

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Propranolol Accord 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Propranolol Accord 40 mg comprimidos recubiertos con película EFG

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Propranolol Accord 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Cada comprimido contiene 10 mg de propranolol hidrocloreuro.

Excipiente con efecto conocido:
Contiene 33,40 mg de lactosa monohidrato.

Propranolol Accord 40 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Cada comprimido contiene 40 mg de propranolol hidrocloreuro.

Excipiente con efecto conocido:
Contiene 133,60 mg de lactosa monohidrato.

Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimido recubierto con película

10 mg: Comprimidos redondos y biconvexos de color blanco o blanquecino, con la inscripción "AI" en una cara y una ranura en la otra.

Nota: Diámetro del comprimido 5,5 mm.

40 mg: Comprimidos redondos y biconvexos de color blanco o blanquecino, con la inscripción "AL" en una cara y una ranura en la otra.

Nota: Diámetro del comprimido 9,0 mm.

La ranura sirve únicamente para fraccionar y facilitar la deglución, pero no para dividir en dosis iguales.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Indicaciones terapéuticas

- Angina de pecho.
- Hipertensión.
- Profilaxis a largo plazo frente al reinfarto de miocardio tras la recuperación de un infarto agudo de miocardio.
- Cardiomiopatía obstructiva hipertrófica.
- Temblor esencial.
- Arritmia cardíaca supraventricular.
- Arritmias cardíacas ventriculares.
- Hipertiroidismo y tirotoxicosis.
- Feocromocitoma (con un bloqueante alfa).

- Migraña.
- Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal superior en pacientes con hipertensión portal y varices esofágicas.

4.2. Posología y forma de administración

Adultos:

Hipertensión

Inicialmente, 40 mg dos o tres veces al día, que puede incrementarse a 80 mg por día en intervalos semanales en función de la respuesta del paciente. El intervalo de dosis habitual es de entre 160 y 320 mg al día. Con el uso concomitante de diuréticos y/o antihipertensores se logra una reducción aún mayor de la presión arterial.

Angina de pecho, migraña y temblor esencial

La dosis inicial es de 40 mg dos o tres veces al día, que puede aumentarse en la misma cantidad a intervalos semanales en función de la respuesta del paciente. En el caso de la migraña, se observa una respuesta adecuada en el intervalo entre 80 y 160 mg/día, y en el caso de la angina de pecho y el temblor esencial, entre 120 y 240 mg/día.

Arritmias, miocardiopatía obstructiva hipertrófica y tirotoxicosis

En general, un intervalo de dosis entre 10 y 40 mg tres o cuatro veces al día permite lograr la respuesta necesaria.

Después de un infarto de miocardio

El tratamiento debe iniciarse entre 5 y 21 días después del infarto de miocardio, con una dosis inicial de 40 mg cuatro veces al día durante dos o tres días. Para mejorar el cumplimiento terapéutico, la dosis total diaria puede ser a partir de entonces de 80 mg dos veces al día.

Hipertiroidismo

La dosis se ajusta en función de la respuesta clínica.

Hipertensión portal

Se debe ajustar la dosis para alcanzar una reducción de la frecuencia cardíaca en reposo del 25%. La administración debe iniciarse con 40 mg dos veces al día, y aumentar a 80 mg dos veces al día en función de la respuesta de la frecuencia cardíaca. Si es necesario, se puede aumentar la dosis gradualmente hasta un máximo de 160 mg dos veces al día.

Feocromocitoma

(Utilizado sólo conjuntamente con un bloqueante de los receptores alfa).

Preoperativo: Se recomienda 60 mg al día durante tres días. Casos malignos no operables: 30 mg al día.

Insuficiencia hepática:

La biodisponibilidad del propranolol puede aumentar en los pacientes con insuficiencia hepática y es posible que sea necesario realizar ajustes en la dosis. Se recomienda una dosis inicial baja para los pacientes con hepatopatías graves (p. ej., cirrosis) (sin superar los 20 mg tres veces al día) con una atenta vigilancia de la respuesta al tratamiento (como el efecto sobre la frecuencia cardíaca).

