

# Zarelis<sup>®</sup> BO

VENLAFAXINA DE LIBERACIÓN OSMÓTICA CONTROLADA



**Mayor Control de  
la DEPRESIÓN y ANSIEDAD**

## 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

**Zarelis® BO** comprimidos recubiertos de liberación osmótica controlada.

## 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada comprimido recubierto de liberación osmótica controlada contiene:

Venlafaxina (como clorhidrato) 75 mg - 150 mg - 225 mg - 300 mg

Excipientes: Núcleo: Manitol, Povidona K 90, Macrogol 400, Celulosa microcristalina, Dióxido de silicio coloidal, Estearato de magnesio vegetal; Recubrimiento: Celulosa acetato, Macrogol 400, Recubrimiento polimérico blanco (Opadry Y-30-18037: mezcla de hipromelosa, lactosa monohidrato, dióxido de titanio y triacetina).

## 3. DATOS CLÍNICOS

### 3.1 Indicaciones terapéuticas

Tratamiento de la depresión endógena y de aquéllas asociadas con la ansiedad.

Tratamiento del trastorno y desorden de ansiedad generalizada.

### 3.2 Posología y forma de administración

#### Episodios depresivos mayores

La dosis inicial recomendada de venlafaxina de liberación osmótica programada es de 75 mg administrados una vez al día. Los pacientes que no respondan a la dosis inicial de 75 mg/día pueden beneficiarse

de incrementos de la dosis hasta una dosis máxima de 375 mg/día. Los incrementos en la dosificación pueden realizarse a intervalos de 2 semanas o más. Si está justificado clínicamente debido a una gravedad de los síntomas, pueden realizarse aumentos de la dosis a intervalos más frecuentes, no inferiores a 4 días.

Debido al riesgo de efectos adversos relacionados con la dosis, sólo deben realizarse aumentos de la dosis tras una evaluación clínica (ver sección 3.4). Debe mantenerse la dosis efectiva menor.

Debe tratarse a los pacientes durante un periodo de tiempo suficiente, normalmente varios meses o más. El tratamiento debe ser reevaluado regularmente según cada caso. El tratamiento a largo plazo también puede ser apropiado para la prevención de recurrencias de episodios depresivos mayores (EDM). En la mayoría de los casos, la dosis recomendada en la prevención de la recurrencia de EDM es la misma que la usada durante el episodio actual.

Debe continuarse con la medicación antidepresiva durante al menos seis meses tras la remisión.

#### Trastorno de ansiedad generalizada

La dosis inicial recomendada de venlafaxina de liberación osmótica programada es de 75 mg, administrados una vez al día. Los pacientes que no respondan a la dosis inicial de 75 mg/día pueden beneficiarse de aumentos de dosis hasta una dosis máxima de 225 mg/día. Los aumentos de dosis pueden realizarse en intervalos de 2 semanas o más.

Debido al riesgo de reacciones adversas relacionadas con la dosis, sólo deberían realizarse aumentos de la dosis tras una evaluación clínica (ver sección 3.4). Debería mantenerse la dosis mínima eficaz.

Debería tratarse a los pacientes durante un periodo de tiempo suficiente, normalmente varios meses o más. El tratamiento debería ser reevaluado regularmente según cada caso.

### **Trastorno de ansiedad social**

La dosis recomendada de venlafaxina de liberación osmótica programada es de 75 mg/día administrados una vez al día. No hay evidencias de que las dosis superiores proporcionen ningún beneficio adicional.

Sin embargo, en pacientes individuales que no responden a 75 mg/día, puede considerarse una dosis máxima de 225 mg/día. Los aumentos de dosificación se pueden hacer en los intervalos de 2 semanas o más.

Debido al riesgo de efectos adversos relacionados con la dosis, sólo deben realizarse aumentos de la dosis tras una evaluación clínica (ver sección 3.4). Debe mantenerse la dosis efectiva menor.

Debe tratarse a los pacientes durante un periodo de tiempo suficiente, normalmente varios meses o más. El tratamiento debe ser reevaluado regularmente según cada caso.

### **Trastorno de pánico**

Se recomienda usar una dosis de 37,5 mg/día de venlafaxina de liberación osmótica programada durante 7 días. Después debería aumentarse la dosis hasta 75 mg/día. Los pacientes que no responden a la dosis de 75 mg/día pueden beneficiarse de aumentos de dosis hasta una dosis máxima de 225 mg/día. Los aumentos de dosis pueden realizarse a intervalos de 2 semanas o más.

Debido al riesgo de reacciones adversas relacionadas con la dosis,

sólo deberían realizarse aumentos de la dosis tras una evaluación clínica (ver sección 3.4). Debería mantenerse la dosis mínima eficaz.

Debería tratarse a los pacientes durante un periodo de tiempo suficiente, normalmente varios meses o más. El tratamiento debería ser reevaluado regularmente según cada caso.

### **Uso en pacientes ancianos**

No se considera necesario ningún ajuste específico de la dosis de venlafaxina basándose únicamente en la edad del paciente. Sin embargo, debe tenerse precaución al tratar a personas ancianas (por ejemplo, debido a la posibilidad de alteraciones renales, al potencial de cambio en la sensibilidad y la afinidad de los neurotransmisores que se producen con el envejecimiento). Siempre debe usarse la menor dosis efectiva y los pacientes deben monitorizarse cuidadosamente cuando se requiere un aumento de la dosis.

