

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Vortioxetina Aristo 5 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Vortioxetina Aristo 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Vortioxetina Aristo 15 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Vortioxetina Aristo 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Vortioxetina Aristo 5 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Cada comprimido recubierto contiene 5 mg de vortioxetina (como vortioxetina hidrobromuro).

Vortioxetina Aristo 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Cada comprimido recubierto contiene 10 mg de vortioxetina (como vortioxetina hidrobromuro).

Vortioxetina Aristo 15 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Cada comprimido recubierto contiene 15 mg de vortioxetina (como vortioxetina hidrobromuro).

Vortioxetina Aristo 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Cada comprimido recubierto contiene 20 mg de vortioxetina (como vortioxetina hidrobromuro).

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

3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimido recubierto con película.

Vortioxetina Aristo 5 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Comprimido recubierto con película, de color rosa y forma ovalada, con la inscripción «5» grabado en una cara y liso en la otra, y unas dimensiones de 8,7 x 6,1 mm.

Vortioxetina Aristo 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Comprimido recubierto con película, ovalado, de color amarillo, con la inscripción «10» grabado en una cara y liso en la otra, y unas dimensiones de 8,7 x 6,1 mm.

Vortioxetina Aristo 15 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Comprimido recubierto con película, de color naranja, redondo, con la inscripción «15» grabado en una cara y liso en la otra, y un diámetro de 6,1 mm.

Vortioxetina Aristo 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Comprimido recubierto con película, ovalado, de color rojo, con la inscripción «20» grabado en una cara y liso en la otra, y unas dimensiones de 8,7 x 6,1 mm.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

Vortioxetina está indicado para el tratamiento de episodios de depresión mayor en adultos.

4.2 Posología y forma de administración

Posología

La dosis de inicio y recomendada de vortioxetina es de 10 mg de vortioxetina una vez al día en adultos menores de 65 años.

Según la respuesta individual del paciente, la dosis se puede incrementar hasta un máximo de 20 mg de vortioxetina una vez al día o reducir hasta un mínimo de 5 mg de vortioxetina una vez al día.

Después de la resolución de los síntomas depresivos, se recomienda continuar el tratamiento durante al menos 6 meses para consolidar la respuesta antidepressiva.

Interrupción del tratamiento

Se puede considerar una reducción gradual de la dosis para evitar la aparición de síntomas de retirada (ver sección 4.8). Sin embargo, no hay datos suficientes para ofrecer recomendaciones específicas sobre un calendario de disminución progresiva para los pacientes tratados con vortioxetina.

Poblaciones especiales

Pacientes de edad avanzada

La dosis eficaz más baja de 5 mg de vortioxetina una vez al día se debe siempre usar como dosis de inicio en pacientes de ≥ 65 años de edad. Se recomienda precaución cuando se trata pacientes de ≥ 65 años de edad con dosis superiores a 10 mg de vortioxetina una vez al día, para las cuales los datos son limitados (ver sección 4.4).

Inhibidores del citocromo P450

Según la respuesta individual del paciente, se puede considerar una dosis más baja de vortioxetina si se añade un inhibidor potente de la CYP2D6 (por ejemplo, bupropión, quinidina, fluoxetina, paroxetina) al tratamiento con vortioxetina (ver sección 4.5).

Inductores del citocromo P450

Según la respuesta individual del paciente, se puede considerar un ajuste de la dosis de vortioxetina si se añade un inductor del citocromo P450 de amplio espectro (por ejemplo, rifampicina, carbamazepina, fenitoína) al tratamiento con vortioxetina (ver sección 4.5).

Población pediátrica

Vortioxetina no se debe utilizar en pacientes pediátricos (menores de 18 años) con trastorno depresivo mayor (TDM) porque no se ha demostrado su eficacia (ver sección 5.1). La seguridad de vortioxetina en pacientes pediátricos se describe en las secciones 4.4, 4.8 y 5.1.

Insuficiencia renal o hepática

No se requiere un ajuste de la dosis según la función renal o hepática (ver las secciones 4.4 y 5.2).

Forma de administración

Vortioxetina se administra por vía oral.

Los comprimidos recubiertos con película se pueden tomar con o sin alimentos.

4.3 Contraindicaciones

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

Uso concomitante con inhibidores no selectivos de la monoamino oxidasa (IMAOs) o inhibidores selectivos de la MAO-A (ver sección 4.5).