Insuficiencia renal:

Las concentraciones de propranolol pueden aumentar en los pacientes con insuficiencia renal significativa y hemodiálisis. Se debe proceder con precaución al iniciar el tratamiento y al seleccionar la dosis inicial.

Al igual que con los bloqueantes de los receptores adrenérgicos beta, el tratamiento no debe interrumpirse bruscamente. La dosis deberá reducirse de forma gradual a lo largo de un periodo de entre 7 y 14 días. Se debe sustituir por la dosis equivalente de otro bloqueante de los receptores adrenérgicos beta o la retirada del propranolol debe ser gradual. Los pacientes deberán ser controlados durante la retirada, sobretodo aquellos con cardiopatía isquémica. El beneficio/riesgo de la retirada del beta-bloqueante deberá determinarse para cada paciente.

Pacientes de edad avanzada:

Los datos disponibles acerca de la relación entre la concentración sanguínea y la edad son contradictorios. Propranolol debe emplearse con precaución para tratar a pacientes de edad avanzada. Se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis más baja. Se debe determinar la dosis óptima de forma individual en función de la respuesta clínica.

Población pediátrica**Arritmias**

La dosis deberá determinarse en función del estado cardíaco del paciente y las circunstancias que requieran tratamiento. La dosis debe ajustarse individualmente. A continuación se ofrece una guía: Niños y adolescentes: 0,25-0,5 mg/kg 3-4 veces al día, ajustado en función de la respuesta clínica.

Migraña

Oral: Niños menores de 12 años: 20 mg dos o tres veces al día.
Niños mayores de 12 años: la dosis de adultos.

Forma de administración

Vía oral.

4.3. Contraindicaciones

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.
- Descompensación cardíaca que no esté tratada adecuadamente.
- Síndrome del nódulo sinusal enfermo/bloqueo del nódulo sinoauricular (SA).
- Antecedentes de broncoespasmo o asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Acidosis metabólica.
- Bloqueo cardíaco de segundo y tercer grado.
- Pacientes propensos a hipoglicemia, p.ej. debido a ayuno prolongado o a reservas limitadas contra reguladoras.
- Shock cardiogénico.
- Feocromocitoma no tratado.
- Bradicardia intensa.
- Hipotensión grave.
- Trastornos arteriales periféricos graves.
- Angina de Prinzmetal

4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo

Propranolol, al igual que otros betabloqueantes:

- a pesar de estar contraindicado en caso de insuficiencia cardiaca no controlada (véase el apartado 4.3), puede utilizarse en pacientes cuyos signos de insuficiencia hayan sido controlados. Se debe tener una precaución especial en pacientes con mala reserva cardiaca.
- debe evitarse la administración concomitante con antagonistas del calcio con efectos inótrópicos negativos (por ejemplo, verapamilo y diltiazem) ya que puede causar un aumento de estos efectos, particularmente en pacientes con disfunción ventricular y/o alteraciones en la conducción sinoauricular o auriculoventricular. Esto puede originar hipotensión grave, bradicardia e insuficiencia cardíaca. No se deben administrar betabloqueantes ni antagonistas del calcio por vía intravenosa en las 48 horas posteriores a la interrupción de uno de ellos.
- a pesar de estar contraindicado en trastornos graves de la circulación arterial periférica (véase el apartado 4.3), también puede agravar formas menos graves de dichos trastornos.
- debido al efecto negativo que produce en el tiempo de conducción, se debe proceder con precaución si se administra a pacientes con bloqueo auriculoventricular de primer grado.
- Puede bloquear o modificar los signos y síntomas de hipoglucemia (especialmente taquicardia). En ocasiones, propranolol provoca hipoglucemia, incluso en pacientes no diabéticos, p. ej., recién nacidos, lactantes, niños, pacientes de edad avanzada, pacientes en hemodiálisis o pacientes con hepatopatía crónica o que hayan tomado una sobredosis. En pacientes aislados y con muy escasa frecuencia se ha producido con propranolol hipoglucemia grave con convulsiones y/o coma. Se debe tener precaución al utilizar propranolol de forma concomitante con hipoglucemiantes en pacientes diabéticos. Propranolol puede prolongar la respuesta hipoglucémica a la insulina (véase el apartado 4.3).
- podría enmascarar signos de tirotoxicosis.
- no se debe utilizar en caso de feocromocitoma no tratado. Sin embargo, en pacientes con feocromocitoma se puede administrar un bloqueante alfa de forma concomitante.
- reducirá la frecuencia cardiaca como resultado de su acción farmacológica. En los casos raros en que los síntomas puedan atribuirse a una frecuencia cardíaca lenta, podrá reducirse la dosis.
- puede provocar una reacción más grave a una serie de alérgenos cuando se administra a pacientes con antecedentes de reacciones anafilácticas a dichos alérgenos. Estos pacientes pueden no responder a las dosis habituales de adrenalina que se utilizan para tratar las reacciones alérgicas.