### **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad**

No se recomienda venlafaxina para su uso en niños y adolescentes. Los estudios clínicos controlados en niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor no demostraron eficacia y no apoyan el uso de venlafaxina en estos pacientes (ver secciones 3.4 y 3.8).

No se ha establecido la eficacia y la seguridad de venlafaxina para otras indicaciones en niños y adolescentes menores de 18 años de edad.

### **Uso en pacientes con insuficiencia hepática**

En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada, en general debe considerarse una reducción de la dosis del 50 %. Sin embar-



go, debido a la variabilidad interindividual en el aclaramiento, puede ser deseable la individualización de la dosificación.

Hay datos limitados en pacientes con insuficiencia hepática grave. Se recomienda precaución y debe considerarse una reducción de la dosis en más del 50 %. Debe compararse el posible beneficio con el riesgo en el tratamiento de pacientes con insuficiencia hepática grave.

### **Uso en pacientes con insuficiencia renal**

Aunque no es necesario un cambio en la dosificación para los pacientes con una tasa de filtración glomerular (TFG) de entre 30 – 70 mL/minuto, se aconseja precaución. La dosis diaria total de venlafaxina debe reducirse en un 50 % en pacientes en hemodiálisis y para los pacientes con insuficiencia renal grave (TFG < 30 mL/min). Debido a la variabilidad interindividual en el aclaramiento en estos pacientes, sería deseable una individualización de la dosificación.

### **Síntomas de retirada observados con la interrupción de venlafaxina**

Debe evitarse la interrupción brusca del tratamiento. Cuando se suspende el tratamiento con venlafaxina, la dosis debe reducirse gradualmente durante un periodo de, al menos, una a dos semanas, con el fin de reducir el riesgo de que aparezcan reacciones de retirada (ver secciones 3.4 y 3.8). Si se producen síntomas que el paciente no pueda tolerar después de una disminución de dosis o durante la retirada del tratamiento, debe valorarse la necesidad de restablecer la dosis prescrita previamente. Posteriormente, el médico puede continuar disminuyendo la dosis, pero de forma más gradual.

### **Método de administración**

Para uso oral.

Se recomienda tomar los comprimidos recubiertos de liberación osmótica programada de venlafaxina con comida, aproximadamente a la misma hora cada día. Los comprimidos se deben tragar enteros con algo de líquido, sin romper, aplastar, masticar o disolver.

Los pacientes tratados con comprimidos de venlafaxina de liberación inmediata pueden cambiar a comprimidos recubiertos de liberación osmótica programada de venlafaxina a la dosis diaria equivalente más cercana. Por ejemplo, los comprimidos de 37,5 mg de liberación inmediata, tomados dos veces al día, pueden ser cambiados por comprimidos recubiertos de 75 mg de liberación osmótica programada una vez al día. Pueden ser necesarios ajustes individuales de la dosis. Los comprimidos recubiertos de liberación osmótica programada mantienen su forma durante la digestión liberando el principio activo y se eliminan intactos por las heces.

### **3.3 Contraindicaciones**

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes listados en la sección 2.

Está contraindicado el tratamiento concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) irreversibles, debido al riesgo de síndrome serotoninérgico con síntomas como agitación, temblores e hipertermia. **Zarelis® BO** no debe iniciarse durante al menos 14 días tras interrumpir un tratamiento con un IMAO irreversible.

Venlafaxina debe interrumpirse durante al menos 7 días antes de

iniciar el tratamiento con un IMAO irreversible (ver secciones 3.4 y 3.5).

Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento.

### 3.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

#### **Suicidio/pensamientos suicidas o empeoramiento clínico**

La depresión se asocia con un riesgo incrementado de pensamientos suicidas, autoagresión y suicidio (acontecimientos relacionados con el suicidio). Este riesgo persiste hasta que se alcanza una remisión significativa. Dado que dicha mejoría puede no alcanzarse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente vigilados durante ese periodo hasta que se produzca tal mejoría. La experiencia clínica indica que el riesgo de suicidio puede aumentar cuando comienza a mejorar el cuadro clínico.

Otros estados psiquiátricos para los que se prescribe venlafaxina también pueden asociarse con un aumento del riesgo de acontecimientos relacionados con el suicidio. Además, estos estados pueden ser comórbidos con el trastorno depresivo mayor. Por tanto, deben observarse las mismas precauciones adoptadas cuando se tratan pacientes con trastorno depresivo mayor al tratar pacientes con otros trastornos psiquiátricos.

Se sabe que los pacientes con antecedentes de acontecimientos relacionados con el suicidio o aquéllos que presentan un grado significativo de ideación suicida previa al inicio del tratamiento, tienen un

mayor riesgo de pensamientos suicidas o intento de suicidio, por lo que deben ser cuidadosamente vigilados durante el tratamiento. Un meta-análisis de ensayos clínicos controlados con placebo de fármacos antidepresivos en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos mostró un aumento del riesgo de comportamiento suicida con antidepresivos en comparación con placebo en pacientes menores de 25 años de edad.

La estrecha supervisión de los pacientes y en particular de aquéllos con alto riesgo, debe acompañar a la terapia farmacológica, especialmente en el inicio del tratamiento y tras los cambios de dosis. Los pacientes (y los cuidadores de los pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar cualquier empeoramiento clínico, comportamiento o pensamientos suicidas y cambios inusuales en el comportamiento y buscar consejo médico inmediatamente si se presentan estos síntomas.

Antes de iniciar la terapia con un antidepresivo se deben investigar cuidadosamente los antecedentes psiquiátricos del paciente, incluyendo historia familiar y personal de suicidios y desorden bipolar.

