

ANEXO I

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver secção 4.8.

1. NOME DO MEDICAMENTO

Mysimba 8 mg/90 mg comprimidos de libertação prolongada

2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Cada comprimido contém 8 mg de cloridrato de naltrexona, equivalente a 7,2 mg de naltrexona, e 90 mg de cloridrato de bupropiom, equivalente a 78 mg de bupropiom.

Excipientes com efeito conhecido:

Cada comprimido de libertação prolongada contém 73,2 mg de lactose (ver secção 4.4).

-Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

3. FORMA FARMACÊUTICA

Comprimido de libertação prolongada.

Comprimido redondo, biconvexo de cor azul com 12-12,2 mm de diâmetro e a impressão “NB-890” numa das faces.

4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

4.1 Indicações terapêuticas

Mysimba é indicado, como adjuvante de uma dieta baixa em calorias e com aumento da atividade física, para o tratamento do peso em doentes adultos (≥ 18 anos) com um Índice de Massa Corporal (IMC) de

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesos), ou
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ a $< 30 \text{ kg/m}^2$ (excesso de peso) na presença de uma ou mais comorbidades relacionadas com o peso (por exemplo, diabetes tipo 2, dislipidemia ou hipertensão controlada)

O tratamento com Mysimba deve ser descontinuado após 16 semanas, se os doentes não tiverem perdido pelo menos 5% do seu peso corporal inicial (ver secção 5.1).

4.2 Posologia e modo de administração

Posologia

Após o início do tratamento, a dose deve ser aumentada ao longo de um período de 4 semanas, como a seguir descrito:

- Semana 1: Um comprimido de manhã
- Semana 2: Um comprimido de manhã e um comprimido à noite
- Semana 3: Dois comprimidos de manhã e um comprimido à noite
- Semana 4 e seguintes: Dois comprimidos de manhã e dois comprimidos à noite

A dose diária máxima recomendada de Mysimba é de dois comprimidos, em duas tomas por dia, perfazendo uma dose total de 32 mg de cloridrato de naltrexona e 360 mg de cloridrato de bupropiom.

A necessidade de tratamento contínuo deve ser avaliada após 16 semanas (ver secção 4.1) e reavaliada anualmente. Os riscos cardiovasculares de Mysimba quando administrado por mais de um ano não foram totalmente determinados. O tratamento com Mysimba deve ser descontinuado após um ano se os doentes não mantiverem uma perda de pelo menos 5% do seu peso corporal inicial (ver Secção 4.1). A avaliação anual deve ser realizada pelo profissional de saúde em discussão com o doente ao considerar a continuação do tratamento para garantir que não haja nenhuma alteração adversa no seu risco cardiovascular (ver Secção 4.4) e manutenção da perda de peso conforme definido nesta secção.

Dose esquecida

Caso se esqueçam de tomar uma dose, os doentes não devem tomar uma dose adicional, mas tomar a dose prescrita seguinte à hora habitual.

Populações especiais

Doentes idosos (mais de 65 anos de idade)

A associação de naltrexona/bupropiom deve ser utilizada com precaução em doentes com idade superior a 65 anos e não é recomendada em doentes com mais de 75 anos (ver secções 4.4, 4.8 e 5.2).

Doentes com insuficiência renal

A associação naltrexona/bupropiom é contraindicada em doentes com insuficiência renal terminal (ver secção 4.3). Em doentes com insuficiência renal moderada ou grave, a dose diária máxima recomendada para naltrexona/bupropiom é de dois comprimidos (um comprimido de manhã e um comprimido à noite) (ver secções 4.4, 4.8 e 5.2). Recomenda-se que os doentes com insuficiência renal moderada ou grave iniciem o tratamento com um comprimido de manhã durante a primeira semana de tratamento, aumentando para um comprimido de manhã e um comprimido à noite da semana 2 em diante. A redução da dose não é necessária em doentes com insuficiência renal ligeira. No caso de indivíduos com risco elevado de insuficiência renal, em particular indivíduos com diabetes ou idosos, a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) deve ser avaliada antes do início da terapêutica com naltrexona/bupropiom.

Doentes com insuficiência hepática

A associação naltrexona/bupropiom é contraindicada em doentes com insuficiência hepática grave (ver secção 4.3). A associação naltrexona/bupropiom não é recomendada em doentes com insuficiência hepática moderada (ver secções 4.4 e 5.2). Em doentes com insuficiência hepática ligeira, a dose diária máxima recomendada de naltrexona/bupropiom é de dois comprimidos (um comprimido de manhã e um comprimido à noite) (ver secções 4.4 e 5.2). Recomenda-se que os doentes com insuficiência hepática ligeira iniciem o tratamento com um comprimido de manhã durante a primeira semana de tratamento, aumentando para um comprimido de manhã e um comprimido à noite da semana 2 em diante. O grau de insuficiência hepática deve ser avaliado utilizando a classificação de Child-Pugh.

População pediátrica

A segurança e eficácia da associação naltrexona/bupropiom em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos não foram ainda estabelecidas. Por conseguinte, a associação naltrexona/bupropiom não deve ser utilizada em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos.

Modo de administração

Via oral. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros com um pouco de água. Os comprimidos devem ser preferencialmente tomados com alimentos (ver secção 5.2). Os comprimidos não devem ser cortados, mastigados ou esmagados.

4.3 Contraindicações

- Hipersensibilidade à(s) substância(s) ativa(s) ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1.

- Doentes com hipertensão não controlada (ver secção 4.4)
- Doentes com um distúrbio convulsivo ou antecedentes de convulsões (ver secção 4.4)
- Doentes com tumor do sistema nervoso central conhecido
- Doentes sujeitos a síndrome de abstinência aguda de álcool ou benzodiazepinas
- Doentes com antecedentes de distúrbio bipolar
- Doentes sujeitos a qualquer tratamento concomitante contendo bupropiom ou naltrexona
- Doentes com um diagnóstico atual ou anterior de bulimia ou anorexia nervosa
- Doentes atualmente dependentes de opiáceos, incluindo medicamentos contendo opiáceos, doentes tratados com agonistas opiáceos utilizados na dependência de opiáceos (por exemplo, metadona, buprenorfina), ou doentes em abstinência aguda de opiáceos (ver secções 4.4 e 4.5)
- Doentes sujeitos a administração concomitante de inibidores da monoamina oxidase (IMAO). Deve haver um intervalo mínimo de 14 dias entre a descontinuação dos IMAO e o início do tratamento com a associação naltrexona/bupropiom (ver secção 4.5)
- Doentes com insuficiência hepática grave (ver secções 4.2 e 5.2)
- Doentes com insuficiência renal terminal (ver secções 4.2 e 5.2)

4.4 Advertências e precauções especiais de utilização

A segurança e tolerabilidade de naltrexona/bupropiom devem ser avaliadas em intervalos regulares.

O tratamento deve ser descontinuado, se houver preocupações com a segurança e tolerabilidade do tratamento em curso, incluindo preocupações acerca do aumento da pressão arterial (ver secção 4.8).

Suicídio e comportamento suicida

A associação naltrexona/bupropiom contém bupropiom. Bupropiom é indicado para o tratamento da depressão em alguns países. Uma meta-análise de ensaios clínicos com antidepressivos controlados com placebo, realizada em doentes adultos com distúrbios psiquiátricos, revelou um risco acrescido de comportamento suicida com os antidepressivos, comparativamente ao placebo, em doentes com idade inferior a 25 anos.

Embora em ensaios clínicos controlados com placebo, realizados com a associação naltrexona/bupropiom para o tratamento da obesidade em adultos, não tenham sido notificados suicídios nem tentativas de suicídio em estudos até às 56 semanas com a associação naltrexona/bupropiom, foram notificados eventos suicidas (incluindo ideação suicida) em indivíduos de todas as idades tratados com a associação naltrexona/bupropiom na pós-comercialização.

A terapêutica com a associação naltrexona/bupropiom deve ser acompanhada por uma monitorização apertada dos doentes, particularmente daqueles que apresentam maior risco, especialmente no início do tratamento e após alterações na posologia. Os doentes (e os prestadores de cuidados aos doentes) devem ser alertados para a necessidade de vigiar qualquer agravamento clínico, comportamento ou ideação suicida e alterações invulgares no comportamento, e de procurar imediatamente assistência médica, caso ocorram estes sintomas.

Convulsões

O bupropiom está associado a um risco de convulsões relacionado com a dose, com 300 mg de bupropiom de libertação prolongada (LP) a resultar numa incidência estimada de convulsões de 0,1%. As concentrações plasmáticas de bupropiom e de metabolitos de bupropiom após a administração de uma dose única de 180 mg de bupropiom, sob a forma de comprimidos de naltrexona/bupropiom, são comparáveis com as concentrações observadas após a administração única de 150 mg de bupropiom LP. No entanto, não foi realizado qualquer estudo para determinar as concentrações de bupropiom e de metabolitos de bupropiom após administração repetida de comprimidos de naltrexona/bupropiom, comparativamente aos comprimidos LP de bupropiom. Como se desconhece se o risco de convulsões com bupropiom está relacionado com o bupropiom ou com um metabolito do bupropiom, e como não existem dados que demonstrem a comparabilidade das concentrações plasmáticas com doses repetidas,

não existe certeza se a administração de doses repetidas de naltrexona/bupropiom pode estar associada a um índice de convulsões idêntico à da dose de 300 mg de bupropiom LP. A incidência de convulsões em indivíduos que receberam naltrexona/bupropiom em ensaios clínicos foi de aproximadamente 0,06% (2/3.239 indivíduos) *versus* 0,0% (0/1.515 indivíduos) a tomar placebo. Esta incidência de convulsões, juntamente com a incidência de convulsões em indivíduos que receberam naltrexona/bupropiom num ensaio alargado de resultados cardiovasculares (ERCV), não foi superior à taxa de convulsões com bupropiom em monoterapia nas doses aprovadas.

O risco de convulsões também está relacionado com fatores individuais, situações clínicas e medicação concomitante, o que deve ser tido em conta na seleção dos doentes tratados com naltrexona/bupropiom. A associação naltrexona/bupropiom deve ser descontinuada e não deve ser reiniciada em doentes que sofram uma convulsão durante o tratamento com este medicamento. Aconselha-se precaução quando se prescreve naltrexona/bupropiom a doentes com fatores de predisposição que possam aumentar o risco de convulsões, incluindo:

- antecedentes de traumatismo craniano
- utilização excessiva de álcool ou dependência de cocaína ou estimulantes
- como o tratamento com naltrexona/bupropiom pode resultar numa diminuição da glucose em doentes com diabetes, a dose de insulina e/ou de medicação oral para a diabetes deve ser avaliada para minimizar o risco de hipoglicemia, que pode predispor os doentes a convulsões.
- a administração concomitante de medicamentos que podem reduzir o limiar convulsivo, incluindo antipsicóticos, antidepressivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas e anti-histamínicos sedativos.

O consumo de álcool durante o tratamento com naltrexona/bupropiom deve ser minimizado ou evitado.

Doentes tratados com opiáceos

Os doentes têm de ser alertados para a utilização concomitante de opiáceos durante o tratamento com naltrexona/bupropiom (ver secções 4.3 e 4.5).

A associação naltrexona/bupropiom não pode ser administrada em doentes atualmente dependentes de opiáceos, incluindo medicamentos contendo opiáceos ou doentes tratados com agonistas opiáceos utilizados na dependência de opiáceos (por exemplo, metadona, buprenorfina) ou doentes em abstinência aguda de opiáceos (ver secções 4.3 e 4.5).

A associação naltrexona/bupropiom pode ser utilizada com precaução após a interrupção da utilização de opiáceos durante pelo menos 7 a 10 dias, de modo a evitar a precipitação de sintomas de abstinência. Quando se suspeita da utilização de opiáceos, pode ser feito um teste para garantir a eliminação da medicação opiácea antes de iniciar o tratamento com naltrexona/bupropiom. Se for necessária terapêutica com opiáceos após o início do tratamento, o tratamento com naltrexona/bupropiom tem de ser interrompido. Foram observadas reações graves com risco de vida, tais como convulsões e síndrome da serotonina, após a coadministração de naltrexona/bupropiom e opiáceos. Foi notificada uma analgesia opiácea intra/pós-operatória insuficiente durante o tratamento com naltrexona/bupropiom.

Em doentes que necessitam de tratamento intermitente com opiáceos (por exemplo, devido a um procedimento cirúrgico), a terapêutica com naltrexona/bupropiom deve ser descontinuada durante um mínimo de 3 dias antes e a dose de opiáceos não deve exceder a dose padrão. Durante os estudos clínicos realizados com naltrexona/bupropiom, a utilização concomitante de opiáceos ou de medicamentos similares aos opiáceos, incluindo analgésicos ou antitússicos, foi excluída. No entanto, aproximadamente 12% dos indivíduos tomou concomitantemente um opiácea ou um medicamento similar aos opiáceos durante a participação nos estudos clínicos da associação naltrexona/bupropiom; a maioria continuou o tratamento em estudo sem interromper a toma de naltrexona/bupropiom, sem consequências indesejáveis.

Tentativa de superar o bloqueio

A tentativa de superar qualquer bloqueio dos opiáceos à naltrexona, com a administração de grandes quantidades de opiáceos exógenos, é muito perigosa e pode dar origem a uma sobredosagem fatal ou intoxicação com opiáceos potencialmente fatal (por exemplo, paragem respiratória, colapso circulatório). Os doentes devem estar cientes de que podem estar mais sensíveis a doses inferiores de opiáceos, após a descontinuação do tratamento com naltrexona/bupropiom.

Reações alérgicas

Foram notificadas reações anafilactoides/anafiláticas, caracterizadas por sintomas como prurido, urticária, angioedema e dispneia, com necessidade de tratamento médico nos ensaios clínicos com bupropiom. Além disso, houve notificações espontâneas raras no período pós-comercialização de eritema multiforme, e choque anafilático associado ao bupropiom. Um doente deve parar de tomar naltrexona/bupropiom e consultar um médico, se tiver reações alérgicas ou anafilactoides/anafiláticas (por exemplo, erupção cutânea, prurido, urticária, dor no peito, edema e falta de ar) durante o tratamento.

Foram notificados casos de artralgia, mialgia e febre com erupção cutânea e outros sintomas sugestivos de hipersensibilidade retardada associados ao bupropiom. Estes sintomas podem assemelhar-se à doença do soro. Os doentes devem ser aconselhados a notificar o seu médico assistente se tiverem estes sintomas. Se houver suspeita de doença do soro, o tratamento com naltrexona/bupropiom deve ser descontinuado.

Reações adversas cutâneas graves (SCAR)

As SCAR, tal como a síndrome de Stevens-Johnson (SJS) e a pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA), que podem colocar a vida em risco ser fatais, foram notificadas em associação com o tratamento naltrexona/bupropiom.

Os doentes devem ser informados sobre os sinais e sintomas e acompanhados de perto quanto a reações cutâneas. Se surgirem sinais e sintomas sugestivos destas reações, o tratamento com naltrexona/bupropiom deve ser imediatamente interrompido, devendo considerar-se um tratamento alternativo (conforme apropriado). Se o doente desenvolveu uma reação grave do tipo SJS ou PEGA devido ao uso de naltrexona/bupropiom, o tratamento nunca poderá ser reiniciado com este doente.