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

Uso en población pediátrica

Vortioxetina no se debe utilizar en niños y adolescentes de 7 a 17 años con TDM porque no se ha demostrado su eficacia (ver sección 5.1). En general, el perfil de reacciones adversas de vortioxetina en niños y adolescentes fue similar al observado en adultos salvo por una incidencia mayor de acontecimientos relacionados con el dolor abdominal, y una incidencia mayor de ideación suicida especialmente en adolescentes, en comparación con los adultos (ver las secciones 4.8 y 5.1). En estudios clínicos realizados en niños y adolescentes tratados con antidepresivos se observaron comportamientos suicidas (intento de suicidio y pensamientos suicidas) y hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento oposicionista y reacción de ira) con mayor frecuencia que en los individuos tratados con placebo.

Suicidio/pensamientos suicidas o empeoramiento clínico

La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesión y suicidio (acontecimientos relacionados con el suicidio). Este riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como puede que la mejoría no ocurra durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que tenga lugar dicha mejoría. Según la experiencia clínica general, el riesgo de suicidio puede aumentar durante las primeras fases de la recuperación.

Se sabe que los pacientes con antecedentes de acontecimientos relacionados con el suicidio o aquellos que presentan un grado significativo de ideación suicida antes de iniciar el tratamiento tienen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, por lo que se deben vigilar atentamente durante el tratamiento. Un meta-análisis de estudios clínicos con antidepresivos controlados con placebo en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos demostró un aumento del riesgo de comportamiento suicida con antidepresivos en comparación con placebo en pacientes menores de 25 años.

El tratamiento se debe acompañar de una supervisión estrecha de los pacientes, y en particular de aquellos con alto riesgo, especialmente al principio del tratamiento y después de un cambio de dosis. Los pacientes (y sus cuidadores) deben ser alertados de la necesidad de monitorizar la aparición de cualquier empeoramiento clínico, comportamiento o pensamiento suicida o cambios inusuales de la conducta, y consultar inmediatamente a un médico si aparecen estos síntomas.

Convulsiones

Las convulsiones son un riesgo potencial de los medicamentos antidepresivos. Por tanto, vortioxetina se debe introducir con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones o con epilepsia inestable (ver sección 4.5). El tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que experimente convulsiones o un incremento en su frecuencia.

Síndrome Serotoninérgico (SS) o Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM)

El Síndrome Serotoninérgico (SS) o Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM), afecciones potencialmente mortales, pueden aparecer con la administración de vortioxetina. El riesgo de SS o SNM aumenta con el uso concomitante de principios activos serotoninérgicos (incluyendo opiáceos y triptanes), medicamentos que afectan al metabolismo de la serotonina (incluyendo los IMAOs), antipsicóticos y otros antagonistas

dopaminérgicos. Los pacientes se deben monitorizar para detectar la aparición de cualquier signo o síntoma de Síndrome Serotoninérgico o Síndrome Neuroléptico Maligno (ver secciones 4.3 y 4.5).

Los síntomas del Síndrome Serotoninérgico incluyen: cambios en el nivel de conciencia (por ejemplo, agitación, alucinaciones, coma), inestabilidad autónoma (por ejemplo, taquicardia, presión arterial lábil, hipertermia), alteraciones neuromusculares (por ejemplo, hiperreflexia, descoordinación) y/o síntomas gastrointestinales (por ejemplo, náuseas, vómitos o diarrea). Si esto sucede, se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con vortioxetina e iniciar tratamiento sintomático.

Manía/hipomanía

Vortioxetina se debe usar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía y se debe interrumpir su administración en cualquier paciente que entre en fase maníaca.

Agresión/agitación

Los pacientes tratados con antidepresivos, incluida vortioxetina, también pueden presentar sentimientos de agresividad, ira, agitación e irritabilidad. Se debe vigilar estrechamente el estado del paciente y de su enfermedad. Se debe alertar a los pacientes (y a los cuidadores de los pacientes) de la necesidad de consultar a un médico si se produce o agrava el comportamiento agresivo o agitado.