#### **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad**

**Zarelis® BO** no deberá utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años de edad. Los comportamientos suicidas (intentos de suicidio e ideas de suicidio) y la hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e irritación) fueron constatados con más frecuencia en ensayos clínicos con niños y adolescentes tratados con antidepresivos frente a aquéllos tratados con placebo. No obstante, si, basado en la necesidad clínica, se tomara la decisión de tratamiento, deberá supervisarse cuidadosa-



mente al paciente por la aparición de síntomas de suicidio. Además, se carece de datos sobre la seguridad a largo plazo en niños y adolescentes en lo que se refiere al crecimiento, la madurez y el desarrollo cognitivo y conductual.

En un análisis de 24 estudios clínicos a corto plazo (4 meses), que involucraron a 4.400 pacientes niños con depresión mayor, desorden obsesivo-compulsivo u otras alteraciones psiquiátricas, placebo controlados, quienes fueron tratados con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antidepresivos de otra clase, se observó un incremento del doble en riesgo de suicidio del grupo que recibió el antidepresivo versus el grupo que recibió placebo (4 % versus 2 %).

Este medicamento no debe administrarse a menores de 18 años de edad. Se ha visto que el uso de antidepresivos en niños y adolescentes aumenta el riesgo de pensamientos y conductas suicidas.

### **Síndrome serotoninérgico**

Al igual que con otros agentes serotoninérgicos, puede producirse el síndrome serotoninérgico o Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM), una afección potencialmente mortal, con el tratamiento con venlafaxina, particularmente con el uso concomitante de otros agentes que pueden afectar el sistema neurotransmisor serotoninérgico (incluyendo triptanes, SSRIs, SNRIs, litio, sibutramina, Hierba de San Juan [*Hypericum perforatum*], fentanilo y sus análogos, tramadol, dextrometorfano, tapentadol, petidina, metadona y pentazocina), con agentes farmacológicos que alteran el metabolismo de la serotonina (tales como IMAO, por ejemplo, azul de metileno), con precursores de

serotonina (tales como suplementos de triptófano) o con antipsicóticos u otros antagonistas de la dopamina (ver secciones 3.3 y 3.5).

Los síntomas del síndrome serotoninérgico pueden incluir cambios del estado mental (por ejemplo, agitación, alucinaciones, coma), inestabilidad autonómica (por ejemplo, taquicardia, presión arterial lábil, hipertermia), aberraciones neuromusculares (por ejemplo, hiperreflexia, descoordinación) y/o síntomas gastrointestinales (por ejemplo, náuseas, vómitos, diarrea).

El síndrome serotoninérgico en su forma más severa, puede asemejarse al SNM, que incluye hipertermia, rigidez muscular e inestabilidad autonómica con posible fluctuación rápida de los signos vitales y cambios mentales.

Si el tratamiento concomitante de venlafaxina con otros agentes que pueden afectar el sistema de neurotransmisión serotoninérgico y/o dopaminérgico (como SSRIs, SNRIs) o un agonista de receptores serotoninérgicos (triptanes) está clínicamente justificado, se recomienda una observación cuidadosa del paciente, especialmente durante el inicio del tratamiento y durante los incrementos de dosis.

No se recomienda el uso concomitante de venlafaxina con precursores serotoninérgicos (tales como los aportes complementarios de triptófano).

### **Glaucoma de ángulo estrecho**

Puede producirse midriasis en asociación con venlafaxina. Se recomienda vigilar estrechamente a los pacientes con presión intraocular elevada o pacientes con riesgo de padecer glaucoma agudo de ángulo estrecho (glaucoma agudo de ángulo cerrado).

## **Presión arterial**

Se han notificado frecuentemente aumentos de la presión arterial con venlafaxina relacionados con la dosis. En algunos casos, durante el periodo post-comercialización, se ha notificado presión arterial gravemente elevada que requirió tratamiento inmediato. Debe examinarse cuidadosamente a todos los pacientes para detectar presión arterial elevada e hipertensión preexistente antes de iniciar el tratamiento. Debe controlarse periódicamente la presión arterial tras el inicio del tratamiento y tras aumentos de la dosis. Debe tenerse precaución en pacientes cuyas condiciones subyacentes puedan verse comprometidas por aumentos en la presión arterial, por ejemplo, aquéllos con la función cardiaca alterada.

## **Frecuencia cardiaca**

Pueden producirse aumentos en la frecuencia cardiaca, particularmente con dosis elevadas. Debe tenerse precaución en pacientes cuyas condiciones subyacentes puedan verse comprometidas por aumentos en la frecuencia cardiaca.

## **Cardiopatía y riesgo de arritmia**

No se ha evaluado el uso de venlafaxina en pacientes con un historial reciente de infarto de miocardio o cardiopatía inestable. Por ello, se deberá usar con precaución en estos pacientes.

En la experiencia post-comercialización, se han notificado casos de prolongación de QTc, Torsade de Pointes (TdP), taquicardia ventricular y arritmias cardiacas mortales con el uso de venlafaxina, especialmente con sobredosis o en pacientes con otros factores de riesgo para prolongación de QTc/TdP. Debe considerarse la relación riesgo-bene-

ficio antes de prescribir venlafaxina a pacientes con riesgo elevado de arritmia cardiaca grave o prolongación de QTc.

## **Convulsiones**

Pueden aparecer convulsiones en el tratamiento con venlafaxina. Al igual que con todos los agentes antidepresivos, venlafaxina deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones y deben vigilarse estrechamente los pacientes correspondientes. Debe interrumpirse el tratamiento si cualquier paciente desarrolla crisis.

