

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Rabeprazol Sandoz 10 mg comprimidos gastrorresistentes EFG
Rabeprazol Sandoz 20 mg comprimidos gastrorresistentes EFG

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Rabeprazol Sandoz 10 mg:
Cada comprimido gastrorresistente contiene 10 mg de rabeprazol sódico.

Excipiente con efecto conocido:

Cada comprimido gastrorresistente contiene 0,71 mg de sodio (0,03 mmol).

Rabeprazol Sandoz 20 mg:
Cada comprimido gastrorresistente contiene 20 mg de rabeprazol sódico.

Excipiente con efecto conocido:

Cada comprimido gastrorresistente contiene 1,42 mg de sodio (0,06 mmol).

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

3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimido gastrorresistente.

Rabeprazol Sandoz 10 mg:
Comprimido gastrorresistente recubierto de color rosa, redondo y biconvexo.

Rabeprazol Sandoz 20 mg:
Comprimido gastrorresistente recubierto de color amarillo, redondo y biconvexo.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Indicaciones terapéuticas

Rabeprazol está indicado en el tratamiento de:

- Úlcera duodenal activa.
- Úlcera gástrica activa benigna.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico sintomática erosiva o ulcerativa (ERGE).
- A largo plazo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (tratamiento de mantenimiento de la ERGE).
- Tratamiento sintomático de la enfermedad por reflujo gastroesofágico moderada a muy grave (ERGE sintomática).
- Síndrome de Zollinger-Ellison.
- En combinación con regímenes terapéuticos antibacterianos adecuados para la erradicación del *Helicobácteri pylori* en pacientes con úlcera péptica. Ver sección 4.2.

4.2. Posología y forma de administración

Posología

Adultos/pacientes de edad avanzada

Úlcera duodenal activa y úlcera gástrica benigna activa:

La dosis oral recomendada tanto para la úlcera duodenal como para la úlcera gástrica benigna es de 20 mg administrados una vez al día por la mañana.

La mayoría de los pacientes con úlcera duodenal consiguen la cicatrización en cuatro semanas. Sin embargo, algunos pacientes podrán requerir un período adicional de cuatro semanas de tratamiento para conseguir la cicatrización. La mayoría de los pacientes con úlcera gástrica benigna consiguen la cicatrización en un periodo de seis semanas. Sin embargo, algunos pacientes podrían requerir un período adicional de seis semanas de tratamiento para conseguir la cicatrización.

Reflujo gastroesofágico erosivo o ulcerativo (ERGE):

La dosis oral recomendada en esta condición es de 20 mg una vez al día durante un período de cuatro a ocho semanas.

Tratamiento a largo plazo del reflujo gastroesofágico (mantenimiento de la ERGE):

Para el tratamiento a largo plazo, la dosis de mantenimiento es de 20 mg o 10 mg una vez al día, dependiendo de la respuesta del paciente.

Tratamiento sintomático de la enfermedad por reflujo gastroesofágico moderada a muy grave (ERGE sintomática):

10 mg una vez al día en pacientes sin esofagitis. Si el control de los síntomas no se alcanza tras cuatro semanas de tratamiento, el paciente se debe someter a revisión. Una vez que los síntomas hayan desaparecido, el control de los mismos se puede lograr utilizando un régimen de dosificación “a demanda” de 10 mg una vez al día cuando sea necesario.

Síndrome de Zollinger-Ellison:

La dosis inicial recomendada para adultos es de 60 mg una vez al día. La dosis se puede ajustar hasta 120 mg/día en base a las necesidades individuales del paciente. Se pueden administrar en una única toma diaria, dosis de hasta 100 mg/día. Para la dosis de 120 mg/día podrían ser necesarias dosis divididas de 60 mg dos veces al día. El tratamiento debe continuar durante tanto tiempo como esté indicado clínicamente.

Erradicación de H. Pylori:

Pacientes con infección por *H. pylori* se deben tratar con un tratamiento de erradicación. Se recomienda la siguiente combinación administrada durante 7 días:

- Rabeprazol 20 mg dos veces al día + claritromicina 500 mg dos veces al día y amoxicilina 1 g dos veces al día.

Insuficiencia renal y hepática:

No se requieren ajustes de la dosis en pacientes con insuficiencia renal o hepática.

