

FICHA TÉCNICA

ADVERTENCIA TRIÁNGULO NEGRO

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/ 12,5 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/25 mg comprimidos recubiertos con película EFG

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/12,5 mg comprimidos recubiertos con película EFG:
Cada comprimido recubierto con película contiene 20 mg de olmesartan medoxomilo y 12,5 mg de hidroclorotiazida.

Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/25 mg comprimidos recubiertos con película EFG:
Cada comprimido recubierto con película contiene 20 mg de olmesartán medoxomilo y 25 mg de hidroclorotiazida.

Excipiente (s) con efecto conocido

Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/12,5 mg comprimidos recubiertos con película EFG:
Cada comprimido recubierto con película contiene 116,50 mg de lactosa monohidrato.

Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/25 mg comprimidos recubiertos con película EFG: Cada comprimido recubierto con película contiene 104,00 mg de lactosa monohidrato.

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

3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimidos recubiertos con película.

Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/12,5 mg comprimidos recubiertos con película EFG:
Comprimidos recubiertos con película de color naranja, redondos, con "D2" grabados en un lado y lisos en el otro lado.

Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/25 mg comprimidos recubiertos con película EFG:
Comprimidos recubiertos con película de color rosa, redondos, con "D3" grabados en un lado y lisos en el otro lado.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Indicaciones terapéuticas

El tratamiento de la hipertensión esencial.

La combinación a dosis fijas de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/12,5 mg y 20 mg/25 mg están indicadas en pacientes adultos cuya presión arterial no está adecuadamente controlada con olmesartan medoxomilo en monoterapia.

4.2. Posología y forma de administración

Posología

Adultos

Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant no está indicado como terapia inicial, debe utilizarse en pacientes cuya presión arterial no está adecuadamente controlada con 20 mg de olmesartán medoxomilo en monoterapia. Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant se administra una vez al día, con o sin alimentos.

Cuando sea clínicamente apropiado, se puede considerar el cambio directo de monoterapia con 20 mg de olmesartán medoxomilo a la combinación de dosis fija, teniendo en cuenta que el efecto antihipertensivo máximo de olmesartán medoxomilo se alcanza a las 8 semanas del inicio de la terapia (ver sección 5.1). Se recomienda la titulación de los componentes individuales.

En pacientes cuya presión arterial no está adecuadamente controlada por la dosis óptima de 20 mg de la monoterapia con olmesartán medoxomilo, se pueden administrar 20 mg de olmesartán medoxomilo/12,5 mg de hidroclorotiazida.

En pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con 20 mg de olmesartán medoxomilo/12,5 mg de hidroclorotiazida, pueden administrarse 20 mg de olmesartán/25 mg de hidroclorotiazida.

Pacientes de edad avanzada(65 años o mayores)

En pacientes de edad avanzada se recomienda la misma dosis de la combinación que en adultos.

Insuficiencia renal

Cuando Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant se usa en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada (aclaramiento de creatinina de 30 a 60 ml/min) se aconseja una monitorización periódica de la función renal (ver sección 4.4). Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) (ver sección 4.3).

Insuficiencia hepática

Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant debe usarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada (ver secciones 4.4, 5.2). En pacientes con insuficiencia hepática moderada, se recomienda una dosis inicial de 10 mg de olmesartán medoxomilo una vez al día y la dosis máxima no debe superar los 20 mg diarios. Se recomienda una monitorización cuidadosa de la presión arterial y de la función renal en pacientes con insuficiencia hepática que estén siendo tratados con diuréticos y/u otros medicamentos antihipertensivos. No se dispone de experiencia con olmesartán medoxomilo en pacientes con insuficiencia hepática grave. Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver secciones 4.3, 5.2), colestasis y obstrucción biliar (ver sección 4.3).

Población pediátrica

No se ha establecido la seguridad y eficacia de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant en niños y adolescentes menores de 18 años. No hay datos disponibles.

Forma de administración

El comprimido debe tragarse con una cantidad suficiente de líquido (por ejemplo, un vaso de agua). El comprimido no debe masticarse y debe tomarse a la misma hora cada día.

4.3. Contraindicaciones

Hipersensibilidad a los principios activos, a cualquiera de los excipientes enumerados en la sección 6.1 o a otros fármacos derivados de sulfonamida (ya que la hidroclorotiazida es un medicamento derivado de la sulfonamida).

Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min).

Hipopotasemia refractaria, hipercalcemia, hiponatremia e hiperuricemia sintomática.

Insuficiencia hepática grave, colestasis y trastornos obstructivos biliares.

Segundo y tercer trimestre del embarazo (ver secciones 4.4 y 4.6).

El uso concomitante de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant con productos que contienen aliskiren está contraindicado en pacientes con diabetes mellitus o insuficiencia renal (TFG <60 ml/min/1,73 m²) (ver secciones 4.5 y 5.1).

4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo

Depleción de volumen intravascular:

Puede producirse hipotensión sintomática, especialmente tras la primera dosis, en pacientes con depleción de volumen y/o sodio, debido a un tratamiento diurético intenso, restricción de sal en la dieta, diarrea o vómitos. Estos trastornos se deben corregir antes de administrar Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant.

Otras condiciones con estimulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona:

En pacientes cuyo tono vascular y función renal dependen principalmente de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (por ejemplo, pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave o enfermedad renal subyacente, incluyendo estenosis de la arteria renal), el tratamiento con medicamentos que afectan a este sistema se ha asociado con hipotensión aguda, azotemia, oliguria o, en raras ocasiones, insuficiencia renal aguda.

Hipertensión renovascular:

El riesgo de hipotensión grave y de insuficiencia renal es mayor cuando los pacientes con estenosis de la arteria renal bilateral o con estenosis de la arteria renal en caso de un único riñón funcional, son tratados con medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Insuficiencia renal y trasplante de riñón:

Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant no se debe usar en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min).

La dosis máxima de olmesartán medoxomilo en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada (aclaramiento de creatinina de 30 ml/min - 60 ml/min) es de 20 mg una vez al día. No obstante, en dichos pacientes Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant 20 mg/12,5 mg y 20 mg/25 mg se debe administrar con precaución y se recomienda realizar controles periódicos de los niveles séricos de potasio, creatinina y ácido úrico. En pacientes con insuficiencia renal se puede producir azotemia asociada a los diuréticos tiazídicos. Si se evidencia una insuficiencia renal progresiva, debe reevaluarse cuidadosamente el tratamiento, considerando la interrupción de la terapia con diuréticos.

Por lo tanto, Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant 40 mg/12,5 mg y Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant 40 mg/25 mg están contraindicados en todos los estadios de la insuficiencia renal (ver sección 4.3).

No se dispone de experiencia en la administración de Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant a pacientes sometidos a un trasplante renal reciente.

Bloqueo dual del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS):

Existe evidencia de que el uso concomitante de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina II o aliskiren aumenta el riesgo de hipotensión, hipopotasemia y disminución de la función renal (incluyendo insuficiencia renal aguda). En consecuencia, no se recomienda el bloqueo dual del SRAA mediante la utilización combinada de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina II o aliskiren (ver secciones 4.5 y 5.1).

Si se considera imprescindible la terapia de bloqueo dual, ésta sólo se debe llevar a cabo bajo la supervisión de un especialista y sujeta a una monitorización estrecha y frecuente de la función renal, los niveles de electrolitos y la presión arterial.

No se deben utilizar de forma concomitante los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de angiotensina II en pacientes con nefropatía diabética.