## **Hiponatremia**

Durante el tratamiento con venlafaxina, pueden aparecer casos de hiponatremia y/o síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Esto se ha notificado con más frecuencia en pacientes con depleción de volumen o deshidratados. Los pacientes ancianos, pacientes tratados con diuréticos y pacientes que tienen depleción de volumen por otra causa pueden tener un mayor riesgo de experimentar este acontecimiento.

## **Sangrado anormal**

Los medicamentos que inhiben la recaptación de serotonina pueden conducir a una reducción de la función plaquetaria. Los eventos de sangrado relacionados al uso de SSRI o SNRI han variado desde equimosis, hematomas, epistaxis y petequias hasta hemorragias gastrointestinales y mortales. El riesgo de hemorragia puede aumentar en pacientes que toman venlafaxina. Al igual que con otros inhibidores de la recaptación de serotonina, venlafaxina debe utilizarse con pre-



caución en pacientes con predisposición a hemorragia, incluyendo pacientes con anticoagulantes e inhibidores plaquetarios.

### **Colesterol sérico**

Se registraron aumentos clínicamente relevantes del colesterol sérico en el 5,3 % de los pacientes tratados con venlafaxina y en el 0,0 % de los pacientes tratados con placebo, tratados durante al menos 3 meses en ensayos clínicos controlados con placebo. Deben considerarse mediciones de los niveles del colesterol sérico durante el tratamiento a largo plazo.

### **Administración conjunta con agentes para la pérdida de peso**

No se ha establecido la seguridad y eficacia del tratamiento con venlafaxina en combinación con agentes para perder peso, incluyendo fentermina. No se recomienda la administración conjunta de venlafaxina y agentes para la pérdida de peso. Venlafaxina no está indicada para la pérdida de peso sola o en combinación con otros productos.

### **Manía/hipomanía**

Puede producirse manía/hipomanía en una pequeña proporción de pacientes con trastornos del estado de ánimo que han recibido agentes antidepresivos, incluyendo venlafaxina. Al igual que con otros agentes antidepresivos, venlafaxina debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes o antecedentes familiares de trastorno bipolar.

### **Agresividad**

Puede producirse agresividad en un pequeño número de pacientes

que han recibido antidepresivos, incluyendo venlafaxina. Esto se ha notificado al inicio, en cambios de dosis y en interrupción del tratamiento. Al igual que con otros antidepresivos, venlafaxina debe utilizarse con precaución en pacientes con historia de agresión.

### **Interrupción del tratamiento**

Los síntomas de retirada, cuando se interrumpe el tratamiento, son frecuentes, particularmente si la interrupción es brusca (ver sección 3.8). En los ensayos clínicos, los acontecimientos adversos observados al interrumpir el tratamiento (durante la disminución progresiva de la dosis y tras la disminución progresiva de la dosis) se presentaron en aproximadamente el 31 % de los pacientes tratados con venlafaxina y el 17 % de los pacientes que tomaban placebo.

El riesgo de síntomas de retirada puede depender de varios factores, que incluyen la duración y la dosis del tratamiento y la tasa de reducción de la dosis. Las reacciones comunicadas con mayor frecuencia son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y pesadillas), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblores y cefalea. Generalmente, estos síntomas son de leves a moderados. Sin embargo, en algunos pacientes pueden ser de intensidad grave. Normalmente, se producen en los primeros días de interrupción del tratamiento, pero, en muy raras ocasiones se han comunicado casos de tales síntomas en pacientes que habían olvidado inadvertidamente una dosis. Generalmente, estos síntomas son autolimitados y normalmente se resuelven dentro de 2 semanas, aunque en algunos individuos pueden prolongarse (2 – 3 meses o más). Por tanto, se aconseja que cuando se interrumpa el tratamiento con venlafaxina, se disminuya gradualmente la dosis



durante un periodo de varias semanas o meses, según las necesidades del paciente (ver sección 3.2).

### **Acatisia/agitación psicomotora**

El uso de venlafaxina se ha asociado con el desarrollo de acatisia, caracterizada por una intranquilidad subjetivamente desagradable o angustiada y la necesidad de estar en movimiento, frecuentemente acompañada de dificultad para sentarse o permanecer en reposo. Es más probable que se produzca en las primeras semanas de tratamiento. En los pacientes que desarrollan estos síntomas, puede ser perjudicial el aumento de la dosis.

### **Sequedad bucal**

Se ha notificado en el 10 % de pacientes tratados con venlafaxina sequedad bucal. Ya que esto puede incrementar el riesgo de caries, se debe aconsejar a los pacientes sobre la importancia de la higiene bucal.

### **Diabetes**

En pacientes con diabetes, el tratamiento con SSRI o venlafaxina puede alterar el control glicémico. La dosis de insulina y/o antidiabético oral debe ajustarse.

### **Interacciones con análisis de laboratorio de drogas**

Se ha reportado falsos positivos en análisis de detección de inmu-noensayo de orina para la fenciclidina (PCP) y anfetamina en pacientes

que toman venlafaxina. Esto se debe a la falta de especificidad de los análisis de detección. Los resultados de los análisis falsos positivos se pueden esperar durante varios días después de suspender el tratamiento con venlafaxina. Análisis de confirmación, como la cromatografía de gases/espectrometría de masas, distinguirán venlafaxina de PCP y anfetamina.

