

## FICHA TÉCNICA

### 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Escitalopram Viatriis 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Escitalopram Viatriis 15 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Escitalopram Viatriis 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG

### 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Escitalopram Viatriis 10 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato).

Escitalopram Viatriis 15 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido contiene 15 mg de escitalopram (como oxalato).

Escitalopram Viatriis 20 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido contiene 20 mg de escitalopram (como oxalato).

(en esta ficha técnica referido como Escitalopram Viatriis comprimidos)

#### Excipiente con efecto conocido

10 mg comprimidos recubiertos con película de Escitalopram Viatriis 10 mg contiene 0,8 mg lactosa (como lactosa monohidrato).

15 mg comprimidos recubiertos con película de Escitalopram Viatriis 15 mg contiene 1,2 mg lactosa (como lactosa monohidrato).

20 mg comprimidos recubiertos con película de Escitalopram Viatriis 20 mg contiene 1,6 mg lactosa (como lactosa monohidrato).

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

### 3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimido recubierto con película.

Escitalopram Viatriis 10 mg recubierto con película: comprimido, blanco, ranurado, recubierto con película y marcado con "EC|10" por una cara y "G" por la otra. Los comprimidos son ovalados y miden 9,5 mm x 5,5 mm. Los comprimidos pueden dividirse en dosis iguales.

Escitalopram Viatriis 15 mg recubierto con película: comprimido, blanco, ranurado, recubierto con película y marcado con "EC|15" por una cara y "G" por la otra. Los comprimidos son ovalados y miden 10,5 mm x 6,0 mm. Los comprimidos pueden dividirse en dosis iguales.

Escitalopram Viatriis 20 mg recubierto con película: comprimido, blanco, ranurado, recubierto con película y marcado con "EC|20" por una cara y "G" por la otra. Los comprimidos son ovalados y miden 12,5 mm x 7 mm. Los comprimidos pueden dividirse en dosis iguales.

### 4. DATOS CLÍNICOS

#### 4.1. Indicaciones terapéuticas

Tratamiento de episodios depresivos mayores.

Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia.

Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social).

Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

#### 4.2. Posología y forma de administración

##### Posología

No se ha demostrado la seguridad de dosis diarias superiores a 20 mg.

#### *Episodios depresivos mayores*

La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg.

En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepresiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta.

#### *Trastorno de angustia con o sin agorafobia*

Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente.

La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 meses aproximadamente. El tratamiento dura varios meses.

#### *Trastorno de ansiedad social*

La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg.

El trastorno de ansiedad social es una enfermedad de curso crónico y se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. Se ha evaluado durante 6 meses el tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores y el tratamiento puede considerarse de forma individualizada para la prevención de recaídas. Los beneficios del tratamiento deben reevaluarse regularmente.

El trastorno de ansiedad social es una terminología diagnóstica bien definida de una patología específica que no debe confundirse con la timidez excesiva. El tratamiento farmacológico sólo está indicado en el caso de que el trastorno interfiera significativamente con las actividades profesionales y sociales.

No se ha evaluado el lugar que ocupa este tratamiento en comparación con la terapia cognitivoconductual. El tratamiento farmacológico es parte de una estrategia terapéutica general.

#### *Trastorno de ansiedad generalizada*

La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg.

El tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores se ha estudiado durante al menos 6 meses en pacientes que recibieron 20 mg al día. Los beneficios del tratamiento y la dosis deben reevaluarse regularmente (ver sección 5.1).

#### *Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)*

La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg al día. Como el TOC es una enfermedad crónica, los pacientes deben ser tratados durante un período suficiente como para asegurar la ausencia de síntomas. Los beneficios del tratamiento y las dosis deben reevaluarse regularmente (ver sección 5.1).

#### *Pacientes de edad avanzada (> 65 años de edad)*

La dosis inicial es de 5 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis puede aumentarse hasta 10 mg al día (ver sección 5.2).

La eficacia de escitalopram en el trastorno de ansiedad social no se ha estudiado en pacientes de edad avanzada.

#### *Población pediátrica*

Escitalopram no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años (ver sección 4.4).

#### *Insuficiencia renal*

No es necesario el ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida (CLCr menor a 30 ml/min.) (ver sección 5.2).

#### *Insuficiencia hepática*

En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg al día. Se recomienda precaución y cuidado especial de ajuste de dosis en pacientes con función hepática gravemente reducida (ver sección 5.2.).

#### *Metabolizadores lentos de la CYP2C19*

En pacientes conocidos como metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg al día (ver sección 5.2).