Insuficiencia hepática:

Actualmente no hay experiencia con olmesartán medoxomilo en pacientes con insuficiencia hepática grave. En pacientes con insuficiencia hepática moderada, la dosis máxima de olmesartán medoxomilo es de 20 mg.

Además, las pequeñas alteraciones en el equilibrio de líquidos y electrolitos durante la terapia con tiazidas pueden precipitar coma hepático en pacientes con insuficiencia hepática o enfermedad hepática progresiva.

Por lo tanto, el uso de Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant 40 mg/12,5 mg y Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant 40 mg/25 mg está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática moderada y grave, colestasis y obstrucción biliar (ver secciones 4.3, 5.2). Se debe tener precaución en pacientes con insuficiencia hepática moderada (ver sección 4.2).

Estenosis valvular aórtica y mitral; miocardiopatía hipertrófica obstructiva: Al igual que con otros vasodilatadores, se recomienda precaución especial en pacientes con estenosis aórtica o mitral o con miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

Aldosteronismo primario:

Los pacientes con aldosteronismo primario generalmente no responden a los medicamentos antihipertensivos que actúan por inhibición del sistema renina-angiotensina. Por lo tanto, no se recomienda el uso de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant en dichos pacientes.

Efectos metabólicos y endocrinos:

La terapia con tiazida puede alterar la tolerancia a la glucosa. Puede ser necesario ajustar la dosis de insulina o de antidiabéticos orales en pacientes diabéticos (ver sección 4.5). Durante el tratamiento con fármacos tiazídicos puede manifestarse una diabetes mellitus latente.

Los incrementos de los niveles de colesterol y de triglicéridos son efectos adversos asociados al tratamiento con diuréticos tiazídicos.

El tratamiento tiazídico puede producir hiperuricemia o precipitar el desarrollo de gota en algunos pacientes.

Desequilibrio electrolítico:

Al igual que en todos los casos en los que el paciente recibe terapia diurética, se deberán efectuar determinaciones periódicas de los electrolitos en suero a intervalos adecuados.

Las tiazidas, incluida la hidroclorotiazida, pueden causar un desequilibrio hidroelectrolítico (incluyendo hipopotasemia, hiponatremia y alcalosis hipoclorémica). Signos de advertencia de desequilibrio hidroelectrolítico son sequedad de boca, sed, debilidad, letargia, somnolencia, inquietud, dolor muscular o calambres, fatiga muscular, hipotensión, oliguria, taquicardia y alteraciones gastrointestinales, como náuseas o vómitos (ver sección 4.8).

El riesgo de hipopotasemia es mayor en pacientes con cirrosis hepática, en pacientes que experimentan diuresis excesiva, en pacientes que reciben una ingesta oral inadecuada de electrolitos y en pacientes que reciben tratamiento concomitante con corticosteroides o ACTH (ver sección 4.5). Por el contrario, se puede producir hiperpotasemia, debido al antagonismo de los receptores de la angiotensina II (AT₁) a causa del componente olmesartán medoxomilo de Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant, especialmente en presencia de insuficiencia renal y/o insuficiencia cardíaca, y diabetes mellitus. Se recomienda realizar un control adecuado de los niveles séricos de potasio en pacientes de riesgo. La administración concomitante de Olmetec Plus y diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio o sustitutos de la sal que contienen potasio y otros medicamentos que puedan aumentar los niveles séricos de potasio (por ejemplo, heparina), debe realizarse con precaución (ver sección 4.5).

No hay evidencia de que olmesartán medoxomilo reduzca o prevenga la hiponatremia inducida por diuréticos. El déficit de cloruros generalmente es leve y normalmente no requiere tratamiento.

Las tiazidas pueden disminuir la excreción de calcio en orina y causar una elevación ligera e intermitente de los niveles de calcio en suero, en ausencia de trastornos conocidos del metabolismo del calcio. Una hipercalcemia puede ser evidencia de hiperparatiroidismo oculto. El tratamiento con tiazidas se debe interrumpir antes de realizar las pruebas de la función paratiroidea.

Las tiazidas incrementan la excreción en orina de magnesio, lo cual puede dar lugar a hipomagnesemia.

Durante el tiempo caluroso puede producirse hiponatremia dilucional en pacientes que presentan edemas.

Litio:

Al igual que con otros antagonistas de los receptores de la angiotensina II, no se recomienda el uso concomitante de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant y litio (ver sección 4.5).

Enteropatía tipo esprúe:

Con una frecuencia muy rara se han notificado casos de diarrea crónica grave con pérdida de peso considerable en pacientes que toman olmesartan tras pocos meses o hasta años después de haber iniciado el tratamiento, posiblemente causada por una reacción de hipersensibilidad localizada de aparición retardada. En las biopsias intestinales de los pacientes se observó, a menudo, atrofia de las vellosidades. Si un paciente desarrolla estos síntomas durante el tratamiento con olmesartan, y en ausencia de otras etiologías aparentes, el tratamiento con olmesartan debe interrumpirse inmediatamente y no debe reiniciarse. Si la diarrea no mejora después de una semana de la interrupción, debería considerarse un mayor asesoramiento por especialistas (por ejemplo, un gastroenterólogo).

Miopía aguda y glaucoma de ángulo cerrado:

La hidroclorotiazida, una sulfonamida, puede provocar una reacción idiosincrática que resulta en miopía aguda transitoria y glaucoma agudo de ángulo cerrado. Los síntomas incluyen el comienzo agudo de disminución de la agudeza visual o el dolor ocular y, normalmente, suelen ocurrir desde unas horas a unas semanas tras el comienzo del tratamiento. Un glaucoma agudo de ángulo cerrado no tratado puede conducir a una pérdida permanente de la visión. El tratamiento primario es suspender la hidroclorotiazida tan rápido como sea posible. Si la presión intraocular permanece no controlada puede considerarse necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato. Los factores de riesgo para desarrollar glaucoma agudo de ángulo cerrado pueden incluir historial de alergia a las sulfonamidas o penicilinas.

Diferencias étnicas:

Al igual que ocurre con los otros medicamentos que contienen antagonistas de los receptores de la angiotensina II, el efecto reductor de la presión arterial de Olmesartán/hidroclorotiazida es algo inferior en los pacientes de raza negra en comparación con los pacientes de otra raza, posiblemente a causa de una mayor prevalencia de niveles bajos de renina en la población hipertensa de raza negra.

Test antidopaje:

Este medicamento, por contener hidroclorotiazida, puede producir un resultado analítico positivo en los test antidopaje.

Embarazo:

No se debe iniciar tratamiento con antagonistas de los receptores de la angiotensina II durante el embarazo. Las pacientes que estén planificando un embarazo deben cambiar a tratamientos antihipertensivos alternativos, que tengan un perfil de seguridad establecido para usar durante el embarazo, salvo que se considere esencial continuar con la terapia con antagonistas de los receptores de la angiotensina II. Cuando se diagnostique un embarazo, se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con antagonistas de los receptores de la angiotensina II, y si es apropiado, se debe iniciar otra alternativa terapéutica (ver secciones 4.3 y 4.6).