Se debe evitar la retirada brusca del tratamiento con betabloqueantes. La dosis deberá reducirse de forma gradual a lo largo de un periodo de entre 7 y 14 días. Los pacientes deberán ser controlados durante la retirada, sobre todo aquellos con cardiopatía isquémica.

Cuando se programa a un paciente para una intervención quirúrgica y se decide interrumpir el tratamiento con betabloqueantes, se deberá retirar al menos 48 horas antes de la intervención. El beneficio/riesgo de la retirada del beta-bloqueante deberá determinarse para cada paciente. Si se realiza una anestesia general en pacientes en tratamiento con betabloqueantes, debe seleccionarse un anestésico con el menor efecto inotrópico negativo posible.

Puesto que la semivida puede aumentar en pacientes con insuficiencia hepática o renal significativa, se debe proceder con precaución al iniciar el tratamiento y seleccionar la dosis inicial

Propranolol debe utilizarse con precaución en pacientes con cirrosis descompensada (véase el apartado 4.2). La función hepática puede deteriorarse en pacientes con hipertensión portal, que pueden desarrollar encefalopatía hepática. Varias notificaciones sugieren que el tratamiento con propranolol podría aumentar el riesgo de sufrir encefalopatía hepática (véase el apartado 4.2).

En los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los bloqueantes beta no selectivos como el propranolol pueden agravar la enfermedad obstructiva. Por consiguiente, el propranolol no debe utilizarse en esta situación (ver sección 4.3).

El broncoespasmo normalmente puede ser revertido con broncodilatadores beta-2 agonistas, tales como el salbutamol. Se pueden requerir dosis mayores de broncodilatador beta-2 agonista para superar el beta-bloqueo producido por propranolol y se deberá ajustar la dosis según la respuesta clínica: se deberá considerar tanto la administración intravenosa como la inhalatoria. Puede considerarse también el uso de aminofilina intravenosa y/o el empleo de ipratropio (administrado mediante nebulizador). Se ha comunicado también que glucagón (de 1 a 2 mg administrados por vía intravenosa) produce un efecto broncodilatador en pacientes asmáticos. En casos graves, se puede requerir oxígeno o ventilación asistida.

Se han notificado casos aislados de síndrome similar a la miastenia gravis o de exacerbación de la miastenia gravis en pacientes que habían recibido propranolol.

El uso de propranolol para la profilaxis secundaria de la hemorragia por varices esofágicas solamente puede ser realizado en o bajo la supervisión de departamentos especializados que estén familiarizados con la administración y los posibles riesgos en este grupo de pacientes (hemorragia por privación, deterioro de la función hepática debido a la restricción del flujo sanguíneo hepático, reanimación difícil debido al bloqueo de los receptores beta).

En pacientes con antecedentes personales o familiares de psoriasis, el propranolol sólo debe prescribirse tras una cuidadosa evaluación de riesgos y beneficios.

El uso de propranolol en niños con arritmia cardíaca es posible, pero la dosis individual debe determinarse con especial cuidado aumentando gradualmente la dosis.

El propranolol disminuye la producción de lágrimas. Por lo tanto, debe tenerse precaución en pacientes que utilicen lentes de contacto.

Interferencia con pruebas de laboratorio:

Se ha informado que el propranolol interfiere con la estimación de la bilirrubina sérica por el método diazo y con la determinación de catecolaminas por métodos que usan fluorescencia.