Hemorragia

Se han notificado de forma rara alteraciones hemorrágicas, como equimosis, púrpura u otros acontecimientos hemorrágicos, como sangrado gastrointestinal o ginecológico con el uso de antidepresivos con efecto serotoninérgico, incluida vortioxetina. Los ISRS/IRSN pueden aumentar el riesgo de hemorragia posparto y este riesgo también podría ser aplicable potencialmente a vortioxetina (ver sección 4.6). Se recomienda precaución en pacientes tratados con anticoagulantes y/o medicamentos que se sabe que afectan a la función plaquetaria (por ejemplo, antipsicóticos atípicos y fenotiazinas, la mayoría de los antidepresivos tricíclicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y ácido acetilsalicílico (AAS)) (ver sección 4.5), así como en pacientes con tendencia o trastornos hemorrágicos.

Hiponatremia

Se han descrito casos muy raros de hiponatremia, probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH), con el uso de antidepresivos con efecto serotoninérgico (ISRS, IRSN).

Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como pacientes de edad avanzada, pacientes con cirrosis hepática o pacientes tratados de manera simultánea con medicamentos que se sabe causan hiponatremia.

En pacientes con hiponatremia sintomática se debe considerar la interrupción del tratamiento con vortioxetina e instaurar una intervención médica adecuada.

Glaucoma

Se han notificado casos de midriasis asociados al uso de antidepresivos, incluida la vortioxetina. Este efecto midriático puede estrechar el ángulo ocular y producir un aumento de la presión intraocular y glaucoma de ángulo cerrado. Se recomienda precaución al recetar vortioxetina a pacientes con presión intraocular aumentada o con riesgo de glaucoma agudo de ángulo estrecho.

Pacientes de edad avanzada

Los datos sobre el uso de vortioxetina en pacientes de edad avanzada con episodios de depresión mayores son limitados. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se traten pacientes de ≥ 65 años de edad con dosis superiores a 10 mg de vortioxetina una vez al día (ver las secciones 4.2, 4.8 y 5.2).

Insuficiencia renal o hepática

Dado que los sujetos con insuficiencia renal o hepática son vulnerables y dado que los datos sobre el uso de vortioxetina en estas subpoblaciones son limitados, se debe tener precaución cuando se traten estos pacientes (ver las secciones 4.2 y 5.2).

Este medicamento contiene sodio

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

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Vortioxetina se metaboliza ampliamente en el hígado, principalmente por oxidación catalizado por las CYP2D6 y en menor grado CYP3A4/5y CYP2C9 (ver sección 5.2).

Potencial de otros medicamentos para afectar a vortioxetina

IMAO irreversibles y no selectivos

Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, vortioxetina está contraindicada en combinación con IMAO irreversibles y no selectivos. No se debe iniciar la administración de vortioxetina hasta por lo menos 14 días después de la interrupción del tratamiento con un IMAO irreversible y no selectivo. La administración de vortioxetina se debe interrumpir al menos 14 días antes del inicio del tratamiento con un IMAO irreversible y no selectivo (ver sección 4.3).

Inhibidor de la MAO-A reversible y selectivo (moclobemida)

La combinación de vortioxetina con un inhibidor de la MAO-A reversible y selectivo, como la moclobemida, está contraindicada (ver sección 4.3). Si la combinación fuera necesaria, la adición del medicamento se debe dar a dosis mínima y bajo estrecha monitorización clínica para detectar la aparición de síndrome serotoninérgico (ver sección 4.4).

IMAO reversible y no selectivo (linezolid)

La combinación de vortioxetina con un IMAO reversible y no selectivo débil, tales como el antibiótico linezolid, está contraindicada (ver sección 4.3). Si la combinación fuera necesaria, el medicamento añadido se debe dar a la dosis mínima y bajo una monitorización estrecha del síndrome serotoninérgico (ver sección 4.4).

Inhibidores de la MAO-B irreversibles y selectivos (selegilina, rasagilina)

Si bien con los inhibidores de la MAO-B selectivos se prevé un riesgo menor de síndrome serotoninérgico que con los inhibidores de la MAO-A, la combinación de vortioxetina con inhibidores de la MAO-B irreversibles, como selegilina o rasagilina, se debe administrar con precaución. Si se utilizan de manera simultánea, se debe estrechar la monitorización para detectar la aparición de síndrome serotoninérgico (ver sección 4.4).

Medicamentos serotoninérgicos

La administración conjunta de medicamentos con efecto serotoninérgico por ejemplo opiáceos (entre ellos, tramadol) y triptanes (entre ellos, sumatriptán), puede provocar síndrome serotoninérgico (ver sección 4.4).