Cáncer de piel no-melanoma:

Se ha observado un aumento del riesgo de cáncer de piel no-melanoma (CPNM) [carcinoma basocelular (CBC) y carcinoma de células escamosas (CEC)] con la exposición a dosis acumuladas crecientes de hidroclorotiazida (HCTZ) en dos estudios epidemiológicos, con base en el Registro Nacional Danés de cáncer. Los efectos fotosensibilizantes de la HCTZ podrían actuar como un posible mecanismo del CPNM. Se informará a los pacientes tratados con HCTZ del riesgo de CPNM y se les indicará que se revisen de manera periódica la piel en busca de lesiones nuevas y que informen de inmediato cualquier lesión de la piel sospechosa. Se indicarán a los pacientes las posibles medidas preventivas, como limitar la exposición a la luz solar y a los rayos UV y, en caso de exposición, utilizar protección adecuada para reducir al mínimo el riesgo de cáncer de piel. Las lesiones de piel sospechosas se deben evaluar de forma rápida, incluidos los análisis histológicos de biopsias. Además, puede ser necesario reconsiderar el uso de HCTZ en pacientes que hayan experimentado previamente un CPNM (ver también sección 4.8).

Otros:

Al igual que ocurre con cualquier medicamento antihipertensivo, una disminución excesiva de la presión arterial en pacientes con enfermedad coronaria isquémica o enfermedad cerebrovascular isquémica puede provocar un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular.

Pueden aparecer reacciones de hipersensibilidad a hidroclorotiazida en pacientes con o sin historia de alergia o asma bronquial, pero son más probables en pacientes con antecedentes previos.

Se ha observado que los diuréticos tiazídicos exacerban o activan el lupus eritematoso sistémico.

Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento.

4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Interacciones potenciales relacionadas con olmesartan medoxomilo e hidroclorotiazida:

Uso concomitante no recomendado

Litio:

Se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y toxicidad durante la administración concomitante de litio con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y, raramente, con antagonistas de los receptores de angiotensina II. Además, las tiazidas reducen el aclaramiento renal del litio y, en consecuencia, puede aumentar el riesgo de toxicidad por litio. Por lo tanto, no se recomienda la combinación de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant y litio (ver sección 4.4). Si fuera necesario el uso de la combinación, se recomienda realizar una cuidadosa monitorización de los niveles séricos de litio.

Uso concomitante con precaución

Baclofeno:

Puede potenciar el efecto antihipertensivo.

Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos:

Los AINE (es decir, ácido acetilsalicílico (> 3 g/día), inhibidores de la COX-2 y AINEs no selectivos) pueden reducir el efecto antihipertensivo de los diuréticos tiazídicos y de los antagonistas del receptor de la angiotensina II. En algunos pacientes con función renal comprometida (por ejemplo pacientes deshidratados o pacientes de edad avanzada con función renal comprometida) la administración conjunta de antagonistas de los receptores de angiotensina II y de fármacos que inhiben la ciclo-oxigenasa puede producir un deterioro adicional de la función renal, incluyendo una posible insuficiencia renal aguda, que normalmente es reversible. Por lo tanto, la combinación debe administrarse con precaución, especialmente en pacientes de edad avanzada. Los pacientes deben estar adecuadamente hidratados y se debe considerar la monitorización de la función renal después del inicio del tratamiento concomitante y posteriormente de forma periódica.

Uso concomitante a tener en cuenta

Amifostina:

Puede potenciar el efecto antihipertensivo.

Otros agentes antihipertensivos:

El efecto reductor de la presión arterial de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant puede incrementarse con el uso concomitante de otros medicamentos antihipertensivos.

Alcohol, barbitúricos, narcóticos o antidepresivos:

Pueden potenciar la hipotensión ortostática.

Interacciones potenciales relacionadas con olmesartan medoxomilo:

Uso concomitante no recomendado

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores, de la angiotensina II o aliskirén:

Los datos de estudios clínicos han demostrado que el bloqueo doble del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) mediante el uso combinado de inhibidores de la *enzima convertidora de angiotensina*, *antagonistas de los receptores* de angiotensina II o aliskirén se asocia con una mayor frecuencia de acontecimientos adversos como hipotensión, hiperpotasemia y disminución de la función renal (incluyendo la insuficiencia renal aguda) en comparación con el uso de un sólo agente con efecto sobre el SRAA (ver secciones 4.3, 4.4 y 5.1).

Medicamentos que afectan los niveles de potasio:

En base a la experiencia con otros medicamentos que afectan el sistema renina-angiotensina, el uso concomitante de diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de sal que contienen potasio u otros medicamentos que pueden aumentar los niveles séricos de potasio (por ejemplo, heparina, inhibidores de la ECA) puede conducir a aumentos en el potasio sérico (ver sección 4.4). Si se tiene que prescribir un medicamento que afecte a los niveles de potasio en combinación con Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant, se aconseja monitorizar los niveles plasmáticos de potasio.

Colesevelam, agente secuestrador de ácidos biliares :

La administración concomitante con colesevelam hidrocloruro, agente secuestrador de ácidos biliares, reduce la exposición sistémica y la concentración plasmática máxima de olmesartan y reduce $t_{1/2}$. La administración de olmesartan medoxomilo al menos 4 horas antes del colesevelam hidrocloruro, disminuyó el efecto de interacción de los medicamentos. Se debe considerar la administración de olmesartan medoxomilo al menos 4 horas antes de colesevelam hidrocloruro (ver sección 5.2).

Información Adicional

Se observó una reducción modesta de la biodisponibilidad de olmesartán tras el tratamiento con antiácidos (hidróxido de aluminio y magnesio).

Olmesartan medoxomilo no tuvo un efecto significativo sobre la farmacocinética y la farmacodinamia de la warfarina ni sobre la farmacocinética de la digoxina.

La administración conjunta de olmesartan medoxomilo y pravastatina no tuvo efectos clínicamente relevantes sobre la farmacocinética de ninguno de los componentes en sujetos sanos.

Olmesartan no produjo efectos inhibitorios *in vitro* clínicamente relevantes en las enzimas humanas del citocromo P450: 1A1/2, 2A6, 2C8/9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4, y no tuvo o fue mínimo el efecto inductor sobre la actividad del citocromo P450 de rata. No se esperan interacciones clínicamente relevantes entre olmesartán y los medicamentos metabolizados por las enzimas del citocromo P450 anteriormente citadas.

Interacciones potenciales relacionadas con hidroclorotiazida:

Uso concomitante no recomendado

Medicamentos que afectan los niveles de potasio:

El efecto reductor del potasio de la hidroclorotiazida (ver sección 4.4) puede verse potenciado por la administración conjunta de otros medicamentos asociados a la pérdida de potasio e hipopotasemia (p. Ej. otros diuréticos kaliuréticos, laxantes, corticosteroides, ACTH, anfotericina, carbenoxolona, penicilina G sódica o derivados del ácido salicílico). Por lo tanto, no se recomienda su uso concomitante.

Uso concomitante con precaución

Sales de calcio:

Los diuréticos tiazídicos pueden aumentar los niveles séricos de calcio debido a la disminución de la excreción. Si se prescriben suplementos de calcio, deben controlarse sus niveles plasmáticos y ajustar convenientemente la dosis.

Resinas de colestiramina y colestipol:

La absorción de hidroclorotiazida se altera en presencia de resinas de intercambio aniónico.

Glucósidos digitálicos:

La hipopotasemia o hipomagnesemia inducida por tiazidas puede favorecer la aparición de arritmias cardíacas inducidas por digitálicos.