Aumento da pressão arterial

Foram observados aumentos médios transitórios iniciais desde o ponto basal na pressão arterial sistólica e diastólica de até 1 mmHg nos ensaios clínicos com naltrexona/bupropiom de Fase 3. Num ensaio de resultados cardiovasculares (ERCV) com doentes em maior risco de um evento cardiovascular, foram também observados aumentos médios de aproximadamente 1 mmHg, desde o ponto basal, na pressão sistólica e diastólica em comparação com o placebo. Na prática clínica com outros medicamentos contendo bupropiom, foi notificada hipertensão, em alguns casos grave e a necessitar de tratamento urgente. Adicionalmente, foram notificados casos pós-comercialização de crise hipertensiva durante a fase de titulação inicial com naltrexona/bupropiom.

A pressão arterial e a frequência cardíaca devem ser medidas antes do início da terapêutica com naltrexona/bupropiom e devem ser avaliadas em intervalos regulares, de acordo com a prática clínica habitual. Se os doentes tiverem aumentos constantes e clinicamente relevantes na pressão arterial e na frequência cardíaca, como resultado do tratamento com naltrexona/bupropiom, este deve ser descontinuado.

A associação naltrexona/bupropiom deve ser administrada com precaução a doentes com hipertensão controlada e não deve ser administrada a doentes com hipertensão não controlada (ver secção 4.3).

Doença cardiovascular

Não há experiência clínica sobre a segurança da associação naltrexona/bupropiom em doentes com uma história recente de enfarte do miocárdio, doença cardíaca instável ou insuficiência cardíaca congestiva de Classe III ou IV segundo a NYHA (*New York Heart Association*). A associação naltrexona/bupropiom deve ser utilizada com precaução em doentes com doença ativa das artérias coronárias (por exemplo, angina de peito atual ou história recente de enfarte do miocárdio) ou antecedentes de doença cerebrovascular.

Síndrome de Brugada

O bupropiom pode desencadear síndrome de Brugada, uma doença hereditária rara do canal de sódio cardíaco com alterações características no ECG (bloqueio de ramo direito e elevação do segmento ST nas derivações precordiais direitas), o que pode levar a paragem cardíaca ou morte súbita. É aconselhada precaução em doentes com síndrome de Brugada ou com história familiar de paragem cardíaca ou morte súbita.

Hepatotoxicidade

Em estudos clínicos com naltrexona/bupropiom já concluídos, em que as doses diárias de cloridrato de naltrexona variaram entre 16 mg e 48 mg, foi notificada lesão hepática induzida por medicamento (DILI – *drug induced liver injury*). Houve também casos de enzimas hepáticas elevadas em notificações pós-comercialização. Um doente com suspeita de DILI deve parar de tomar naltrexona/bupropiom.

Doentes idosos

Os estudos clínicos da associação naltrexona/bupropiom não incluíram um número suficiente de indivíduos a partir dos 65 anos de idade para determinar se a sua resposta é diferente da resposta de indivíduos mais jovens. Os doentes idosos podem ser mais sensíveis a reações adversas da associação naltrexona/bupropiom a nível do sistema nervoso central. A naltrexona e o bupropiom são conhecidas por serem substancialmente excretadas pelos rins, e o risco de reações adversas à associação naltrexona/bupropiom pode ser maior em doentes com função renal comprometida, uma condição mais frequente em indivíduos idosos. Por estas razões, a associação naltrexona/bupropiom deve ser utilizada com precaução em doentes com idade superior a 65 anos e não é recomendada em doentes com mais de 75 anos.

Insuficiência renal

A associação naltrexona/bupropiom não foi amplamente estudada em indivíduos com insuficiência renal. A associação naltrexona/bupropiom é contraindicada em doentes com insuficiência renal terminal. Em doentes com insuficiência renal moderada ou grave, a dose diária máxima recomendada para naltrexona/bupropiom deverá ser reduzida, pois estes doentes poderão ter concentrações mais elevadas do medicamento, o que poderá resultar num aumento das reações adversas (ver secções 4.2, 4.8 e 5.2). No caso de indivíduos com risco elevado de insuficiência renal, em particular indivíduos com diabetes ou idosos, a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) deve ser avaliada antes do início da terapêutica com naltrexona/bupropiom.

Insuficiência hepática

A associação naltrexona/bupropiom não foi estudada extensivamente em indivíduos com insuficiência hepática. A associação naltrexona/bupropiom é contraindicada em doentes com insuficiência hepática grave e não é recomendada em doentes com insuficiência hepática moderada (ver secções 4.2, 4.3 e 5.2). Em doentes com insuficiência hepática ligeira, a dose diária máxima recomendada de naltrexona/bupropiom deve ser reduzida, visto estes doentes poderem ter concentrações mais elevadas dos fármacos, o que poderia resultar num aumento de reações adversas medicamentosas (ver secções 4.2 e 5.2).

Síndrome serotoninérgica

Foram notificados casos pós-comercialização de síndrome serotoninérgica, uma condição com potencial risco para a vida, aquando da coadministração de naltrexona/bupropiom com agentes serotoninérgicos, tais como inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina (IRSN) e opiáceos (por exemplo, tramadol, metadona) (ver secções 4.5 e 4.8). Caso o tratamento concomitante com outros agentes serotoninérgicos seja clinicamente justificável, é recomendada uma observação cuidadosa do doente, especialmente durante o início do tratamento e aumentos da dose.

A síndrome serotoninérgica pode incluir mudanças do estado mental (p.ex., agitação, alucinações, coma), instabilidade autonómica (p.ex., taquicardia, pressão sanguínea variável, hipertermia), anormalidades neuromusculares (p.ex., hiperreflexia, descoordenação, rigidez) e/ou sintomas gastrointestinais (p.ex., náuseas, vômitos, diarreia). Caso existam suspeitas de síndrome serotoninérgica, deve ser considerada a descontinuação do tratamento.

Sintomas neuropsiquiátricos e ativação de mania

Foram notificados casos de ativação de mania e hipomania em doentes com perturbações de humor, que foram tratados para a perturbação depressiva major com outros fármacos similares. Não foi notificado qualquer caso de ativação de mania ou hipomania nos ensaios clínicos que avaliaram os efeitos da associação naltrexona/bupropiom em indivíduos obesos e que excluíram indivíduos tratados com antidepressivos. A associação naltrexona/bupropiom deve ser utilizada com precaução em doentes com antecedentes de mania.

Foram notificados casos de ataques de pânico com naltrexona/bupropiom, em particular em doentes com antecedentes de perturbações do foro psiquiátrico. Os casos ocorreram principalmente durante a fase de titulação inicial e após as alterações da dose. A associação naltrexona/bupropiom deve ser utilizada com precaução em doentes com antecedentes de perturbações do foro psiquiátrico.

Os dados dos estudos em animais sugerem um potencial de abuso de bupropiom. No entanto, estudos sobre o potencial de abuso em seres humanos e a extensa experiência clínica demonstram que o bupropiom possui um baixo potencial de abuso.

Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas

A utilização de naltrexona/bupropiom foi associada a sonolência e episódios de perda de consciência, por vezes causados por convulsões. Os doentes terão que ser aconselhados a terem cuidado na condução ou utilização de máquinas durante o tratamento com naltrexona/bupropiom, especialmente no início do tratamento, ou durante a fase de titulação. Os doentes que tenham tonturas, sonolência, perda de consciência, ou convulsões deverão ser aconselhados a evitar a condução ou utilização de máquinas, até que estes efeitos adversos tenham tido resolução. Em alternativa, poderá ser considerada a interrupção do tratamento (ver secções 4.7 e 4.8).

Lactose

Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou mal-absorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento.

Materiais educacionais

Todos os médicos que pretendem prescrever Mysimba devem garantir que receberam e estão familiarizados com o material educacional médico. Os médicos devem explicar e discutir com o doente os benefícios e riscos da terapêutica com Mysimba, conforme indicado no RCM e no guia do prescritor (Lista de Verificação para o Prescritor).

4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interação

Inibidores da monoamina oxidase (IMAO)

Como os inibidores da monoamina oxidase A e B também potenciam as vias catecolaminérgicas, através de um mecanismo diferente do bupropiom, a associação naltrexona/bupropiom não deve ser utilizada com IMAO (ver secção 4.3).

Opiáceos

A associação naltrexona/bupropiom é contraindicada em doentes atualmente dependentes de opiáceos, incluindo medicamentos contendo opiáceos, doentes tratados com agonistas opiáceos utilizados na dependência de opiáceos (por exemplo, metadona, buprenorfina) ou em doentes em abstinência aguda de opiáceos (ver secções 4.3 e 4.4). Devido ao efeito antagonista da naltrexona no recetor dos opiáceos, os doentes que estejam a tomar naltrexona/bupropiom podem não ter o total benefício de um tratamento com medicamentos contendo opiáceos, como antitússicos, antigripais, preparações antidiarreicas e analgésicos opiáceos.

Fármacos metabolizados pelas enzimas do citocromo P450 (CYP)

O bupropiom é metabolizado no seu principal metabolito ativo hidroxibupropiom principalmente pelo citocromo P 450 CYP2B6. Por conseguinte, existe potencial para interação aquando da administração com medicamentos indutores ou inibidores do CYP2B6. Apesar de não serem metabolizados pela isoenzima CYP2D6, o bupropiom e o seu principal metabolito, hidroxibupropiom, inibem a via da CYP2D6 e existe potencial para afetar medicamentos metabolizados pela CYP2D6.

Substratos da CYP2D6

Num estudo clínico, a associação naltrexona/bupropiom (32 mg de cloridrato de naltrexona/360 mg de cloridrato de bupropiom diariamente) foi coadministrada com uma dose de 50 mg de metoprolol (um substrato da CYP2D6). A associação naltrexona/bupropiom aumentou a AUC e C_{max} do metoprolol em aproximadamente 4 e 2 vezes, respetivamente, relativamente à administração do metoprolol em monoterapia. Com a administração do bupropiom em monoterapia com a desipramina e venlafaxina, também foram observadas interações medicamentosas clínicas semelhantes que resultaram num aumento da exposição farmacocinética dos substratos da CYP2D6.

A coadministração de bupropiom com fármacos que são metabolizados pela isoenzima CYP2D6, incluindo alguns antidepressivos (inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e muitos antidepressivos tricíclicos, como por exemplo, desipramina, imipramina, paroxetina), antipsicóticos (por exemplo, haloperidol, risperidona e tioridazina), beta-bloqueadores (por exemplo, metoprolol) e antiarrítmicos de Tipo 1C (por exemplo, propafenona e flecainida), deve ser abordada com precaução e deve ser iniciada no limite mais baixo do intervalo posológico do medicamento concomitante. Apesar de o citalopram não ser metabolizado principalmente pela CYP2D6, num estudo, o bupropiom aumentou a C_{max} e a AUC do citalopram em 30% e 40%, respetivamente.

Após introdução no mercado, foram notificados casos de síndrome serotoninérgica, uma condição com potencialmente fatal, aquando da coadministração de naltrexona/bupropiom com agentes serotoninérgicos, tais como inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina (IRSN) e os opiáceos (por exemplo, tramadol, metadona) (ver secções 4.4 e 4.8).

Os fármacos que requerem ativação metabólica pela CYP2D6, de modo a serem eficazes (por exemplo, tamoxifeno), podem ter uma eficácia reduzida quando administrados concomitantemente com inibidores da CYP2D6, como o bupropiom. Se a associação naltrexona/bupropiom for adicionada ao regime terapêutico de um doente que já esteja a ser tratado com um fármaco metabolizado pela CYP2D6, a necessidade de reduzir a dose do medicamento original deve ser considerada, especialmente para aqueles fármacos concomitantes com um índice terapêutico estreito. Quando exequível, a opção de monitorização do tratamento terapêutico deve ser considerada para os medicamentos com um índice terapêutico estreito, como os antidepressivos tricíclicos.

Indutores, inibidores e substratos da CYP2B6

O bupropiom é metabolizado no seu principal metabolito ativo – hidroxibupropiom – pela isoenzima CYP2B6. Existe potencial para uma interação medicamentosa entre a associação naltrexona/bupropiom e fármacos que induzam ou sejam substratos da isoenzima CYP2B6.

Como o bupropiom é extensivamente metabolizado, aconselha-se precaução quando a associação naltrexona/bupropiom é coadministrada com medicamentos conhecidos por induzir a CYP2B6 (por exemplo, carbamazepina, fenitoína, ritonavir, efavirenz), visto que estes podem afetar a eficácia clínica da associação naltrexona/bupropiom. Numa série de estudos realizados em voluntários saudáveis, a administração de ritonavir (100 mg duas vezes ao dia ou 600 mg duas vezes ao dia) ou de 100 mg de ritonavir mais 400 mg de lopinavir, duas vezes ao dia reduziu a exposição do bupropiom e dos seus principais metabolitos de uma forma dependente da dose em 20 a 80%. Similarmente, a administração de 600 mg de efavirenz, uma vez ao dia, ao longo de duas semanas, reduziu a exposição do bupropiom em aproximadamente 55% nos voluntários saudáveis.

A coadministração de medicamentos que podem inibir o metabolismo do bupropiom através da isoenzima CYP2B6 (por exemplo, substratos da CYP2B6: ciclofosfamida, ifosfamida, e inibidores da CYP2B6: orfenadrina, ticlopidina, clopidogrel), pode resultar num aumento dos níveis plasmáticos do bupropiom e numa diminuição dos níveis do metabolito ativo hidroxibupropiom. As consequências clínicas da inibição do metabolismo do bupropiom via enzima CYP2B6 e as consequentes alterações no rácio bupropiom/hidroxibupropiom são atualmente desconhecidas, mas podem levar potencialmente a uma eficácia reduzida da associação naltrexona/bupropiom.

Substratos do OCT2

O bupropiom e os seus metabolitos inibem de forma competitiva o OCT2 na membrana basolateral do túbulo renal responsável pela secreção da creatinina, de forma idêntica à cimetidina, substrato do OCT2. Por conseguinte, os ligeiros aumentos na creatinina, observados após um tratamento prolongado com a associação naltrexona/bupropiom, são prováveis, devido à inibição do OCT2 e não são indicativos de alterações na depuração da creatinina. A utilização da associação naltrexona/bupropiom com outros substratos do OCT2 (por exemplo, a metformina) em ensaios clínicos não demonstrou a necessidade de um ajuste posológico ou outras precauções.

Outras interações

Apesar de os dados clínicos não identificarem uma interação farmacocinética entre o bupropiom e álcool, houve notificações raras de acontecimentos neuropsiquiátricos adversos ou de reduzida tolerância ao álcool em doentes que ingeriram bebidas alcoólicas durante o tratamento com bupropiom. Não há interações farmacocinéticas conhecidas entre a naltrexona e o álcool. O consumo de álcool durante o tratamento com naltrexona/bupropiom deve ser minimizado ou evitado.

Aconselha-se precaução quando se prescrever naltrexona/bupropiom a doentes com fatores de predisposição que podem aumentar o risco de convulsões, incluindo:

- como o tratamento com naltrexona/bupropiom pode resultar numa diminuição da glucose em doentes com diabetes, a dose de insulina e/ou de medicação oral para a diabetes deve ser avaliada para minimizar o risco de hipoglicemia, que pode predispor os doentes a convulsões.
- a administração concomitante de medicamentos que podem reduzir o limiar convulsivo, incluindo antipsicóticos, antidepressivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas e anti-histamínicos sedativos.

A associação de naltrexona/bupropiom está contraindicada em doentes que estejam a receber tratamento concomitante com inibidores da monoamina oxidase, bupropiom ou naltrexona, doentes sujeitos a abstinência intensa de álcool, opiáceos ou benzodiazepinas, doentes atualmente em dependência de opiáceos (ver secção 4.3).