#### *Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento*

Debe evitarse la suspensión brusca del tratamiento. Cuando se suspende el tratamiento con escitalopram, la dosis debe reducirse paulatinamente durante un periodo de, al menos, una a dos semanas, con objeto de disminuir el riesgo de que aparezcan síntomas de retirada (ver secciones 4.4 y 4.8). En el caso de que aparezcan síntomas que el paciente no pueda tolerar después de una disminución de dosis o durante la retirada de tratamiento, debe valorarse la necesidad de restablecer la dosis prescrita previamente. Posteriormente, el médico puede continuar disminuyendo la dosis de forma más gradual.

#### Método de administración

Los comprimidos de escitalopram se administrarán en dosis única diaria y podrán tomarse con o sin alimentos.

### **4.3. Contraindicaciones**

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

El tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminoxidasa (inhibidores de la MAO) está contraindicado debido al riesgo de síndrome serotoninérgico con agitación, temblor, hipertermia, etc. (ver sección 4.5).

Está contraindicada la combinación de escitalopram con inhibidores de la MAO–A reversibles (p.ej. moclobemida) o el inhibidor de la MAO no selectivo reversible, linezolid, debido al riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico (ver sección 4.5).

Escitalopram está contraindicado en pacientes que padecen prolongación del intervalo QT o el síndrome congénito del QT largo.

Escitalopram está contraindicado combinado con medicamentos que prolongan el intervalo QT (ver sección 4.5).

### **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo**

Se deben considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina).

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

Escitalopram no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. Los comportamientos suicidas (intentos de suicidio e ideas de suicidio), y la hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e irritación) fueron constatados con más frecuencia en ensayos

clínicos con niños y adolescentes tratados con antidepresivos frente a aquellos tratados con placebo. Si se adoptase no obstante la decisión, sobre la base de las pruebas médicas, de efectuar el tratamiento, debe supervisarse cuidadosamente en el paciente la aparición de síntomas de suicidio. Además, carecemos de datos sobre la seguridad a largo plazo en niños y adolescentes por lo que se refiere al crecimiento, la madurez y el desarrollo cognitivo y conductual.

#### *Ansiedad paradójica*

Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepresivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en el plazo de 2 semanas, durante el tratamiento continuado. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansiogénico paradójico (ver sección 4.2).

#### *Convulsiones*

El tratamiento con escitalopram se debe interrumpir si el paciente desarrolla convulsiones por primera vez, o si hay un aumento de la frecuencia de convulsiones (en pacientes con un diagnóstico previo de epilepsia). Los ISRS no se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente.

#### *Manía*

Los ISRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de ISRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca.

#### *Diabetes*

En pacientes con diabetes, el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glucémico (hipoglucemia o hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales.

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

La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio (hechos relacionados con el suicidio). El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que se produzca esta mejoría. El posible incremento del riesgo de suicidio en las fases precoces de la recuperación es una experiencia clínica general.

Otras enfermedades psiquiátricas para las que se prescribe escitalopram, pueden también asociarse con un incremento de hechos relacionados con el suicidio. Además, estas patologías pueden ser comórbidas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con trastorno depresivo mayor, deben realizarse cuando se traten pacientes con otros trastornos psiquiátricos.

Pacientes con historial de hechos relacionados con el suicidio o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento, se conoce que poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deben ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. Un meta análisis de ensayos clínicos con antidepresivos controlados con placebo en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos demostró un aumento del riesgo de conductas suicidas con antidepresivos comparados con placebo en pacientes menores de 25 años. Un seguimiento cercano de los pacientes y en particular en aquellos con alto riesgo, debe acompañar al tratamiento farmacológico, especialmente, al inicio del tratamiento así como después de un cambio de dosis. Los pacientes (y cuidadores de pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar la aparición de cualquier empeoramiento clínico, conducta o pensamiento suicida y cambios inusuales en la conducta, y buscar asesoramiento médico inmediatamente si se presentan estos síntomas.

#### *Acatisia/inquietud psicomotora*

El uso de ISRS/IRSN se ha asociado con la aparición de acatisia, caracterizada por una sensación subjetiva de inquietud molesta y desagradable y por la necesidad de moverse, a menudo acompañadas de dificultad para sentarse o permanecer de pie. Su aparición es más probable durante las primeras semanas de tratamiento. En los pacientes en los que aparece esta sintomatología, el aumento de dosis puede ser perjudicial.

### *Hiponatremia*

Con el uso de ISRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como los pacientes de edad avanzada, o pacientes con cirrosis, o si se usa en combinación con otros medicamentos que pueden causar hiponatremia.

### *Hemorragia*

Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con ISRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales, con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipsicóticos atípicos y fenotiacinas, la mayoría de los antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ticlopidina y dipyridamol), así como en pacientes con tendencia a hemorragias. Los ISRS/IRSN pueden aumentar el riesgo de hemorragia posparto (ver secciones 4.6, 4.8).

### *Terapia electroconvulsiva (TEC)*

La experiencia clínica sobre la administración concomitante de ISRS y TEC es limitada, por lo que se recomienda precaución.