Hierba de San Juan

El uso concomitante de antidepresivos con efecto serotoninérgico y remedios fitoterápicos que contienen hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas, incluido el Síndrome Serotoninérgico (ver sección 4.4).

Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo

Los antidepresivos con efecto serotoninérgico pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se utilicen de manera simultánea con otros medicamentos capaces de disminuir este umbral [por ejemplo, antidepresivos (tricíclicos, ISRS, IRSN), neurolépticos (fenotiazinas, tioxantenos y butirofenonas), mefloquina, bupropión y tramadol] (ver sección 4.4).

TEC (terapia electroconvulsiva)

No hay experiencia clínica sobre la administración concomitante de TEC y vortioxetina, por lo tanto, se recomienda precaución.

Inhibidores de la CYP2D6

La exposición a vortioxetina produjo un aumento de 2,3 veces del área bajo la curva (AUC) al administrar 10 mg/día de vortioxetina conjuntamente con bupropión (un inhibidor potente de la CYP2D6 150 mg dos veces al día) durante 14 días en sujetos sanos. La administración conjunta causó una mayor incidencia de reacciones adversas al añadir bupropión a vortioxetina que al añadir vortioxetina a bupropión. Según la respuesta individual del paciente, se puede considerar una dosis más baja de vortioxetina si se añade un inhibidor potente de la CYP2D6 (por ejemplo, bupropión, quinidina, fluoxetina, paroxetina) al tratamiento con vortioxetina (ver sección 4.2).

Inhibidores de la CYP3A4, la CYP2C9 y la CYP2C19

Cuando se administró vortioxetina de forma concomitante tras 6 días de ketoconazol 400 mg/día (un inhibidor del CYP3A4/5 y de la glicoproteína P) o tras 6 días de fluconazol 200 mg/día (un inhibidor de las CYP2C9, CYP2C19 y CYP3A4/5) en sujetos sanos, se observó un aumento de 1,3 y 1,5 veces, respectivamente, del AUC de vortioxetina. No se requiere un ajuste de la dosis.

No se observó ningún efecto inhibidor de una dosis única de 40 mg de omeprazol (inhibidor de la CYP2C19) sobre la farmacocinética de dosis múltiples de vortioxetina en sujetos sanos.

Interacciones en metabolizadores pobres de la CYP2D6

La administración concomitante de inhibidores potentes de la CYP3A4 (como itraconazol, voriconazol, claritromicina, telitromicina, nefazodona, conivaptan, y muchos de los inhibidores de la proteasa del VIH) e inhibidores de la CYP2C9 (como fluconazol y amiodarona) en pacientes metabolizadores lentos de la CYP2D6 (ver sección 5.2) no se ha estudiado específicamente, pero se cree que provocará un aumento más importante de la exposición de vortioxetina en estos pacientes comparado con el efecto moderado descrito antes. Según la respuesta individual del paciente, se puede considerar una dosis más baja de vortioxetina si se administra de forma conjunta un inhibidor potente de la CYP3A4 o la CYP2C9 en pacientes metabolizadores lentos de la CYP2D6.

Inductores del citocromo P450

Cuando se administró una dosis única de 20 mg de vortioxetina tras recibir durante 10 días 600 mg/día de rifampicina (un inductor de amplio espectro de las isoenzimas CYP) en sujetos sanos, se observó una disminución del 72% del AUC de vortioxetina. En función de la respuesta individual del paciente, se puede considerar un ajuste de la dosis si se añade un inductor del citocromo P450 de amplio espectro (por ejemplo, rifampicina, carbamazepina, fenitoína) al tratamiento con vortioxetina (ver sección 4.2).

Alcohol

No se observó ningún efecto en la farmacocinética de vortioxetina o etanol y no se observó un deterioro significativo de la función cognitiva respecto placebo al administrar conjuntamente una dosis única de 20 mg o 40 mg de vortioxetina con una dosis única de etanol (0,6 g/kg) en sujetos sanos. Sin embargo, no se aconseja la ingesta de alcohol durante el tratamiento antidepressivo.

Ácido acetilsalicílico

Tras la administración de dosis múltiples de 150 mg/día de ácido acetilsalicílico no se observó ningún efecto sobre la farmacocinética de dosis múltiples de vortioxetina en sujetos sanos.