Medicamentos afectados por alteraciones de los niveles séricos de potasio:

Se recomienda un control periódico de los niveles séricos de potasio y del ECG se administre Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant con medicamentos que se ven afectados por alteraciones de los niveles séricos de potasio (por ejemplo, glucósidos digitálicos y antiarrítmicos) y con los siguientes medicamentos (incluyendo algunos antiarrítmicos) que inducen torsades de pointes (taquicardia ventricular), siendo la la hipopotasemia un factor de predisposición para torsades de pointes (taquicardia ventricular):

- Antiarrítmicos de clase Ia (por ejemplo, quinidina, hidroquinidina, disopiramida).
- Antiarrítmicos de clase III (por ejemplo, amiodarona, sotalol, dofetilida, ibutilida).
- Algunos antipsicóticos (por ejemplo, tioridazina, clorpromazina, levomepromazina, trifluoperazina, ciamemazina, sulpirida, sultoprida, amisulprida, tiaprida, pimozida, haloperidol, droperidol).
- Otros (por ejemplo, bepridilo, cisaprida, difemanilo, eritromicina i.v., halofantrina, mizolastina, pentamidina, esparfloxacino, terfenadina, vincamina i.v.).

Relajantes no despolarizantes de la musculatura esquelética (por ejemplo, tubocurarina):

El efecto de los relajantes no despolarizantes de la musculatura esquelética puede ser potenciado por hidroclorotiazida.

Fármacos anticolinérgicos (por ejemplo, atropina, biperideno):

Aumentan la biodisponibilidad de los diuréticos tiazídicos, al disminuir la motilidad gastrointestinal y velocidad de vaciamiento gástrico.

Antidiabéticos orales e insulina:

El tratamiento con tiazidas puede influir en la tolerancia a la glucosa. Puede ser necesario el ajuste de la dosis del medicamento antidiabético (ver sección 4.4).

Metformina:

La metformina se debe utilizar con precaución debido al riesgo de acidosis láctica inducida por una posible insuficiencia renal funcional relacionada con hidroclorotiazida.

Betabloqueantes y diazóxido:

El efecto hiperglucémico de los betabloqueantes y el diazóxido puede verse potenciado por las tiazidas.

Aminas presoras (por ejemplo, noradrenalina):

El efecto de las aminas presoras puede ser disminuido.

Medicamentos utilizados en el tratamiento de la gota (por ejemplo, probenecid, sulfipirazona y alopurinol):

Puede ser necesario ajustar la dosis de los medicamentos uricosúricos, ya que la hidroclorotiazida puede elevar el nivel sérico de ácido úrico. Puede ser necesario aumentar la dosis de probenecid o sulfinpirazona. La administración concomitante de diuréticos tiazídicos puede aumentar la incidencia de reacciones de hipersensibilidad al alopurinol.

Amantadina:

Las tiazidas pueden aumentar el riesgo de efectos adversos causados por la amantadina.

Fármacos citotóxicos (por ejemplo, ciclofosfamida, metotrexato):

Las tiazidas pueden reducir la excreción renal de medicamentos citotóxicos y potenciar sus efectos mielosupresores.

Salicilatos:

En caso de altas dosis de salicilatos, la hidroclorotiazida puede aumentar el efecto tóxico de los salicilatos sobre el sistema nervioso central.

Metildopa:

Se han descrito casos aislados de anemia hemolítica con el uso concomitante de hidroclorotiazida y metildopa.

Ciclosporina:

El tratamiento concomitante con ciclosporina puede aumentar el riesgo de hiperuricemia y complicaciones como la gota.

Tetraciclinas:

La administración concomitante de tetraciclinas y tiazidas aumenta el riesgo de aumento de la urea inducido por la tetraciclina. Esta interacción probablemente no sea aplicable a la doxiciclina.

4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo (ver sección 4.3)

Dado los efectos que tienen los componentes individuales de esta combinación sobre el embarazo, no se recomienda el uso de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant durante el primer trimestre del embarazo (ver sección 4.4). El uso de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant está contraindicado durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (ver secciones 4.3 y 4.4).

Olmesartan medoxomilo:

No se recomienda el uso de antagonistas de los receptores de la angiotensina II durante el primer trimestre del embarazo (ver sección 4.4). El uso de antagonistas de los receptores de angiotensina II está contraindicado durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo (ver secciones 4.3 y 4.4).

Los datos epidemiológicos, respecto al riesgo de teratogenicidad tras la exposición a inhibidores de la ECA durante el primer trimestre del embarazo, no han sido concluyentes; sin embargo, no se puede excluir un pequeño incremento del riesgo. Mientras no haya datos epidemiológicos controlados sobre el riesgo con antagonistas de los receptores de la angiotensina II, pueden existir riesgos similares para esta clase de medicamentos. A menos que se considere esencial continuar la terapia con bloqueadores del receptor de la angiotensina, las pacientes que estén planificando un embarazo deben cambiar a tratamientos antihipertensivos alternativos, que tengan un perfil de seguridad establecido para su uso durante el embarazo. Cuando se diagnostique un embarazo, el tratamiento con antagonistas de los receptores de la angiotensina II debe interrumpirse inmediatamente y, si es apropiado, debe iniciarse otra alternativa terapéutica.

Es conocido que la exposición al tratamiento con antagonistas del receptor de la angiotensina II durante el segundo y tercer trimestre induce la toxicidad fetal en el hombre (disminución de la función renal, oligohidramnios, retraso de la osificación del cráneo) y toxicidad neonatal (insuficiencia renal, hipotensión, hiperpotasemia). (Ver también 5.3 "Datos de preclínicos sobre seguridad").

Si se ha producido exposición a antagonistas del receptor de la angiotensina II desde el segundo trimestre del embarazo, se recomienda realizar un control ecográfico de la función renal y del cráneo.

Los niños cuyas madres hayan tomado antagonistas del receptor de la angiotensina II deben ser cuidadosamente observados por si presentan hipotensión (ver también las secciones 4.3 y 4.4).

Hidroclorotiazida:

La experiencia con hidroclorotiazida durante el embarazo es limitada, especialmente durante el primer trimestre. Los estudios en animales son insuficientes.

Hidroclorotiazida atraviesa la placenta. En base a los mecanismos de acción farmacológicos de la hidroclorotiazida, su uso durante el segundo y tercer trimestre puede comprometer la perfusión feto-placenta y puede causar efectos fetales y neonatales como ictericia, alteración del equilibrio electrolítico y trombocitopenia.

Hidroclorotiazida no debe usarse en edema gestacional, hipertensión gestacional o preeclampsia debido al riesgo de disminución del volumen plasmático e hipoperfusión placentaria, sin un efecto beneficioso sobre el curso de la enfermedad.

Hidroclorotiazida no se debe usar para la hipertensión esencial en mujeres embarazadas, excepto en situaciones raras en las que no se pueden usar otros tratamiento.

Lactancia

Olmesartan medoxomilo:

No se recomienda Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant durante lactancia, debido a que no se dispone de información relativa al uso de Olmesartan/hidroclorotiazida Jubilnat durante la misma, siendo preferibles tratamientos alternativos con perfiles de seguridad mejor establecidos durante la lactancia, especialmente en la lactancia de los recién nacidos o niños prematuros.

Hidroclorotiazida:

Hidroclorotiazida se excreta en la leche humana en pequeñas cantidades. Las tiazidas a dosis elevadas producen diuresis intensa y pueden inhibir la producción de leche.

No se recomienda el uso de Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant durante la lactancia. Si se toma Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant durante la lactancia, la dosis debe ser lo más baja posible.

4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

Olmesartán/ hidroclorotiazida Jubilant tiene una pequeña o moderada influencia sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas. Los pacientes tratados con antihipertensivos pueden experimentar ocasionalmente mareos o fatiga, lo que puede alterar la capacidad de reacción.

4.8. Reacciones adversas

Las reacciones adversas notificadas con más frecuencia durante el tratamiento con Olmesartán/ hidroclorotiazida son cefalea (2,9%), mareos (1,9%) y fatiga (1,0%).