Lactosa:

Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia total de lactasa o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento.

4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Combinación no recomendada:

El uso combinado de bloqueadores beta y bloqueantes de los canales de calcio con efectos inotrópicos negativos (p. Ej., Verapamilo, diltiazem) puede llevar a una exageración de la conducción AV negativa y la función del nodo sinusal, particularmente en pacientes con función ventricular alterada y / o alteraciones de la conducción SA o AV. Esto puede ocasionar hipotensión grave y bradicardia. La combinación con propranolol debe evitarse, especialmente en pacientes con descompensación cardíaca.

El uso concomitante de agentes simpaticomiméticos, p. Ej., Adrenalina, puede contrarrestar el efecto de los betabloqueantes. Se debe tener precaución en la administración parenteral de preparaciones que contienen adrenalina a pacientes que toman betabloqueantes ya que, en casos raros, puede producirse vasoconstricción, hipertensión y bradicardia.

Broncodilatadores agonistas beta:

Los bloqueantes beta no cardioselectivos antagonizan los efectos broncodilatadores de los broncodilatadores agonistas beta. El propranolol está contraindicado en los pacientes asmáticos (ver sección 4.3).

Fingolimod:

Potenciación de los efectos bradicárdicos con desenlaces posiblemente mortales. No se debe iniciar el tratamiento con fingolimod en pacientes que reciban bloqueantes beta. En el caso de combinación, se recomienda la supervisión adecuada para iniciar el tratamiento, al menos la supervisión nocturna.

Barbitúricos:

Los niveles plasmáticos y los efectos de los bloqueantes beta se reducen con los barbitúricos. Los barbitúricos son potentes inductores de las enzimas hepáticas que pueden aumentar el metabolismo del propranolol.

Propafenona:

Los niveles plasmáticos de propranolol pueden aumentar un 100% con la propafenona. Probablemente se debe a que el propranolol es parcialmente metabolizado por la misma enzima que la propafenona (CYP2D6). Esta combinación tampoco es aconsejable porque la propafenona tiene efectos inotrópicos negativos.

Warfarina:

Propranolol puede causar una reducción del aclaramiento y aumentar la concentración plasmática de warfarina.

Inhibidores de MAO:

El uso concomitante de IMAO (excepto los inhibidores de MAO-B) con antihipertensivos puede reducir el efecto antihipertensor y provocar reacciones hipertensivas.

Glucósidos:

Los glucósidos digitálicos en asociación con betabloqueantes pueden aumentar el tiempo de la conducción auriculo-ventricular.

Combinación que conviene utilizar con precaución y puede requerir un ajuste de la dosis

Amiodarona:

Algunos informes de casos sugieren que los pacientes tratados con amiodarona pueden tener bradicardia sinusal grave si reciben tratamiento concomitante con propranolol. La amiodarona tiene una semivida extremadamente larga (unos 50 días), lo que significa que las interacciones pueden producirse mucho después de suspender el tratamiento.

Antiarrítmicos de clase I (disopiramida, quinidina):

Los antiarrítmicos de clase I y los bloqueantes beta tienen efectos inotrópicos negativos aditivos que pueden provocar hipotensión y efectos secundarios hemodinámicos graves en los pacientes con disfunción ventricular izquierda.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)/antirreumáticos:

Los antiinflamatorios de tipo AINE contrarrestan el efecto antihipertensivo de los bloqueantes beta. Se ha estudiado principalmente con la indometacina. En un estudio sobre el diclofenaco no se pudo detectar dicha interacción. Se carece de datos sobre los inhibidores de COX-2.

Cimetidina:

La cimetidina aumenta los niveles de propranolol en plasma, probablemente al inhibir su metabolismo de primer paso. Con la administración por vía oral puede existir riesgo de bradicardia, entre otros.

Alcohol:

La ingesta concomitante de alcohol podría aumentar los niveles plasmáticos de propranolol.