A administração da associação naltrexona/bupropiom a doentes tratados concomitantemente com levodopa ou amantadina deve ser feita com precaução. Dados clínicos limitados sugerem uma

incidência mais elevada de reações adversas (por exemplo, náuseas, vômitos e reações neuropsiquiátricas adversas – ver secção 4.8) em doentes tratados concomitantemente com bupropiom e levodopa ou amantadina.

A administração da associação naltrexona/bupropiom com inibidores ou indutores da UGT 1A2 e 2B7 deve ser feita com precaução, uma vez que estes podem alterar a exposição da naltrexona.

A administração concomitante de naltrexona/bupropiom com digoxina pode diminuir os níveis plasmáticos de digoxina. Monitorizar os níveis plasmáticos de digoxina em doentes tratados concomitantemente com naltrexona/bupropiom e digoxina. Os médicos devem estar cientes de que os níveis de digoxina podem subir aquando da descontinuação de naltrexona/bupropiom e o doente deve ser monitorizado para possível toxicidade por digoxina.

A associação naltrexona/bupropiom não foi estudada em conjunção com bloqueadores alfa-adrenérgicos ou clonidina.

Como o bupropiom é extensamente metabolizado, aconselha-se precaução quando a associação naltrexona/bupropiom é coadministrada com medicamentos conhecidos por inibir o metabolismo (por exemplo, valproato), visto que estes podem afetar a sua eficácia clínica e segurança.

A associação naltrexona/bupropiom deve ser tomada preferencialmente com alimentos, visto saber-se que tanto as concentrações plasmáticas da naltrexona como as do bupropiom aumentam com a ingestão de alimentos, e os dados de segurança e eficácia clínica obtidos nos ensaios clínicos são baseados na administração com alimentos.

4.6 Fertilidade, gravidez e aleitamento

Gravidez

A quantidade de dados sobre a utilização da associação naltrexona/bupropiom em mulheres grávidas é limitada ou inexistente. A associação não foi testada em estudos de toxicidade reprodutiva. Estudos realizados com naltrexona em animais revelaram toxicidade reprodutiva (ver secção 5.3); estudos realizados com bupropiom em animais não revelam evidências claras de danos a nível reprodutivo. Desconhece-se o potencial risco para o ser humano.

A associação naltrexona/bupropiom não deve ser utilizada durante a gravidez ou em mulheres que estão a tentar engravidar.

Amamentação

A naltrexona, o bupropiom e os seus metabolitos, são excretados no leite humano.

Dado que a informação sobre a exposição sistémica à associação de naltrexona/bupropiom em recém-nascidos/lactentes é limitada, o risco para os recém-nascidos/lactentes não pode ser excluído. A associação de naltrexona/bupropiom não deve ser utilizada durante a amamentação.

Fertilidade

Não existem dados sobre a fertilidade decorrentes da utilização combinada de naltrexona e bupropiom. Não foi observado efeito sobre a fertilidade em estudos de toxicidade reprodutiva realizados com bupropiom. A administração oral de naltrexona a ratos causou um aumento significativo de pseudogravidez e uma redução na taxa de gravidez com aproximadamente 30 vezes a dose de naltrexona fornecida pela associação naltrexona/bupropiom. Desconhece-se a relevância destas observações no que diz respeito à fertilidade humana (ver secção 5.3).

4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas

Os efeitos da associação naltrexona/bupropiom sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas são moderados. Durante a condução ou utilização de máquinas, deve ser tido em consideração que podem ocorrer tonturas, sonolência, perda de consciência e convulsões durante o tratamento.

Os doentes devem ser aconselhados a terem cuidado na condução ou utilização de máquinas de risco, em caso de influência da naltrexona/bupropiom sobre a sua capacidade de realizar tais atividades (ver secções 4.4 e 4.8).

4.8 Efeitos indesejáveis

Resumo do perfil de segurança

Nos estudos clínicos, 23,8% dos indivíduos tratados com a associação naltrexona/bupropiom e 11,9% dos indivíduos tratados com placebo descontinuaram o tratamento devido a uma reação adversa. As reações adversas mais frequentes para a associação naltrexona/bupropiom foram náuseas (muito frequentes), obstipação (muito frequentes), vômitos (muito frequentes), tonturas (frequentes) e xerostomia (frequentes). As reações adversas mais frequentes que levaram à descontinuação da associação naltrexona/bupropiom foram náuseas (muito frequentes), cefaleias (muito frequentes), tonturas (frequentes) e vômitos (muito frequentes).

Lista tabular das reações adversas

O perfil de segurança da associação naltrexona/bupropiom (NB) resumido na Tabela 1 abaixo baseia-se em estudos clínicos realizados com a associação de dose fixa (reações adversas numa incidência de pelo menos 0,1% e duas vezes a do placebo) e/ou fontes de dados provenientes da pós-comercialização. A lista de termos na Tabela 2 fornece informação sobre as reações adversas dos componentes individuais naltrexona (N) e bupropiom (B) identificadas nos respetivos RCMs aprovados para diferentes indicações.

As frequências das reações adversas estão convencionadas da seguinte forma: muito frequentes ($\geq 1/10$), frequentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$), pouco frequentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), raros ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), muito raros ($< 1/10.000$), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis).

Tabela 1. Reações adversas notificadas em indivíduos que receberam a associação naltrexona/bupropiom, sob a forma de associação de dose fixa

Classes de Sistemas de Órgãos	Frequência	Reação adversa
Doenças do sangue e do sistema linfático	Raras	Diminuição do hematócrito Redução da contagem de linfócitos
	Desconhecidas	Linfadenopatia
Doenças do sistema imunitário	Pouco frequentes	Hipersensibilidade Urticária
	Raras	Angioedema
Doenças do metabolismo e da nutrição	Raras	Desidratação
Perturbações do foro psiquiátrico	Frequentes	Ansiedade Insónia
	Pouco frequentes	Sonhos anormais Agitação Alterações de humor Nervosismo Tensão Dissociação (sensação de distanciamento espacial)
	Raras	Alucinações
	Desconhecidas	Ataques de pânico
	Desconhecidas	Perturbações afetivas Agressão Estado de confusão Delírio Depressão Desorientação Perturbação de atenção Hostilidade Perda de libido Pesadelos Paranoia Perturbação psicótica Ideação suicida* Tentativa de suicídio Comportamento suicida
	Desconhecidas	
Doenças do sistema nervoso	Muito frequentes	Cefaleia
	Frequentes	Tonturas Tremores Disgeusia Letargia Sonolência
	Pouco frequentes	Tremores de intenção Problemas de equilíbrio Amnésia
	Raras	Perda de consciência Parestesia Pré-síncope Convulsões** Síncope

Classes de Sistemas de Órgãos	Frequência	Reação adversa
	Desconhecidas	Distonia Problemas de memória Parkinsonismo Instabilidade psicomotora Síndrome serotoninérgica****
Afeções oculares	Desconhecidas	Irritação ocular Dor ocular ou astenopia Inchaço ocular Aumento da lacrimação Fotofobia Visão turva
Afeções do ouvido e do labirinto	Frequentes	Acúfenos Vertigens
	Pouco frequentes	Cinetose
	Desconhecidas	Desconforto auditivo Dor de ouvidos
Cardiopatias	Frequentes	Palpitações Aumento da frequência cardíaca
	Pouco frequentes	Taquicardia
Vasculopatias	Frequentes	Afrontamento Hipertensão***** Aumento da tensão arterial
	Desconhecidas	Flutuação da pressão arterial
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino	Desconhecidas	Tosse Disfonia Dispneia Congestão nasal Desconforto nasal Dor orofaríngea Rinorreia Distúrbio sinusal Espirros Bocejos
Doenças gastrointestinais	Muito frequentes	Náuseas Obstipação Vômitos
	Frequentes	Xerostomia Dor na zona abdominal superior Dor abdominal
	Pouco frequentes	Desconforto abdominal Dispepsia Eructação
	Raras	Hematoquesia Hérnia Tumefação labial Dor na zona abdominal inferior Cáries dentárias*** Dor de dentes***
	Desconhecidas	Diarreia Flatulência Hemorroidas Úlcera

Classes de Sistemas de Órgãos	Frequência	Reação adversa
Afeções hepatobiliares	Pouco frequentes	Colecistite Aumento da ALT Aumento da AST Aumento das enzimas hepáticas
	Raras	Lesão hepática induzida por fármacos
	Desconhecidas	Hepatite
Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Frequentes	Hiperhidrose Prurido Alopécia Erupção cutânea
	Desconhecidas	Acne Eritema multiforme e Síndrome de Stevens-Johnson Lúpus eritematoso cutâneo Síndrome de lúpus eritematoso sistêmico agravada Pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA)
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	Raras	Dor no maxilar
	Desconhecidas	Artralgia Dor na virilha Mialgia Rabdomiólise
Doenças renais e urinárias	Pouco frequentes	Aumento da creatinina sérica
	Raras	Micção urgente
	Desconhecidas	Disúria Polaquiúria Frequência urinária e/ou retenção
Doenças dos órgãos genitais e da mama	Pouco frequentes	Disfunção erétil
	Raras	Menstruação irregular Hemorragia vaginal Secura vulvovaginal
Perturbações gerais e alterações no local de administração	Frequentes	Fadiga Sensação de nervosismo Irritabilidade
	Pouco frequentes	Astenia Sensação de estranheza sensação de calor Aumento de apetite Sede
	Raras	Dor torácica Algidez periférica Pirexia
	Desconhecidas	Calafrios Aumento de energia

Classes de Sistemas de Órgãos	Frequência	Reação adversa
* Têm sido notificados casos de ideação suicida e comportamento suicida durante a terapêutica com NB (ver secção 4.4).		
** A incidência de convulsões é de aproximadamente 0,1% (1/1.000). O tipo mais frequente de convulsões é convulsões tónico-clónicas generalizadas, um tipo de convulsão que pode resultar em alguns casos em confusão pós-ictal ou compromisso da memória (ver secção 4.4).		
*** A dor de dentes e cáries dentárias, embora não cumpram os critérios para inclusão nesta tabela, estão listadas com base no subgrupo dos doentes com xerostomia, no qual uma maior incidência de dor de dentes e cáries dentárias foi observada em indivíduos tratados com NB <i>versus</i> placebo.		
**** A síndrome serotoninérgica pode ocorrer como consequência de uma interação entre o bupropiom e medicamentos serotoninérgicos, (por exemplo, inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) ou inibidores da recaptação da serotonina e norepinefrina (IRSN) e opiáceos (ver secções 4.4 e 4.5)).		
***** Os casos pós-comercialização de crise hipertensiva foram notificados durante a fase de titulação inicial.		

Como a NB é uma associação fixa de duas substâncias ativas, para além dos termos listados na Tabela 1, potencialmente, poderão ocorrer reações adversas adicionais observadas com uma das substâncias ativas. Os efeitos indesejáveis adicionais que ocorrem com qualquer um dos componentes individuais (bupropiom ou naltrexona) quando utilizados para outras indicações, que não a obesidade, estão resumidos na Tabela 2.

Tabela 2. Reações adversas dos componentes individuais, naltrexona e bupropiom, identificadas nos respetivos RCM aprovados.

Classes de sistemas de órgãos	Frequência	Reação adversa
Infeções e infestações	Pouco frequentes	Herpes oral (N) Pé de atleta (N)
Doenças do sangue e do sistema linfático	Pouco frequentes	Púrpura trombocitopénica idiopática (N)
Doenças do sistema imunitário	Muito raras	Reações de hipersensibilidade mais graves, incluindo angioedema, dispneia/broncoespasmo e choque anafilático. Também foi comunicada artralgia, mialgia e febre em associação com erupção cutânea e outros sintomas sugestivos de hipersensibilidade retardada. Estes sintomas podem assemelhar-se à doença do soro. (B)
Doenças do metabolismo e da nutrição	Frequentes	Diminuição do apetite (N)
	Pouco frequentes	Anorexia (B) Perturbações da glicemia (B)
Doenças do foro psiquiátrico	Frequentes	Problemas de concentração (B)
	Pouco frequentes	Delírio (B) Despersonalização (B) Perturbação da libido (N) Ideação paranoide (B)
Doenças do sistema nervoso	Pouco frequentes	Ataxia (B) Descoordenação (B)
Afeções oculares	Pouco frequentes	Perturbação visual (B)
Cardiopatias	Frequentes	Alteração no eletrocardiograma (N)
Vasculopatias	Pouco frequentes	Hipotensão postural (B) Vasodilatação (B)
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino	Pouco frequentes	Expetoração aumentada (N)
Doenças gastrointestinais	Frequentes	Perturbações do paladar (B)

Classes de sistemas de órgãos	Frequência	Reação adversa
Afeções hepatobiliares	Pouco frequentes	Aumento da bilirrubina sérica (N) Icterícia (B)
Doenças dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Pouco frequentes	Exacerbação da psoríase (B) Seborreia (N)
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	Pouco frequentes	Fasciculações musculares (B)
Doenças dos órgãos genitais e da mama	Frequentes	Ejaculação retardada (N)
Perturbações gerais e alterações no local de administração	Pouco frequentes	Aumento de peso (N)

Descrição das reações adversas selecionadas

Convulsões

A incidência de convulsões com naltrexona/bupropiom durante o ciclo do programa clínico foi de 0,06% (2/3.239 indivíduos). Entre o grupo de indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom, ambos os casos de convulsões foram considerados graves e levaram à descontinuação do tratamento (ver secção 4.4). Não houve casos de convulsões no grupo placebo.

Reações adversas gastrointestinais

A grande maioria dos indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom que teve náuseas notificou o acontecimento nas primeiras 4 semanas de tratamento. Os acontecimentos foram geralmente autolimitados; a maioria dos acontecimentos resolveram-se em 4 semanas e quase todos estavam resolvidos na semana 24. Similarmente, a maioria dos episódios de obstipação em indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom foram notificados durante a fase de aumento da dose. O tempo até à resolução da obstipação foi similar entre indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom e os indivíduos tratados com placebo. Aproximadamente metade dos indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom que tiveram vômitos notificaram o acontecimento pela primeira vez durante a fase de aumento da dose. O tempo até à resolução dos vômitos foi tipicamente rápido (no prazo de uma semana) e quase todos os acontecimentos resolveram-se em 4 semanas. A incidência destas reações adversas gastrointestinais frequentes com naltrexona/bupropiom *versus* placebo foi a seguinte: náuseas (31,8% vs 6,7%), obstipação (18,1% vs 7,2%) e vômitos (9,9% vs 2,9%). A incidência de náuseas graves, obstipação grave e vômitos graves foi baixa, mas foi mais elevada em indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom, comparativamente a indivíduos tratados com placebo (náuseas graves: naltrexona/bupropiom (1,9%), placebo (<0,1%); obstipação grave: naltrexona/bupropiom (0,6%), placebo (0,1%); vômitos graves: naltrexona/bupropiom (0,7%), placebo (0,3%). Nenhum episódio de náuseas, obstipação ou vômitos foi considerado clinicamente perigoso.