Ver sección 4.4. “Advertencias y Precauciones especiales de empleo” del tratamiento con rabeprazol en pacientes con alteración hepática grave.

Población Pediátrica

Rabeprazol no está recomendado en niños, al no existir experiencia en este grupo de pacientes.

Forma de administración

Para las indicaciones que requieren tratamiento una vez al día, los comprimidos de rabeprazol se deben administrar por la mañana, antes de ingerir alimentos; y aunque la hora del día, ni la ingesta de alimentos han tenido efectos sobre la actividad de rabeprazol de sodio, este régimen facilitará el cumplimiento del tratamiento.

Se debe advertir a los pacientes que los comprimidos de rabeprazol se deben tragar enteros, sin masticarlos ni triturarlos.

4.3. Contraindicaciones

Rabeprazol está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al principio activo, o a cualquiera de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

Rabeprazol está contraindicado en el embarazo y durante la lactancia.

4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo

La respuesta sintomática al tratamiento con rabeprazol de sodio no excluye la presencia de un proceso gástrico o esofágico maligno, por lo que se debe descartar esta posibilidad antes de instaurar el tratamiento con rabeprazol.

Los pacientes sometidos a tratamientos de larga duración (particularmente aquellos que son tratados durante más de un año) se deben mantener bajo observación regular.

No se debe excluir el riesgo de hipersensibilidad cruzada con otros inhibidores de la bomba de protones o sustitutos de benzimidazol.

Se debe advertir a los pacientes que los comprimidos de rabeprazol se deben tragar enteros, sin masticarlos ni triturarlos.

Se han realizado informes post-comercialización sobre discrasias sanguíneas (trombocitopenia y neutropenia). En la mayoría de los casos en los que una etiología alternativa no se puede identificar, no hubo complicaciones y fueron resueltos con la interrupción del rabeprazol.

En los ensayos clínicos se han detectado anomalías de las enzimas hepáticas que han sido reportadas tras la autorización de comercialización. En la mayoría de los casos donde no se puede identificar una etiología alternativa, los acontecimientos no tuvieron complicaciones y se resolvieron con la interrupción de rabeprazol. No se han observado problemas de seguridad significativos relacionados con el medicamento en un estudio de pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada frente a un grupo normal utilizado como control con características similares de edad y sexo. Sin embargo, dado que no hay datos clínicos sobre el uso de rabeprazol en pacientes con disfunción hepática grave, se recomienda cautela al prescribir el tratamiento con rabeprazol por primera vez a estos pacientes.

No se recomienda la co-administración de atazanavir con rabeprazol (ver sección 4.5).

El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones como rabeprazol, puede aumentar el riesgo de infecciones gastrointestinales como *Salmonella*, *Campylobacter* y *Clostridium difficile* (ver sección 5.1).

Los inhibidores de la bomba de protones, especialmente si se usan a dosis altas y durante largos periodos de tiempo (>1 año), podrían aumentar modestamente el riesgo de fractura de cadera, muñeca y columna vertebral, principalmente en pacientes de edad avanzada o en presencia de otros factores de riesgo conocidos. Estudios observacionales sugieren que los inhibidores de la bomba de protones podrían aumentar el riesgo global de fractura en un 10-40%. Parte de este aumento puede ser debido a otros factores de riesgo. Los pacientes con riesgo de osteoporosis deben recibir cuidados de acuerdo con las guías clínicas actuales y deben tener una ingesta adecuada de vitamina D y calcio.

Hipomagnesemia

Se han notificado casos graves de hipomagnesemia en pacientes tratados con inhibidores de la bomba de protones (IBP), como rabeprazol, durante al menos tres meses y en la mayoría de los casos tratados durante un año. Se pueden presentar síntomas graves de hipomagnesemia como: fatiga, tetania, delirio, convulsiones, mareos y arritmia ventricular; que pueden aparecer insidiosamente y pasan desapercibidos.

En la mayoría de los pacientes afectados, la hipomagnesemia mejora cuando se repone el magnesio y se suspende el tratamiento con el IBP.

Para pacientes que pueden tener un tratamiento prolongado o que toman IBP con medicamentos que puedan producir hipomagnesemia (p. ej., los diuréticos), se debe valorar la determinación de los niveles de magnesio antes de comenzar el tratamiento con IBP y periódicamente durante el mismo.