Anestésicos:

El uso concomitante de antagonistas adrenérgicos beta y anestésicos puede atenuar la taquicardia refleja y aumentar el riesgo de hipotensión (ver sección 4.4). Como regla general, evite la retirada súbita del tratamiento con bloqueantes beta. Se debe informar al anestesista cuando el paciente esté recibiendo antagonistas adrenérgicos beta. Se deberían evitar los agentes anestésicos que provoquen depresión miocárdica.

Epinefrina (adrenalina):

Se dispone de una serie de informes sobre hipertensión grave y bradicardia intensa en pacientes tratados con propranolol y epinefrina. Estas observaciones clínicas han sido confirmadas por estudios con voluntarios sanos. También se ha sugerido que la administración intravascular de epinefrina puede desencadenar estas reacciones.

Fluvoxamina:

La fluvoxamina inhibe el metabolismo oxidativo y aumenta las concentraciones plasmáticas de propranolol. Esto puede producir una bradicardia intensa.

Antihipertensivos de acción central (clonidina, moxonidina, metildopa):

El uso concomitante de antihipertensivos de acción central puede empeorar la insuficiencia cardíaca disminuyendo el tono simpático central (reducción de la frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco, vasodilatación). La retirada súbita, especialmente si se produce antes de la suspensión del tratamiento con bloqueantes beta, puede aumentar el riesgo de "hipertensión de rebote".

En el caso que se administren ambos fármacos de forma concomitante, el betabloqueante deberá retirarse varios días antes de suspenderse la administración de clonidina. Si se sustituyera clonidina por la terapia

con un betabloqueante, la introducción de los betabloqueantes deberá retrasarse varios días después de suspender la administración de clonidina.

Rifampicina:

El metabolismo del propranolol puede verse aumentado por el potente efecto inductor de las enzimas hepáticas que provoca la rifampicina.

Bloqueantes alfa:

El uso concomitante con bloqueantes alfa aumenta el riesgo de hipotensión, especialmente la hipotensión ortostática, la taquicardia y las palpitaciones.

Bloqueadores de los canales de calcio dihidropiridina: p. Ej. nifedipina:

El uso concomitante puede aumentar el riesgo de hipotensión y puede presentarse insuficiencia cardíaca con insuficiencia cardíaca latente.

Clorpromazina:

El uso concomitante de clorpromazina con propranolol puede provocar un marcado aumento en los niveles plasmáticos de ambos fármacos, y por lo tanto aumentar sus efectos sobre la frecuencia cardíaca y la presión arterial, así como un efecto antipsicótico potenciado para la clorpromazina y un efecto antihipertensivo incrementado para el propranolol.

Lidocaína:

La administración de propranolol durante la infusión de lidocaína puede aumentar la concentración plasmática de lidocaína en aproximadamente un 30%. Los pacientes que ya reciben propranolol tienden a tener niveles más altos de lidocaína que los controles. La combinación debe ser evitada.

Medicamentos antimigrañosos:

Durante el tratamiento concomitante con propranolol inhibió el metabolismo de primer paso de rizatriptán cuyo AUC aumenta en un 70-80%. Se recomienda una dosis de 5 mg de rizatriptán para la terapia de combinación. La ergotamina con propranolol ha dado lugar a informes de reacciones vasoespásticas en algunos pacientes.

Teofilina:

El propranolol reduce el aclaramiento metabólico de la teofilina en aproximadamente el 30% a una dosis de 120 mg/día y un 50% a una dosis de 720 mg/día.

Insulina y antidiabéticos orales:

El uso concomitante puede enmascarar ciertos síntomas de hipoglucemia (palpitaciones, taquicardia). El propranolol puede prolongar la respuesta hipoglucémica a la insulina.

Tabaco:

El consumo de tabaco puede reducir los efectos beneficiosos de los bloqueantes beta sobre la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo:

Al igual que con todos los fármacos, no se debe administrar propranolol durante el embarazo salvo si se considera fundamental. No hay indicios de teratogenia con propranolol. Sin embargo, los betabloqueantes reducen el flujo sanguíneo de la placenta lo que puede originar muerte fetal intrauterina, inmadurez y partos prematuros. Además, se pueden producir efectos adversos (especialmente hipoglucemia y

bradicardia en recién nacidos y bradicardia en el feto). Existe un mayor riesgo de complicaciones cardíacas y pulmonares en el neonato durante el período post-natal.

