130/85$, as doses eram aumentadas para DTZ-LA 540mg ou anlodipino 10mg nas 6 semanas seguintes; os pacientes com PA abaixo deste limite continuaram com a sua dose inicial nas 6 semanas seguintes. Um total de 262 participantes concluiu as 12 semanas do estudo (97,8% dos recrutados). DTZ-LA mostrou reduções significantemente maiores da amPAD do que anlodipino para as primeiras 4 horas após o despertar (média dos quadrados mínimos para a diferença entre os tratamentos foi de 3,5mm Hg; $p<0,0049$) e também entre as 6-12 horas (média dos quadrados mínimos para a diferença entre os tratamentos de 3,2mm Hg; $p<0,0019$). Não houve diferença significante na modificação desde o basal na amPAD média de 24 horas entre os tratamentos (Figura 5). Durante os três intervalos de tempo monitorados, DTZ-LA reduziu a FC, enquanto anlodipino aumentou a FC. As reduções no produto frequência-pressão (RPP) foram significantemente maiores ($p\leq 0,0008$) com o tratamento com DTZ-LA do que com anlodipino.

b) Estudo comparativo com ramipril

A eficácia de DTZ-LA foi comparada com ramipril por White *et al* em um estudo multicêntrico, duplocego, randomizado, em grupos paralelos de titulação até o efeito. Os pacientes adultos foram admitidos ao estudo se cumprissem as condições a seguir: sua sePAD fosse ≥ 90 mas <100mm Hg durante duas semanas consecutivas do período introdutório de 3-4 semanas com placebo; ao final do período introdutório sua amPAD fosse ≥ 85 mas <109mm Hg. Os pacientes que estavam recebendo terapia anti-hipertensiva foram submetidos a um período de depuração de 2 semanas antes do período introdutório. Após o período introdutório com placebo, os pacientes foram randomizados para 10 semanas de

tratamento com DTZ-LA ou ramipril. Durante as semanas 3 e 6 de tratamento, os pacientes foram titulados para doses mais altas (primeiro para 360 e então para 540mg para DTZ-LA; primeiro para 10 e depois para 20mg para ramipril) se a sua sePA fosse >130/85. Um total de 348 pacientes (91,2% dos recrutados) concluiu o estudo. DTZ-LA mostrou reduções significantemente maiores da amPA do que ramipril nas primeiras 4 horas após o despertar (média dos quadrados mínimos para a diferença entre os tratamentos foi 4,4mm Hg; p<0,0023 para amPAS; 6,7mm Hg; p<0,0001 para amPAD), e também para o período entre 6-12 horas (média dos quadrados mínimos para a diferença entre os tratamentos de 3,8mm Hg; p<0,0045 para amPAS; 6,3mm Hg, p<0,0001). Os pacientes tratados com DTZ-LA também obtiveram maiores reduções na amPAD média de 24 horas, frequência cardíaca matinal e RPP, do que os tratados com ramipril.

1. Markhan, A. *Diltiazem a Review of pharmacology and therapeutic use in older patients*. Drugs & Aging 3 (4)1993; 363-390.
2. Caas, S. A. and Glasser, S. P. *Long-acting diltiazem HCL for the chronotherapeutic treatment of hypertension and chronic stable angina pectoris*. Expert Opin. Pharmacother. (2005) 6(5) 765-776.
3. Grossman, E. *Effect of calcium antagonists on plasma norepinephrine levels, heart rate, and blood pressure*. Am. J. Cardiol. 1997; 1453-1458.
4. Held, P.H. *Calcium antagonists in the treatment isquemic heart disease: myocardial infarction*. Coronary Art. Disease. 1994; 5: 521-26
5. Buckley MM. Grant SM. Goa KL. McTavish D. Sorkin EM. *Diltiazem. A reappraisal of its pharmacological properties and therapeutic use*. Drugs. 39(5):757-806, 1990.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Farmacodinâmica

O diltiazem é um bloqueador dos canais de cálcio, que age inibindo a entrada do íon cálcio nas células ou a sua mobilização dos estoques intracelulares.

No tecido vascular, o diltiazem relaxa a musculatura lisa arterial, uma vez que a contração desta musculatura é dependente da concentração citoplasmática de cálcio. Entretanto, diltiazem não tem efeito no leito venoso.