### **Potencial de obstrucción gastrointestinal**

Debido a que los comprimidos recubiertos de liberación osmótica programada de **Zarelis® BO** no son deformables y no cambian apreciablemente de forma en el tracto gastrointestinal (GI), no se deberían administrar habitualmente en pacientes con estrechamiento intestinal grave pre-existente (patológico o iatrogénico) o en pacientes con disfagia o dificultad significativa para tragar comprimidos. Raramente se han notificado casos de síntomas obstructivos en pacientes con estenosis intestinales conocidas asociadas a la ingestión de fármacos en formulaciones de liberación prolongada no deformables.

Debido al diseño de liberación osmótica controlada del comprimido, **Zarelis® BO** comprimidos recubiertos de liberación osmótica controlada solo debe utilizarse en pacientes que son capaces de tragar el comprimido entero (ver sección 3.2).

**Zarelis® BO** comprimidos recubiertos de liberación osmótica controlada contienen lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria rara a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento.

### **3.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)**

#### **IMAOs irreversibles no selectivos**

Venlafaxina no debe usarse en combinación con IMAOs irreversibles no selectivos. Venlafaxina no debe iniciarse durante al menos 14 días tras la interrupción de tratamiento con un IMAO irreversible no selectivo. Venlafaxina debe interrumpirse durante al menos 7 días antes de comenzar el tratamiento con un IMAO irreversible no selectivo (ver secciones 3.3 y 3.4).

#### **Inhibidor de la MAO-A selectivo, reversible (moclobemida)**

Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, no se recomienda la combinación de venlafaxina con un IMAO reversible y selectivo, tal como moclobemida. Tras el tratamiento con un inhibidor de la MAO reversible, puede realizarse un periodo de retirada inferior a 14 días antes del inicio del tratamiento con venlafaxina. Se recomienda que se interrumpa venlafaxina durante al menos 7 días antes de comenzar el tratamiento con un IMAO reversible (ver sección 3.4).

#### **IMAO no selectivo, reversible (linezolida)**

El antibiótico linezolida es un IMAO no selectivo y reversible débil y no debe administrarse a pacientes tratados con venlafaxina (ver sección 3.4).

Se han notificado reacciones adversas severas en pacientes que habían interrumpido recientemente el tratamiento con un IMAO y habían comenzado tratamiento con venlafaxina o que habían inte-

rrumpido recientemente el tratamiento con venlafaxina antes de comenzar tratamiento con un IMAO. Estas reacciones incluyeron temblor, mioclonía, sudoración, náuseas, vómitos, sofocos, mareos e hipertermia con cuadros semejantes al síndrome neuroléptico maligno, convulsiones y muerte.

#### **Síndrome serotoninérgico**

Ver “Síndrome serotoninérgico” en sección 3.4.

#### **Sustancias activas sobre el SNC**

Se recomienda precaución cuando se toma venlafaxina en combinación con otras sustancias activas sobre el SNC.

#### **Etanol**

Al igual que con todas las sustancias activas sobre el SNC, se deberá advertir a los pacientes que eviten el consumo de alcohol.

#### **Fármacos que prolongan el intervalo QT**

La administración conjunta de estos medicamentos debe evitarse (ver sección 3.4).

Las clases relevantes incluyen: antiarrítmicos clase Ia y III (por ejemplo, quinidina, amiodarona, sotalol, dofetilida), algunos antipsicóticos (por ejemplo, tioridazina), algunos macrólidos (por ejemplo, eritromicina), algunos antihistamínicos, algunos antibióticos quinolónicos (por ejemplo, moxifloxacino).

La lista anterior no es exhaustiva y otros medicamentos individuales conocidos por aumentar significativamente el intervalo QT deben ser evitados.



## Efecto de otros medicamentos sobre venlafaxina

### *Ketoconazol (Inhibidor de CYP3A4)*

El uso concomitante de inhibidores de CYP3A4 (por ejemplo, atazanavir, claritromicina, indinavir, itraconazol, voriconazol, posaconazol, ketoconazol, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, telitromicina) y venlafaxina puede aumentar los niveles de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina. Por tanto, se recomienda precaución si el tratamiento de un paciente incluye un inhibidor de CYP3A4 y venlafaxina de forma concomitante.

## Efecto de venlafaxina sobre otros medicamentos

### *Litio*

Puede producirse el síndrome serotoninérgico con el uso concomitante de venlafaxina y litio (ver "Síndrome serotoninérgico" en sección 3.4).

### *Diazepam*

Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética y la farmacodinamia de diazepam y su metabolito activo, desmetildiazepam. Diazepam no parece afectar la farmacocinética tanto de venlafaxina como de O-desmetilvenlafaxina. Se desconoce si existe una interacción farmacocinética y/o farmacodinámica con otras benzodiazepinas.

### *Imipramina*

Debe tenerse precaución con la coadministración de venlafaxina e imipramina.

### *Haloperidol*

Un estudio farmacocinético realizado con haloperidol mostró un descenso del 42 % en el aclaramiento oral total para este fármaco, un incremento del 70 % en el AUC, un incremento del 88 % en la C<sub>máx</sub>, pero no afectó a la semivida del mismo. Esto deberá ser tenido en cuenta en pacientes que reciban haloperidol y venlafaxina de forma concomitante. Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción.

### *Risperidona*

Venlafaxina incrementó el AUC de risperidona en un 50 %, pero no alteró significativamente el perfil farmacocinético de la cantidad total de principio activo (risperidona más 9-hidroxisperidona). Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción.

### *Metoprolol*

Debe tenerse precaución con la coadministración de venlafaxina y metoprolol.