### *Síndrome serotoninérgico*

Se recomienda precaución si escitalopram se usa concomitantemente con medicamentos que tengan efectos serotoninérgicos tales como sumatriptán u otros triptanes, buprenorfina, tramadol y triptófano.

En casos raros, se ha notificado el síndrome serotoninérgico en pacientes que tomaban ISRS concomitantemente con medicamentos serotoninérgicos. Una combinación de síntomas tales como agitación, temblor, mioclonía e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si esto sucede, el tratamiento con el ISRS y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático (ver sección 4.5).

### *Hierba de San Juan*

La administración concomitante de ISRS y remedios herbales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver sección 4.5).

### *Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento*

Cuando se suspende el tratamiento es frecuente que aparezcan síntomas de retirada, particularmente si la suspensión del tratamiento se realiza de forma brusca (ver sección 4.8). En los ensayos clínicos las reacciones adversas observadas durante la suspensión del tratamiento se presentaron en aproximadamente el 25% de los pacientes tratados con escitalopram y en el 15% de los pacientes que utilizaron placebo.

El riesgo de síntomas de retirada puede depender de varios factores entre los que se encuentran la duración del tratamiento, la dosis utilizada y el ritmo de la reducción de dosis. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. Generalmente estos síntomas son de leves a moderados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves.

Estos síntomas suelen presentarse durante los primeros días de suspensión del tratamiento; sin embargo, en raras ocasiones se han comunicado casos de pacientes en los que han aparecido estos síntomas tras olvidar una dosis de forma inadvertida.

Normalmente estos síntomas son autolimitados y se resuelven en 2 semanas, aunque en algunos pacientes su duración se puede prolongar (2-3 meses o más). Por lo tanto, es importante tener en cuenta que cuando se suspende el tratamiento con escitalopram debe reducirse gradualmente la dosis durante un periodo de varias semanas o meses según las necesidades de cada paciente (ver “Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento” en la sección 4.2).

### *Enfermedad coronaria*

Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria (ver sección 5.3).

### *Prolongación del intervalo QT*

Se ha encontrado que escitalopram causa una prolongación del intervalo QT dependiendo de la dosis. Se han notificado casos de prolongación del intervalo QT y arritmia ventricular incluyendo *torsade de pointes* durante el período de postcomercialización, predominantemente en pacientes de género femenino, con hipokalemia, o con prolongación del intervalo QT o con otras enfermedades cardíacas previas (ver secciones 4.3, 4.5, 4.8, 4.9 y 5.1).

Se recomienda precaución en pacientes con bradicardia significativa; o en pacientes con reciente infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardíaca descompensada.

Las alteraciones electrolíticas como hipokalemia e hipomagnesia incrementan el riesgo de arritmias malignas y deben ser corregidas antes de que empiece el tratamiento con escitalopram.

Si se tratan pacientes con enfermedad cardíaca estable, se debe considerar una revisión ECG antes de empezar el tratamiento.

Si durante el tratamiento con escitalopram aparecen signos de arritmia cardíaca, el tratamiento debe abandonarse y debe realizarse un ECG.

### *Disfunción sexual*

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)/inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) pueden causar síntomas de disfunción sexual (ver sección 4.8). Ha habido informes de disfunción sexual de larga duración en donde los síntomas han continuado a pesar de la interrupción de los ISRS/IRSN.

### *Glaucoma de ángulo cerrado*

Los ISRS, incluido escitalopram, pueden tener un efecto en el tamaño de la pupila dando lugar a midriasis. Este efecto midriático tiene el potencial de estrechar el ángulo del ojo dando lugar a un incremento de la presión intraocular y a glaucoma de ángulo cerrado, especialmente en pacientes con predisposición. Por lo tanto, escitalopram debe usarse con precaución en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado o antecedentes de glaucoma.

### Advertencia sobre excipientes

Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactasa total o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento.

Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por comprimido, esto es, esencialmente “exento de sodio”

## **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción**

### **Interacciones farmacodinámicas**

#### Combinaciones contraindicadas:

#### *IMAOs no selectivos irreversibles*

Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con un inhibidor no selectivo, irreversible de la monoaminoxidasa (IMAO), y también en pacientes que han dejado de tomar un ISRS y han iniciado tratamiento con estos IMAO (ver sección 4.3). En algunos casos, el paciente desarrolló un síndrome serotoninérgico (ver sección 4.8).

Escitalopram está contraindicado en combinación con IMAOs no selectivos, irreversibles. El tratamiento



con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la retirada del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO no selectivo, irreversible.

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

Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un inhibidor de la MAO-A, como moclobemida está contraindicada (ver apartado 4.3.). Si la combinación fuera necesaria, debe iniciarse con la dosis mínima recomendada y la monitorización clínica debe reforzarse.