No coração, o bloqueio dos canais de cálcio pode resultar num efeito inotrópico negativo, uma vez que, dentro do miócito, o íon cálcio é necessário para liberar o aparelho contrátil, permitindo que a interação actina-miosina cause a contração.

O diltiazem também possui efeito cronotrópico negativo, na medida em que diminui a condução atrioventricular e a frequência do marcapasso sinusal.

O diltiazem diminui a resistência vascular coronariana e aumenta o fluxo sanguíneo coronariano.

Causa diminuição da resistência vascular periférica e da pressão arterial sistólica e diastólica.

Em pacientes com doença isquêmica coronariana, diltiazem reduz o produto frequência cardíaca x pressão arterial durante o exercício, aumentando a tolerância ao exercício sem deprimir o desempenho cardíaco.

Na angina do peito por espasmos coronarianos, o efeito antianginoso do diltiazem deve-se à dilatação das coronárias epicárdicas e subendocárdicas. Na angina de esforço, o diltiazem proporciona aumento da tolerância ao exercício físico, devido à redução do consumo de oxigênio do miocárdio: o diltiazem promove a redução da frequência cardíaca e da tensão arterial sistêmica, face à sobrecarga física submáxima e máxima. Comparado com outros

antagonistas do cálcio. O diltiazem apresenta a vantagem do início de ação menos brusco, facilitando seu manejo posológico, com melhor tolerabilidade geral. Os efeitos sobre o coração são acompanhados por diminuição da tensão arterial e da resistência periférica.

Farmacocinética

O diltiazem é quase completamente absorvido pelo trato gastrintestinal e sofre um extenso efeito de metabolismo de primeira passagem, resultando numa biodisponibilidade absoluta (em comparação à administração endovenosa) de cerca de 40%. A ligação de diltiazem com proteína é cerca de 80%. O diltiazem é submetido a extenso metabolismo, principalmente pela isoenzima CYP3A4 do citocromo P450, sendo as principais vias metabólicas a desaminação oxidativa, desmetilação oxidativa, desacetilação, e conjugação.

Cerca de 2 a 4% da dose é excretada na urina como diltiazem inalterado e restante excretado como metabólitos na bile e urina. O diltiazem e seus metabólitos são pouco dialisáveis. A meia-vida de diltiazem é relatada a ser cerca de 3 a 8 horas.

Após dose oral única de 120mg de cápsula de liberação prolongada, obtêm-se níveis plasmáticos detectáveis após duas a três horas, e níveis plasmáticos de pico após 6 a 11 horas.

As concentrações plasmáticas após administração oral de um comprimido de 60mg de cloridrato de diltiazem, a adultos saudáveis do sexo masculino, alcançaram o nível máximo após 3 a 5 horas da administração, e a partir de então diminuíram com uma meia-vida de eliminação de 4,5 horas. Com a administração oral repetida, a concentração plasmática atingiu um estado de equilíbrio no segundo dia ou após. A concentração plasmática foi de cerca de 40ng/mL cerca de 2 a 4 horas após a administração em pacientes tratados em longo prazo com administração de 90mg/dia divididos em 3 doses.

4. CONTRAINDICAÇÕES

- Bloqueio sinoatrial;
- Bloqueio AV de 2º ou 3º graus e síndrome do nó sinusal (bradicardia sinusal persistente menos que 50 batimentos/minuto, parada sinusal, bloqueio sinoatrial), pois a depressão da estimulação cardíaca e condução cardíaca podem ocorrer de forma excessiva. Isto não se aplica a pacientes em uso de marca-passo;
- Insuficiência cardíaca grave descompensada, com PA sistólica menor que 90mm Hg, pois os sintomas de insuficiência cardíaca podem ser agravados;
- Bradicardia acentuada (pulso inferior a 55 b.p.m.);
- Hipersensibilidade ao cloridrato de diltiazem ou a qualquer componente da fórmula;
- Infarto agudo do miocárdio com congestão pulmonar.

Este medicamento é contraindicado na gravidez.

Este produto está classificado na categoria de risco C na gravidez.