### *Indinavir*

Un estudio farmacocinético realizado con indinavir ha mostrado una disminución del 28 % en el AUC y del 36 % en la C<sub>máx</sub> para indinavir. Indinavir no afectó la farmacocinética de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina. Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción.

## 3.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

### **Embarazo**

No hay datos adecuados del uso de venlafaxina en mujeres embaraza-

das.

Venlafaxina sólo debe administrarse a mujeres embarazadas si los beneficios esperados compensan cualquier posible riesgo.

Al igual que con otros inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRIs/SNRI), pueden producirse síntomas de retirada en recién nacidos si se usa venlafaxina hasta o poco antes del parto. Algunos recién nacidos expuestos a venlafaxina a finales del tercer trimestre han desarrollado complicaciones que requieren alimentación mediante sonda nasogástrica, ayuda respiratoria u hospitalización prolongada. Tales complicaciones pueden surgir inmediatamente tras el parto.

Datos epidemiológicos sugieren que el uso de SSRIs durante el embarazo, particularmente en último periodo del mismo, puede aumentar el riesgo de sufrir hipertensión pulmonar persistente en recién nacidos (HPPN). Aunque no se dispone de estudios que investiguen la asociación de HPPN y el tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI), este riesgo potencial no puede excluirse con Zarelis BO teniendo en cuenta los mecanismos de acción relacionados (inhibición de la recaptación de serotonina).

Pueden observarse los siguientes síntomas en los recién nacidos si la madre ha usado un SSRI/SNRI al final del embarazo: irritabilidad, temblores, hipotonía, llantos persistentes y dificultad para la succión o para dormir. Estos síntomas pueden deberse o bien a efectos serotoninérgicos o a síntomas de exposición. En la mayoría de los casos, estas complicaciones se observan inmediatamente o en el plazo de 24 horas tras el parto.

### **Lactancia**

Venlafaxina y su metabolito activo, O-desmetilvenlafaxina, se excre-

tan en la leche materna.

Ha habido informes post-comercialización en lactantes que experimentaron llanto, irritabilidad y patrones de sueño anormales. Síntomas consistentes con la interrupción del tratamiento de venlafaxina también se han reportado después de dejar la lactancia materna.

No puede excluirse un riesgo para el lactante. Por tanto, debe tomarse una decisión sobre si continuar/interrumpir la lactancia o continuar/interrumpir el tratamiento con Zarelis BO teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento con Zarelis BO para la mujer.

### **3.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas**

Cualquier medicamento psicoactivo puede alterar la capacidad de juicio, pensamiento o las habilidades motoras. Por tanto, cualquier paciente que esté recibiendo venlafaxina debe tener precaución acerca de su capacidad para conducir o manejar maquinaria peligrosa.

**Zarelis® BO** puede producir sedación, mareos. Por consiguiente, se debe indicar a los pacientes que si experimentan sedación o mareos, deben evitar la realización de tareas potencialmente peligrosas, como conducir o utilizar máquinas.

### **3.8 Reacciones adversas**

En los estudios clínicos, las reacciones adversas registradas con mayor frecuencia (>1/10) fueron náuseas, sequedad de boca, dolor de



cabeza y sudoración (incluyendo sudores nocturnos).

A continuación, se enumeran las reacciones adversas por orden de frecuencia, las que se definen como: muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ), poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ), raras ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ), desconocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

### **Muy frecuentes:**

Vértigos, cefalea\*\*\*, náuseas, sequedad bucal, hiperhidrosis (incluyendo sudores nocturnos), insomnio, sedación.

### **Frecuentes:**

Disminución del apetito, estado de confusión, despersonalización, anorgasmia, disminución de la libido, nerviosismo, insomnio, sueños anormales, nerviosismo, disminución de la libido, agitación, anorgasmia, somnolencia, acatisia, temblores, parestesia, disgeusia, hipertensión, disfunción ocular, incluyendo visión borrosa, midriasis, trastornos de acomodación, acúfenos, taquicardia, palpitaciones, hipertensión, vasodilatación (principalmente rubor), disnea, bostezos, vómitos, diarrea, erupción cutánea, prurito, estreñimiento, disuria (principalmente vacilación urinaria), polaquiuria, retención urinaria, trastornos menstruales asociados con aumento del sangrado o con sangrado irregular (por ejemplo, menorragia, metrorragia), trastorno de la eyaculación, disfunción eréctil, astenia, fatiga, escalofríos, aumento de colesterol en sangre, aumento o pérdida de peso.

### **Poco frecuentes:**

Alucinaciones, irrealidad, agitación, orgasmo anormal (mujeres),

apatía, hipomanía, bruxismo, acatisia/agitación psicomotora, síncope, mioclonía, coordinación anormal, trastorno del equilibrio, discinesia, hipotensión ortostática, hipotensión, hemorragia gastrointestinal, pruebas de función hepática anormales, angioedema, reacción de fotosensibilidad, equimosis, erupción cutánea, alopecia, incontinencia urinaria.

**Raras:** Agranulocitosis, anemia aplásica, pancitopenia, neutropenia, reacción anafiláctica, secreción inadecuada de hormona antidiurética, hiponatremia, delirio, síndrome neuroléptico maligno (SNM), síndrome serotoninérgico, convulsiones, distonía, glaucoma de ángulo cerrado, torsades de pointes, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, intervalo QT prolongado en el ECG, enfermedad pulmonar intersticial, eosinofilia pulmonar, pancreatitis, hepatitis, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica, eritema multiforme, rabdomiólisis.