Lactancia:

La mayoría de bloqueantes de los receptores adrenérgicos beta, especialmente los compuestos lipófilos, pasarán a la leche materna aunque en una magnitud variable. Por lo tanto, no se recomienda la lactancia materna durante la administración de estos compuestos.

Fertilidad: No se dispone de datos relevantes acerca del efecto sobre la fertilidad en los humanos.

4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

La influencia de propranolol sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante.

Debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio.

4.8. Reacciones adversas

En general, propranolol se tolera bien. En estudios clínicos, las reacciones adversas comunicadas se atribuyen generalmente a las acciones farmacológicas de propranolol.

Las reacciones adversas relacionadas con el propranolol se indican a continuación, por órganos y sistemas y frecuencia. Las frecuencias se definen de la siguiente manera:

Muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1000$); muy raras ($< 1/10000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Clasificación Sistema de órganos	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras	Muy raras	No conocida
Trastornos de la sangre y del sistema linfático			Trombocitopenia	Leucopenia, Agranulocitosis, eosinofilia transitoria	
Trastornos del sistema inmunológico			Angioedema		

Trastornos del metabolismo y de la nutrición				Hipoglucemia en pacientes de edad avanzada, pacientes en diálisis, pacientes en tratamiento concomitante con antidiabéticos, pacientes con ayuno prolongado y pacientes con hepatopatía crónica, exacerbación de la diabetes, reducción del colesterol HDL, aumento de los triglicéridos.	
Trastornos psiquiátricos					Depresión
Trastornos del sistema nervioso	Trastornos del sueño, pesadillas especialmente al inicio del tratamiento, mareos, confusión.	Síndrome similar a la miastenia gravis	Alucinaciones, psicosis (tras interrupción brusca), cambios en el estado de ánimo, paraestias.	Exacerbación de la miastenia gravis, nerviosismo, cefalea, estados depresivos	
Trastornos oculares			Ojos secos, trastornos visuales	Conjuntivitis	
Trastornos cardíacos	Bradicardia, hipotensión ortostática, síncope, palpitaciones, alteraciones de				

	la conducción AV, exacerbación de la insuficiencia cardiaca				
Trastornos vasculares	Extremidades frías, síndrome de Raynaud		Exacerbación de la claudicación intermitente.		
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Dificultad al respirar.		Puede producirse broncoespasmo y disnea en pacientes con asma bronquial o antecedentes de crisis asmáticas, en ocasiones con un desenlace mortal		
Trastornos gastrointestinales		Trastornos gastrointestinales, como, náuseas, vómitos, diarrea o esteñimiento	Boca seca		
Trastornos de la piel y del tejido conjuntivo	Reacciones cutáneas alérgicas (eritema, prurito, exantema), caída del cabello.		Púrpura no-trombocitopénica, alopecia, reacciones cutáneas psoriasiformes (incluso años después), exacerbación de la psoriasis	Se han informado casos aislados de hiperhidrosis	
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo				Miopatía proximal dolorosa, calambres musculares; en terapia prolongada: Artropatía	
Trastornos renales y urinarios				Empeoramiento de la función renal en insuficiencia renal grave	

Trastornos del aparato reproductor y de la mama				Libido y trastornos eréctiles	
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Fatiga y/o laxitud (a menudo transitoria).		Mareos		
Exploraciones complementarias			se ha observado un aumento de AAN (anticuerpos antinucleares) con muchos bloqueantes beta. Su relevancia clínica no se conoce con certeza	Transaminasas elevadas (GOT, GPT) en suero	

Población pediátrica

Clasificación Sistema de órganos	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras	Muy raras	No conocida
Trastornos del metabolismo y la nutrición				Hipoglucemia en neonatos, lactantes y niños	Convulsiones por hipoglucemia

Se debe plantear la suspensión del fármaco si, según el juicio clínico, el bienestar del paciente se ve afectado negativamente por cualquiera de las reacciones anteriores.