Potencial de vortioxetina para afectar a otros medicamentos

Anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios

No se observaron efectos significativos, en comparación con placebo, en los valores de INR, protrombina o concentraciones plasmáticas de warfarina R y S, tras la administración concomitante de dosis múltiples de vortioxetina con dosis estables de warfarina en sujetos sanos. Tampoco se ha observado un efecto inhibitor significativo, en comparación con placebo, sobre la agregación plaquetaria o la farmacocinética del ácido acetilsalicílico o el ácido salicílico al administrar conjuntamente 150 mg/día de ácido acetilsalicílico tras recibir dosis múltiples de vortioxetina en sujetos sanos. Sin embargo, se debe tener precaución al combinar vortioxetina con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios orales o medicamentos utilizados para aliviar el dolor (p. ej., ácido acetilsalicílico (AAS) o AINE), debido al potencial aumento del riesgo de hemorragia atribuible a una interacción farmacodinámica (ver sección 4.4).

Sustratos del citocromo P450

In vitro, vortioxetina no mostró ningún potencial relevante para la inhibición o inducción de las isoenzimas del citocromo P450 (ver sección 5.2).

Tras la administración de dosis múltiples de vortioxetina, no se observó ningún efecto inhibitor en sujetos sanos sobre las isoenzimas del citocromo P450 CYP2C19 (omeprazol, diazepam), CYP3A4/5 (etinilestradiol, midazolam), CYP2B6 (bupropión), CYP2C9 (tolbutamida, S-warfarina), CYP1A2 (caféina) o CYP2D6 (dextrometorfano).

No se observaron interacciones farmacodinámicas. No se observó deterioro significativo de la función cognitiva respecto a placebo con vortioxetina tras la administración conjunta con una dosis única de 10 mg de diazepam. No se observaron efectos significativos, respecto placebo, en los niveles de hormonas sexuales después de la administración conjunta de vortioxetina con el anticonceptivo oral combinado (etinilestradiol 30 µg/ levonorgestrel 150 µg).

Litio y triptófano

No se observaron efectos clínicamente relevantes durante la exposición en estado estacionario a litio tras la administración conjunta de dosis múltiples de vortioxetina en sujetos sanos. Sin embargo, se han notificado casos de potenciación de los efectos al administrar antidepresivos con efecto serotoninérgico junto con litio o triptófano; por lo tanto, se debe tener precaución al utilizar vortioxetina de forma concomitante con estos medicamentos.

Interferencia con pruebas toxicológicas en orina

Se han notificado resultados falsos positivos en inmunoensayos enzimáticos en orina para determinar la presencia de metadona en pacientes que tomaban vortioxetina. Se recomienda precaución a la hora de interpretar resultados positivos de pruebas toxicológicas en orina, y se debe considerar su confirmación mediante una técnica analítica alternativa (por ejemplo, métodos cromatográficos).

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

Hay datos limitados relativos al uso de vortioxetina en mujeres embarazadas.

Los estudios realizados en animales han demostrado toxicidad para la reproducción (ver sección 5.3).

Los siguientes síntomas pueden aparecer en recién nacidos de madres que han utilizado medicamentos serotoninérgicos en las etapas finales del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apnea, convulsiones, temperatura inestable, dificultad de alimentación, vómitos, hipoglucemia, hipertensión, hipotonía, hiperreflexia, temblor, nerviosismo, irritabilidad, letargia, llanto constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas pueden ser debidos tanto a los efectos de la retirada como a un exceso de la actividad serotoninérgica. En la mayoría de los casos, estas complicaciones aparecieron inmediatamente o poco tiempo después (menos de 24 horas) del parto.

Los datos epidemiológicos indican que el uso de ISRS durante el embarazo, especialmente al final del mismo, puede aumentar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente (HPPN) en el recién nacido. Aunque no se han realizado estudios sobre la asociación entre HPPN y el tratamiento con vortioxetina, no se puede descartar este posible riesgo teniendo en cuenta el mecanismo de acción relacionado (aumento de las concentraciones de serotonina).

Solo se debe administrar vortioxetina a mujeres embarazadas si los beneficios previstos superan el posible riesgo para el feto.

Los datos observacionales han demostrado un mayor riesgo (menos del doble) de hemorragia posparto tras la exposición a un ISRS o IRSN en el mes previo al parto. Aunque no se dispone de estudios en los que se haya analizado una asociación entre el tratamiento con vortioxetina y la hemorragia posparto, existe un posible riesgo, tomando en consideración el mecanismo de acción relacionado (ver sección 4.4).