Uso concomitante de rabeprazol y metotrexato

La literatura sugiere que el uso concomitante de los inhibidores de la bomba de protones y metotrexato (fundamentalmente a altas dosis; ver la ficha técnica de metotrexato) puede elevar y prolongar los niveles en suero de metotrexato y/o su metabolito, lo que posiblemente provocará toxicidades de metotrexato. Se debe considerar, en algunos pacientes, la interrupción temporal de los inhibidores de la bomba de protones cuando se administra metotrexato a altas dosis.

Influencia en la absorción de B12

Rabeprazol sódico, así como todos los medicamentos bloqueantes del ácido, puede reducir la absorción de vitamina B12 (cianocobalamina) debido a una hipo- o aclorhidria. Esto se debe tener en cuenta en los pacientes con almacenamiento corporal reducido o factores de riesgo asociados a una reducida absorción de B12 durante un tratamiento a largo plazo o si los respectivos síntomas clínicos son observados.

Lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS)

Los inhibidores de la bomba de protones se asocian a casos muy infrecuentemente de LECS. Si se producen lesiones, especialmente en zonas de la piel expuestas al sol, acompañadas de artralgia, el paciente debe solicitar asistencia médica rápidamente y el profesional sanitario debe considerar la interrupción del tratamiento con Rabeprazol. El LECS después del tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones puede aumentar el riesgo de LECS con otros inhibidores de la bomba de protones.

Interferencia con las pruebas de laboratorio

Las concentraciones elevadas de Cromogranina A (CgA) pueden interferir en las exploraciones de los tumores neuroendocrinos. Para evitar esta interferencia, el tratamiento con rabeprazol se debe interrumpir durante al menos cinco días antes de la medida de CgA (ver sección 5.1). Si los niveles de CgA y gastrina no vuelven al intervalo de referencia después de la medición inicial, se deben repetir las mediciones 14 días después de la suspensión del tratamiento con el inhibidor de la bomba de protones.

Población Pediátrica

El uso de rabeprazol no está recomendado en niños, ya que no existe experiencia con este grupo de pacientes.

Rabeprazol Sandoz contiene sodio

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

4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Rabeprazol de sodio produce una intensa y prolongada inhibición de la secreción de ácido gástrico. Se puede producir una interacción con compuestos cuya absorción depende del pH. La administración concomitante de rabeprazol de sodio con ketoconazol o itraconazol puede disminuir significativamente los niveles plasmáticos del antifúngico. Puede ser necesaria, por tanto, la monitorización de los pacientes para determinar si se requiere un ajuste de la dosis cuando se administren ketoconazol o itraconazol conjuntamente con rabeprazol.

En ensayos clínicos se han administrado antiácidos concomitantemente con rabeprazol sin que se haya

observado interacción alguna con antiácidos líquidos en un ensayo específico de interacción fármaco-fármaco.

La administración conjunta de 300 mg de atazanavir/ritonavir 100 mg con omeprazol (40 mg una vez al día) o 400 mg de atazanavir con lansoprazol (60 mg una vez al día) a voluntarios sanos produjo una reducción sustancial de la exposición a atazanavir. La absorción de atazanavir es pH dependiente. Aunque no se ha estudiado, se esperan resultados similares con otros inhibidores de la bomba de protones. Por lo tanto los IBP, incluyendo rabeprazol, no debe ser co-administrados con atazanavir (ver sección 4.4).

Metotrexato

Los informes de casos, estudios farmacocinéticos y análisis retrospectivos sugieren que la administración conjunta de inhibidores de la bomba de protones y metotrexato (fundamentalmente a altas dosis; ver la ficha técnica de metotrexato) puede elevar y prolongar los niveles en suero de metotrexato y/o su metabolito, hidroximetotrexato. Sin embargo, no se han realizado de manera formal estudios de interacción entre metotrexato y los inhibidores de la bomba de protones.

4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

No hay datos sobre la seguridad de rabeprazol en mujeres embarazadas. En los estudios de reproducción realizados en ratas y conejos no se ha observado deterioro de la fertilidad o daño fetal a causa de rabeprazol de sodio, aunque se produce una baja transferencia feto-placentaria en ratas. Rabeprazol está contraindicado durante el embarazo.