Hidroclorotiazida puede causar o exacerbar depleción del volumen, lo que puede ocasionar un desequilibrio electrolítico (ver sección 4.4).

Además, la seguridad de las combinaciones a dosis altas de Olmesartán medoxomilo/ hidroclorotiazida fue investigada en ensayos clínicos en 3.709 pacientes que recibieron olmesartan medoxomilo en combinación con hidroclorotiazida en dosis de 40 mg/12,5 mg y 40 mg/25 mg.

Las reacciones adversas de Olmesartán medoxomilo/ hidroclorotiazida de los ensayos clínicos, de los estudios de seguridad posteriores a la autorización y notificación espontánea se resumen en la tabla de abajo, así como las reacciones adversas de los componentes individuales olmesartan medoxomilo e hidroclorotiazida según el perfil de seguridad conocido de estas sustancias.

Se ha utilizado la siguiente terminología para clasificar la aparición de reacciones adversas: 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 $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

MedDRA Clasificación por órganos y sistemas	Reacciones adversas	Frecuencia		
		Olmesartán/ hidroclorotiazida	Olmesartan	HCTZ
Infecciones e infestaciones	Sialoadenitis			Rara
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Anemia aplásica			Rara
	Depresión de la médula ósea			Rara
	Anemia hemolítica			Rara
	Leucopenia			Rara
	Neutropenia/Agranulocitosis			Rara
	Trombocitopenia		Poco frecuente	Rara
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones anafilácticas		Poco frecuente	Poco frecuente
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Anorexia			Poco frecuente
	Glucosuria			Frecuente
	Hipercalcemia			Frecuente
	Hipercolesterolemia	Poco frecuente		Muy frecuente
	Hiperglucemia			Frecuente
	Hiperpotasemia		Rara	
	Hipertrigliceridemia	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
	Hiperuricemia	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
	Hipocloremia			Frecuente
	Alcalosis hipoclorémica			Muy rara
	Hipopotasemia			Frecuente
	Hipomagnesemia			Frecuente
	Hiponatremia			Frecuente
	Hiperamilasemia			Frecuente
Trastornos psiquiátricos	Apatía			Rara
	Depresión			Rara
	Inquietud			Rara
	Alteraciones del sueño			Rara
Trastornos del sistema nervioso	Estado confusional			Frecuente
	Convulsiones			Rara
	Alteraciones de la conciencia (como pérdida de conciencia)	Rara		
	Mareo/aturdimiento	Frecuente	Frecuente	Frecuente
	Cefalea	Frecuente	Frecuente	Rara
	Pérdida de apetito			Poco frecuente
	Parestesia			Rara

	Mareo postural	Poco frecuente		
	Somnolencia	Poco frecuente		
	Síncope	Poco frecuente		
Trastornos oculares	Disminución de lagrimeo			Rara
	Visión borrosa transitoria			Rara
	Empeoramiento de la miopía existente			Poco frecuente
	Miopía aguda y glaucoma agudo de ángulo cerrado			No conocida
	Xantopsia			Rara
Trastornos del oído y del laberinto	Vértigo	Poco frecuente	Poco frecuente	Rara
Trastornos cardíacos	Angina de pecho		Poco frecuente	
	Arritmias cardíacas			Rara
	Palpitaciones	Poco frecuente		
Trastornos vasculares	Embolia			Rara
	Hipotensión	Poco común	Rara	
	Angeítis necrosante (vasculitis, vasculitis cutánea)			Rara
	Hipotensión ortostática	Poco frecuente		Poco frecuente
	Trombosis			Rara
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Bronquitis		Frecuente	
	Tos	Poco frecuente	Frecuente	
	Disnea			Rara
	Neumonía intersticial			Rara
	Faringitis		Frecuente	
	Edema pulmonar			Rara
	Dificultad respiratoria			Poco frecuente
	Rinitis		Frecuente	
Trastornos gastrointestinales	Dolor abdominal	Poco frecuente	frecuente	Frecuente
	Estreñimiento			Frecuente
	Diarrea	Poco frecuente	Frecuente	Frecuente
	Dispepsia	Poco frecuente	Frecuente	
	Irritación gástrica			Frecuente
	Gastroenteritis		Frecuente	
	Meteorismo			Frecuente
	Náusea	Poco frecuente	Frecuente	Frecuente
	Pancreatitis			Rara
	Íleo paralítico			Muy rara
	Vómitos	Poco frecuente	Poco frecuente	Frecuente
	Enteropatía tipo esprúe (ver sección 4.4)		Muy rara	
Trastornos hepatobiliares	Colecistitis aguda			Rara

	Ictericia (ictericia colestática intrahepática)			Rara
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Dermatitis alérgica		Poco Frecuente	
	Reacciones cutáneas anafilácticas			Rara
	Edema angioneurótico	Rara	Rara	
	Reacciones tipo lupus eritematoso cutáneo			Rara
	Eczema	Poco frecuente		
	Eritema			Poco frecuente
	Exantema		Poco frecuente	
	Reacciones de fotosensibilidad			Poco frecuente
	Prurito		Poco frecuente	Poco frecuente
	Púrpura			Poco frecuente
	Erupción	Poco frecuente	Poco frecuente	Poco frecuente
	Reactivación de lupus eritematoso cutáneo			Rara
	Necrosis epidérmica tóxica			Rara
	Urticaria	Rara	Poco frecuente	Poco frecuente
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos)*	Cáncer de piel no-melanoma (carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas)			no conocida
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Artralgia	Poco frecuente		
	Artritis		Frecuente	
	Dolor de espalda	Poco frecuente	Frecuente	
	Espasmos musculares	Poco frecuente	Frecuente	
	Debilidad muscular			Rara
	Mialgia	Poco frecuente	Poco Frecuente	
	Dolor en la extremidad	Poco frecuente		
	Paresia			Rara
Trastornos renales y urinarios	Dolor óseo		Frecuente	
	Fallo renal agudo	Rara	Rara	
	Hematuria	Poco frecuente	Frecuente	
	Nefritis intersticial			Rara
	Insuficiencia renal		Rara	
	Disfunción renal			Rara
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Infección del tracto urinario		Frecuente	
	Disfunción eréctil	Poco frecuente		Poco frecuente

Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Astenia	Frecuente	Poco frecuente	
	Dolor de pecho	Frecuente	Frecuente	
	Edema facial		Poco frecuente	
	Fatiga	Frecuente	Frecuente	
	Fiebre			Rara
	Síntomas parecidos a la gripe		Frecuente	
	Letargia		Rara	
	Malestar	Rara	Poco frecuente	
	Dolor		Frecuente	
	Edema periférico	Frecuente	Frecuente	
	Debilidad	Poco Frecuente		
Exploraciones complementarias	Aumento de alanina aminotransferasa	Poco frecuente		
	Aumento de aspartato aminotransferasa	Poco frecuente		
	Aumento de calcio en sangre	Poco frecuente		
	Aumento creatinina en sangre	Poco frecuente	Rara	Frecuente
	Aumento de creatina fosfoquinasa en sangre		Frecuente	
	Aumento de glucosa en sangre	Poco frecuente		
	Disminución del hematocrito en sangre	Rara		
	Disminución de hemoglobina en sangre	Rara		
	Aumento de lípidos en sangre	Poco frecuente		
	Disminución de potasio en sangre	Poco frecuente		
	Aumento de potasio en sangre	Poco frecuente		
	Aumento de urea en sangre	Poco frecuente	Frecuente	Frecuente
	Aumento de nitrógeno ureico en sangre	Rara		
	Aumento de ácido úrico en sangre	Rara		
	Aumento de gamma glutamil transferasa	Poco frecuente		
	Aumento de enzimas hepáticas		Frecuente	

Se han notificado casos aislados de rabdomiolisis en asociación temporal con la toma de bloqueantes de los receptores de la angiotensina II.