Lactancia

Los datos disponibles en animales han demostrado la excreción de vortioxetina/metabolitos de vortioxetina en la leche. Se espera que vortioxetina se excrete en la leche materna (ver sección 5.3).

No se puede descartar un riesgo en lactantes.

Se debe decidir si interrumpir la lactancia materna o interrumpir/abstenerse de iniciar el tratamiento con vortioxetina, teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia materna para el niño y los beneficios del tratamiento para la madre.

Fertilidad

Los estudios de fertilidad en ratas macho y hembra no mostraron ningún efecto de vortioxetina sobre la fertilidad, la calidad del esperma o el rendimiento en el apareamiento (ver sección 5.3).

Los informes de casos en humanos con medicamentos de la clase farmacológica relacionada de antidepresivos (ISRS) han mostrado un efecto reversible sobre la calidad del esperma. Hasta ahora no se ha observado ningún impacto sobre la fertilidad humana.

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

Vortioxetina no tiene ninguna influencia o tiene una influencia insignificante sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Sin embargo, dado que se han notificado reacciones adversas como mareos, los pacientes deben tener precaución al conducir o manejar maquinaria peligrosa, especialmente al iniciar el tratamiento con vortioxetina o al cambiar de dosis.

4.8 Reacciones adversas

Resumen del perfil de seguridad

La reacción adversa más frecuente fueron náuseas.

Resumen tabulado de reacciones adversas

Las reacciones adversas se enumeran a continuación utilizando la siguiente convención: 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). La lista se basa en la información obtenida de los ensayos clínicos y la experiencia posterior a la comercialización.

CLASIFICACIÓN POR ÓRGANOS Y SISTEMAS	FRECUENCIA	REACCIÓN ADVERSA
Trastornos del sistema inmunológico	Frecuencia no conocida*	Reacción anafiláctica
Trastornos endocrinos	Frecuencia no conocida*	Hiperprolactinemia, en algunos casos asociada a galactorrea
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Frecuencia no conocida*	Hiponatremia
Trastornos psiquiátricos	Frecuente	Sueños anormales
	Poco frecuente	Alucinaciones
	Frecuencia no conocida*	Insomnio
	Frecuencia no conocida*	Agitación, agresión (ver sección 4.4)
Trastornos del sistema nervioso	Frecuente	Mareo
	Poco frecuente	Temblores
	Frecuencia no conocida *	Síndrome Serotoninérgico, Cefalea, Acatisia, Bruxismo, Trismus, Síndrome de piernas inquietas
Trastornos oculares	Poco frecuente	Visión borrosa
	Rara	Miđriasis (que puede producir glaucoma agudo de ángulo estrecho; ver sección 4.4)
Trastornos vasculares	Poco frecuente	Rubefacción
	Frecuencia no conocida *	Hemorragia (incluyendo contusión, equimosis, epistaxis, sangrado gastrointestinal o vaginal)
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuente	Náuseas
	Frecuente	Diarrea, Estreñimiento, Vómitos, Dispepsia
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Frecuente	Prurito, incluyendo prurito generalizado Hiperhidrosis
	Poco frecuente	Sudores nocturnos
	Frecuencia no conocida *	Angioedema, Urticaria, Erupción
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Frecuencia no conocida *	Síndrome de retirada

* Sobre la base de casos posteriores a la comercialización

Descripción de las reacciones adversas seleccionadas

Náuseas

Las náuseas fueron generalmente leves o moderadas y se produjeron durante las dos primeras semanas de tratamiento. Las reacciones fueron generalmente transitorias y no provocaron, por lo general, la interrupción del tratamiento. Las reacciones adversas gastrointestinales, como las náuseas, se produjeron con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Pacientes de edad avanzada

Para dosis ≥ 10 mg de vortioxetina una vez al día, la tasa de abandono en los estudios fue mayor en pacientes de ≥ 65 años.

Con dosis de 20 mg de vortioxetina una vez al día, la incidencia de náuseas y estreñimiento fue mayor en pacientes de ≥ 65 años (42 % y 15 %, respectivamente) que en pacientes de < 65 años (27 % y 4 %, respectivamente) (ver sección 4.4).