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

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

O diltiazem deve ser administrado com precaução a pacientes com bloqueio atrioventricular de 1º grau (podendo ter depressão da estimulação cardíaca e a condução cardíaca pode ocorrer de forma excessiva), insuficiência cardíaca congestiva (os sintomas da insuficiência cardíaca podem ser agravados), com bradicardia grave (menos de 50 batimentos/minuto, podendo ter depressão da estimulação cardíaca e a condução cardíaca pode ocorrer de forma

excessiva) e com pressão arterial excessivamente baixa (pois pode diminuir ainda mais a pressão arterial), sendo necessário um acompanhamento clínico constante.

Atenção com pacientes em uso de betabloqueadores ou digitálicos.

Recomendam-se cuidados especiais em casos de insuficiência hepática ou renal, pois o metabolismo e excreção do diltiazem podem ser prolongados, e seus efeitos podem ser intensificados.

A interrupção abrupta do uso de antagonistas do cálcio pode agravar os sintomas do paciente, neste caso, a suspensão deve ser feita de forma gradual, reduzindo as doses e mantendo o paciente sob observação.

Os pacientes devem ser orientados a consultar o médico antes de interromper o tratamento. Devido à ação hipotensora do diltiazem podem ocorrer efeitos indesejáveis como tonturas durante o tratamento. Por esse motivo os pacientes devem ser instruídos a não dirigir, operar máquinas ou desempenhar atividades perigosas, como trabalhar em lugares altos.

Deve-se ter cautela no uso em idosos, pois a meia-vida dos bloqueadores dos canais de cálcio pode estar aumentada. A diminuição excessiva da pressão arterial é em geral considerada indesejável em pacientes idosos, sendo assim diltiazem deve ser administrado com cautela. Não existem estudos do uso de diltiazem em crianças e adolescentes.

Atenção: Cordil® Cápsula contém açúcar, portanto, deve ser usado com cautela em portadores de Diabetes.

Gravidez e Lactação

O uso de diltiazem não é recomendado durante a gravidez ou para mulheres que possam engravidar, por não haver estudos suficientes com essa população. Estudos em animais demonstraram teratogenicidade em camundongos, como anormalidades esqueléticas e anormalidade do aspecto e embriotoxicidade fatal em camundongos e ratos.

Este produto está classificado na categoria de risco C na gravidez.

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

O diltiazem não é recomendado durante a lactação. Se o tratamento com diltiazem for considerado essencial, a lactação deve ser interrompida durante o tratamento, e um método alternativo para alimentação do infante deve ser instituído. Foi relatado que diltiazem é excretado no leite materno humano.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

O diltiazem é metabolizado principalmente pela enzima 3A4 (CYP3A4) do citocromo P450 e é um potencial inibidor competitivo da oxidação hepática pelo sistema do citocromo P450. O diltiazem aumenta a concentração sanguínea desses fármacos que são metabolizados pelo P450. Portanto, o cloridrato de diltiazem deve ser administrado com cautela quando coadministrado com fármacos que podem ser metabolizadas por esta enzima ou com fármacos que podem afetar a atividade desta enzima, como os descritos a seguir:

-anti-hipertensivos (como ácido nítrico): os efeitos anti-hipertensivos podem ser intensificados. A pressão arterial deve ser aferida periodicamente para ajuste da dose.

-betabloqueadores (como bisoprolol, propranolol, atenolol): efeitos inotrópicos negativos e efeitos anti-hipertensivos intensificados, causando depressão da estimulação cardíaca e da condução cardíaca resultando em bradicardia, insuficiência cardíaca, hipotensão severa, bloqueio atrioventricular significativo, bloqueio sinoatrial, principalmente em pacientes com baixo desempenho cardíaco.

A monitoração de frequência cardíaca, pressão arterial e atenção aos sinais clínicos de insuficiência cardíaca são fundamentais, principalmente em pacientes com comprometimento da função ventricular esquerda clinicamente importante.

A frequência cardíaca deve ser monitorada periodicamente, e realizado eletrocardiograma conforme necessário. Caso alguma anomalia seja observada, a dose deve ser reduzida ou o uso interrompido.

Foram relatados prolongamento do segmento QT e arritmia ventricular na coadministração de terfenadina com outros agentes antiarrítmicos (fosfato de disopiramida).