Lactancia

Se desconoce si rabeprazol de sodio es excretado a través de la leche materna. No se han realizado estudios de mujeres en periodo de lactancia. Sin embargo, se ha detectado la presencia de rabeprazol de sodio en las secreciones mamarias de rata. Rabeprazol no se debe utilizar durante la lactancia.

4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

Basándose en las propiedades farmacodinámicas y en el perfil de reacciones adversas, es poco probable que rabeprazol altere la capacidad de conducción o las habilidades para manejar maquinaria.

No obstante, si el estado de alerta resultara alterado a causa de somnolencia, se recomienda evitar la conducción y el manejo de máquinas complejas.

4.8. Reacciones adversas

Las reacciones adversas más comúnmente reportadas, durante los ensayos clínicos controlados con rabeprazol fueron: cefalea, diarrea, dolor abdominal, astenia, flatulencia, rash y sequedad de la boca. Las reacciones adversas observadas han sido en general leves/moderadas y de carácter transitorio.

Las reacciones adversas han sido comunicadas a partir de los ensayos clínicos y de la experiencia post-comercialización. Las frecuencias están definidas como: frecuentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$) y muy raras ($< 1/10.000$), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Infecciones e infestaciones

Frecuentes: infección.

Trastornos de la sangre y del sistema linfático

Rara: neutropenia, leucopenia, trombocitopenia, leucocitosis.

Trastornos del sistema inmunológico

Raras: hipersensibilidad ^{1,2}

Trastornos del metabolismo y de la nutrición

Raras: anorexia.

No conocidos: hiponatremia, hipomagnesemia (ver sección 4.4.).

Trastornos psiquiátricos

Frecuentes: insomnio.

Poco frecuentes: nerviosismo.

Raras: depresión.

No conocida: confusión.

Trastornos del sistema nervioso

Frecuentes: cefalea, vértigo.

Poco frecuentes: somnolencia.

Trastornos oculares

Raras: visión alterada.

Trastornos vasculares

No conocida: edema periférico.

Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos

Frecuentes: tos, faringitis, rinitis.

Poco frecuentes: bronquitis, sinusitis.

Trastornos gastrointestinales

Frecuentes: diarrea, vómito, náusea, dolor abdominal, estreñimiento, flatulencia, pólipos de las glándulas fúndicas (benigno).

Poco frecuentes: dispepsia, sequedad de boca, eructación.

Raras: gastritis, estomatitis, alteración del gusto.

No conocida: colitis microscópica

Trastornos hepatobiliares

Rara: hepatitis, ictericia, encefalopatía hepática ³.

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo

Poco frecuentes: rash, eritema ².

Raras: prurito, sudoración, reacciones bullosas ².

Muy raras: eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), necrólisis epidérmica tóxica (NET).

Frecuencia no conocida: Lupus eritematoso cutáneo subagudo (ver sección 4.4).

Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo

Frecuentes: dolor no específico, dolor de espalda.

Poco frecuentes: mialgia, calambres en las piernas, artralgia, fractura de cadera, muñecas y columna vertebral (ver sección 4.4).

Trastornos renales y urinarios

Poco frecuentes: infección del tracto urinario.

Raras: nefritis intersticial.

Trastornos reproductivos y mamarios

No conocida: ginecomastia.

Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración

Frecuentes: astenia, síndrome gripal.

Poco frecuentes: dolor de pecho, escalofríos, fiebre.

Exploraciones complementarias:

Poco frecuentes: aumento de los enzimas hepáticos³.

Rara: aumento de peso.

¹ Incluido hinchazón de la cara, hipotensión, disnea.

² Eritema, reacciones bullosas y reacciones de hipersensibilidad que normalmente desaparecen tras interrumpir el tratamiento.

³ En raras ocasiones se han recibido informes de encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis subyacente. Se recomienda cautela al prescribir el tratamiento con rabeprazol por vez primera a pacientes con trastorno hepático grave (ver sección 4.4).