### **Muy raras:**

Trombocitopenia, aumento de prolactina en la sangre, discinesia tardía, hemorragia de mucosa, tiempo de hemorragia prolongado.

### **Desconocidas:**

Trombocitopenia, enfermedades de la sangre, incluyendo agranulocitosis, anemia aplásica, neutropenia, pancitopenia, reacción anafiláctica, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), hiponatremia, ideación y comportamientos suicidas\*, delirio, agresión\*\*, síndrome neuroléptico maligno (SNM), síndrome serotoninérgico, trastorno extrapiramidal, incluyendo distonía y discinesia,

discinesia tardía, glaucoma de ángulo cerrado, vértigo, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular (incluyendo torsade de pointes), hipotensión, sangrado (membranas mucosas), eosinofilia pulmonar, pancreatitis, hepatitis, test anormal de funcionamiento hepático, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, necrólisis epidérmica tóxica, prurito, urticaria, rabdomiolisis, QT prolongado en el electrocardiograma, tiempo de sangrado prolongado, aumento de prolactina en sangre.

\* Se han notificado casos de ideación suicida y de comportamientos suicidas durante el tratamiento con venlafaxina o inmediatamente después de la interrupción del tratamiento (véase la sección 3.4.)

\*\* Ver sección 3.4.

\*\*\* En ensayos clínicos conjuntos, la incidencia de cefalea con venlafaxina y placebo fue similar.

### **Discontinuación del tratamiento**

La discontinuación de venlafaxina (particularmente cuando se realiza de forma brusca) conduce frecuentemente a la aparición de síntomas de retirada. Las reacciones comunicadas con más frecuencia son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y pesadillas), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblores, vértigo, cefalea y síndrome gripal. Generalmente, estos síntomas son de leves a moderados y autolimitados. Sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Por tanto, se aconseja que cuando ya no se requiera trata-

miento con venlafaxina, se lleve a cabo una retirada gradual mediante reducción gradual de la dosis (ver secciones 3.2 y 3.4).

### **Población pediátrica**

En general, el perfil de reacciones adversas de venlafaxina (en ensayos clínicos controlados con placebo) en niños y adolescentes (edades de 6 a 17 años) fue similar al observado en adultos. Al igual que con los adultos, se observó disminución del apetito, pérdida de peso, aumento de la presión arterial y aumento del colesterol sérico (ver sección 3.4).

En los ensayos clínicos pediátricos se han observado reacciones adversas relacionadas con ideación suicida. Hubo también un aumento de notificaciones de hostilidad y, especialmente, en el trastorno depresivo mayor, de autoagresión.

Particularmente, se observaron las siguientes reacciones adversas en los pacientes pediátricos: dolor abdominal, agitación, dispepsia, equimosis, epistaxis y mialgia.

### **Notificación de sospechas de reacciones adversas**

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Subdepartamento de Farmacovigilancia de la Agencia.

### **Nacional de Medicamentos:**

[http://www.ispch.cl/sites/default/files/Instructivo%20para%20completar%20formulario%20RAM\\_0.pdf](http://www.ispch.cl/sites/default/files/Instructivo%20para%20completar%20formulario%20RAM_0.pdf)



## 3.9 Sobredosis

### Síntomas

Los acontecimientos notificados más frecuentemente por sobredosis incluyen taquicardia, cambios en el nivel de consciencia (que oscila desde somnolencia hasta coma), midriasis, convulsiones y vómitos. Otros acontecimientos incluyen alteraciones electrocardiográficas (por ejemplo, prolongación del intervalo QT, bloqueo de rama, prolongación de QRS), taquicardia ventricular, bradicardia, hipotensión, vértigo y muerte.

Estudios retrospectivos publicados informan que la sobredosis de venlafaxina puede estar asociada con un aumento del riesgo de desenlaces fatales en comparación con el observado con productos antidepresivos SSRI, pero menor que para los antidepresivos tricíclicos. Los estudios epidemiológicos han demostrado que los pacientes tratados con venlafaxina tienen una carga mayor de factores de riesgo de suicidio que los pacientes tratados con SSRI. No está claro el grado en que puede atribuirse el hallazgo de un aumento del riesgo de desenlaces fatales a la toxicidad de la venlafaxina en sobredosis, en contraposición con algunas características de los pacientes tratados con venlafaxina. Las prescripciones de venlafaxina deben hacerse por la menor cantidad del medicamento, de manera consecuente con un buen tratamiento del paciente, con el fin de reducir el riesgo de sobredosis.

### Tratamiento recomendado

Se recomiendan medidas de soporte general y sintomáticas; se deben monitorizar el ritmo cardíaco y los signos vitales. No se recomienda la inducción del vómito cuando exista riesgo de aspiración. El lavado

gástrico puede estar indicado si se realiza inmediatamente después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. La administración de carbón activado puede limitar también la absorción del principio activo. La diuresis forzada, diálisis, hemoperfusión y transfusión de intercambio son de beneficio dudoso. No se conocen antídotos específicos para venlafaxina.

## 4. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

### 4.1 Propiedades farmacodinámicas

#### Grupo farmacoterapéutico:

Otros antidepresivos – Código ATC: N06AX16

#### Mecanismo de acción

Se cree que el mecanismo de la acción antidepresiva de venlafaxina en seres humanos está asociado con su potenciación de la actividad de los neurotransmisores en el sistema nervioso central. Estudios preclínicos han mostrado que venlafaxina y su metabolito principal, O-desmetilvenlafaxina (ODV), son inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Venlafaxina también inhibe débilmente la recaptación de dopamina. Venlafaxina y su metabolito activo reducen la capacidad de respuesta  $\beta$ -adrenérgica tanto tras la administración aguda (dosis única) como crónica. Venlafaxina y ODV son muy similares en cuanto a su acción global sobre la recaptación de neurotransmisores y unión a receptores.