Disfunción sexual

En estudios clínicos, la disfunción sexual fue evaluada utilizando la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX). Dosis de 5 a 15 mg no mostraron diferencia respecto a placebo. De todas formas, la dosis de vortioxetina de 20 mg se asoció con un incremento en disfunción sexual (TESD) (ver sección 5.1). En el contexto posterior a la comercialización se han notificado casos de disfunción sexual con dosis de vortioxetina inferiores a 20 mg.

Efecto de clase

Los estudios epidemiológicos, realizados principalmente en pacientes de 50 años o más, muestran un aumento del riesgo de fracturas óseas en pacientes que recibieron medicamentos de la clase farmacológica antidepresivo (ISRS o ATC). Se desconoce el mecanismo que subyace a este riesgo y no se sabe si este riesgo también es relevante para vortioxetina.

Población pediátrica

Un total de 304 niños de 7 a 11 años y 308 adolescentes de 12 a 17 años con trastorno depresivo mayor (TDM) fueron tratados con vortioxetina en dos estudios doble ciego controlados con placebo, respectivamente. En general, el perfil de reacciones adversas de vortioxetina en niños y adolescentes fue similar al observado en adultos, excepto por una mayor incidencia de acontecimientos relacionados con el dolor abdominal y una mayor incidencia de ideas suicidas, especialmente en adolescentes, en comparación con los adultos (ver sección 5.1).

Se realizaron dos estudios de extensión abiertos a largo plazo con dosis de vortioxetina de 5 a 20 mg/día y con una duración del tratamiento de 6 meses (N = 662) y 18 meses (N = 94), respectivamente. En general, el perfil de seguridad y tolerabilidad de vortioxetina en la población pediátrica tras el uso a largo plazo fue comparable al observado tras el uso a corto plazo.

Síntomas al interrumpir el tratamiento con vortioxetina

En los estudios clínicos, se evaluaron sistemáticamente los síntomas de retirada tras el cese brusco del tratamiento con vortioxetina. No hubo diferencias clínicamente relevantes con respecto al placebo en la incidencia o la naturaleza de los síntomas de retirada tras el tratamiento con vortioxetina (ver sección 5.1). Se han notificado casos que describen síntomas de retirada en el contexto posterior a la comercialización y han incluido síntomas como mareos, cefalea, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia, sensación de descarga eléctrica), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio), náuseas y/o vómitos, ansiedad, irritabilidad, agitación, fatiga y temblor. Estos síntomas pueden aparecer durante la primera semana tras la interrupción del tratamiento con vortioxetina.

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: www.notificaram.es.

4.9 Sobredosis

La ingestión de vortioxetina en ensayos clínicos en el margen de dosis de 40 mg a 75 mg ha provocado un empeoramiento de las siguientes reacciones adversas: náuseas, mareo postural, diarrea, molestia abdominal, prurito generalizado, somnolencia y rubefacción.

La experiencia post-comercialización aborda principalmente las sobredosis de vortioxetina de hasta 80 mg. En la mayoría de los casos, se notificaron síntomas leves o ningún síntoma. Los síntomas notificados con mayor frecuencia fueron náuseas y vómitos.

La experiencia es limitada con sobredosis de vortioxetina superiores a 80 mg. Tras dosis varias veces superiores al margen de dosis terapéutico, se han notificado episodios de convulsiones y síndrome serotoninérgico.

En caso de sobredosis se deben tratar los síntomas clínicos y someter a una monitorización adecuada. Se recomienda seguimiento médico en un entorno especializado.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Psicoanalépticos; Otros antidepresivos, código ATC: N06AX26.

Mecanismo de acción

Se cree que el mecanismo de acción de vortioxetina está relacionado con la modulación directa de la actividad del receptor serotoninérgico y la inhibición del transportador de la serotonina (5-HT).

Los datos no clínicos indican que vortioxetina es un antagonista de los receptores 5-HT₃, 5-HT₇ y 5-HT_{1D}, agonista parcial del receptor 5-HT_{1B}, agonista del receptor 5-HT_{1A} e inhibidor del transportador de la 5-HT, que conduce a la modulación de la neurotransmisión en varios sistemas, incluyendo predominantemente el de la serotonina, pero probablemente también el de la noradrenalina, dopamina, histamina, acetilcolina, GABA y los sistemas del glutamato. Esta actividad multimodal se considera responsable de los efectos antidepresivos y ansiolíticos, como la mejoría de la función cognitiva, el aprendizaje y la memoria observada con vortioxetina en estudios con animales. Sin embargo, la contribución precisa de los objetivos individuales al perfil farmacodinámico observado sigue sin estar clara, por lo que se debe tener precaución al extrapolar los datos de animales directamente al ser humano.