Deve se ter um cuidado maior na tríplice administração de diltiazem, digitálicos e betabloqueadores.

-preparados digitálicos (digoxina, metildigoxina): pode ocorrer aumento das concentrações plasmáticas dos digitálicos em cerca de 20 a 50%, devido à diminuição da depuração renal dos digitálicos, intensificando a depressão da estimulação cardíaca e condução cardíaca. O risco de bradicardia pode aumentar. Pode ocorrer bloqueio atrioventricular, além de sintomas tóxicos (como náusea, vômitos, cefaleia, tontura, visão anormal).

A presença ou ausência de toxicidade digitálica deve ser observada periodicamente e acompanhado de monitoramento cuidadoso, incluindo eletrocardiograma. As concentrações sanguíneas dos digitálicos devem ser medidas conforme necessário. Caso alguma anomalia seja observada, a dose deve ser reduzida ou o uso interrompido. Deve ser dada particular atenção à terapia tríplice de diltiazem, digitálicos e betabloqueadores.

-agentes antiarrítmicos (amiodarona, mexiletina): a amiodarona aumenta de forma significante as concentrações plasmáticas de diltiazem, intensificando assim a depressão da estimulação cardíaca e condução cardíaca, podendo ocorrer bradicardia, bloqueio atrioventricular, parada sinusal e redução do débito cardíaco com risco à vida.

A frequência cardíaca deve ser monitorada periodicamente, e realizado eletrocardiograma conforme necessário. Caso alguma anomalia seja observada, a dose deve ser reduzida ou o uso interrompido.

-antagonistas do cálcio diidropiridínicos (nifedipino, anlodipino): aumento da concentração sanguínea do antagonista do cálcio diidropiridínico, podendo ocorrer efeito anti-hipertensivo intensificado. Os sintomas clínicos devem ser periodicamente observados.

-midazolam (sedativo hipnótico): aumento das concentrações sanguíneas de midazolam, podendo ocorrer aumento dos efeitos sedativos e hipnóticos.

-carbamazepina (antiepileptico, antimanicaco): pode ocorrer aumento das concentrações sanguíneas de carbamazepina, devido à inibição da enzima metabolizadora da carbamazepina pelo cloridrato de diltiazem, podendo causar sonolência, náusea, vômitos e tonturas. Há relatos de toxicidade do SNC em pacientes epilépticos, nestes casos a substituição do diltiazem pelo nifedipino elimina estes efeitos. Os sintomas clínicos devem ser observados periodicamente e se necessário, a dose deve ser reduzida ou o uso interrompido.

-selegilina (antiparkinsoniano): pode ter seus efeitos tóxicos intensificados.

-teofilina (broncodilatador): pode ocorrer aumento das concentrações sanguíneas de teofilina, devido à inibição da enzima metabolizadora da teofilina pelo cloridrato de diltiazem, podendo causar náusea, vômitos, cefaleia e insônia.

Os sintomas clínicos devem ser observados periodicamente e se necessário, a dose deve ser reduzida ou o uso interrompido.

- cilostazol (antiplaquetário): pode ter seus efeitos intensificados.

-vinorelbina (usado no câncer): pode ter seus efeitos intensificados.

-ciclosporina (imunossupressor): pode ocorrer aumento das concentrações sanguíneas de ciclosporina cerca de 25 a 100%, devido à inibição da enzima metabolizadora da ciclosporina pelo cloridrato de diltiazem, podendo causar problemas renais como nefrotoxicidade, sendo necessária a redução da dose.

Os sintomas clínicos devem ser observados periodicamente e a concentração plasmática da ciclosporina deve ser mensurada. Caso alguma anomalia seja observada, a dose deve ser reduzida ou o uso interrompido.

-tacrolimo (imunossupressor): aumento das concentrações sanguíneas de tacrolimo, podendo ocorrer distúrbios renais.

- fenitoína (antiepileptico): aumento das concentrações sanguíneas de fenitoína, podendo ocorrer ataxia, tonturas, nistagmo. A fenitoína pode estimular o metabolismo de diltiazem, diminuindo assim sua concentração sanguínea e consequentemente seu efeito.