Outras reações adversas frequentes

A maioria dos indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom que notificaram tonturas, cefaleias, insónias ou xerostomia, notificaram pela primeira vez estes acontecimentos durante a fase de aumento da dose. A xerostomia pode estar associada a dor de dentes e cáries dentárias; no subgrupo de doentes com xerostomia, foi observada uma maior incidência de dor de dentes e cáries dentárias em indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom, comparativamente a indivíduos tratados com placebo. A incidência de cefaleia grave, tonturas graves e insónia grave foi baixa, mas foi mais elevada em indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom, comparativamente a indivíduos tratados com placebo (cefaleia grave: naltrexona/bupropiom (1,1%), placebo (0,3%); tonturas graves: naltrexona/bupropiom (0,6%), placebo (0,2%); insónia grave: naltrexona/bupropiom (0,4%), placebo (<0,1%). Nenhum episódio de tonturas, xerostomia, cefaleias ou insónias em indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom foi considerado clinicamente perigoso.

Doentes idosos

Os doentes idosos podem ser mais sensíveis a algumas das reações adversas relacionadas com o sistema nervoso central, causadas pela associação naltrexona/bupropiom (principalmente tonturas e tremores). Há uma incidência acrescida de distúrbios gastrointestinais nos grupos etários mais altos. Os acontecimentos frequentes que levaram à descontinuação entre os idosos foram náuseas, vômitos, tonturas e obstipação.

Diabetes tipo 2

Os doentes com diabetes tipo 2 tratados com naltrexona/bupropiom demonstraram uma incidência mais elevada de reações adversas gastrointestinais, principalmente náuseas, vômitos e diarreia, do que os indivíduos sem diabetes. Os doentes com diabetes tipo 2 podem estar mais propensos a estes acontecimentos devido à utilização concomitante de medicamentos (por exemplo, metformina) ou podem estar mais propensos a ter distúrbios gastrointestinais subjacentes (por exemplo, gastroparésia) predispondo para sintomas gastrointestinais.

Insuficiência renal

Os doentes com insuficiência renal moderada tiveram uma maior incidência de reações adversas gastrointestinais e relacionadas com o sistema nervoso central, pelo que estes doentes tiveram geralmente uma tolerabilidade mais baixa a naltrexona/bupropiom numa dose diária total de 32 mg de cloridrato de naltrexona/360 mg de cloridrato de bupropiom, que se pensa ser devida a concentrações plasmáticas mais elevadas de metabolitos ativos. Os tipos de acontecimentos de tolerabilidade foram similares aos acontecimentos observados em doentes com função renal normal (ver secções 4.2, 4.4 e 5.2).

Notificação de suspeitas de reações adversas

A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício/risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#).

4.9 Sobredosagem

Experiência de sobredosagem humana

Não há experiência clínica de sobredosagem com a associação de bupropiom e naltrexona. A dose diária máxima da associação de bupropiom e naltrexona, administrada em ensaios clínicos, continha 50 mg de cloridrato de naltrexona e 400 mg de cloridrato de bupropiom. As implicações clínicas mais graves da sobredosagem da associação de bupropiom e naltrexona estão relacionadas com o bupropiom.

Bupropiom

Foi notificada a ingestão aguda de doses que excederam 10 vezes a dose terapêutica máxima de bupropiom (equivalente a aproximadamente 8 vezes a dose diária recomendada de naltrexona/bupropiom). Foram notificadas convulsões em aproximadamente um terço destes casos de sobredosagem. Outras reações graves notificadas com sobredosagens de bupropiom administrado em monoterapia incluíram alucinações, perda de consciência, taquicardia sinusal e alterações no ECG, como perturbações de condução (incluindo prolongamento do QRS) ou arritmias. Foram notificados episódios de febre, rigidez muscular, rabdomiólise, hipotensão, torpor, coma e falência respiratória, principalmente quando o bupropiom fez parte de sobredosagens com múltiplos fármacos.

Embora a maioria dos indivíduos tenha recuperado sem sequelas, foram notificadas mortes associadas a sobredosagens com bupropiom em monoterapia em indivíduos que ingeriram grandes quantidades do fármaco. Foram também notificados casos de síndrome serotoninérgica.

Naltrexona

A experiência com sobredosagens de naltrexona em monoterapia em humanos é limitada. Num estudo, indivíduos que receberam 800 mg de cloridrato de naltrexona por dia (equivalente a 25 vezes a dose diária recomendada de naltrexona/bupropiom) ao longo de uma semana não evidenciaram sinais de toxicidade.

Tratamento da sobredosagem

Devem ser asseguradas uma via aérea adequada, oxigenação e ventilação. A frequência cardíaca e os sinais vitais devem ser monitorizados. Também se recomenda a monitorização via EEG durante as primeiras 48 horas pós-ingestão. Também se recomendam medidas de suporte geral e sintomáticas. Não se recomenda a indução de emese.

Deve ser administrado carvão ativado. Não há experiência com a utilização de diurese forçada, diálise, hemoperfusão ou exsanguineotransfusão no tratamento de sobredosagens com a associação de bupropiom e naltrexona. Não são conhecidos antídotos específicos para a associação de bupropiom e naltrexona.

Devido ao risco convulsivo relacionado com a dose de bupropiom, deve ser considerada a hospitalização após uma suspeita de sobredosagem com naltrexona/bupropiom. Com base em estudos realizados em animais, é recomendado que as convulsões sejam tratadas com a administração de benzodiazepinas por via intravenosa e outras medidas de suporte, consoante a necessidade.

5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: Preparados antiobesidade excluindo produtos dietéticos, de ação central, código ATC: A08AA62.

Mecanismo de ação e efeitos farmacodinâmicos

Os efeitos neuroquímicos exatos de supressão do apetite pela associação naltrexona/bupropiom não são totalmente conhecidos. O fármaco tem dois componentes: naltrexona, um antagonista opiáceo *mu*, e bupropiom, um fraco inibidor da dopamina neuronal e da reabsorção da norepinefrina. Estes componentes afetam duas áreas principais do cérebro, especificamente o núcleo arqueado do hipotálamo e o sistema de recompensa dopaminérgico mesolímbico.

No núcleo arqueado do hipotálamo, o bupropiom estimula os neurónios pró-opiomelanocortina (POMC) que libertam a hormona estimulante de melanócitos alfa (α -MSH) que, por sua vez, se liga e estimula o recetor 4 da melanocortina (MC4-R). Quando a α -MSH é libertada, os neurónios POMC libertam simultaneamente β -endorfina, um agonista endógeno dos recetores opiáceos *mu*. A ligação da β -endorfina aos recetores opiáceos *mu* nos neurónios POMC medeia um *feedback* negativo sobre os neurónios POMC, levando a uma diminuição na libertação da α -MSH. É esperado que o bloqueio deste *feedback* inibitório com naltrexona facilite uma ativação mais potente e mais duradoura dos neurónios POMC, amplificando assim os efeitos do bupropiom sobre o equilíbrio energético. Dados pré-clínicos sugerem que a naltrexona e o bupropiom podem ter efeitos mais do que aditivos nesta região para reduzir a ingestão de alimentos, quando são administrados concomitantemente.

Eficácia clínica e segurança

Os efeitos da associação naltrexona/bupropiom na perda de peso, manutenção do peso, perímetro abdominal, composição do corpo, marcadores relacionados com a obesidade para os parâmetros cardiovasculares e metabólicos e as avaliações efetuadas pelos doentes foram analisados em estudos clínicos de obesidade de Fase 2 e Fase 3, com dupla ocultação e controlados com placebo (intervalo de IMC: 27-45 kg/m²) e duração de 16 a 56 semanas, randomizados para cloridrato de naltrexona (16 a 50 mg/dia) e/ou para cloridrato de bupropiom (300 a 400 mg/dia) ou placebo.

Efeito sobre a perda de peso e manutenção de peso

Foram realizados quatro estudos de obesidade de Fase 3, multicêntricos, com dupla ocultação e controlados com placebo (NB-301, NB-302, NB-303 e NB-304) para avaliar o efeito da associação naltrexona/bupropiom em conjunção com alterações no estilo de vida, em 4.536 indivíduos randomizados para tomarem naltrexona/bupropiom ou placebo. O tratamento foi iniciado com um período de aumento da dose. Três destes estudos (NB-301, NB-302 e NB-304) determinaram o principal *endpoint* às 56 semanas, e 1 estudo (NB-303) determinou o principal *endpoint* na semana 28, mas continuou até às 56 semanas. Os estudos NB-301, NB-303 e NB-304 incluíram formação periódica nos locais de estudo para reduzir o consumo calórico e aumentar a atividade física, enquanto o estudo NB-302 incluiu um programa intensivo de mudança de comportamento constituído por 28 sessões de aconselhamento em grupo ao longo de um período de 56 semanas, assim como a prescrição de uma dieta rigorosa e regime de exercício físico. O estudo NB-304 avaliou indivíduos com diabetes Tipo 2 que não atingiram o objetivo glicémico de HbA1c < 7% (53 mmol/mol) com agentes antidiabéticos orais ou apenas com dieta e exercício. O estudo NB-303 incluiu uma nova randomização de forma oculta e a adição de uma dose mais elevada de naltrexona (48 mg de cloridrato de naltrexona/360 mg de cloridrato de bupropiom) na semana 28 para metade do grupo de indivíduos

no grupo de tratamento ativo, que não responderam adequadamente ao tratamento, e, como tal, o principal *endpoint* para comparar a alteração de peso com 32 mg de cloridrato de naltrexona/360 mg de cloridrato de bupropiom *versus* placebo foi avaliado na semana 28.

Da população total de 4.536 indivíduos dos estudos de Fase 3 com naltrexona/bupropiom, 25% tinham hipertensão, 33% níveis de glicemia em jejum ≥ 100 mg/dl (5,6 mmol/l) no ponto basal, 54% dislipidemia à entrada para o estudo e 11% diabetes tipo 2.

Nos estudos de Fase 3 combinados, a idade média foi 46 anos, 83% eram mulheres, 77% eram brancos, 18% eram negros e 5% pertenciam a outras raças. O IMC médio basal foi 36 kg/m² e o perímetro abdominal médio 110 cm. Os dois *endpoints* co-principais foram a alteração percentual do peso corporal do ponto basal e a proporção de indivíduos que atingiram $\geq 5\%$ de perda de peso corporal total. Os resumos de dados da alteração média no peso corporal refletem a população “Intenção de Tratar” (ITT), definida como indivíduos que foram randomizados, tiveram uma medição do peso corporal basal e tiveram, pelo menos, uma medição do peso corporal pós-período basal durante a fase de tratamento definida, usando uma análise da última observação realizada (LOCF – *last observation carried forward*), assim como uma análise completa. Resumos da proporção de indivíduos que atingiram $\geq 5\%$ ou $\geq 10\%$ de redução no peso corporal utilizam uma análise da última observação realizada no ponto basal (BOCF - *baseline observation carried forward*) de todos os indivíduos randomizados. A adesão geral foi semelhante entre ensaios e entre grupos de tratamento. As taxas de adesão ao tratamento para os estudos integrados de Fase 3 foram: 67% NB *versus* 74% placebo às 16 semanas, 63% NB *versus* 65% Placebo às 26 semanas, 55% NB *versus* 55% placebo às 52 semanas.

Como descrito na Tabela 3, no estudo NB-301, os indivíduos tiveram uma percentagem média de perda de peso de -5,4% durante o tratamento com naltrexona/bupropiom, comparativamente aos -1,3% dos doentes tratados com placebo. Foi observada mais frequentemente uma perda de peso de, pelo menos, 5% do peso corporal no ponto basal em indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom (31%) comparativamente ao placebo (12%) (Tabela 4). Foi observada uma perda de peso mais acentuada no grupo de indivíduos que completaram 56 semanas de tratamento com naltrexona/bupropiom (-8,1%), comparativamente ao placebo (-1,8%). Resultados comparáveis foram observados no estudo NB-303, caracterizado por um desenho similar, com uma perda de peso significativa observada nos indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom, comparativamente ao placebo, no principal *endpoint* na semana 28, e mantida ao longo de um período de 56 semanas desde o ponto basal (Tabela 3).

A associação naltrexona/bupropiom também foi avaliada em associação com o programa de aconselhamento intensivo de mudança de comportamento no estudo NB-302. Consequentemente, houve uma maior perda de peso média desde o ponto basal no tratamento com naltrexona/bupropiom (-8,1%), comparativamente ao estudo NB-301 (-5,4%) na semana 56, e com o placebo (-4,9%), comparativamente ao estudo NB-301 (-1,3%).

Os efeitos do tratamento observados em indivíduos obesos e com excesso de peso com diabetes *mellitus* tipo 2 (Estudo NB-304) foram de certa forma menos acentuados que os observados nos outros estudos de Fase 3. Nesta população, a associação naltrexona/bupropiom (-3,7%) foi significativamente ($p < 0.001$) mais eficaz do que o tratamento com placebo (-1,7%).

Tabela 3. Perda de peso média (% de alteração) desde o ponto basal à semana 56 nos Estudos de fase 3 com naltrexona/bupropiom NB-301, NB-302 e NB-304 e desde o ponto basal à semana 28 no estudo de fase 3 NB-303

	Dados de 56 semanas						Dados de 28 semanas	
	NB-301		NB-302		NB-304		NB-303	
	NB	PBO	NB	PBO	NB	PBO	NB	PBO
Conjunto de análises da população "Intenção de Tratar"⁺⁺								
N	538	536	565	196	321	166	943	474
Ponto basal (kg)	99,8	99,5	100,3	101,8	104,2	105,3	100,4	99,4
% (IC a 95%) média MQ de alteração desde o valor basal	-5,4* (-6,0, -4,8)	-1,3 (-1,9, -0,7)	-8,1* (-8,8, -7,4)	-4,9 (-6,1, -3,7)	-3,7* (-4,3, -3,1)	-1,7 (-2,5, -0,9)	-5,7* (-6,1, -5,3)	-1,9 (-2,4, -1,4)
Conjunto de análises da população que completou os estudos⁺⁺								
N	296	290	301	106	175	100	619	319
Ponto basal (kg)	99,8	99,2	101,2	100,4	107,0	105,1	101,2	99,0
% (IC a 95%) média MQ de alteração desde o valor basal	-8,1 (-9,0, -7,2)	-1,8 (-2,7, -0,9)	-11,5 (-12,6, -10,4)	-7,3 (-9,0, -5,6)	-5,9 (-6,8, -5,0)	-2,2 (-3,4, -1,0)	-7,8 (-8,3, -7,3)	-2,4 (-3,0, -1,8)

IC, intervalo de confiança; MQ, mínimos quadrados

95% de intervalos de confiança calculados como Média MQ $\pm$ 1,96 x Erro Padrão.

+ Indivíduos que foram randomizados, tinham uma medição do peso corporal em ponto basal e tinham, pelo menos, uma medição do peso corporal pós-ponto basal durante a fase de tratamento definida. Os resultados baseiam-se na última observação realizada (LOCF).

⁺⁺ Indivíduos que tinham uma medição de peso no ponto basal e pós-ponto basal e que terminaram o tratamento de 56 semanas (Estudos NB-301, NB-302 e NB-304) ou de 28 semanas (NB-303).

* Diferença vs. placebo, $p < 0,001$

Os Estudos NB-301, NB-302 e NB-303 foram realizados em indivíduos obesos, ou com excesso de peso, ou obesos com comorbidades. O Estudo NB-302 teve um programa de mudança de comportamento mais intensivo, sendo que o principal *endpoint* do Estudo NB-303 foi à semana 28 para permitir nova randomização para a toma de doses diferentes na última fase do estudo. O Estudo NB-304 foi realizado em indivíduos com excesso de peso ou obesos que tinham diabetes *mellitus* tipo 2.