#### *Inhibidor no selectivo reversible de la MAO (linezolid)*

El antibiótico linezolid es un inhibidor no selectivo reversible de la MAO y no debe administrarse a pacientes tratados con escitalopram. Si la combinación demuestra ser necesaria, debe darse a mínimas dosis y bajo estrecha monitorización clínica (ver sección 4.3).

#### *Inhibidor selectivo irreversible de la MAO-B (selegilina)*

En combinación con selegilina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. Dosis de selegilina de hasta 10 mg al día, se han administrado conjuntamente con seguridad con citalopram racémico.

#### *Prolongación del intervalo QT*

No se han realizado estudios farmacocinéticos y farmacodinámicos de escitalopram combinado con otros medicamentos que prolongan el intervalo QT. Un efecto adicional de escitalopram y estos medicamentos no puede ser excluido. Por lo tanto, está contraindicado la administración conjunta de escitalopram con medicamentos que prolongan el intervalo QT, como antiarrítmicos Clase IA y III, antipsicóticos (por ejemplo, derivados de fenotiazina, pimozida, haloperidol), antidepresivos tricíclicos, algunos agentes antimicrobianos (p.ej., esparfloxacino, moxifloxacino, eritromicina IV, pentamidina, tratamiento anti-malaria, especialmente halofantrina) y algunos antihistamínicos (p.ej., astemizol, hidroxicina, mizolastina).

#### Combinaciones que requieren precauciones de uso:

##### *Medicamentos serotoninérgicos*

La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos, p.ej. buprenorfina, tramadol, sumatriptán y otros triptanes, puede provocar un síndrome serotoninérgico.

##### *Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo*

Los ISRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usan concomitantemente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral (p.ej. antidepresivos (tricíclicos, ISRS), neurolépticos (fenotiazinas, tioxantenos y butirofenonas), mefloquina, bupropión y tramadol).

##### *Litio, triptófano*

Se ha informado de casos de potenciación de efectos, cuando los ISRS se han administrado con litio o triptófano, por lo que la administración concomitante de ISRS con estos medicamentos debe realizarse con precaución.

##### *Hierba de San Juan*

La administración concomitante de ISRS con remedios herbales que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver sección 4.4).

##### *Hemorragia*

Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o interrumpe la administración de escitalopram (ver sección 4.4).

El uso concomitante de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) puede incrementar la tendencia de hemorragias (ver sección 4.4).

### *Alcohol*

No se esperan interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas entre escitalopram y alcohol. De todas formas, al igual que con otros medicamentos psicotrópicos, la combinación con alcohol no es aconsejable.

### *Productos medicinales que provocan hipopotasemia/hipomagnesemia*

Se recomienda precaución para el uso concomitante de productos medicinales que provocan hipopotasemia/hipomagnesemia ya que éstos pueden incrementar el riesgo de arritmias malignas (ver sección 4.4).

## **Interacciones farmacocinéticas**

### Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de Escitalopram

El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. Las CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su metabolito principal, el S-DCT (desmetilescitalopram), parece ser parcialmente catalizado por la CYP2D6.

La administración conjunta de escitalopram con omeprazol 30 mg una vez al día (inhibidor de la CYP2C19) produjo un incremento moderado (aproximadamente 50%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram.

La administración conjunta de escitalopram con cimetidina 400 mg dos veces al día (inhibidor enzimático general moderadamente potente) produjo un incremento moderado (aproximadamente 70%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Se recomienda precaución cuando se administra escitalopram en combinación con cimetidina. Puede estar justificado un ajuste de la dosis.

Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se utiliza concomitantemente con inhibidores de la CYP2C19 (p.ej. omeprazol, esomeprazol, fluconazol, fluvoxamina, lansoprazol, ticlopidina) o cimetidina. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram según la monitorización de efectos adversos durante el tratamiento concomitante.

### Efecto de Escitalopram sobre la farmacocinética de otros medicamentos

Escitalopram es un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que son metabolizados principalmente por esta enzima, y que tienen un margen terapéutico estrecho, p.ej. flecainida, propafenona y metoprolol (cuando se utiliza en insuficiencia cardíaca), o algunos medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, ej. antidepresivos, tales como desipramina, clomipramina y nortriptilina o antipsicóticos como risperidona, tioridazina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación.

La administración conjunta con desipramina o metoprolol duplicó en ambos casos las concentraciones plasmáticas de estos dos sustratos de la CYP2D6.

Estudios in vitro han demostrado que escitalopram puede inhibir discretamente la CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de medicamentos que son metabolizados por la CYP2C19.

## **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia**

### *Embarazo*

Con escitalopram se dispone sólo de datos clínicos limitados respecto a la exposición en embarazos.

Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva (ver sección 5.3). Escitalopram no debe usarse durante el embarazo a no ser que sea estrictamente necesario y sólo bajo una cuidadosa evaluación del riesgo/ beneficio.