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

No se dispone de información específica sobre los efectos o el tratamiento de la sobredosis de Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant. En caso de sobredosis se debe someter al paciente a una cuidadosa monitorización, instaurándose un tratamiento sintomático y de soporte. Las medidas terapéuticas dependen del tiempo que haya transcurrido desde la ingestión y de la gravedad de los síntomas. Entre las medidas se sugiere inducción de emesis y/o lavado gástrico. El carbón activado puede ser útil en el tratamiento de la sobredosis. Se deben controlar con frecuencia los electrolitos y la creatinina en suero. Si se produce hipotensión, el paciente debe colocarse en posición supina y se administrará rápidamente suplementos de sal y líquidos.

Las manifestaciones más probables de la sobredosis de olmesartan medoxomilo serían hipotensión y taquicardia; también se podría producir bradicardia. La sobredosis con hidroclorotiazida se asocia a depleción de electrolitos (hipopotasemia, hipocloremia) y deshidratación como resultado de una diuresis excesiva. Los signos y síntomas más comunes de la sobredosis son náuseas y somnolencia. La hipopotasemia puede dar lugar a espasmos musculares y/o arritmias cardíacas acentuadas, asociadas con el uso concomitante de glucósidos digitálicos o ciertos medicamentos antiarrítmicos.

No hay información disponible sobre la capacidad de diálisis de olmesartán o hidroclorotiazida.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: antagonistas de la angiotensina II y diuréticos, código ATC: C09DA08.

Mecanismo de acción/efectos farmacodinámicos

Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant es una combinación de un antagonista de los receptores de angiotensina II, olmesartan medoxomilo y un diurético tiazídico, hidroclorotiazida. La combinación de estos componentes tiene un efecto antihipertensivo aditivo, disminuyendo la presión arterial en mayor grado que cada componente por separado.

Una dosis diaria de Olmesartán/hidroclorotiazida Jubilant proporciona una disminución gradual y eficaz de la presión arterial durante el intervalo de dosis de 24 horas.

Olmesartan medoxomilo es un antagonista selectivo de los receptores de la angiotensina II (tipo AT₁) activo por vía oral. La angiotensina II es la principal hormona vasoactiva del sistema renina-angiotensina-aldosterona y juega un papel fundamental en la fisiopatología de la hipertensión. Los efectos de la angiotensina II incluyen vasoconstricción, estimulación de la síntesis y liberación de aldosterona, estimulación cardíaca y reabsorción renal de sodio. Olmesartan bloquea los efectos vasoconstrictores y secretores de aldosterona de la angiotensina II al bloquear su unión al receptor AT₁ en los tejidos, incluyendo la musculatura lisa vascular y la glándula suprarrenal. La acción de olmesartan es independiente de la fuente o la ruta de síntesis de angiotensina II. El antagonismo selectivo de los receptores de angiotensina II (AT₁) por el olmesartan produce aumento de los niveles plasmáticos de renina y de las concentraciones de angiotensina I y II, y disminución de las concentraciones plasmáticas de aldosterona.

En la hipertensión, olmesartan medoxomilo causa una disminución dosis-dependiente y de larga duración de la presión arterial. No hay indicios de hipotensión tras la primera dosis, ni de taquifilaxia durante el tratamiento prolongado, ni de efecto hipertensión de tras la interrupción del tratamiento.

La administración una vez al día de olmesartan medoxomilo proporciona una disminución eficaz y gradual de la presión arterial durante el intervalo de dosis de 24 horas. La administración una vez al día produjo una

disminución de la presión la dosificación produjo disminuciones similares en la presión arterial como la administración dos veces al día con la misma dosis total diaria.

Con el tratamiento continuado, las reducciones máximas de la presión arterial se alcanzaron tras 8 semanas de tratamiento, si bien el efecto reductor de la presión arterial ya fue evidente después de 2 semanas de tratamiento.

El efecto de olmesartan medoxomilo sobre la mortalidad y la morbilidad no es todavía conocido.

El estudio “Randomised Olmesartan and Diabetes Microalbuminuria Prevention”(ROADMAP) realizado en 4.447 pacientes con diabetes tipo 2, normoalbuminuria y al menos un factor de riesgo cardiovascular adicional, investigó si el tratamiento con olmesartan podría retrasar la aparición de la microalbuminuria. Durante la mediana de seguimiento de la duración de 3,2 años, los pacientes recibieron olmesartan o placebo además de otros agentes antihipertensivos, exceptuando los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina II.

El estudio demostró, para la variable principal, una reducción significativa del riesgo en el momento de aparición de microalbuminuria, a favor de olmesartan. Después del ajuste por diferencia de la presión arterial, esta reducción del riesgo ya no fue estadísticamente significativa. El 8.2% (178 de 2160) de los pacientes en el grupo de olmesartan y el 9.8% (210 de 2139) en el grupo de placebo desarrollaron microalbuminuria.

Para la variables secundarias, se produjeron eventos cardiovasculares en 96 pacientes (4.3%) con olmesartán y en 94 pacientes (4.2%) con placebo. La incidencia de mortalidad cardiovascular fue mayor en el tratamiento con olmesartan en comparación con el tratamiento con placebo (15 pacientes (0.7%) frente a 3 pacientes (0.1%)), a pesar de tasas similares de accidente cerebrovascular no mortal (14 pacientes (0.6%) frente a 8 pacientes (0.4%)), infarto de miocardio no mortal (17 pacientes (0.8%) frente a 26 pacientes (1.2%)) y mortalidad no cardiovascular (11 pacientes (0.5%) frente a 12 pacientes (0.5%)). La mortalidad global con olmesartán aumentó numéricamente (26 pacientes (1.2%) frente a 15 pacientes (0.7%)), que se debió principalmente a un mayor número de eventos cardiovasculares letales.

El estudio “Olmesartan Reducing Incidence of End-stage Renal Disease in Diabetic Nephropathy Trial” (ORIENT) investigó los efectos de olmesartán sobre los resultados renales y cardiovasculares en 577 pacientes aleatorizados japoneses y chinos con diabetes tipo 2 y nefropatía manifiesta. Durante un seguimiento medio de 3,1 años, los pacientes recibieron olmesartán o placebo, junto con otros agentes antihipertensivos, incluyendo IECAs.

La variable principal compuesta (tiempo hasta aparición del primer evento de duplicación de los niveles de creatinina sérica, enfermedad renal terminal y muerte por cualquier causa) se produjo en 116 pacientes en el grupo de olmesartán (41,1%) y 129 pacientes en el grupo placebo (45,4%) (HR: 0,97 (95% CI: 0,75 a 1,24); p=0,791). La variable cardiovascular secundaria compuesta se presentó en 40 pacientes tratados con olmesartán (14,2%) y 53 pacientes tratados con placebo (18,7%). Esta variable cardiovascular secundaria compuesta incluyó muerte cardiovascular en 10 (3,5%) pacientes que recibieron olmesartán frente a 3 (1,1%) que recibieron placebo, la mortalidad global en 19 (6,7%) frente a 20 (7,0%), el accidente cerebrovascular no letal en 8 (2,8%) frente a 11 (3,9%) y el infarto de miocardio no letal en 3 (1,1%) frente a 7 (2,5%), respectivamente.