La suspensión del tratamiento con un bloqueante beta debe ser gradual (ver sección 4.4). En el caso poco frecuente de intolerancia manifestada en forma de bradicardia e hipotensión, se deberá retirar el fármaco y, si es necesario, iniciar el tratamiento por sobredosis (ver sección 4.9).

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 Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>

4.9. Sobredosis

Toxicidad:

La respuesta individual varía enormemente. Se han producido muertes en adultos tras la ingesta de aproximadamente 2 g, y la ingesta de más de 40 mg puede causar graves problemas en niños.

Síntomas:

Cardíacos: puede aparecer bradicardia, hipotensión, edema pulmonar, síncope y choque cardiogénico. Se pueden producir anomalías de la conducción como bloqueo auriculoventricular de primer o segundo grado. En raras ocasiones pueden producirse arritmias. El desarrollo de complicaciones cardiovasculares es más probable si se han ingerido otros fármacos cardioactivos, especialmente bloqueantes del canal del calcio, digoxina, antidepresivos cíclicos o neurolépticos. Los pacientes de edad avanzada y las personas con cardiopatía isquémica subyacente pueden sufrir una alteración cardiovascular grave.

SNC: puede producirse somnolencia, confusión, convulsiones, alucinaciones, pupilas dilatadas y, en casos graves, coma. Los signos neurológicos como el coma o la ausencia de reactividad de las pupilas son indicadores pronósticos poco fiables durante la reanimación.

Otras características: puede producirse broncoespasmo, vómitos y, en ocasiones, depresión respiratoria mediada por el SNC. El concepto de cardioselectividad es mucho menos aplicable en la situación de sobredosis y los efectos sistémicos del bloqueo beta incluyen broncoespasmo y cianosis. Especialmente en las personas con enfermedades preexistentes de las vías respiratorias. La hipoglucemia y la hipocalcemia son poco frecuentes y, en ocasiones, también pueden aparecer espasmos generalizados.

Tratamiento:

En caso de sobredosis o de reducciones extremas de la frecuencia cardíaca o la tensión arterial, se debe detener el tratamiento con propranolol. Además de utilizar medidas primarias de eliminación de tóxicos, se deberán supervisar los parámetros vitales y corregirse debidamente en cuidados intensivos. En caso de parada cardíaca, es posible que esté indicada la reanimación durante varias horas.

Esta debe incluir medidas sintomáticas y de soporte generales, incluidas unas vías respiratorias limpias y la supervisión de las constantes vitales hasta la estabilización. Puede considerarse el uso de carbón activado (50 g para adultos, 1 g/kg para niños) en un adulto que acuda durante la hora siguiente a la ingesta de más de una dosis terapéutica o, en el caso de un niño, sea cual sea la cantidad ingerida. Cuando sea necesario, antes del lavado gástrico debe administrarse atropina, ya que existe riesgo de estimulación vagal. Como alternativa, considérese el lavado gástrico en adultos hasta 1 hora después de ingerir una sobredosis potencialmente mortal.

La bradicardia excesiva puede responder a grandes dosis de atropina (3 mg por vía intravenosa para un adulto y 0,04 mg/kg para un niño) y/o a un marcapaso cardíaco.

En caso de hipotensión grave, insuficiencia cardíaca o choque cardiogénico en adultos se deberá administrar un bolo intravenoso de 5-10 mg de glucagón (50-150 µg/kg en niños) durante 10 minutos para reducir la probabilidad de vómitos, seguido de una infusión de 1-5 mg/hora (50 µg/kg/hora), ajustada a la respuesta clínica. Si no se dispone de glucagón o si existe una bradicardia e hipotensión graves que no mejoran con el glucagón, el efecto de los bloqueantes beta puede contrarrestarse mediante la administración intravenosa lenta de clorhidrato de isoprenalina, dopamina o noradrenalina. En la hipotensión grave puede ser necesario el soporte inotrópico adicional con un agonista beta como la dobutamina 2,5-40 µg/kg/min (adultos y niños). Si la intoxicación ha sido grave, es probable que estas

dosis no sean apropiadas para revertir los efectos cardíacos del beta-bloqueo; por tanto, se aumentará la dosis de dobutamina, si fuera necesario, para obtener la respuesta requerida según el estado clínico del paciente.