As percentagens de indivíduos com uma perda de peso corporal $\geq 5\%$ ou $\geq 10\%$ desde o ponto basal foram superiores com a associação naltrexona/bupropiom, comparativamente ao placebo, em todos os quatro ensaios de obesidade de Fase 3 (Tabela 4).

Tabela 4. Percentagem (%) de indivíduos a perder $\geq 5\%$ e $\geq 10\%$ do peso corporal desde o ponto basal à semana 56 nos estudos de fase 3 NB-301, NB-302 e NB-304 e desde o ponto basal à semana 28 no estudo de fase 3 NB-303

	Dados de 56 semanas						Dados de 28 semanas	
	NB-301		NB-302		NB-304		NB-303	
	NB	PBO	NB	PBO	NB	PBO	NB	PBO
População randomizada⁺								
N	583	581	591	202	335	170	1001	495
$\geq 5\%$ de perda de peso	31*	12	46**	34	28*	14	42*	14
$\geq 10\%$ de perda de peso	17*	5	30*	17	13**	5	22*	6
População que completou os estudos⁺⁺								
N	296	290	301	106	175	100	619	319
$\geq 5\%$ de perda de peso	62	23	80	60	53	24	69	22
$\geq 10\%$ de perda de peso	34	11	55	30	26	8	36	9

⁺ Com observação realizada no ponto basal (BOCF)

⁺⁺ Indivíduos que tinham uma medição de peso no ponto basal e pós-ponto basal e que terminaram o tratamento de 56 semanas (Estudos NB-301, NB-302 e NB-304) ou de 28 semanas (NB-303).

* Diferença vs. placebo, $p < 0,001$

** Diferença vs. placebo, $p < 0,01$

Os Estudos NB-301, NB-302 e NB-303 foram realizados em indivíduos obesos, ou com excesso de peso, ou obesos com comorbidades. O Estudo NB-302 teve um programa de mudança de comportamento mais intensivo, sendo que o principal *endpoint* do Estudo NB-303 foi à semana 28 para permitir nova randomização para a toma de doses diferentes na última fase do estudo. O Estudo NB-304 foi realizado em indivíduos com excesso de peso ou obesos que tinham diabetes *mellitus* tipo 2.

Dos indivíduos com dados observados na semana 16 nos quatro ensaios clínicos de Fase 3, 50,8% dos indivíduos randomizados para receber naltrexona/bupropiom tinham perdido $\geq 5\%$ do seu peso corporal basal, comparativamente a 19,3% dos indivíduos tratados com placebo (respondedores à semana 16). A um ano, a perda de peso média (usando a metodologia LOCF) entre os respondedores à semana 16, que receberam naltrexona/bupropiom, foi de 11,3% com 55% a perder $\geq 10\%$ do peso corporal. Adicionalmente, os respondedores à semana 16 que receberam naltrexona/bupropiom tiveram uma taxa elevada de retenção, com 87% a completar 1 ano de tratamento. O limiar de perda de peso de $\geq 5\%$ na semana 16 teve um valor preditivo positivo de 86,4% e um valor preditivo negativo de 84,8%, para determinar se um indivíduo tratado com naltrexona/bupropiom atingiria, pelo menos, 5% de perda de peso na semana 56. Os doentes que não satisfizeram os primeiros critérios de resposta não demonstraram ter uma tolerabilidade acrescida ou questões de segurança relativamente aos doentes que tiveram uma resposta inicial favorável.

Efeito sobre os parâmetros cardiovasculares e metabólicos

Foram observadas melhorias no perímetro abdominal (incluindo em indivíduos com diabetes tipo 2), triglicéridos, HDL-C e rácio de LDL-C/HDL-C para doentes tratados com naltrexona/bupropiom *versus* placebo em todos os estudos de Fase 3 (Tabela 4). Foram observadas melhorias nos triglicéridos, HDL-C e rácio de LDL-C/HDL-C nos doentes tratados com naltrexona/bupropiom diagnosticados com dislipidemia no ponto basal, independentemente do tratamento da dislipidemia. As alterações na média da pressão arterial são descritas na secção 4.4. Além disso, nos indivíduos que não tinham diabetes de tipo 2, houve reduções na insulina em jejum e na HOMA-IR, uma medida de resistência à insulina, em doentes tratados com naltrexona/bupropiom.

Efeitos sobre o controlo glicémico em doentes obesos com diabetes tipo 2

Após 56 semanas de tratamento de indivíduos com diabetes Tipo 2 (NB-304), a associação naltrexona/bupropiom demonstrou melhorias nos parâmetros de controlo glicémico, comparativamente ao placebo (Tabela 4). Foi observada uma melhoria mais acentuada da HbA1c comparativamente ao placebo, na primeira pesagem pós-ponto basal (semana 16, $p < 0,001$). A alteração média de HbA1c desde o ponto basal até à semana 56 foi de -0,63% para os indivíduos tratados com naltrexona/bupropiom comparativamente a -0,14% nos indivíduos tratados com placebo ($p < 0,001$). Em indivíduos com HbA1c $> 8\%$ (64 mmol/mol) no ponto basal, as alterações de HbA1c no *endpoint* foram de -1,1% e de -0,5% para a associação naltrexona/bupropiom e para o placebo, respetivamente. Foram observadas melhorias na glucose em jejum, insulina em jejum, HOMA-IR e na percentagem de indivíduos a necessitar de antidiabéticos de resgate para a diabetes no grupo dos doentes tratados com naltrexona/bupropiom *versus* placebo.

Tabela 5. Alteração nos parâmetros cardiovasculares e metabólicos desde o ponto basal até à semana 56 nos estudos de fase 3 NB 301, NB 302 e NB-304 e desde o ponto basal até à semana 28 no estudo de fase 3 NB 303

	Dados das 56 semanas						Dados das 28 semanas	
	NB-301		NB-302		NB-304		NB-303	
	NB	PBO	NB	PBO	NB	PBO	NB	PBO
Conjunto de análises completo⁺								
N	471	511	482	193	265	159	825	456
Perímetro abdominal, cm	-6,2*	-2,5	-10,0*	-6,8	-5,0*	-2,9	-6,2*	-2,7
Triglicéridos, % de alteração	-12,7*	-3,1	-16,6*	-8,5	-11,2*	-0,8	-7,3*	-1,4
HDL-C, mg/dl	3,4*	-0,1	4,1*	0,9	3,0*	-0,3	1,2*	-1,4
Rácio LDL-C/HDL-C	-0,21*	-0,05	-0,05*	0,12	-0,15*	0,04	-0,15*	0,07
HbA1c/%	Não aplicável				-0,6*	-0,1	Não aplicável	
Glucose em jejum, mg/dl	-3,2*	-1,3	-2,4	-1,1	-11,9	-4,0	-2,1	-1,7
Insulina em jejum, % de alteração	-17,1*	-4,6	-28,0*	-15,5	-13,5	-10,4	-14,1*	-0,5
HOMA-IR, % de alteração	-20,2*	-5,9	-29,9*	-16,6	-20,6	-14,7	-16,4*	-4,2

+ Com base na LOCF com a última observação realizada durante o tratamento.

* Valor $p < 0,05$ (valores nominais) comparativamente ao grupo placebo.

Os Estudos NB-301, NB-302 e NB-303 foram realizados em indivíduos obesos, ou com excesso de peso, ou obesos com comorbidades. O Estudo NB-302 teve um programa de mudança de comportamento mais intensivo, sendo que o principal *endpoint* do Estudo NB-303 foi à semana 28 para permitir nova randomização para doses diferentes na última fase do estudo. O Estudo NB-304 foi realizado em indivíduos com excesso de peso ou obesos que tinham diabetes *mellitus* tipo 2.

Efeito sobre a composição do corpo

Num subgrupo de indivíduos, a composição do corpo foi calculada através da absorciometria de raio-X de energia dupla (DEXA) (naltrexona/bupropiom = 79 indivíduos e placebo = 45 indivíduos) e de tomografia computadorizada (TAC) multicorte (naltrexona/bupropiom = 34 indivíduos e placebo = 24 indivíduos). A avaliação DEXA demonstrou que o tratamento com naltrexona/bupropiom esteve associado a maiores reduções desde o ponto basal na gordura corporal total e no tecido adiposo

visceral do que o placebo. Como esperado, os doentes tratados com naltrexona/bupropiom tiveram um aumento médio da percentagem total de massa corporal magra desde o ponto basal mais elevado do que os indivíduos tratados com placebo. Estes resultados sugerem que a maioria da perda de peso total se deveu a uma redução no tecido adiposo, incluindo tecido adiposo visceral.

População pediátrica

A Agência Europeia de Medicamentos deferiu a obrigação de apresentação dos resultados dos estudos com Mysimba em um ou mais subgrupos da população pediátrica no tratamento da obesidade (ver secção 4.2 para informação sobre utilização pediátrica). A associação naltrexona/bupropiom não deve ser utilizada em crianças e adolescentes.

5.2 Propriedades farmacocinéticas

Os resultados de um estudo de biodisponibilidade relativa de dose única em indivíduos saudáveis demonstrou que os comprimidos de naltrexona/bupropiom, quando a dose é ajustada, são bioequivalentes, com base na razão média da $AUC_{0-\infty}$ e intervalos de confiança de 90%, aos comprimidos de libertação imediata (LI) de naltrexona ou aos comprimidos de libertação prolongada (LP) de bupropiom administrados em monoterapia.

Absorção

Após uma única administração oral de comprimidos de naltrexona/bupropiom a indivíduos saudáveis, as concentrações máximas de naltrexona e bupropiom ocorreram aproximadamente 2 e 3 horas após a administração de naltrexona / bupropiom, respetivamente. Não houve diferenças na biodisponibilidade, medida pela AUC, da naltrexona ou do bupropiom quando administradas em associação, comparativamente à administração em monoterapia de cada substância. No entanto, dada a natureza prolongada da libertação farmacológica da associação naltrexona/bupropiom, a C_{max} da naltrexona foi acentuadamente reduzida comparativamente aos 50 mg de cloridrato de naltrexona LI administrados em monoterapia (uma diferença de cerca de 2 vezes após ajuste da dose). A C_{max} do bupropiom da associação naltrexona/bupropiom (180 mg de cloridrato de bupropiom) foi equivalente à C_{max} do bupropiom LP (150 mg de cloridrato de bupropiom), indicando que a C_{max} do bupropiom atingida com a associação naltrexona/bupropiom (360 mg de cloridrato de bupropiom/dia) é comparável à atingida com o bupropiom LP disponível no mercado (300 mg de cloridrato de bupropiom/dia) administrada em monoterapia.

A naltrexona e o bupropiom são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal (>90% absorvidas). No entanto, a naltrexona tem um efeito de primeira passagem significativo, limitando assim a biodisponibilidade sistémica, com apenas 5-6% a atingir a circulação sistémica intactos.

Efeito dos alimentos

Quando a associação de naltrexona/bupropiom foi administrada com uma refeição com um elevado teor de gordura, a AUC e a C_{max} da naltrexona aumentou 2,1 vezes e 3,7 vezes e a AUC e a C_{max} do bupropiom aumentou 1,4 vezes e 1,8 vezes, respetivamente. Em estado estacionário, o efeito dos alimentos resultou em aumentos da AUC e da C_{max} de 1,7 e 1,9 vezes para a naltrexona e de 1,1 e 1,3 vezes para o bupropiom, respetivamente. A experiência clínica incluiu condições prandiais variáveis e sustenta a toma dos comprimidos de naltrexona/bupropiom com alimentos.

Distribuição

O volume médio de distribuição em estado estacionário da naltrexona e bupropiom oral, administrados como associação de naltrexona/bupropiom, V_{ss}/F , foi de 5.697 litros e 880 litros, respetivamente. A ligação às proteínas plasmáticas não é extensa para a naltrexona (21%) ou para o bupropiom (84%), indicando um baixo potencial para interações medicamentosas por deslocamento.

Biotransformação e eliminação

Após administração oral única de comprimidos de naltrexona/bupropiom a indivíduos saudáveis, a semivida de eliminação média $T_{1/2}$ foi de aproximadamente 5 horas para a naltrexona e de 21 horas para o bupropiom.

Naltrexona

O principal metabolito da naltrexona é o 6-beta-naltrexol. Apesar de ser menos potente, o 6-beta-naltrexol é eliminado mais lentamente e, por conseguinte, circula em concentrações mais elevadas do que a naltrexona. A naltrexona e o 6-beta-naltrexol não são metabolizados pelas enzimas do citocromo P450, e os estudos *in vitro* indicam que não há potencial para a inibição ou indução de isoenzimas importantes. A naltrexona é metabolizada principalmente em 6-beta-naltrexol pelas dihidrodiol desidrogenases (DD1, DD2 e DD4). Outras grandes vias metabólicas são a formação dos metabolitos 2-hidroxi-3-O-metilnaltrexona e 2-hidroxi-3-O-metil-6-beta-naltrexol, que se pensa serem mediados pelas catecol-O-metiltransferases (COMT) e glucoronidação, que se pensa ser mediada por UGT1A1 e UGT2B7.

A naltrexona e os seus metabolitos são excretados principalmente pelos rins (37 a 60% da dose). O valor derivado para a excreção renal da naltrexona após administração oral, ajustando para a ligação às proteínas plasmáticas, é de 89 ml/minuto. Desconhece-se a enzima responsável pela principal via de eliminação. A excreção fecal é uma via de eliminação menor.

Bupropiom

O bupropiom é extensamente metabolizado em três metabolitos ativos: hidroxibupropiom, treohidrobupropiom e eritrohidrobupropiom. Os metabolitos possuem semividas de eliminação mais prolongadas que o bupropiom e acumulam-se em maior extensão. Achado *in vitro* sugerem que a CYP2B6 é a principal isoenzima envolvida na formação do hidroxibupropiom, enquanto as CYP1A2, 2A6, 2C9, 3A4 e 2E1 estão menos envolvidas. Em contraste, a formação do treohidrobupropiom foi notificada na literatura como sendo mediada pela 11-beta-hidroxisteroide desidrogenase 1. Desconhece-se a via metabólica responsável pela formação da eritrohidrobupropiom.

O bupropiom e os seus metabolitos inibem a CYP2D6. A ligação às proteínas plasmáticas do hidroxibupropiom é semelhante à do bupropiom (84%), enquanto os outros dois metabolitos têm aproximadamente metade da ligação.

Após a administração oral de 200 mg de cloridrato de bupropiom 1^4C em seres humanos, 87% e 10% da dose radioativa foram recuperados na urina e nas fezes, respetivamente. A fração da dose oral de bupropiom excretada sob a forma inalterada foi 0,5%, um achado consistente com o extenso metabolismo do bupropiom.

Acumulação

Após a administração de naltrexona/bupropiom, duas vezes ao dia, a naltrexona não se acumula, enquanto que o 6-beta-naltrexol se acumula com o tempo. Com base na sua semivida, estima-se que o 6-beta-naltrexol atinja concentrações em estado estacionário em aproximadamente 3 dias. Os metabolitos do bupropiom (e em menor extensão o bupropiom não metabolizado) acumulam-se e atingem concentrações de estado estacionário em aproximadamente uma semana. Não foi realizado nenhum estudo a comparar a AUC ou a C_{max} dos comprimidos de libertação prolongada de naltrexona/bupropiom com o bupropiom LP ou a naltrexona LI administrados em monoterapia, num cenário de doses múltiplas (isto é, em condições de estado estacionário).