Hidroclorotiazida es un diurético tiazídico. El mecanismo del efecto antihipertensivo de los diuréticos tiazídicos no se conoce completamente. Las tiazidas afectan al mecanismo de la reabsorción tubular renal de electrolitos, aumentando directamente la excreción de sodio y cloruros en cantidades aproximadamente equivalentes. La acción diurética de hidroclorotiazida reduce el volumen plasmático, aumenta la actividad de la renina plasmática y la secreción de aldosterona, con los consecuentes aumentos de pérdidas de potasio y bicarbonato en orina, y disminución de potasio en suero. La unión renina-aldosterona está mediada por la angiotensina II, por lo tanto, la administración conjunta de antagonistas de los receptores de la angiotensina II tiende a contrarrestar la pérdida de potasio asociada a los diuréticos tiazídicos. Tras la administración de hidroclorotiazida la diuresis comienza a las 2 horas aproximadamente y el efecto máximo se alcanza en unas 4 horas, mientras que la acción dura de 6 a 12 horas aproximadamente.

Estudios epidemiológicos han mostrado que el tratamiento a largo plazo con hidroclorotiazida en monoterapia reduce el riesgo cardiovascular de mortalidad y morbilidad.

Eficacia clínica y seguridad

La combinación de olmesartán medoxomilo e hidroclorotiazida produce disminución aditiva de la presión arterial, que generalmente aumenta con la dosis de cada componente. En los datos agrupados de los estudios clínicos controlados con placebo, la administración de asociaciones de olmesartán medoxomilo/hidroclorotiazida en dosis de 20 mg/12,5 mg y 20 mg/25 mg mostró reducciones medias de la presión arterial sistólica/diastólica de 12/7 mmHg y 16/9 mmHg, respectivamente, una vez sustraída la reducción del efecto placebo, y en concentraciones mínimas de fármaco. La edad y el sexo no tuvieron un efecto clínicamente relevante sobre la respuesta al tratamiento con la terapia de combinación olmesartán medoxomilo/ hidroclorotiazida.

La administración de 12,5 mg y 25 mg de hidroclorotiazida en pacientes insuficientemente controlados con la monoterapia de olmesartán medoxomilo 20 mg produjo reducciones adicionales de la presión arterial sistólica/diastólica en 24 horas, de 7/5 mmHg y 12/7 mmHg, respectivamente, medidas por control ambulatorio de la presión arterial, en relación a los valores basales de la monoterapia con olmesartán medoxomilo. Las reducciones medias adicionales de la presión arterial sistólica/diastólica en concentraciones mínimas de fármaco, comparadas con los valores basales de la monoterapia, medidas de forma convencional, fueron 11/10 mmHg y 16/11 mmHg, respectivamente.

La eficacia de la terapia de combinación de olmesartán medoxomilo/hidroclorotiazida se mantuvo durante el tratamiento a largo plazo (un año). La supresión del tratamiento con olmesartán medoxomilo, con o sin tratamiento concomitante con hidroclorotiazida, no produjo hipertensión de rebote.

Actualmente se desconocen los efectos de la combinación a dosis fija de olmesartán medoxomilo/hidroclorotiazida sobre la mortalidad y morbilidad cardiovascular.

Otra información:

Dos grandes estudios aleatorizados y controlados ((ONTARGET (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial) y VA NEPHRON-D (The Veterans Affairs Nephropathy in Diabetes)) han estudiado el uso de la combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina con un antagonista de los receptores de angiotensina II.

ONTARGET fue un estudio realizado en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular o diabetes mellitus tipo 2, acompañada con evidencia de daño en los órganos diana. VA NEPHRON-D fue un estudio en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Estos estudios no mostraron ningún beneficio significativo sobre la mortalidad y los resultados renales y/o cardiovasculares, en cuanto se observó un aumento del riesgo de hiperpotasemia, daño renal agudo y/o hipotensión, comparado con la monoterapia. Dada la similitud de sus propiedades farmacodinámicas, estos resultados también resultan apropiados para otros inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de los receptores de angiotensina II.

En consecuencia, no se deben utilizar de forma concomitante los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de angiotensina II en pacientes con nefropatía diabética. ALTITUDE (Aliskirén Trial in Type 2 Diabetes Using Cardiovascular and Renal Disease Endpoints) fue un estudio diseñado para evaluar el beneficio de añadir aliskirén a una terapia estándar con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un antagonista de los receptores de angiotensina II en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular, o ambas. El estudio se dio por finalizado prematuramente a raíz de un aumento en el riesgo de resultados adversos. La muerte por causas cardiovasculares y los ictus fueron ambos numéricamente más frecuentes en el grupo de aliskirén que en el grupo de placebo, y se notificaron acontecimientos adversos y acontecimientos adversos graves de interés (hiperpotasemia, hipotensión y disfunción renal) con más frecuencia en el grupo de aliskirén que en el de placebo.

5.2. Propiedades farmacocinéticas

Absorción y distribución

Olmesartan medoxomilo:

Olmesartan medoxomil es un profármaco que se convierte rápidamente en el metabolito farmacológicamente activo, olmesartan, por esterases en la mucosa intestinal y en la sangre portal durante la absorción por el tracto gastrointestinal. No se ha detectado olmesartán medoxomilo sin metabolizar ni ninguna fracción molecular de medoxomilo de cadena lateral sin metabolizar en plasma o en heces. La biodisponibilidad absoluta media de olmesartan de los comprimidos de olmesartán fue del 25,6%.

La concentración plasmática máxima ($C_{m\acute{a}x}$) media de olmesartán se alcanza aproximadamente a las 2 horas tras la administración oral de olmesartan medoxomilo. Las concentraciones plasmáticas de olmesartan aumentan de forma lineal con al aumentar las dosis orales únicas hasta aproximadamente 80 mg.

Los alimentos tuvieron un efecto mínimo en la biodisponibilidad de olmesartan y, por lo tanto, olmesartan medoxomilo se puede administrar con o sin alimentos.

No se han observado diferencias clínicamente relevantes en la farmacocinética de olmesartán en función del sexo.

Olmesartan presenta un elevado grado de unión a proteínas plasmática (99.7%), pero son escasas las potenciales interacciones clínicamente relevante por desplazamiento de fijación a proteínas entre olmesartan y otros principios activos administrados conjuntamente que presentan una elevada fijación a proteínas (lo cual se confirma por la ausencia de interacción clínicamente significativa entre olmesartán medoxomilo y warfarina). El grado de unión de olmesartan a las células sanguíneas es insignificante. El volumen medio de distribución tras la administración intravenosa es bajo (16 - 29 L).

Hidroclorotiazida:

Después de la administración oral de la combinación de olmesartan medoxomilo e hidroclorotiazida, el tiempo medio para alcanzar la concentración máxima de hidroclorotiazida fue de 1.5 a 2 horas. Hidroclorotiazida se une a las proteínas plasmáticas en un 68% y su volumen aparente de distribución es de 0,83 - 1,14 l/kg.