Se debe vigilar a los recién nacidos si la madre continúa tomando escitalopram durante las últimas etapas del embarazo, en particular en el tercer trimestre. Se debe evitar la suspensión brusca durante el embarazo.

Los siguientes síntomas pueden aparecer en el recién nacido de madres que han utilizado ISRS/IRSN, durante las etapas finales del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apnea, convulsiones, temperatura inestable, dificultad en la succión, vómitos, hipoglucemia, hipertonía, hipotonía, hiperreflexia, temblores, tembleques, irritabilidad, letargo, lloro constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas pueden ser debidos a efectos serotoninérgicos o síntomas de retirada. En la mayoría de los casos, las complicaciones aparecen inmediatamente o poco tiempo (<24h) después del alumbramiento.

Los datos epidemiológicos sugieren que el uso de los ISRS en el embarazo, especialmente al final del embarazo, puede aumentar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido (HPPN). Se observó un riesgo de aproximadamente 5 casos por cada 1.000 embarazos. En la población general ocurren de 1 a 2 casos de hipertensión pulmonar persistente por cada 1000 embarazos.

Los datos observacionales muestran un mayor riesgo (menos del doble) de hemorragia posparto tras la exposición a ISRS/IRSN en el mes previo al parto (ver secciones 4.4, 4.8).

#### *Lactancia*

Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento.

#### *Fertilidad*

Los datos en animales han mostrado que citalopram puede afectar la calidad del espermatozoides (ver sección 5.3). Casos notificados en humanos con el uso de ISRS muestran que el efecto en la calidad del espermatozoides es reversible.

No se ha observado hasta ahora impacto en la fertilidad humana.

### **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas**

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

### **4.8. Reacciones adversas**

Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado.

#### Tabla de reacciones adversas

Las reacciones adversas conocidas de los ISRSs y también comunicadas para escitalopram en estudios clínicos controlados con placebo o como reacciones espontáneas postcomercialización se enumeran más abajo por sistemas orgánicos y frecuencia.

Las frecuencias se han obtenido de estudios clínicos; no son controladas con placebo.

Las frecuencias se definen como: muy frecuente ( $\geq 1/10$ ), frecuente ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ), poco frecuente ( $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ), rara ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ), muy rara ( $< 1/10.000$ ), o no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)

	Muy Frecuente	Frecuente	Poco Frecuente	Rara	Muy Rara	No conocida
--	---------------	-----------	----------------	------	----------	-------------

	Muy Frecuente	Frecuente	Poco Frecuente	Rara	Muy Rara	No conocida
Trastornos de la sangre y del sistema linfático						Trombocitopenia
Trastornos del sistema inmunológico				Reacción anafiláctica		
Trastornos endocrinos						Secreción inadecuada de ADH
Trastornos de metabolismo y nutrición		Disminución de apetito, aumento de apetito, aumento de peso	Disminución de peso			Hiponatremia, anorexia <sup>1</sup>
Trastornos psiquiátricos		Ansiedad, inquietud, sueños anormales Hombres y mujeres: disminución de la libido Mujeres: anorgasmia	Bruxismo, agitación, nerviosismo, crisis de angustia, estado de confusión	Agresión, despersonalización, alucinaciones		Manía, ideas suicidas, conducta suicida <sup>2</sup>
Trastornos del sistema nervioso	Dolor de cabeza	Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor	Alteraciones del gusto, trastornos del sueño, síncope	Síndrome serotoninérgico		Discinesia, trastornos del movimiento, convulsiones, inquietud psicomotriz, catisia <sup>1</sup>
Trastornos oculares			Midriasis, alteración visual			
Trastornos del oído y del laberinto			Tinnitus			
Trastornos cardiacos			Taquicardia	Bradicardia		Electrocardiograma QT prolongado, arritmia ventricular incluyendo torsade de pointes
Trastornos vasculares						Hipotensión ortostática
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos		Sinusitis, bostezos	Epistaxis			

	Muy Frecuente	Frecuente	Poco Frecuente	Rara	Muy Rara	No conocida
Trastornos gastrointestinales	Náuseas	Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca	Hemorragias gastrointestinales (incluida hemorragia rectal)			
Trastornos hepato biliares						Hepatitis, prueba de la función hepática anormal
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo		Incremento de la sudoración	Urticaria, alopecia, erupción, prurito			Equimosis, angioedema
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo		Artralgia, mialgia				
Trastornos renales y urinarios						Retención urinaria
Trastornos del aparato reproductor y de la mama		Hombres : trastornos de la eyaculación, impotencia	Mujeres: metrorragia, menorragia			Galactorrea, Hombres: priapismo Hemorragia posparto <sup>3</sup>
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		Fatiga, pirexia	Edema			

<sup>1</sup> Estos acontecimientos han sido notificados para el grupo terapéutico de ISRSs

<sup>2</sup> Se han comunicado casos de ideas suicidas y conductas suicidas durante el tratamiento con escitalopram o poco después de la discontinuación del tratamiento (ver sección 4.4)

<sup>3</sup> Este acontecimiento se ha notificado para la categoría terapéutica de los ISRS/IRSN (ver secciones 4.4, 4.6)

#### Prolongación del intervalo QT

Se han comunicado casos de prolongación del intervalo QT y arritmia ventricular incluyendo torsade de pointes durante el período de postcomercialización, predominantemente en pacientes de género femenino, con hipocalcemia, o con prolongación del intervalo QT o con otras enfermedades cardíacas previas (ver secciones 4.3, 4.4, 4.5, 4.9 y 5.1).