Populações especiais

Género e raça

Uma análise combinada dos dados da naltrexona/bupropiom não revelou quaisquer diferenças significativas relacionadas com o género ou raça nos parâmetros farmacocinéticos do bupropiom ou

naltrexona. No entanto, só os indivíduos de raça caucasiana ou negra foram investigados de forma significativa. Não é necessário qualquer ajuste de dose com base no género ou raça.

Idosos

A farmacocinética da naltrexona/bupropiom não foi avaliada na população idosa. Como a naltrexona e os produtos metabólicos do bupropiom são excretados na urina, e os idosos são mais propensos a ter uma função renal diminuída, é necessária precaução na escolha da dose e pode ser útil vigiar a função renal. A associação naltrexona/bupropiom não é recomendada em doentes com mais de 75 anos.

Fumadores

Os dados da análise combinada de naltrexona/bupropiom não revelaram diferenças significativas nas concentrações plasmáticas de bupropiom ou naltrexona nos fumadores, comparativamente aos não fumadores. Os efeitos do tabaco na farmacocinética do bupropiom foram estudados em 34 voluntários saudáveis de ambos os sexos; 17 eram fumadores crónicos e 17 eram não fumadores. Após a administração oral de uma dose única de 150 mg de cloridrato de bupropiom, não houve quaisquer diferenças estatisticamente significativas na C_{max} , semivida, T_{max} , AUC ou depuração do bupropiom ou dos seus metabolitos ativos entre fumadores e não fumadores.

Insuficiência hepática

Foi realizado um estudo farmacocinético de dose única com a associação naltrexona/bupropiom em doentes com insuficiência hepática. Os resultados deste estudo demonstraram que, em doentes com insuficiência hepática ligeira (pontuações de Child-Pugh de 5-6 [Classe A]), existia um aumento modesto das concentrações de naltrexona, mas as concentrações de bupropiom e da maioria dos outros metabolitos eram maioritariamente comparáveis e, no máximo, duplicavam em relação às concentrações dos doentes com função hepática normal. Em doentes com insuficiência hepática moderada (pontuações de Child-Pugh de 7-9 [Classe B]) e grave (pontuações de Child-Pugh de 10 ou superior [Classe C]), foram observados aumentos da concentração máxima de naltrexona de cerca de 6 vezes e de cerca de 30 vezes para os doentes com insuficiência moderada e grave, respetivamente, ao passo que os aumentos do bupropiom foram de cerca de 2 vezes para ambos os grupos. Foram observados aumentos de cerca de 2 vezes e de cerca de 4 vezes na área sob a curva do bupropiom em doentes com insuficiência moderada e grave, respetivamente. Não se observaram alterações consistentes nos metabolitos da naltrexona ou bupropiom relacionadas com diferentes graus de insuficiência hepática. A associação naltrexona/bupropiom é contraindicada em doentes com insuficiência hepática grave (ver secção 4.3) e não é recomendada em doentes com insuficiência hepática moderada (ver secção 4.4). Em doentes com insuficiência hepática ligeira, a dose diária máxima recomendada de naltrexona/bupropiom deve ser reduzida (ver secção 4.2).

Insuficiência renal

Foi realizado um estudo farmacocinético de dose única para a associação naltrexona/bupropiom em indivíduos com insuficiência renal ligeira, moderada e grave, em comparação com indivíduos com função renal normal. Os resultados deste estudo demonstraram que a área sob a curva da naltrexona plasmática e metabolitos e para o bupropiom plasmático e metabolitos teve um aumento menor do que o dobro em doentes com insuficiência renal moderado e grave, e foram observados aumentos menores em doentes com insuficiência renal ligeira. Com base nestes resultados, não existem recomendações de ajuste de dose para doentes com insuficiência renal ligeira. Para doentes com insuficiência renal moderada ou grave, a dose diária máxima recomendada para naltrexona/bupropiom deverá ser reduzida (ver secção 4.2). A associação naltrexona/bupropiom é contraindicada em doentes com insuficiência renal terminal (ver secção 4.3).

5.3 Dados de segurança pré-clínica

Os efeitos da utilização combinada de bupropiom e naltrexona não foi estudada em animais.

Os dados não clínicos dos componentes individuais não revelam perigo especial para os seres humanos, com base nos estudos convencionais de segurança, farmacologia, toxicidade de dose repetida, genotoxicidade e potencial carcinogénico. Apenas se observaram quaisquer efeitos em estudos não clínicos a partir de níveis de exposição considerados suficientemente em excesso

relativamente ao nível máximo de exposição humana, indicando pouca relevância para a utilização clínica. No entanto, há algumas provas de hepatotoxicidade com o aumento da dose, visto que foram detetadas subidas reversíveis das enzimas hepáticas nos seres humanos com doses terapêuticas e com doses mais elevadas (ver secções 4.4 e 4.8). Foram observadas alterações hepáticas em estudos realizados com bupropiom em animais, mas estas refletem a ação de um indutor das enzimas hepáticas. Com as doses recomendadas para os seres humanos, o bupropiom não induz o seu próprio metabolismo. Isto sugere que os achados hepáticos em animais de laboratório têm apenas relevância limitada na avaliação e determinação do risco do bupropiom.

Toxicidade reprodutiva

A naltrexona (100 mg/kg/dia, aproximadamente 30 vezes a dose de naltrexona na associação naltrexona/bupropiom numa base de mg/m²) causou um aumento significativo de pseudogravidez no rato. Também ocorreu uma diminuição na taxa de gravidez dos ratos fêmeas acasalados. Não houve qualquer efeito sobre a fertilidade masculina com este nível de dosagem. Desconhece-se a relevância destas observações para a fertilidade humana.

A naltrexona demonstrou ter um efeito embriocida nos ratos tratados com 100 mg/kg/dia de naltrexona (30 vezes a dose de naltrexona/bupropiom) antes e durante a gestação, e nos coelhos tratados com 60 mg/kg/dia de naltrexona (36 vezes a dose de naltrexona/bupropiom) durante o período de organogénese.

Um estudo de fertilidade realizado com bupropiom em ratos, com doses até 300 mg/kg/dia, ou 8 vezes a dose de bupropiom fornecida pela associação naltrexona/bupropiom, não revelou quaisquer indícios de fertilidade comprometida.

Genotoxicidade

A naltrexona obteve resultados negativos nos seguintes estudos de genotoxicidade *in vitro*: ensaio de mutação reversa bacteriana (teste de Ames), ensaio de translocação hereditária, ensaio de troca das cromátides irmãs nas células CHO e teste de mutação génica do linfoma em ratinhos. A naltrexona também obteve resultados negativos num ensaio *in vivo* do micronúcleo em ratinhos. Pelo contrário, a naltrexona obteve resultados positivos nos seguintes ensaios: ensaio da frequência recessiva letal na *Drosophila*, teste de deteção de danos não específicos no ADN com *E. coli* e células WI-38 e urianálise para resíduos de histidina metilada. A relevância clínica destes achados ambíguos é desconhecida.

Os dados de genotoxicidade indicam que o bupropiom é um mutagénio bacteriano fraco, mas não um mutagénio para os mamíferos e, por conseguinte, não levanta preocupações como agente genotóxico humano. Estudos realizados em ratos e ratinhos confirmam a ausência de carcinogenicidade nestas espécies.

6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS

6.1 Lista dos excipientes

Núcleo do comprimido:

Cloridrato de cisteína
Celulose microcristalina
Hidroxipropilcelulose
Estearato de magnésio
Lactose anidra
Lactose mono-hidratada
Crospovidona Tipo A
Laca de alumínio de carmim de índigo (E132)

Hipromelose
Edetato dissódico
Dióxido de silicone coloidal

Revestimento por película:

Álcool polivinílico
Dióxido de titânio (E171)
Macrogol (3350)
Talco
Laca de alumínio de carmim índigo (E132)

6.2 Incompatibilidades

Não aplicável.

6.3 Prazo de validade

30 meses

6.4 Precauções especiais de conservação

Não conservar acima de 30°C.

6.5 Natureza e conteúdo do recipiente

Blisters de PVC/PCTFE/PVC/Alumínio.
Apresentação: 28, 112 comprimidos.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

6.6 Precauções especiais de eliminação

Não existem requisitos especiais para a eliminação.

7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Orexigen Therapeutics Ireland Limited
9-10 Fenian Street,
Dublin 2,
D02 RX24
Irlanda

8. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/14/988/001-002

9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Data da primeira autorização: 26 março 2015
Data da última renovação: 16 janeiro 2020

10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>

ANEXO II

- A. FABRICANTE RESPONSÁVEL PELA LIBERTAÇÃO DO LOTE**
- B. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS AO FORNECIMENTO E UTILIZAÇÃO**
- C. OUTRAS CONDIÇÕES E REQUISITOS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO**
- D. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS À UTILIZAÇÃO SEGURA E EFICAZ DO MEDICAMENTO**

A FABRICANTE RESPONSÁVEL PELA LIBERTAÇÃO DO LOTE

Nome e endereço do fabricante responsável pela libertação do lote

MIAS Pharma Ltd
Suite 1 Stafford House, Strand Road, Portmarnock, Co. Dublin,
Irlanda

B. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS AO FORNECIMENTO E UTILIZAÇÃO

Medicamento sujeito a receita médica.

C. OUTRAS CONDIÇÕES E REQUISITOS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

- **Relatórios periódicos de segurança (RPS)**

Os requisitos para a apresentação de RPS para este medicamento estão estabelecidos na lista Europeia de datas de referência (lista EURD), tal como previsto nos termos do n.º 7 do artigo 107.º-C da Diretiva 2001/83/CE e quaisquer atualizações subsequentes publicadas no portal europeu de medicamentos.

D. CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES RELATIVAS À UTILIZAÇÃO SEGURA E EFICAZ DO MEDICAMENTO

- **Plano de gestão do risco (PGR)**

O Titular da AIM deve efetuar as atividades e as intervenções de farmacovigilância requeridas e detalhadas no PGR apresentado no Módulo 1.8.2. da autorização de introdução no mercado, e quaisquer atualizações subsequentes do PGR que sejam acordadas.

Deve ser apresentado um PGR atualizado:

- A pedido da Agência Europeia de Medicamentos
- Sempre que o sistema de gestão do risco for modificado, especialmente como resultado da receção de nova informação que possa levar a alterações significativas no perfil benefício-risco ou como resultado de ter sido atingido um objetivo importante (farmacovigilância ou minimização do risco).

- **Medidas adicionais de minimização do risco**

O Titular da AIM assegurará que em cada Estado Membro, em que Mysimba seja comercializado, todos os profissionais de saúde que possam prescrever Mysimba tenham acesso a um guia de prescrição e todos os doentes tratados com Mysimba recebem um cartão de doente. Antes do lançamento de Mysimba em cada Estado Membro, o Titular da Autorização de Introdução no Mercado (AIM) tem de acordar o conteúdo e formato do guia de prescrição com a Autoridades Nacional Competente.

O guia de prescrição deve conter os seguintes elementos chave:

- um lembrete da indicação e necessidade de descontinuar o tratamento se houver receios com a segurança ou tolerabilidade do tratamento em curso, ou se após 16 semanas, os doentes tiverem perdido menos de 5% do seu peso corporal inicial ou se durante a avaliação anual dos doentes não foi mantida a perda de pelo menos 5% do peso corporal inicial;

- um lembrete das contraindicações, advertências e precauções, assim como das características do doente que colocam os doentes em risco mais elevado de reações adversas ao Mysimba, para ajudar a assegurar a adequada seleção dos doentes.

O cartão do doente deve conter os seguintes elementos-chave:

- - Informar os profissionais de saúde que está a utilizar Mysimba em caso de cirurgia. O Mysimba pode bloquear o efeito dos opiáceos, que podem ser utilizados durante e após a cirurgia como parte da anestesia e do tratamento da dor.
- - O seu médico pode aconselhá-lo a parar de tomar Mysimba pelo menos 3 dias antes da cirurgia.
- - Tenha sempre consigo o cartão do doente.
- - Leia sempre atentamente o folheto informativo.

- **Obrigação de concretizar as medidas de pós-autorização**

O Titular da Autorização de Introdução no Mercado deverá completar, dentro dos prazos indicados, as seguintes medidas:

Descrição	Data limite
<i>Estudo de Segurança Pós-Autorização (PASS):</i> A fim de caracterizar melhor a segurança cardiovascular a longo prazo, incluindo a ocorrência de acontecimentos cardiovasculares adversos <i>major</i> (MACE) relacionados com a combinação de cloridrato de naltrexona de libertação prolongada (LP) e cloridrato de bupropiom LP no tratamento de doentes com obesidade ou sobrepeso, o Titular da Autorização de Introdução no Mercado deve enviar os resultados do estudo prospetivo, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo CVOT-3 – INFORMUS.	Submissão do relatório final do estudo até 31 de Dezembro de 2028

ANEXO III

ROTULAGEM E FOLHETO INFORMATIVO

A. ROTULAGEM

INDICAÇÕES A INCLUIR NO ACONDICIONAMENTO SECUNDÁRIO**EMBALAGEM EXTERIOR****1. NOME DO MEDICAMENTO**

Mysimba 8 mg/90 mg comprimidos de libertação prolongada
cloridrato de naltrexona/cloridrato de bupropiom

2. DESCRIÇÃO DA(S) SUBSTÂNCIA(S) ATIVA(S)

Cada comprimido contém 8 mg de cloridrato de naltrexona, equivalente a 7,2 mg de naltrexona,
e 90 mg de cloridrato de bupropiom, equivalente a 78 mg de bupropiom.

3. LISTA DOS EXCIPIENTES

Contém lactose. Consultar o folheto informativo para mais informações.

4. FORMA FARMACÊUTICA E CONTEÚDO

28 comprimidos de libertação prolongada
112 comprimidos de libertação prolongada

5. MODO E VIA DE ADMINISTRAÇÃO

Consultar o folheto informativo antes de utilizar.
Via oral
Não partir, mastigar ou esmagar os comprimidos.

6. ADVERTÊNCIA ESPECIAL DE QUE O MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DA VISTA E DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7. OUTRAS ADVERTÊNCIAS ESPECIAIS, SE NECESSÁRIO**8. PRAZO DE VALIDADE**

EXP

9. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO

Não conservar acima de 30°C.

10. CUIDADOS ESPECIAIS QUANTO À ELIMINAÇÃO DO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU DOS RESÍDUOS PROVENIENTES DESSE MEDICAMENTO, SE APLICÁVEL

11. NOME E ENDEREÇO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Orexigen Therapeutics Ireland Limited
9-10 Fenian Street,
Dublin 2,
D02 RX24
Irlanda

12. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/14/988/001 112 comprimidos
EU/1/14/988/002 28 comprimidos

13. NÚMERO DO LOTE

Lot

14. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À DISPENSA AO PÚBLICO

15. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

16. INFORMAÇÃO EM BRAILLE

mysimba
8 mg/90 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Código de barras 2D com identificador único incluído.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO - DADOS PARA LEITURA HUMANA

PC:
SN:
NN:

**INDICAÇÕES MÍNIMAS A INCLUIR NAS EMBALAGENS “BLISTER” OU FITAS
CONTENTORAS**

BLISTERS

1. NOME DO MEDICAMENTO

Mysimba 8 mg/90 mg comprimidos de liberação prolongada
cloridrato de naltrexona/cloridrato de bupropiom

2. NOME DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

Orexigen

3. PRAZO DE VALIDADE

EXP

4. NÚMERO DO LOTE

Lot

5. OUTRAS

CARTÃO DO DOENTE

CARTÃO DO DOENTE**Mysimba®**

comprimidos de libertação prolongada

cloridrato de naltrexona/cloridrato de bupropiom

- Informe os profissionais de saúde que está a utilizar Mysimba em caso de cirurgia. Mysimba pode bloquear o efeito dos opiáceos, que podem ser utilizados durante e após a cirurgia como parte da anestesia e do tratamento da dor.
- O seu médico pode aconselhá-lo a parar de tomar Mysimba pelo menos 3 dias antes da cirurgia.
- Tenha sempre consigo o cartão do doente.
- Leia sempre atentamente o folheto informativo

Preencha esta secção ou peça ao seu médico que o faça

Nome:

Nome do médico:

Telefone do médico:

B. FOLHETO INFORMATIVO

Folheto informativo: Informação para o doente

Mysimba 8 mg/90 mg comprimidos de libertação prolongada cloridrato de naltrexona/cloridrato de bupropiom

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Poderá ajudar, comunicando quaisquer efeitos secundários que tenha. Para saber como comunicar efeitos secundários, veja o final da secção 4.