Biotransformación y eliminación

Olmesartan medoxomilo:

El aclaramiento plasmático total de olmesartan fue 1.3 l/h (CV, 19%), relativamente bajo comparado con el flujo sanguíneo hepático (aproximadamente 90 l/h). Tras una dosis oral única de olmesartan medoxomilo marcado con ^{14}C , se excretó en orina un 10- 16% de la radioactividad administrada (en su mayor parte a las 24 horas de la administración de la dosis) y el resto de la radioactividad recuperada se excretó en heces. En función de la disponibilidad sistémica del 25,6%, se puede calcular que la cantidad absorbida de olmesartán, se depura tanto por excreción renal (aproximadamente 40%) como por excreción hepatobiliar (aproximadamente 60%). Toda la radiactividad recuperada se correspondió a olmesartan. No se detectó ningún otro metabolito significativo. La recirculación enterohepática de olmesartan es mínima. Puesto que una gran proporción de olmesartan se excreta por vía biliar, el uso en pacientes con obstrucción biliar está contraindicado (ver sección 4.3).

La semivida de eliminación terminal del olmesartán varió entre 10 y 15 horas tras la administración oral de dosis múltiples. El estado de equilibrio estacionario se alcanzó tras las primeras dosis y no se observó acumulación tras 14 días de administración repetida. El aclaramiento renal fue de aproximadamente 0.5 - 0.7 l/h y fue independiente de la dosis.

Hidroclorotiazida:

La hidroclorotiazida no se metaboliza en el hombre y se excreta casi por completo como sustancia activa inalterada en la orina. Aproximadamente el 60% de la dosis oral se elimina como de forma inalterada a las 48 horas. El aclaramiento renal es de aproximadamente 250 - 300 ml/min. La vida media de eliminación terminal de hidroclorotiazida es de 10 a 15 horas.

Olmesartán/ hidroclorotiazida

La biodisponibilidad sistémica de hidroclorotiazida se reduce en aproximadamente un 20% cuando se administra conjuntamente con olmesartan medoxomilo, sin que ello comporte relevancia clínica. La cinética de olmesartan permanece inalterada por la administración conjunta de hidroclorotiazida.

Farmacocinética en poblaciones especiales

Pacientes de edad avanzada (de 65 años o mayores):

En pacientes hipertensos, el AUC de olmesartán en el estado de equilibrio estacionario aumentó aproximadamente un 35% en los pacientes de edad avanzada (65-75 años) y aproximadamente en un 44% en personas muy ancianas (≥ 75 años) en comparación con el grupo de menor edad (ver sección 4.2).

Los datos limitados sugieren que el aclaramiento sistémico de hidroclorotiazida se reduce tanto en las personas sanas de edad avanzada como en pacientes hipertensos de edad avanzada, en comparación con voluntarios jóvenes sanos.

Insuficiencia renal:

En pacientes con insuficiencia renal, el AUC de olmesartán en el estado estacionario aumentó un 62%, 82% y 179% en los pacientes con insuficiencia renal leve, moderada y grave, respectivamente, en comparación con controles sanos (ver secciones 4.2, 4.4).

La vida media de hidroclorotiazida es prolongada en pacientes con insuficiencia renal.

Insuficiencia hepática:

Tras la administración oral única, los valores de AUC de olmesartán en pacientes con insuficiencia hepática leve moderada fueron un 6% y un 65% superiores, respectivamente, a los valores altos en pacientes con insuficiencia hepática leve y moderada, respectivamente, que en sus correspondientes controles sanos emparejados. La fracción libre de olmesartán a las 2 horas después de la dosis en sujetos sanos, en pacientes con insuficiencia hepática leve y en pacientes con insuficiencia hepática moderada fue de 0,26%, 0,34% y 0,41%, respectivamente. Tras la administración de dosis repetidas en pacientes con insuficiencia hepática moderada, el valor medio del AUC de olmesartan fue de nuevo un 65% superior al de los controles sanos. Los valores medios de C_{max} de olmesartan fueron similares en voluntarios sanos y en pacientes con insuficiencia hepática. Olmesartan medoxomilo no se ha evaluado en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver secciones 4.2, 4.4)

La insuficiencia hepática no influye significativamente en la farmacocinética de la hidroclorotiazida.

Interacciones con medicamentos

Colesevelam, agente secuestrador de ácidos biliares:

La administración concomitante de 40 mg de olmesartán medoxomilo y 3.750 mg de hidrocloreuro de colestevlam en sujetos sanos, dio lugar a una reducción del 28% en la C_{max} y una reducción del 39% en el AUC de olmesartán. Cuando se administró olmesartán 4 horas antes del clorhidrato de colestevlam se observaron menores efectos, una reducción del 4% y 15 % en la C_{max} y el AUC, respectivamente. La vida media de eliminación de olmesartán se redujo en un 50 - 52%, independientemente de si se administró concomitantemente o 4 horas antes del clorhidrato de colestevlam (ver sección 4.5).

5.3. Datos preclínicos sobre seguridad

El potencial tóxico de la combinación de olmesartan medoxomilo/hidroclorotiazida se evaluó en estudios de dosis repetidas en ratas y perros durante 6 meses.

Como sucede con cada principio activo y con otros medicamentos de esta clase, el principal órgano toxicológico diana de la combinación fue el riñón. La combinación de olmesartan medoxomil/hidroclorotiazida indujo cambios renales funcionales (aumentos de nitrógeno ureico en suero y de creatinina en suero). Dosis elevadas produjeron degeneración y regeneración tubular en los riñones de rata y perro, probablemente por un cambio en la hemodinámica renal (reducción de la perfusión renal resultante de la hipotensión con hipoxia tubular y degeneración tubular celular). Además, la combinación de olmesartan medoxomilo/hidroclorotiazida causó una disminución de los parámetros eritrocitarios (eritrocitos, hemoglobina y hematocrito) y una disminución del peso del corazón en ratas.

Estos efectos también se han observado para otros antagonistas del receptor AT₁ y para los inhibidores de la ECA, y parecen haber sido inducidos por la acción farmacológica de altas dosis de olmesartan medoxomilo y parecen no ser relevantes para los humanos a las dosis terapéuticas recomendadas.

Los estudios de genotoxicidad realizados con la combinación de olmesartan medoxomilo e hidroclorotiazida además de con cada uno de los principios activos, no han revelado indicios de actividad genotóxica clínicamente relevante.

No se investigó el potencial carcinogénico de la combinación de olmesartan medoxomilo e hidroclorotiazida, ya que no hubo evidencia de efectos carcinogénicos relevantes con los dos componentes individuales en condiciones de uso clínico.

No hubo indicios de teratogenicidad en ratones o ratas tratadas con combinaciones de olmesartan medoxomilo/hidroclorotiazida. Como se esperaba de esta clase de medicamentos, se ha observado toxicidad fetal en ratas, manifestada por la reducción significativa del peso corporal fetal, cuando se trataron las ratas durante la gestación con la combinación olmesartan medoxomilo/hidroclorotiazida (ver secciones 4.3, 4.6).

6 . DATOS FARMACÉUTICOS

6.1. Lista de excipientes

Núcleo del comprimido

Lactosa monohidrato

Celulosa microcristalina

Hidroxipropilcelulosa de baja sustitución

Hidroxipropilcelulosa

Estearato de magnesio

Recubrimiento del comprimido

Hipromelosa

Hidroxipropilcelulosa

Dióxido de titanio (E171)

Talco

Óxido de hierro amarillo (E172)

Óxido de hierro rojo (E172)

6.2. Incompatibilidades

No procede

6.3. Periodo de validez

3 años

6.4. Precauciones especiales de conservación

Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación.

6.5. Naturaleza y contenido del envase

Blister: OPA/Al/PVC/Al

Tamaño del envase: 7, 14, 28, 56, 70

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

Jubilant Pharmaceuticals nv
Axxes Business Park
Guldensporenpark 22 - Block C
9820 Merelbeke
Bélgica

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

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

Junio 2020

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

Junio 2022

La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (<http://www.aemps.gob.es/>).