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar las 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

La experiencia, hasta la fecha, respecto a la sobredosis intencionada o accidental es limitada. La exposición máxima establecida no ha excedido de 60 mg dos veces al día, o 160 mg una vez al día. Los efectos son en general mínimos, representativos del perfil de reacciones adversas conocidas, y reversibles sin intervención médica adicional. No se conoce un antídoto específico. Rabeprazol de sodio se une extensamente a proteínas no siendo, por tanto, fácilmente dializable. Como en cualquier caso de sobredosis, el tratamiento deberá ser sintomático y se aplicarán las medidas generales de soporte.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Aparato digestivo y metabolismo, medicamentos para el tratamiento de la úlcera péptica y la enfermedad del reflujo gastroesofágico (ERGE), inhibidores de la bomba de protones. Código ATC: A02B C04

Mecanismo de Acción

Rabeprazol sódico pertenece a la clase de compuestos anti-secretorios, los benzimidazoles sustituidos, que no muestran propiedades anticolinérgicas o antagonistas de los receptores histamínicos H₂, pero que suprimen la secreción ácido-gástrica mediante la inhibición específica de la enzima H⁺/K⁺-ATPasa (la bomba de protones o de ácido). El efecto es dosis-dependiente y proporciona una inhibición tanto de la secreción ácida basal como de la secreción ácida estimulada, independientemente del estímulo. Los estudios en animales indican que una vez administrado, rabeprazol sódico desaparece rápidamente tanto del plasma como de la mucosa gástrica. Como una base débil, rabeprazol es absorbido rápidamente después de cada dosis y se concentra en el medio ácido de las células parietales. Rabeprazol, por medio de una protonación se convierte a una forma de sulfonamida activa y posteriormente reacciona con las cisteínas disponibles en la bomba de protones.

Actividad Anti-secretora

Tras la administración oral de una dosis de 20 mg de rabeprazol sódico comienza su efecto anti-secretor en el período de una hora, alcanzándose el efecto máximo entre dos y cuatro horas. La inhibición de la secreción ácida basal y de la secreción ácida inducida por los alimentos a las 23 horas de la primera dosis de rabeprazol sódico es del 69% y 82% respectivamente, perdurando durante un período de hasta 48 horas. El efecto inhibitorio de rabeprazol sódico sobre la secreción de ácido aumenta ligeramente con la

dosificación repetida una vez al día, consiguiéndose una inhibición estable después de tres días. Tras suspender la administración del medicamento, se normaliza la actividad secretora en un período de 2 a 3 días.

La disminución en la acidez gástrica haciendo uso de cualquier medio, incluyendo inhibidores de la bomba de protones como rabeprazol, aumenta el número de bacterias que normalmente se encuentran presentes en el tracto gastrointestinal. El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, probablemente puede aumentar el riesgo de infecciones gastrointestinales tales como *Salmonella*, *Campylobacter* y *Clostridium difficile*.

Efectos sobre los Niveles Séricos de Gastrina

Se han realizado estudios clínicos en pacientes tratados una vez al día con 10 ó 20 mg de rabeprazol sódico, durante períodos hasta de 43 meses. Los niveles séricos de gastrina aumentaron durante las primeras 2-8 semanas, reflejando los efectos inhibidores sobre la secreción de ácido y permanecieron estables mientras continuó el tratamiento. Los valores de gastrina volvieron a los niveles pre-tratamiento, normalmente después de 1-2 semanas de suspender el tratamiento.

En muestras humanas de biopsia obtenidas del antro y del fondo gástrico en más de 500 pacientes que recibieron rabeprazol o un tratamiento comparativo durante períodos de hasta 8 semanas, no se detectaron cambios en la histología de células tisulares entero-cromafínicas (CEC), grado de gastritis, incidencia de gastritis atrófica, metaplasia intestinal o distribución de la infección por *H. pylori*. En más de 250 pacientes que siguieron un tratamiento continuo durante 36 meses, no se han observado cambios significativos con respecto a lo visto en el momento de iniciar el tratamiento.

Otros Efectos

Hasta la fecha no se han observado efectos sistémicos de rabeprazol sódico sobre el SNC, sistemas cardiovascular y respiratorio. La administración de rabeprazol sódico en dosis orales de 20 mg durante 2 semanas, no tuvo efectos sobre la función de la glándula tiroidea, el metabolismo de los carbohidratos, o los niveles circulantes de la hormona paratiroidea, cortisol, estrógeno, testosterona, prolactina, colecistocinina, secretina, glucagón, hormona estimulante del folículo (FSH), hormona luteinizante (LH), renina, aldosterona u hormona somatotrópica.

En estudios realizados en sujetos sanos no se han observado interacciones clínicamente significativas entre rabeprazol sódico y amoxicilina. Rabeprazol no influye de forma adversa en las concentraciones plasmáticas de amoxicilina o claritromicina cuando se administra concomitantemente con el propósito de erradicar la infección por *H. Pylori* en el tracto gastrointestinal superior.