Leia com atenção todo este folheto antes de começar a tomar este medicamento pois contém informação importante para si.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico ou farmacêutico.
- Este medicamento foi receitado apenas para si. Não deve dá-lo a outros. O medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sinais de doença.
- Se tiver quaisquer efeitos secundários, incluindo possíveis efeitos secundários não indicados neste folheto, fale com o seu médico ou farmacêutico. Ver secção 4.

O que contém este folheto:

1. O que é Mysimba e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de tomar Mysimba
3. Como tomar Mysimba
4. Efeitos secundários possíveis
5. Como conservar Mysimba
6. Conteúdo da embalagem e outras informações

1. O que é Mysimba e para que é utilizado

Mysimba contém duas substâncias ativas: cloridrato de naltrexona e cloridrato de bupropiom, e é utilizado, aliado a uma dieta de baixo teor calórico e exercício físico, para reduzir o peso em adultos obesos ou com excesso de peso. Este medicamento atua nas zonas do cérebro envolvidas no controlo da ingestão de alimentos e consumo de energia.

A obesidade em adultos com mais de 18 anos de idade é definida como um índice de massa corporal superior ou igual a 30 e o excesso de peso em adultos com mais de 18 anos de idade é definida como um índice de massa corporal superior ou igual a 27 e inferior a 30. O índice de massa corporal é calculado pela divisão do peso corporal (kg) pela altura ao quadrado (m²).

Mysimba está aprovado para ser utilizado em doentes com um índice de massa corporal inicial de 30 ou superior. Também pode ser administrado a pessoas com um índice de massa corporal entre 27 e 30, caso tenham problemas adicionais relacionados com o peso, como pressão arterial elevada controlada (hipertensão), diabetes tipo 2 ou níveis elevados de lípidos (gordura) no sangue.

Mysimba pode ser descontinuado pelo seu médico após 16 semanas, se não tiver perdido, pelo menos, 5% do seu peso corporal inicial. O seu médico também pode recomendar a interrupção do tratamento, se não manteve a perda de pelo menos 5 por cento do seu peso corporal inicial após 1 ano de tratamento ou se houver preocupações com o aumento da pressão arterial, ou outras preocupações com a segurança ou tolerabilidade deste medicamento.

2. O que precisa de saber antes de tomar Mysimba

Não tome Mysimba:

- se tem alergia à naltrexona, ao bupropiom ou a qualquer outro componente deste medicamento (indicados na secção 6);

- se tem uma pressão arterial anormalmente elevada (hipertensão) que não está controlada com medicação;
- se tem uma doença que causa ataques epiléticos (convulsões) ou se tem antecedentes de convulsões;
- se tem um tumor cerebral;
- se bebe normalmente muito álcool e deixou de beber recentemente, ou vai parar enquanto estiver a tomar Mysimba;
- se parou recentemente de tomar sedativos ou medicamentos para tratar a ansiedade (especialmente benzodiazepinas), ou se vai parar de tomar durante o tratamento com Mysimba;
- se tem ou já teve um distúrbio bipolar (alterações de humor extremas);
- se está a utilizar quaisquer outros medicamentos que contenham bupropiom ou naltrexona;
- se tem um distúrbio alimentar ou se teve um no passado (por exemplo, bulimia ou anorexia nervosa);
- se tem atualmente dependência de opiáceos, ou se está a tomar opiáceos para tratamento da dependência (por exemplo, metadona ou buprenorfina), ou se está a passar por uma síndrome de abstinência aguda (“ressaca”);
- se está a tomar medicamentos para a depressão ou doença de Parkinson, conhecidos por inibidores da monoamina oxidase (IMAOs), ou se os tomou nos últimos 14 dias;
- se tem uma doença de fígado grave;
- se tem uma doença de rins em fase terminal.

Advertências e precauções

Fale com o seu médico ou farmacêutico antes de tomar Mysimba.

Isto é importante porque algumas condições tornam-no mais propenso a ter efeitos secundários (ver também secção 4).

Caso se sinta **deprimido, a pensar em suicídio, tenha antecedentes de tentativa de suicídio, ataques de pânico ou quaisquer outros problemas de saúde mental**, deve informar o seu médico antes de tomar este medicamento.

Ataques (convulsões)

Foi demonstrado que Mysimba causa ataques epiléticos (convulsões) até 1 em 1.000 doentes (ver também secção 4). Deve informar o seu médico antes de tomar este medicamento:

- se teve alguma lesão cerebral grave ou traumatismo craniano;
- se bebe regularmente álcool (ver “Mysimba com álcool”);
- se usa regularmente medicamentos para o ajudar a dormir (sedativos);
- se está atualmente dependente ou viciado em cocaína ou em quaisquer outras substâncias estimulantes;
- se tem diabetes que controla com insulina ou outros medicamentos orais, visto que estes fármacos podem causar níveis baixos de açúcar no sangue (hipoglicemia); ou,
- se está a tomar medicamentos que podem aumentar o risco de convulsões (ver “Outros medicamentos e Mysimba”).

Se tiver um ataque (convulsão), deve parar de tomar Mysimba e consultar o seu médico de imediato.

Reações de hipersensibilidade

Deve parar imediatamente de tomar Mysimba e consultar o seu médico se tiver quaisquer sintomas de uma **reação alérgica**, como inchaço da garganta, língua, lábios ou rosto, dificuldade em engolir ou respirar, tonturas, febre, erupção cutânea, dor nas articulações ou nos músculos, comichão ou urticária depois de tomar este medicamento (ver também secção 4).

Foram notificadas reações cutâneas graves associadas ao tratamento com Mysimba, incluindo a síndrome de Stevens-Johnson e a síndrome de Pustulose exantematosa generalizada aguda (PEGA). Pare de tomar Mysimba e consulte imediatamente o seu médico se notar alguns sintomas relacionados com estas reações cutâneas graves descritas na secção 4.

Deve falar com o seu médico, especialmente se:

- tem **pressão arterial elevada** antes de tomar Mysimba, porque a situação pode agravar-se. A sua pressão arterial e frequência cardíaca serão medidas antes de começar a tomar Mysimba e durante o tratamento. Se a sua pressão arterial ou frequência cardíaca aumentar significativamente, pode ter de parar de tomar Mysimba;
- tem uma **doença arterial coronária** não controlada (uma doença causada por um fraco fluxo sanguíneo nos vasos sanguíneos do coração) com sintomas como angina de peito (caracterizada por dor no peito) ou um ataque cardíaco recente;
- tem ou teve uma doença que afete a circulação do sangue no cérebro (**doença vascular cerebral**);
- tem quaisquer **problemas no fígado** antes de começar a tomar Mysimba;
- tem quaisquer **problemas de rins** antes de começar a tomar Mysimba;
- tem antecedentes de **mania** (sensação de euforia ou grande excitação que resulta em comportamentos estranhos).
- Se tomar medicamentos para a **depressão**, o uso destes medicamentos juntamente com Mysimba pode causar síndrome serotoninérgica, uma condição com potencial risco para a vida (ver “Outros medicamentos e Mysimba” nesta secção e secção 4.)

Síndrome de Brugada

- se tem uma doença chamada síndrome de Brugada (uma síndrome hereditária rara que afeta o ritmo cardíaco) ou se paragem cardíaca ou morte súbita ocorreram na sua família.

Idosos

Aconselha-se precaução quando tomar Mysimba se tiver 65 anos ou mais. Mysimba não é recomendado se tiver mais de 75 anos.

Crianças e adolescentes

Não foram realizados estudos em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos. Por conseguinte, Mysimba não deve ser utilizado em crianças e adolescentes com menos de 18 anos.

Outros medicamentos e Mysimba

Informe o seu médico ou farmacêutico, se estiver a tomar ou tiver tomado recentemente, ou se vier a tomar outros medicamentos.

Não tome Mysimba com:

- **Inibidores da monoamina oxidase** (medicamentos para tratar a depressão ou doença de Parkinson), como fenelzina, selegilina ou rasagilina. Tem de parar de tomar estes medicamentos pelo menos 14 dias antes do início do tratamento com Mysimba (ver “Não tome Mysimba”).

Medicamentos contendo opiáceos, por exemplo, para tratar a tosse e as constipações (tais como preparações contendo dextrometorfano ou codeína), dependência de opiáceos (como a metadona ou a buprenorfina), a dor (por exemplo, tramadol, morfina ou codeína) e a diarreia (por exemplo, paregórico). Tem de parar de tomar quaisquer opiáceos pelo menos 7-10 dias antes do início do tratamento com Mysimba. O seu médico sujeitá-lo(a)-á a análises para se certificar que o seu organismo já não tem vestígios destes medicamentos antes de iniciar o tratamento.

Se necessitar de tratamento com opiáceos (por exemplo, durante uma cirurgia) enquanto estiver a tomar Mysimba, deve parar de tomar Mysimba pelo menos 3 dias antes de iniciar o tratamento com opiáceos ou uma intervenção cirúrgica. A naltrexona contida no Mysimba bloqueia os efeitos dos opiáceos durante vários dias após ter parado de tomar Mysimba.

Tomar Mysimba em conjunto com medicamentos para o tratamento da depressão e opiáceos pode causar reações graves com risco de vida, tais como síndrome serotoninérgica e convulsões (ver secção 2. Informe o seu médico se...), (ver “Efeitos secundários possíveis”).

Se tomar doses mais elevadas de opiáceos para superar estes efeitos da naltrexona, pode sofrer uma intoxicação aguda de opiáceos que pode ser fatal. Depois de interromper o tratamento com Mysimba, pode estar mais sensível a doses mais baixas de opiáceos (ver “Não tome Mysimba”).

Informe o seu médico se estiver a tomar algum dos medicamentos seguintes. O seu médico monitorizá-lo(a)-á atentamente para detetar eventuais efeitos secundários:

- Medicamentos que podem, quando utilizados em monoterapia ou em associação com a naltrexona/bupropiom, aumentar o **risco de ataques**, como por exemplo:
 - medicamentos para tratar a depressão e outros problemas de saúde mental;
 - esteroides (exceto gotas, cremes ou loções para os olhos e problemas de pele, ou inaladores para problemas respiratórios, como asma);
 - medicamentos utilizados para evitar a malária;
 - quinolonas (antibióticos como a ciprofloxacina para tratar infecções);
 - teofilina (utilizado no tratamento da asma);
 - anti-histamínicos (medicamentos para tratar a febre dos fenos, comichão e outras reações alérgicas) que causam sonolência (como por exemplo, a clorfenamina);
 - medicamentos para baixar os níveis de açúcar no sangue (como a insulina, sulfonilureias, como a gliburida ou glibenclamida, e meglitinidas, como a nateglinida ou a repaglinida);
 - medicamentos para o ajudar a dormir (sedativos como o diazepam).
- Medicamentos para tratar a **depressão** (como amitriptilina, desipramina, imipramina, venlafaxina, paroxetina, fluoxetina, citalopram, escitalopram) ou outros problemas de saúde mental (como risperidona, haloperidol, tioridazina). Mysimba pode interagir com alguns medicamentos utilizados para tratar a depressão e pode levar à chamada síndrome serotoninérgica. Os sintomas da mesma são mudanças do estado mental (p.ex., agitação, alucinações, coma) e outros efeitos, tais como uma temperatura corporal acima dos 38°C, um aumento do ritmo cardíaco, pressão sanguínea instável, reflexos exagerados, rigidez muscular, falta de coordenação e/ou sintomas gastrointestinais (p.ex., náuseas, vômitos, diarreia) (ver secção 4).
- Outros medicamentos utilizados para tratar a **pressão arterial elevada** (beta-bloqueadores como o metoprolol, e a clonidina, um anti-hipertensor de ação central);
- Alguns medicamentos utilizados para tratar a **frequência cardíaca irregular** (como a propafenona, a flecainida);
- Alguns medicamentos utilizados para tratar o **câncer** (como a ciclofosfamida, ifosfamida, tamoxifeno);
- Alguns medicamentos para a **doença de Parkinson** (como a levodopa, amantadina ou orfenadrina);
- Ticlopidina ou clopidogrel, utilizados principalmente no tratamento de **doenças cardíacas ou AVC**;
- Medicamentos utilizados no tratamento de **infecção por VIH e SIDA**, como o efavirenz e ritonavir;
- Medicamentos utilizados para tratar a **epilepsia**, como o valproato, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital.

O seu médico monitorizá-lo(a)-á atentamente para detetar eventuais efeitos secundários e/ou talvez precise de ajustar a dose de outros medicamentos ou de Mysimba.

Mysimba pode tornar outros medicamentos menos eficazes quando tomados em simultâneo:

- **Se tomar digoxina para o seu coração**

Se isto se aplica a si, informe o seu médico. O seu médico pode considerar ajustar a dose de digoxina.

Mysimba com álcool

O consumo excessivo de álcool durante o tratamento com Mysimba pode aumentar o risco de ataques (convulsões), episódios de distúrbios mentais ou até pode reduzir a tolerância ao álcool. O seu médico pode sugerir-lhe que não beba álcool durante o tratamento com Mysimba ou que tente beber o mínimo possível. Se neste momento bebe muito, não faça uma paragem repentina porque isso pode pô-lo em risco de ter um ataque.

Gravidez e amamentação

Mysimba não deve ser utilizado durante a gravidez ou em mulheres que estejam atualmente a planear engravidar, nem no período de amamentação.

Se está grávida ou a amamentar, se pensa estar grávida ou planeia engravidar, consulte o seu médico ou farmacêutico antes de tomar este medicamento.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Peça aconselhamento ao seu médico antes de conduzir e utilizar máquinas, pois Mysimba pode causar-lhe tonturas e sonolência, o que pode prejudicar a sua capacidade de concentração e reação.

Não conduza, nem utilize quaisquer ferramentas ou máquinas, nem realize atividades perigosas, até que saiba de que forma este medicamento o/a afeta.

Se sentir desmaio, fraqueza muscular ou convulsões durante o tratamento, não conduza nem utilize máquinas.

Em caso de dúvida, fale com o seu médico, que poderá considerar a interrupção do tratamento, dependendo da sua situação.

Mysimba contém lactose (um tipo de açúcar)

Se foi informado pelo seu médico que tem uma intolerância a alguns açúcares, contacte-o antes de tomar este medicamento.

3. Como tomar Mysimba

Tome este medicamento exatamente como indicado pelo seu médico. Fale com o seu médico ou farmacêutico se tiver dúvidas.