-estatinas (usadas para tratamento das dislipidemias): aumento das concentrações plasmáticas das estatinas, que por sua vez leva a ocorrências de eventos adversos do tipo mialgia, miopatia e raros casos de rabdomiólise.

-cimetidina (antagonista do receptor H2) e antirretrovirais inibidores da protease (ritonavir, saquinavir): inibem a enzima metabolizadora de cloridrato de diltiazem, podendo aumentar as concentrações sanguíneas de cloridrato de diltiazem. Pode ocorrer aumento do efeito anti-hipertensivo e bradicardia.

Os sintomas clínicos devem ser observados periodicamente e se necessário, a dose deve ser reduzida ou o uso interrompido.

-drogas anestésicas (isofluorano, enflurano, halotano): a depressão da estimulação cardíaca e condução cardíaca e vasodilatação podem ser intensificadas, podendo ocorrer bradicardia, bloqueio atrioventricular, parada sinusal.

Recomenda-se dosagem cuidadosa quando administradas concomitantemente e seu eletrocardiograma deve ser monitorado.

-relaxantes musculares (pancurônio): diltiazem pode inibir a liberação de acetilcolina das terminações pré-sinápticas da junção neuromuscular, intensificando os efeitos dos relaxantes musculares. Deve se ter cautela na administração concomitante.

-imipramina: o diltiazem aumenta em 30% a biodisponibilidade da imipramina, portanto pacientes em uso concomitante desta medicação devem ser monitorados de perto quanto a sinais e sintomas de toxicidade da imipramina.

-rifampicina (tuberculose): pode diminuir as concentrações sanguíneas de cloridrato de diltiazem, devido a indução da enzima metabolizadora de cloridrato de diltiazem pela rifampicina. Portanto, os efeitos do cloridrato de diltiazem podem estar diminuídos. Os sintomas clínicos devem ser periodicamente observados e se necessário, devem ser tomadas medidas terapêuticas apropriadas.

Se forem observadas anormalidades, pode ser necessário aumentar a dose do diltiazem ou trocar para outros fármacos.

-anti-inflamatórios, não hormonais, especialmente a indometacina, pode antagonizar o efeito do diltiazem.

Para todas as interações medicamentosas apresentadas anteriormente neste tópico recomenda-se que os sintomas clínicos sejam periodicamente observados e em casos de anormalidades a dose deve ser reduzida ou o uso interrompido.

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

DURANTE O CONSUMO ESTE PRODUTO DEVE SER MANTIDO NO CARTUCHO DE CARTOLINA, CONSERVADO EM TEMPERATURA AMBIENTE (15 A 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.

Aspecto físico:

Comprimido 60mg: Circular de cor branca.

Cápsula 90mg: Cápsula gelatinosa marrom e amarela.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado.

A dose deve ser ajustada de acordo com a idade do paciente e sintomas.

Comprimido 60mg:

A dose terapêutica satisfatória oscila, em média, de 180mg a 240mg ao dia (60mg, 3 a 4 vezes ao dia). Há pacientes que alcançam benefício máximo já com doses menores: 30mg, 3 a 4 vezes ao dia.

Cordil® apresenta a vantagem de um início de ação menos súbito, devido a uma liberação lenta do princípio ativo, encontrado na matriz do comprimido.

Em alguns casos, devido às condições do trato gastrintestinal do paciente, esta matriz não absorvível pode ser detectada nas fezes. Isto não implica uma alteração no efeito terapêutico do medicamento, uma vez que o princípio ativo já foi liberado e absorvido.

Cápsula de liberação prolongada 90mg:

A posologia deve ser ajustada de acordo com as necessidades de cada paciente, podendo variar de 90mg a 360mg ao dia. A posologia média usual é de 1 cápsula, duas vezes ao dia (180mg a 240mg/dia) a cada 12 horas.

Idosos: o cloridrato de diltiazem deve ser administrado com especial cautela, iniciando o tratamento com baixas doses enquanto se monitora cuidadosamente as condições do paciente.

9. REAÇÕES ADVERSAS

O diltiazem é geralmente bem tolerado, havendo poucas referências à ocorrência de reações adversas.

O bloqueio AV é um evento adverso incomum, porém grave e que pode ter o risco aumentado pelo uso de terapia concomitante com betabloqueadores.