Durante el tratamiento con antiseoretos, la gastrina sérica aumenta en respuesta a la menor secreción de ácido. La CgA también aumenta como consecuencia de la menor acidez gástrica. El aumento de las concentraciones de Cromogranina A (CgA) puede interferir en las exploraciones de los tumores neuroendocrinos.

Las evidencias publicadas hasta la fecha sugieren que el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones se debe interrumpir entre 5 días y 2 semanas antes de las mediciones de CgA. Esto permite que las concentraciones de CgA, que pudieran resultar erróneamente elevadas después del tratamiento con IBP, vuelvan a su intervalo de referencia.

5.2. Propiedades farmacocinéticas

Absorción

Rabeprazol es una formulación de rabeprazol de sodio en comprimidos (gastroresistentes) con recubrimiento entérico. Rabeprazol es un compuesto ácido-lábil, por lo que se hace necesaria esta forma de presentación. La absorción de rabeprazol sólo comienza, por tanto, cuando el comprimido abandona el estómago. La absorción se produce de forma rápida, alcanzándose los niveles plasmáticos máximos aproximadamente a las 3,5 horas de administrar una dosis de 20 mg de rabeprazol. Las concentraciones

plasmáticas máximas ($C_{m\acute{a}x}$) de rabeprazol y el AUC se mantienen lineales en el rango de dosis de 10 mg a 40 mg. La biodisponibilidad absoluta de una dosis oral de 20 mg (en comparación con la administración intravenosa) es aproximadamente del 52% debido en gran parte al metabolismo pre-sistémico. Adicionalmente, la biodisponibilidad no parece incrementarse con la administración repetida. En sujetos sanos, la semi-vida en plasma es de aproximadamente una hora (rango 0,7 a 1,5 horas) y el aclaramiento corporal total se estima en 283 ± 98 ml/min. No se observó una interacción clínicamente significativa con los alimentos. La ingesta de alimentos o la hora de administración no influyen en la absorción de rabeprazol sódico.

Distribución

La unión de rabeprazol a proteínas plasmáticas es del 97% aproximadamente.

Biotransformación y eliminación

Rabeprazol sódico, al igual que otros medicamentos pertenecientes a la clase de compuestos inhibidores de la bomba de protones (IBP), se metaboliza a través del sistema hepático metabolizador del medicamento vía citocromo P450 (CYP450). Los estudios realizados *in vitro* con microsomas hepáticos humanos indicaron que rabeprazol sódico se metaboliza mediante isoenzimas del CYP450 (CYP2C19 y CYP3A4). En estos estudios, las concentraciones plasmáticas esperadas en humanos para rabeprazol no inducen ni inhiben al CYP3A4; y aunque los estudios *in vitro* no siempre son predictivos del status *in vivo*, estos hallazgos indican que no cabe esperar interacción entre rabeprazol y ciclosporina. En humanos, los principales metabolitos identificados en el plasma son el tioéter (M1) y el ácido carboxílico (M6), siendo la sulfona (M2), el desmetil-tioéter (M4) y el conjugado de ácido mercaptúrico (M5) los metabolitos menores encontrados a niveles inferiores. Solamente el metabolito desmetil (M3) posee una pequeña actividad anti-secretora, pero no está presente en el plasma.

Tras una única dosis oral de rabeprazol sódico 20 mg marcada con C14, no se encontró en orina cantidad alguna del medicamento sin metabolizar. Alrededor del 90% de la dosis fue eliminado a través de la orina en forma de dos metabolitos principalmente: un conjugado de ácido mercaptúrico (M5) y un ácido carboxílico (M6), además de dos metabolitos desconocidos. El resto de la dosis fue recuperado en las heces.

Sexo:

Ajustado por masa corporal y altura, después de una dosis única de 20 mg de rabeprazol, no hay diferencias significativas en cuanto al sexo para los parámetros farmacocinéticos.