#### Efectos de Clase:

Los estudios epidemiológicos, realizados principalmente en pacientes de 50 años o más de edad, muestran un mayor riesgo de fracturas óseas en los pacientes que recibieron los ISRS y los ACTs. Se desconoce el mecanismo que conduce a este riesgo.

#### Síntomas de retirada durante la suspensión del tratamiento

La suspensión del tratamiento con ISRS/IRSN (particularmente si se realiza de forma brusca), frecuentemente, conlleva síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareo, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión,

sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales.

En general, estos efectos son de leves a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Por tanto, se recomienda que se debe reducir la dosis gradualmente al suspender el tratamiento con escitalopram (ver secciones 4.2 y 4.4).

#### 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*

Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados y en muchos casos están implicadas sobredosis concomitantes de otros fármacos. En la mayoría de los casos no se han observado síntomas o han sido leves. Raramente se han observado casos fatales de sobredosis con escitalopram solo; la mayoría de los casos han implicado sobredosis con medicaciones concomitantes. Se han ingerido dosis entre 400 y 800 mg de escitalopram solo sin ningún síntoma grave.

#### *Síntomas*

En los casos de sobredosis registrados con escitalopram, los síntomas observados incluyen principalmente los relacionados con el sistema nervioso central (desde mareos, temblor y agitación a casos raros de síndrome serotoninérgico, convulsiones y coma), el sistema gastrointestinal (náuseas/vómitos) y el sistema cardiovascular (hipotensión, taquicardia, prolongación del intervalo QT y arritmia) y estados del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia).

#### *Gestión*

No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. Se debe considerar el lavado gástrico y el uso de carbón activo. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático.

Se recomienda monitorización ECG en casos de sobredosis en pacientes con fallo cardíaco congestivo/bradiarritmias, en pacientes que utilizan medicamentos concomitantes que prolongan el intervalo QT, o en pacientes con metabolismo alterado, por ejemplo, insuficiencia hepática.

## **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS**

### **5.1. Propiedades farmacodinámicas**

*Grupo farmacoterapéutico:* antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.  
Código ATC: N 06 AB 10

#### *Mecanismo de acción*

Escitalopram es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (5-HT), con una alta afinidad por el sitio primario de unión. También se une a un sitio alostérico del transportador de la serotonina, con una afinidad 1000 veces menor.

Escitalopram posee una baja o nula afinidad por una serie de receptores como el 5-HT<sub>1A</sub>, el 5-HT<sub>2</sub>, los receptores DA D<sub>1</sub> y D<sub>2</sub>, el  $\alpha_1$ -, el  $\alpha_2$ -, los  $\beta$ - adrenérgicos, los histaminérgicos H<sub>1</sub>, los colinérgicos muscarínicos, los benzodiazepínicos y los opioides.

La inhibición de la recaptación de la 5-HT es el único mecanismo de acción probable que explique los efectos farmacológicos y clínicos de escitalopram.

#### *Efectos farmacodinámicos*

En un estudio ECG doble ciego, comparando con placebo, en pacientes sanos, el cambio del valor inicial en QTc (corrección Fridericia) fue 4.3 mseg (90% CI: 2.2, 6.4) en la dosis de 10 mg/día y 10.7 mseg (90% CI: 8.6, 12.8) en la dosis supratérmica de 30 mg/día (ver secciones 4.3, 4.4, 4.5, 4.8 y 4.9).

#### *Eficacia clínica*

##### *Episodios depresivos mayores*

Escitalopram demostró ser eficaz en el tratamiento agudo de episodios depresivos mayores en 3 de los 4 estudios doble ciego, a corto plazo (8 semanas) comparando con placebo. En un estudio a largo plazo de prevención de recaídas, 274 pacientes que habían respondido durante una fase inicial abierta de tratamiento de 8 semanas con escitalopram 10 mg o 20 mg al día, se distribuyeron aleatoriamente para continuar con escitalopram a la misma dosis, o placebo, hasta 36 semanas. En este estudio, en los pacientes que recibieron escitalopram continuamente, el tiempo hasta las recaídas en las 36 semanas siguientes fue significativamente más largo en comparación con los que recibieron placebo.