O tratamento com diltiazem deve ser interrompido caso ocorra alguma das seguintes reações:

-bloqueio atrioventricular total ou bradicardia grave (com sintomas de tontura, sensação de cabeça leve). Pode ser necessária a administração de sulfato de atropina ou isoprenalina, ou ainda instalação de marca-passo cardíaco.

-insuficiência cardíaca congestiva. Pode ser necessária a administração de fármacos cardiotônicos.

-síndrome de *Stevens-Johnson*, Necrólise Epidérmica Tóxica (NET), eritrodermia (dermatite esfoliativa), pustulose aguda generalizada (os sintomas são eritema, bolhas, pústulas, prurido, febre, enantema).

-disfunção hepática ou ictericia (com aumento da AST (TGO), ALT (TGP) ou γ -GTP).

-Reações comuns ($\geq 1/100$ e $< 1/10$): hipersensibilidade, anorexia, cefaleia profunda e queimação retroesternal.

-Reações incomuns ($\geq 1/1.000$ e $< 1/100$): tontura, cefaleia, bradicardia, bloqueio atrioventricular, rubor facial, constipação, náusea, dor abdominal, desconforto gástrico, erupção cutânea (*rash*) e mal-estar.

-Reações raras ($\geq 1/10.000$ e $< 1/1.000$): palpação, dispesia, boca seca, prurido, urticária, sede, edema periférico, hipotensão, sonolência, insônia, parada sinusal, dor torácica, câimbras nas panturrilhas, astenia, ictericia, erupção eritematosa multiforme, fezes amolecidas, diarreia.

-Reações com frequência desconhecida: sintomas tipo Parkinson, insuficiência cardíaca congestiva, bloqueio sinoatrial, hipertrofia gengival, função hepática anormal, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidermal, eritema multiforme, dermatite esfoliativa, pústulas, exantematosas generalizada aguda, fotossensibilidade, ginecomastia, elevação das enzimas hepáticas (LDH, Al-P, γ -GTP) arritmia, insuficiência renal aguda (elevação de ureia e creatinina), assistolia, parestesia, tremor, poliúria, nictúria, vômitos, aumento de peso, petequias, hipertrofia hepática, diminuição da contagem de plaquetas e leucócitos, dormência.

Em casos de eventos adversos, notifique ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária-NOTIVISA, disponível em www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm, ou para a Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal.

10. SUPERDOSE

Doses únicas de até 300mg de diltiazem foram bem toleradas em voluntários saudáveis. Em um relato de intoxicação com a ingestão de 1800mg de diltiazem, os problemas de condução só apareceram quando a taxa plasmática alcançou níveis 5 vezes maiores do que o nível máximo aconselhado.

Sintomas

Os sintomas da superdose são alguns dos eventos adversos do medicamento como bradicardia, bloqueio atrioventricular total, insuficiência cardíaca e hipotensão.

Tratamento

Nos casos de superdose ou resposta exagerada, além da lavagem gástrica, as seguintes medidas de suporte apropriadas devem ser empregadas:

-Em caso de bradicardia e bloqueio atrioventricular de 2º ou 3º grau:

Administrar agentes taquicardizantes (atropina - 0,60 a 1 mg, isoprenalina).

Se não houver resposta ao bloqueio vagal, administrar isoproterenol com cautela.

Se o bloqueio AV de 2º ou 3º grau não ceder, tratar com marca-passo cardíaco.

-Em caso de insuficiência cardíaca:

Administrar agentes inotrópicos (isoproterenol, dopamina ou dobutamina), diuréticos e se necessário instalar circulação assistida.

Em caso de hipotensão:

Administrar vasopressores (dopamina ou noradrenalina) e se necessário instalar circulação assistida.

O tratamento instituído e a dose empregada dependem da gravidade da situação clínica e do julgamento e da experiência do médico.

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

DIZERES LEGAIS

M.S. nº 1.0370. 0254

Farm. Resp.: Andreia Cavalcante Silva

CRF-GO nº 2.659



LABORATÓRIO

TEUTO BRASILEIRO S/A.

CNPJ – 17.159.229/0001 -76

VP 7-D Módulo 11 Qd. 13 – DAIA

CEP 75132-140 – Anápolis – GO

Indústria Brasileira



VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.