A dose inicial é normalmente um comprimido (8 mg de cloridrato de naltrexona/90 mg de cloridrato de bupropiom) tomado uma vez ao dia, de manhã. A dose será gradualmente ajustada da seguinte forma:

- **Semana 1:** Um comprimido por dia, de manhã
- **Semana 2:** Dois comprimidos todos os dias, um de manhã e outro à noite
- **Semana 3:** Três comprimidos por dia, dois de manhã e um à noite
- **Semana 4 e seguintes:** Quatro comprimidos todos os dias, dois de manhã e dois à noite.

A dose diária máxima recomendada de Mysimba é de dois comprimidos, duas vezes ao dia. Após 16 semanas e anualmente após o início do tratamento, o seu médico avaliará se deve continuar a tomar Mysimba.

Se tiver problemas de **fígado** ou **rins**, ou se **tiver mais de 65 anos**, e consoante a gravidade dos seus problemas, o seu médico avaliará cuidadosamente se este medicamento é adequado para si, ou poderá recomendar a toma de uma dose diferente e vigiá-lo(a)-á mais atentamente para detetar potenciais efeitos secundários. O seu médico far-lhe-á análises ao sangue antes de iniciar o tratamento com Mysimba, se tiver um nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) ou se tiver mais de 65 anos, de modo a que possa decidir se deve tomar este medicamento, ou se precisa de tomar uma dose diferente.

Este medicamento destina-se a utilização por via oral. Engula os comprimidos inteiros. Não os parta, não os mastigue nem os esmague. Os comprimidos devem ser tomados de preferência com os alimentos.

Se tomar mais Mysimba do que deveria

Se tomar demasiados comprimidos, estará mais em risco de ter um ataque ou outros efeitos secundários semelhantes aos descritos na secção 4. **Sem demora**, contacte imediatamente o seu médico ou contacte as urgências do hospital mais próximo.

Caso se tenha esquecido de tomar Mysimba

Ignore a dose esquecida e tome a dose seguinte à hora habitual. Não tome uma dose a dobrar para compensar uma dose que se esqueceu de tomar.

Se parar de tomar Mysimba

Pode necessitar de tomar Mysimba ao longo de pelo menos 16 semanas para obter o seu efeito completo. **Não pare de tomar Mysimba sem falar antes com o seu médico.**

Caso ainda tenha dúvidas sobre a utilização deste medicamento, fale com o seu médico ou farmacêutico.

4. Efeitos secundários possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos secundários, embora estes não se manifestem em todas as pessoas.

Efeitos secundários graves

Informe imediatamente o seu médico se tiver algum dos seguintes efeitos secundários graves:

- **Pensamentos suicidas ou sentimentos de depressão**
A frequência dos efeitos secundários como tentativas de suicídio, comportamento suicida, pensamentos suicidas e sentimentos de depressão não é conhecida e não pode ser calculada a partir dos dados disponíveis de pessoas a tomar Mysimba.
Foram comunicados casos de depressão, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio durante o tratamento com Mysimba. Se tiver pensamentos sobre causar dano a si próprio ou outros pensamentos perturbadores, ou se estiver deprimido e sentir que está pior ou a desenvolver novos sintomas, **fale com o seu médico ou dirija-se ao hospital de imediato.**
- **Ataques (convulsões):**
Raros – podem afetar até 1 em 1.000 pessoas tratadas com Mysimba com risco de ter um ataque. Os sintomas de um ataque incluem convulsões e, normalmente, perda de consciência. Alguém que acabou de ter um ataque pode ficar confuso e depois pode nem se lembrar do que aconteceu. Os ataques são mais prováveis se tomar uma dose excessiva, se tomar outros medicamentos ou se tiver um risco mais elevado do que é habitual de ter um ataque (ver secção 2).
- **Eritema multiforme e síndrome de Stevens Johnson**
Desconhecido – não pode ser calculada a frequência a partir dos dados disponíveis de pessoas a tomar Mysimba.
O eritema multiforme é uma condição grave da pele que pode afetar a boca e outras partes do corpo com pontos vermelhos, frequentemente com comichão, a surgirem nos membros. O síndrome de Stevens Johnson é uma condição grave da pele com bolhas graves e sangramento nos lábios, olhos, boca, nariz e órgãos genitais.
- **Pustulose exantematosa generalizada aguda**
Desconhecido – não pode ser calculada a frequência a partir dos dados disponíveis de pessoas a tomar Mysimba. Uma erupção de cor vermelha, escamosa, generalizada, com altos debaixo da pele e bolhas, acompanhada de febre. Os sintomas aparecem geralmente no início do tratamento.
- **Rabdomiólise**
Desconhecido – não pode ser calculada a frequência a partir dos dados disponíveis de pessoas a tomar Mysimba.
A rabdomiólise é uma quebra anormal do tecido muscular que pode causar problemas renais. Os sintomas incluem cãibras musculares graves, dor muscular ou fraqueza muscular.
- **Erupção cutânea devido ao lúpus ou agravamento dos sintomas de lúpus**
Desconhecido – não pode ser calculada a frequência a partir dos dados disponíveis de pessoas a tomar Mysimba. O lúpus é uma perturbação do sistema imunitário que afeta a pele e outros órgãos. Se tiver exacerbações do lúpus, erupção ou lesões cutâneas (em especial em zonas expostas ao sol) enquanto estiver a tratar Mysimba, contacte imediatamente o seu médico pois pode ser necessário parar o tratamento.
- **Síndrome serotoninérgica**, que se pode manifestar como mudanças do estado mental (p.ex., agitação, alucinações, coma) e outros efeitos, tais como uma temperatura corporal acima dos 38°C, um aumento do ritmo cardíaco, pressão sanguínea instável, reflexos exagerados, rigidez muscular, falta de coordenação e/ou sintomas gastrointestinais (p.ex., náuseas, vômitos, diarreia), durante a toma de Mysimba

juntamente com medicamentos utilizados para tratar a depressão (tais como a paroxetina, citalopram, escitalopram, fluoxetina e venlafaxina e opiáceos (ver secção 2).
Desconhecido – A frequência nas pessoas que tomam Mysimba não pode ser estimada a partir dos dados disponíveis.

Outros efeitos secundários incluem:

Muito frequentes (podem afetar mais de 1 em 10 pessoas):

- Indisposição, sensação de enjoos (náuseas) e vômitos
- Prisão de ventre
- Dor de cabeça

Frequentes (podem afetar até 1 em 10 pessoas):

- Ansiedade
- Tonturas, sensação de tonturas ou de “rodopio” (vertigens)
- Sentir-se trémulo (tremores)
- Dificuldade em dormir (certifique-se de que não toma Mysimba próximo da hora de deitar)
- Alterações no sabor da comida (disgeusia), boca seca
- Dificuldade de concentração
- Sensação de cansaço (fadiga e sonolência) ou falta de energia (letargia)
- Zumbidos nos ouvidos (acufeno)
- Batimento cardíaco acelerado ou irregular
- Afrontamentos
- Aumento da tensão arterial (por vezes grave)
- Dor na zona superior do abdómen
- Dor no abdómen
- Sudação excessiva (hiperhidrose)
- Erupção cutânea, comichão (prurido)
- Queda de cabelo (alopecia)
- Irritabilidade
- Sensação de nervosismo

Pouco frequentes (podem afetar até 1 em 100 pessoas):

- Urticária
- Hipersensibilidade
- Sonhos estranhos
- Nervosismo, sensação de “estar longe”, tensão, agitação, alterações de humor
- Tremor na cabeça ou num membro que aumenta quando tentar realizar uma determinada função (tremores de intenção)
- Perturbação no equilíbrio
- Perda de memória (amnésia)
- Formigueiro ou dormência nas mãos ou nos pés
- Enjojo do movimento
- Arrotos
- Desconforto abdominal
- Indigestão
- Inflamação da vesícula biliar (colecistite)
- Aumento dos níveis de creatinina no sangue (indicativo de diminuição da função renal)
- Aumento dos níveis de enzimas hepáticas e de bilirrubina, distúrbios hepáticos
- Dificuldade em conseguir ou manter uma ereção
- Sensação anormal, fraqueza (astenia)
- Sede, sentir-se quente
- Dor no peito
- Aumento do apetite, aumento de peso

Raros (podem afetar até 1 em 1.000 pessoas):

- Número reduzido de determinados glóbulos brancos (baixa contagem de linfócitos)

- Hematócrito reduzido (indicativo da perda de volume de glóbulos vermelhos)
- Inchaço das pálpebras, face, lábios, língua ou garganta, o que pode causar grande dificuldade em respirar (angioedema)
- Perda excessiva de líquidos (desidratação)
- Alucinações
- Desmaio, perda de consciência, sensação eminente de desmaio (pré-síncope)
- Convulsões
- Excreção de sangue vivo pelo ânus, normalmente com as fezes ou no meio das fezes (hematoquesia)
- Projeção de um órgão ou tecido envolvente de um órgão através da parede da cavidade onde se encontra normalmente (hérnia)
- Dor de dentes
- Cáries e cavidades dentárias
- Dor na zona inferior do abdômen
- Lesão do fígado devido a toxicidade medicamentosa
- Dor no maxilar
- Um distúrbio caracterizado por uma necessidade repentina e urgente de urinar (micção urgente)
- Ciclo menstrual irregular, hemorragia vaginal, secura da vulva e vagina
- Sensação de frio nas extremidades (mãos, pés)

Efeitos secundários desconhecidos (a frequência não pode ser calculada a partir dos dados disponíveis):

- Inchaço de glândulas no pescoço, axilas ou virilhas (linfadenopatia)
- Perturbações de humor
- Ideias irracionais (delírio)
- Psicose
- Sensação de ansiedade aguda e incapacitante (ataque de pânico)
- Perda de desejo sexual
- Sensação de hostilidade
- Desconfiança grave (paranoia)
- Agressão
- Perturbação da atenção
- Pesadelos
- Confusão, desorientação
- Problemas de memória
- Inquietude
- Rigidez muscular, movimentos descontrolados, problemas a nível do andar ou da coordenação
- Visão turva, dor nos olhos, irritação ocular, inchaço ocular, olhos lacrimejantes, aumento da sensibilidade à luz (fotofobia)
- Dor de ouvidos, desconforto auditivo
-
- Dificuldade em respirar
- Desconforto nasal, congestão, nariz a pingar, espirros, problema dos seios nasais
- Dor de garganta, alterações da voz, tosse, bocejos
- Hemorroidas, úlcera
- Diarreia
- Gases (flatulência)
- Hepatite
- Acne
- Dor na virilha
- Dor muscular
- Dor nas articulações
- Micção anormalmente frequente, micção dolorosa
- Arrepios
- Aumento de energia

Comunicação de efeitos secundários

Se tiver quaisquer efeitos secundários, incluindo possíveis efeitos secundários não indicados neste folheto, fale com o seu médico ou farmacêutico. Também poderá comunicar efeitos secundários diretamente através do sistema nacional de notificação mencionado no [Apêndice V](#). Ao comunicar efeitos secundários, estará a ajudar a fornecer mais informações sobre a segurança desde medicamento.

5. Como conservar Mysimba

Manter este medicamento fora da vista e do alcance das crianças.

Não utilize este medicamento após o prazo de validade impresso na embalagem exterior e no blister após “EXP”. O prazo de validade corresponde ao último dia do mês indicado.

Não conservar acima de 30°C.

Não deite fora quaisquer medicamentos na canalização ou no lixo doméstico. Pergunte ao seu farmacêutico como deitar fora os medicamentos que já não utiliza. Estas medidas ajudarão a proteger o ambiente.

6. Conteúdo da embalagem e outras informações

Qual a composição de Mysimba

- **As substâncias ativas são** cloridrato de naltrexona e cloridrato de bupropiom. Cada comprimido contém 8 miligramas de cloridrato de naltrexona, equivalente a 7,2 miligramas de naltrexona, e 90 miligramas de cloridrato de bupropiom, equivalente a 78 miligramas de bupropiom.
- **Os outros componentes (excipientes) são:**
Núcleo do comprimido: celulose microcristalina, hidroxipropilcelulose, lactose anidra, lactose mono-hidratada (ver secção 2 “Mysimba contém lactose”), cloridrato de cisteína, crospovidona Tipo A, estearato de magnésio, hipromelose, edetato dissódico, dióxido de silicone coloidal e laca de alumínio de carmim de índigo (E132).
Revestimento por película: álcool poli(vinílico), dióxido de titânio (E171), macrogol (3350), talco e laca de alumínio de carmim de índigo (E132).

Qual o aspeto de Mysimba e conteúdo da embalagem

Os comprimidos de libertação prolongada Mysimba são azuis, biconvexos e redondos, contendo a impressão “NB-890” numa das faces. Mysimba está disponível em embalagens de 28 ou 112 comprimidos. É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

Titular da Autorização de Introdução no Mercado e Fabricante

Orexigen Therapeutics Ireland Limited
9-10 Fenian Street,
Dublin 2,
D02 RX24
Irlanda

MIAS Pharma Ltd
Suite 1 Stafford House, Strand Road, Portmarnock, Co. Dublin,
Irlanda

Para quaisquer informações sobre este medicamento, queira contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado:

Belgique/België/Belgien

GOODLIFE Pharma SA/NV

Tel. +3280079510

България

PharmaSwiss EOOD

Тел.: 08002100278

Česká republika

PharmaSwiss Česká republika s.r.o.

Tel: +42800202135

Danmark

Navamedic AB

Tel. +4580253432

Deutschland

Orexigen Therapeutics Ireland Limited

Tel. +44 1223771222

Eesti

B-LINK PHARMA UAB

Tel: 8000112023

Ελλάδα

Win Medica Pharmaceutical S.A.

Τηλ: 8003252735

España

Orexigen Therapeutics Ireland Limited

Tel. +34 900 808 093

France

Orexigen Therapeutics Ireland Limited

Tel. +33 805543871

Hrvatska

Orexigen Therapeutics Ireland Limited

Tel. 0800200448

Ireland

Consilient Health Limited

Tel. +3531800849099

Ísland

Navamedic AB

Tel. 8004383

Italia

Bruno Farmaceutici S.p.A.

Tel. +39800187271

Κύπρος

C.G.Papaloisou Ltd

Tel: +35780091128

Latvija

B-LINK PHARMA UAB

Tel: 80005400

Liechtenstein

Orexigen Therapeutics Ireland Limited

Tel. +49 89121409178

Lietuva

B-LINK PHARMA UAB

Tel: 0880033407

Luxembourg/Luxemburg

GOODLIFE Pharma SA/NV

Tel. +352 800 23603

Magyarország

Bausch Health Magyarország Kft.

Tel: +36 680014337

Malta

Vivian Corporation Limited

Tel. +356 80062176

Nederland

GOODLIFE

Tel. 8000200800

Norge

Navamedic AB

Tel. 800 315 11

Österreich

Kwizda Pharma GmbH

Tel. +43800232905

Polska

Bausch Health Poland sp. z o.o.

Tel.: +48 800999969

Portugal

Laboratório Medinfar - Produtos Farmacêuticos, S.A.

Tel. +351800509600

România

Orexigen Therapeutics Ireland Limited

Tel. 0040800896562

Slovenija

Orexigen Therapeutics Ireland Limited

Tel. +38680083132

Slovenská republika

Bausch Health Slovakia s.r.o.

Tel: +42800601203

Suomi/Finland

Navamedic AB

Puh. 0800416203

Sverige

Navamedic AB

Tel. +46200336733

United Kingdom (Northern Ireland)

Orexigen Therapeutics Ireland Limited

Tel. +44 20 3966 0116

Este folheto foi revisto pela última vez em**Outras fontes de informação**

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu/>