Disfunción renal:

En pacientes con insuficiencia renal terminal estable que requieren hemodiálisis de mantenimiento (aclaramiento de creatinina ≤ 5 ml/min/1,73 m²), la disposición de rabeprazol fue muy similar a la observada en voluntarios sanos. En estos pacientes el AUC y la $C_{m\acute{a}x}$ fueron, aproximadamente, el 35 % más bajos que los parámetros correspondientes en los voluntarios sanos. La vida media de rabeprazol en voluntarios sanos fue de 0,82 horas, en pacientes durante la hemodiálisis fue de 0,95 horas y en postdiálisis de 3,6 horas. En pacientes con enfermedad renal que necesitan hemodiálisis, el aclaramiento del medicamento fue de, aproximadamente, el doble que en voluntarios sanos.

Disfunción Hepática:

Después de la administración de una dosis única de 20 mg de rabeprazol a pacientes con insuficiencia hepática crónica, leve o moderada, se dobló el AUC y hubo un aumento, de 2-3 veces, en la vida media de rabeprazol, en comparación con voluntarios sanos. Sin embargo, después de la administración de 20 mg diarios, durante 7 días, el AUC aumentó solo 1,5 veces y el $C_{m\acute{a}x}$ solo 1,2 veces. La vida media de rabeprazol en pacientes con insuficiencia hepática fue 12,3 horas en comparación con 2,1 horas en voluntarios sanos. La respuesta farmacodinámica (control del pH gástrico) en los dos grupos fue clínicamente comparable.

Pacientes de edad avanzada:

La eliminación de rabeprazol fue algo inferior en pacientes de edad avanzada. A los 7 días de administrar una dosis diaria de 20 mg de rabeprazol sódico, el AUC fue aproximadamente el doble, incrementándose la

C_{máx} en un 60% y el t_{1/2} aumentó en aproximadamente un 30%, en comparación con los valores observados en voluntarios jóvenes sanos. Sin embargo, no existen indicios de acumulación de rabeprazol.

Polimorfismo CYP2C19:

Después de dosis de 20 mg diarios durante 7 días, los metabolizadores lentos CYP2C19, tuvieron un AUC y un t_{1/2} que fueron de aproximadamente 1,9 y 1,6 veces los parámetros correspondientes a metabolizadores extensivos, mientras que el C_{máx} tuvo un aumento de solo el 40%.

5.3. Datos preclínicos sobre seguridad

Los efectos no-clínicos se observaron solo para exposiciones que excedían, suficientemente, la exposición máxima en humanos, lo que hace que tengan poco interés para la seguridad en humanos, si se compara con los datos en animales. Los estudios de mutagenicidad dieron resultados equívocos. Los ensayos llevados a cabo en la línea celular de linfoma de ratón fueron positivos, sin embargo, los ensayos *in vivo* de micronúcleos y los *in vivo* e *in vitro* de reparación del ADN fueron negativos. Los estudios de carcinogenicidad no revelan un peligro especial para los humanos.

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1. Lista de excipientes

Núcleo:

Hidróxido de calcio

Manitol

Hidroxipropilcelulosa de baja sustitución

Fumarato de estearilo y de sodio

Recubrimiento intermedio:

Hipromelosa

Talco

Recubrimiento gastrorresistentes (10 mg)

Ftalato de hipromelosa

Sebacato de dibutilo

Óxido de hierro amarillo (E172)

Óxido de hierro rojo (E172)

Dióxido de titanio (E171)

Recubrimiento gastrorresistentes (20 mg)

Ftalato de hipromelosa

Sebacato de dibutilo

Óxido de hierro amarillo (E172)

Dióxido de titanio (E171)

6.2. Incompatibilidades

No procede.

6.3. Periodo de validez

3 años.

6.4. Precauciones especiales de conservación

No conservar a temperatura superior a 25°C
Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad.

6.5. Naturaleza y contenido del envase

Blíster de Aluminio/Aluminio con desecante:
5, 7, 10, 14, 15, 20, 25, 28, 30, 37, 50, 56, 60, 75, 90, 98, 100 y 120 comprimidos gastrorresistentes.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envase.

6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

Ninguna especial

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Sandoz Farmacéutica, S.A.
Centro Empresarial Parque Norte
Edificio Roble
C/ Serrano Galvache, 56
28033 Madrid
España

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Rabeprazol Sandoz 10 mg comprimidos gastrorresistentes EFG: 73.505
Rabeprazol Sandoz 20 mg comprimidos gastrorresistentes EFG: 73.502

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

Fecha de la primera autorización: 18/02/2011

Fecha de la última renovación: 07/03/2014

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

11/2019

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