##### *Trastorno de ansiedad social*

Escitalopram fue eficaz tanto en 3 estudios a corto plazo (12 semanas) como en un estudio de 6 meses de duración de prevención de recaídas en pacientes respondedores en el trastorno de ansiedad social. La eficacia de escitalopram a 5, 10 y 20 mg se ha demostrado en un estudio de búsqueda de dosis de 24 semanas.

##### *Trastorno de ansiedad generalizada*

Escitalopram a dosis de 10 mg y 20 mg al día fue efectivo en 4 de los 4 estudios controlados con placebo.

En datos combinados de 3 estudios de diseño similar que incluyeron 421 pacientes tratados con escitalopram y 419 pacientes tratados con placebo, se observaron tasas de respuesta del 47,5% y el 28,9%, respectivamente y 37,1% y 20,8% de remisión. Se observó un efecto sostenido desde la primera semana.

El mantenimiento de la eficacia de escitalopram 20 mg al día fue demostrada en un estudio aleatorizado de mantenimiento de la eficacia de 24 a 76 semanas de duración, en 373 pacientes que habían respondido al tratamiento abierto inicial de 12 semanas de duración.

##### *Trastorno obsesivo-compulsivo*

En un estudio aleatorizado, doble ciego, 20 mg/día de escitalopram se diferenció respecto a placebo en la puntuación total de la Y-BOCS después de 12 semanas. Después de 24 semanas, tanto 10 como 20 mg/día de escitalopram fueron superiores comparados con placebo.

La prevención de recaídas se demostró para 10 y 20 mg/día de escitalopram en pacientes que respondieron a escitalopram en un período abierto de 16 semanas y que iniciaron el período aleatorizado doble ciego controlado con placebo, de 24 semanas de duración.

## **5.2. Propiedades farmacocinéticas**

#### *Absorción*

La absorción es casi completa e independiente de la ingestión de alimentos. (El tiempo medio para alcanzar la concentración máxima ( $T_{max}$  media) es de 4 horas tras dosis múltiples). Al igual que con citalopram racémico, la biodisponibilidad absoluta de escitalopram se espera que sea del 80% aproximadamente.

#### *Distribución*

El volumen aparente de distribución ( $V_{d,\beta}/F$ ) tras la administración oral es de 12 a 26 l/kg aproximadamente. La unión del escitalopram y de sus metabolitos principales a las proteínas plasmáticas es inferior al 80%.

### *Biotransformación*

Escitalopram se metaboliza en el hígado a los metabolitos desmetilado y didesmetilado. Ambos metabolitos son farmacológicamente activos. Por otro lado, el nitrógeno se puede oxidar para formar el metabolito N-óxido. Tanto la molécula original como los metabolitos se excretan parcialmente como glucurónidos. Tras la administración de dosis múltiples las concentraciones medias de los metabolitos desmetilado y didesmetilado suelen ser 28-31% y <5% de la concentración de escitalopram, respectivamente. La biotransformación de escitalopram al metabolito desmetilado, está mediada principalmente por la CYP2C19, aunque es posible que las enzimas CYP3A4 y CYP2D6 contribuyan a la misma.

### *Eliminación*

La vida media de eliminación ( $t_{1/2\beta}$ ) tras dosis múltiples es de 30 horas y el aclaramiento plasmático oral ( $Cl_{oral}$ ) de 0,6 l/min, aproximadamente. Los principales metabolitos tienen una vida media significativamente más larga. Se supone que escitalopram y sus metabolitos principales se eliminan por vía hepática (metabólica) y vía renal. La mayor parte de la dosis se excreta en forma de metabolitos por la orina.

### *Linealidad*

La farmacocinética es lineal. Las concentraciones plasmáticas en estado de equilibrio se alcanzan en 1 semana aproximadamente. Las concentraciones medias en estado de equilibrio de 50 nmol/l (intervalo 20 a 125 nmol/l) se alcanzan a una dosis diaria de 10 mg.

### *Pacientes de edad avanzada (>65 años)*

Escitalopram se elimina más lentamente en las personas de edad avanzada que en personas jóvenes. La exposición sistémica (AUC) es aproximadamente un 50% mayor en personas de edad avanzada comparado con voluntarios sanos jóvenes (ver sección 4.2).

### *Insuficiencia hepática*

En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada (criterios Child-Pugh A y B), la vida media de escitalopram fue aproximadamente dos veces más larga y la exposición fue aproximadamente un 60% mayor que en sujetos con función hepática normal (ver sección 4.2).

### *Insuficiencia renal*

En pacientes con insuficiencia renal ( $CL_{cr}$  10-53 ml/min), se ha observado que el citalopram racémico presenta una vida media más larga y un menor incremento de la exposición. Las concentraciones plasmáticas de los metabolitos no han sido estudiadas pero podrían ser elevadas (ver sección 4.2).