Venlafaxina no tiene prácticamente afinidad por los receptores muscarínicos, colinérgicos, H<sub>1</sub>-histaminérgicos o  $\alpha$ <sub>1</sub>-adrenérgicos del

cerebro de rata in vitro. La actividad farmacológica en estos receptores puede estar relacionada con diversos efectos adversos observados con otros medicamentos antidepresivos, tales como los efectos adversos anticolinérgicos, sedantes y cardiovasculares.

Venlafaxina no presenta actividad inhibidora de la monoaminoxidasa (MAO).

Estudios in vitro revelaron que venlafaxina no tiene prácticamente ninguna afinidad por receptores sensibles a benzodiazepinas u opiáceos.

## 4.2 Propiedades farmacocinéticas

Venlafaxina se metaboliza ampliamente, principalmente al metabolito activo O-desmetilvenlafaxina (ODV). Las semividas plasmáticas medias de venlafaxina y ODV son 5 horas y 11 horas, respectivamente. Las concentraciones de estado estacionario de venlafaxina y ODV se alcanzan en los 3 días de tratamiento con dosis múltiples orales. Venlafaxina y ODV muestran cinéticas lineales en el intervalo de dosis de 75 mg a 450 mg/día.

Tras la administración de la forma de liberación osmótica programada de venlafaxina, se alcanza el peak de concentración plasmática de venlafaxina y ODV en las 5,5 horas y 9 horas, respectivamente. Cuando se administran dosis diarias iguales de venlafaxina bien como un comprimido de liberación inmediata o como una forma de liberación osmótica programada, la forma de liberación osmótica programada proporciona una tasa de absorción más lenta, pero el mismo grado de absorción en comparación con la forma de liberación inmediata. Los alimentos no afectan a la biodisponibilidad de venlafaxina y ODV.

Venlafaxina y ODV a concentraciones terapéuticas se unen mínimamente a las proteínas plasmáticas humanas (27 % y 30 %, respectivamente). El volumen de distribución para venlafaxina en estado estacionario es de  $4,4 \pm 1,6$  L/Kg tras la administración intravenosa.

Venlafaxina experimenta amplio metabolismo hepático. Los estudios in vitro e in vivo indican que venlafaxina se transforma biológicamente en su principal metabolito activo, ODV, mediante CYP2D6. Los estudios in vitro e in vivo indican que venlafaxina se metaboliza a un metabolito secundario, menos activo, N-desmetilvenlafaxina, mediante CYP3A4. Los estudios in vitro e in vivo indican que venlafaxina es un inhibidor débil de CYP2D6. Venlafaxina no inhibió CYP1A2, CYP2C9 o CYP3A4.

Venlafaxina y sus metabolitos se excretan principalmente por vía renal. Aproximadamente el 87 % de una dosis de venlafaxina se recupera en la orina en el plazo de 48 horas, bien como venlafaxina inalterada (5 %), ODV no conjugada (29 %), ODV conjugada (26 %) u otros metabolitos inactivos secundarios (27 %). La media del aclaramiento plasmático en el estado estacionario de venlafaxina y ODV son 1,3 L/h/Kg y 0,4 L/h/Kg, respectivamente.

### Poblaciones especiales

#### *Edad y sexo*

La edad y el sexo del sujeto no afectan significativamente la farmacocinética de venlafaxina y ODV.

#### *Metabolizadores rápidos/lentos de CYP2D6*

Las concentraciones plasmáticas de venlafaxina son superiores en los



metabolizadores lentos de CYP2D6 que en los metabolizadores rápidos. Dado que la exposición total (AUC) de venlafaxina y ODV es similar en los metabolizadores lentos y en los rápidos, no hay necesidad de diferentes regímenes de dosificación de venlafaxina para estos dos grupos.

#### *Pacientes con insuficiencia hepática*

En sujetos con un índice de Child-Pugh A (insuficiencia hepática leve) y de Child-Pugh B (insuficiencia hepática moderada), las semividas de venlafaxina y ODV se prolongaron en comparación con los sujetos normales. Tanto el aclaramiento oral de venlafaxina como el de ODV se redujeron. Se observó un amplio grado de variabilidad interindividual. Existen datos limitados en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver sección 3.2).

#### *Pacientes con insuficiencia renal*

Es necesario el ajuste de la dosificación en pacientes con insuficiencia renal grave y en pacientes que requieren hemodiálisis (ver sección 3.2).

## 5. PRESENTACIONES

**Zarelis® BO** 75 mg. blíster de 30 comprimidos de liberación osmótica controlada.

**Zarelis® BO** 150 mg. blíster de 30 comprimidos de liberación osmótica controlada.

**Zarelis® BO** 225 mg. blíster de 30 comprimidos de liberación osmótica controlada.

**Zarelis® BO** 300 mg. blíster de 30 comprimidos de liberación osmótica controlada.



**IMPORTADO Y DISTRIBUIDO EN CHILE POR:  
ITF-LABOMED FARMACÉUTICA Ltda.**

Av. Pdte. Eduardo Frei M. s/n, Lampa, Santiago, Chile.

Teléfono: 2 2656 7800