Para el broncoespasmo se deberá administrar salbutamol nebulizado 2,5-5 mg. La aminofilina intravenosa puede resultar beneficiosa en los casos graves (5 mg/kg durante 30 minutos seguidos de una infusión de 0,5-1 mg/kg/hora). Si el paciente está tomando teofilina o aminofilina por vía oral no debe administrarse la dosis de carga inicial de 5 mg/kg.

El uso de un marcapasos también puede resultar eficaz para aumentar la frecuencia cardíaca, pero no siempre corrige la hipotensión secundaria a la depresión miocárdica.

En los casos de espasmo generalizado, puede utilizarse una dosis intravenosa lenta de diazepam (0,1-0,3 mg/kg de peso corporal).

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: bloqueantes beta no selectivos (bloqueantes beta) Código ATC: C07AA05

Propranolol es un antagonista competitivo de los receptores adrenérgicos beta1 y beta2. No tiene actividad agonista en los receptores adrenérgicos beta, pero posee una actividad estabilizadora de la membrana a concentraciones que superan 1-3 mg/litro, aunque tales concentraciones raramente se alcanzan durante el tratamiento oral.

El bloqueo beta competitivo se ha demostrado en seres humanos mediante el desplazamiento paralelo hacia la derecha en la curva dosis-respuesta de frecuencia cardíaca obtenida con beta-agonistas como isoprenalina.

Al igual que otros betabloqueantes, propranolol posee efectos inótrópos negativos y, por tanto, está contraindicado en caso de insuficiencia cardíaca no controlada.

Propranolol es una mezcla racémica y la forma activa es el isómero S (-). Con la excepción de la inhibición de la conversión de tiroxina a triyodotironina, no es probable que aumenten los diferentes efectos terapéuticos por alguna propiedad secundaria adicional de R (+) propranolol, en comparación con la mezcla racémica.

Propranolol es efectivo y bien tolerado por la mayoría de poblaciones étnicas, aunque la respuesta puede ser inferior en pacientes de raza negra.

5.2. Propiedades farmacocinéticas

Después de la administración intravenosa, la vida media plasmática del propranolol es de aproximadamente 2 horas y la proporción de metabolitos frente a fármaco original en la sangre es menor que después de la administración oral. En particular, 4-hydroxypropranolol no está presente después de la administración intravenosa. El propranolol se absorbe por completo después de la administración oral y las concentraciones plasmáticas máximas se producen de 1 a 2 horas después de la administración en pacientes en ayunas. El hígado elimina hasta el 90% de una dosis oral con una vida media de eliminación de 3 a 6 horas. El propranolol se distribuye de manera amplia y rápida en todo el cuerpo, y los niveles más altos se producen en los pulmones, el hígado, los riñones, el cerebro y el corazón. El propranolol está altamente unido a proteínas (80 a 95%).

5.3. Datos preclínicos sobre seguridad

Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, tolerancia local, genotoxicidad, potencial carcinogénico y toxicidad para la reproducción.

6 . DATOS FARMACÉUTICOS

6.1. Lista de excipientes

Almidón de maíz
Lactosa monohidrato
Celulosa microcristalina (E460)
Estearato de magnesio

Composición del recubrimiento del comprimido:

Hipromelosa (E464)
Celulosa microcristalina (E460)
Monoglicéridos y diglicéridos acetilados
Dióxido de titanio (E171)

6.2. Incompatibilidades

No procede

6.3. Periodo de validez

3 años

6.4. Precauciones especiales de conservación

Este medicamento no requiere ninguna condición especial de conservación.

6.5. Naturaleza y contenido del envase

Blíster de PVC-PVdC/ALU en tamaños de 25, 28, 30, 50, 56, 60, 100 y 250 comprimidos recubiertos con película.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local.

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Accord Healthcare S.L.U.
World Trade Center
Moll de Barcelona, s/n
Edifici Est, 6ª planta
08039 Barcelona

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Febrero 2013

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

04/2025