### *Polimorfismo*

Se ha observado que los metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19 presentan el doble de la concentración plasmática de escitalopram que los metabolizadores rápidos. No se observaron cambios significativos de la exposición en los metabolizadores lentos con respecto a la CYP2D6 (ver sección 4.2).

## **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad**

No se realizó la batería convencional de estudios preclínicos con escitalopram porque los estudios de unión toxicológicos y toxicocinéticos realizados en ratas con escitalopram y citalopram mostraron un perfil similar. Como consecuencia, toda la información de citalopram puede ser extrapolada a escitalopram.

En estudios toxicológicos comparativos en ratas, tanto escitalopram como citalopram causaron toxicidad cardíaca, incluyendo insuficiencia cardíaca congestiva, después del tratamiento durante varias semanas y utilizando dosis que causaron toxicidad general. La cardiotoxicidad pareció tener más relación con las concentraciones plasmáticas máximas que a las exposiciones sistémicas (AUC). Las concentraciones plasmáticas máximas en el nivel sin efecto fueron muy superiores (8 veces) a las alcanzadas en el uso clínico, mientras que el AUC para escitalopram sólo fue 3 a 4 veces superior que la exposición alcanzada en el uso clínico. En citalopram los valores de AUC para el enantiómero S fueron 6 a 7 veces superiores a la exposición alcanzada en el uso clínico. Los hallazgos están probablemente relacionados con una



influencia exagerada de aminas biogénicas, p.ej. secundarias a efectos farmacológicos primarios, dando como resultado efectos hemodinámicos (reducción del flujo coronario) e isquemia. No obstante, el mecanismo exacto de cardiotoxicidad en ratas no está claro. La experiencia clínica con citalopram y la experiencia de ensayos clínicos, no indica que estos hallazgos tengan una correlación clínica.

Se ha observado un contenido de fosfolípidos aumentado en algunos tejidos, p.ej. pulmones, epidídimos e hígado, después del tratamiento durante períodos más prolongados con escitalopram y con citalopram en ratas. Los hallazgos en epidídimos e hígado se observaron en exposiciones similares a las utilizadas en el tratamiento en el hombre. El efecto es reversible tras la interrupción del tratamiento. Se ha observado acumulación de fosfolípidos (fosfolipidosis) en animales relacionada con muchas medicinas catiónicas anfifílicas. Se desconoce si este fenómeno tiene alguna relevancia significativa en el hombre.

En el estudio de toxicidad en el desarrollo en rata se observaron efectos embriotóxicos (peso fetal reducido y retraso reversible en la osificación) con exposiciones en términos de AUC superiores a la exposición alcanzada durante la utilización clínica. No se observó una frecuencia mayor de malformaciones. Un estudio pre- y postnatal demostró una supervivencia reducida durante el período de lactancia con exposiciones en términos de AUC superiores a la exposición alcanzada durante la utilización clínica.

Los datos en animales han mostrado que citalopram induce una reducción del índice de fertilidad y embarazo, reducción en número e implantación y esperma anormal en exposiciones bastantes mayores que la exposición humana.

Para escitalopram no hay datos disponibles en animales relacionados con este aspecto.

## **6 . DATOS FARMACÉUTICOS**

### **6.1. Lista de excipientes**

#### *Núcleo:*

Celulosa microcristalina

Sílice coloidal anhidra

Talco

Croscarmelosa de sodio

Estearato de magnesio

#### *Recubrimiento:*

Lactosa monohidrato

Hipromelosa

Macrogol 400

Dióxido de titanio (E-171)

### **6.2. Incompatibilidades**

No procede

### **6.3. Periodo de validez**

3 años.

### **6.4. Precauciones especiales de conservación**

Conservar por debajo de 25°C.

Frascos: Mantener el frasco perfectamente cerrado.

Blísteres: Conservar en el embalaje original.

### **6.5. Naturaleza y contenido del envase**

Blíster de PVC/PVdC/Aluminio (opaco), incluido en un estuche; 10, 14, 20, 28, 30, 49, 50, 56, 60, 90, 100, 180, 200 comprimidos.

Blíster unidosos perforado de PVC/PVdC/Aluminio (opaco), incluido en un estuche; 28 x 1, 56 x 1 comprimidos.

Frasco de Polipropileno que contiene: 28, 49, 100, 200, 250, 500 comprimidos

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

### **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones**

Ninguna especial.

## **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN**

Viatrix Limited  
Damastown Industrial Park  
Mulhuddart, Dublín 15  
Dublín  
Irlanda

## **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN**

Escitalopram Viatrix 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG – 71651

Escitalopram Viatrix 15 mg comprimidos recubiertos con película EFG – 71649

Escitalopram Viatrix 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG – 71656

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

Fecha de la primera autorización: 19/noviembre/2009

Fecha de la última renovación: 27/marzo/2014

## **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO**

Abril 2021