En humanos, se han llevado a cabo dos estudios de tomografía por emisión de positrones (TEP) utilizando ligandos del transportador de la 5-HT (11C-MADAM o 11C-DASB) para cuantificar la ocupación del transportador de la 5-HT en el cerebro a distintos niveles de dosis. La ocupación media del transportador de la 5-HT en los *núcleos de raphe* fue de aproximadamente el 50% con una dosis de 5 mg/día, del 65% con una dosis de 10 mg/día y superior al 80% con una dosis de 20 mg/día.

Eficacia clínica y seguridad

Se ha estudiado la eficacia y seguridad de la vortioxetina en un programa clínico que incluyó a más de 6.700 pacientes, de los cuales más de 3.700 fueron tratados con vortioxetina en estudios a corto plazo (≤ 12 semanas) sobre el trastorno depresivo mayor (TDM). Se han llevado a cabo doce estudios doble ciego, controlados con placebo, con dosis fijas y de 6-8 semanas de duración para investigar la eficacia a corto

plazo de la vortioxetina en el trastorno depresivo mayor en adultos (incluyendo pacientes de edad avanzada). La eficacia de vortioxetina se demostró en al menos uno de los grupos de dosis en 9 de los 12 estudios, demostrando al menos dos puntos de diferencia respecto a placebo en la Escala de evaluación de la depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS) o la Escala de evaluación de la depresión de Hamilton de 24 ítems (HAM-D24). Ésta quedó justificada por la relevancia clínica evidenciada por la proporción de pacientes respondedores al tratamiento y de pacientes que presentaron remisión y por la mejoría en la puntuación en la Escala de impresión clínica global de mejoría (CGI-I). La eficacia de la vortioxetina fue mayor con el aumento de la dosis.

El efecto en los estudios individuales viene respaldado por el metaanálisis (MMRM) del cambio medio respecto al basal en la puntuación total de la MADRS en las semanas 6/8 en los estudios a corto plazo, controlados con placebo en adultos. En el metaanálisis, la diferencia media total respecto a placebo en todos los estudios fue estadísticamente significativa: -2,3 puntos ($p = 0,007$), -3,6 puntos ($p < 0,001$) y -4,6 puntos ($p < 0,001$) para las dosis de 5, 10 y 20 mg/día, respectivamente. La dosis de 15 mg/día no se diferenció de placebo en el metaanálisis, pero la diferencia media respecto a placebo fue de -2,6 puntos. La eficacia de vortioxetina viene respaldada por el análisis combinado de los respondedores, en el que la proporción de respondedores osciló de un 46% a un 49% para vortioxetina versus un 34% para placebo ($p < 0,01$; análisis NRI).

Además, vortioxetina, en el rango de dosis de 5 - 20 mg/día, mostró eficacia en el amplio abanico de síntomas de la depresión (evaluados por la mejoría en las puntuaciones de todos los ítems individuales de MADRS).

La eficacia de vortioxetina 10 o 20 mg/día fue posteriormente demostrada en un estudio comparativo, doble ciego, de dosis flexibles, de 12 semanas de duración versus agomelatina 25 o 50 mg/día en pacientes con TDM. Vortioxetina fue mejor de forma estadísticamente significativa que agomelatina tal como se evaluó por la mejoría en la puntuación total de la MADRS y respaldado por la relevancia clínica que se demostró por la proporción de pacientes respondedores y que remiten y la mejoría en la CGI-I.

Mantenimiento

El mantenimiento de la eficacia antidepressiva se demostró en un estudio de prevención de recaídas.

Los pacientes en remisión tras un periodo de tratamiento inicial sin enmascaramiento de 12 semanas con vortioxetina fueron aleatorizados para recibir 5 o 10 mg/día de vortioxetina o placebo, y se hizo seguimiento para detectar las recaídas durante un periodo doble ciego de al menos 24 semanas (de 24 a 64 semanas). La vortioxetina fue superior a placebo ($p = 0,004$) en la variable principal de eficacia, el tiempo hasta la recaída del trastorno depresivo mayor (TDM), con un cociente de riesgos instantáneos (hazard ratio) de 2,0; es decir, el riesgo de recaídas fue dos veces mayor en el grupo placebo que en el grupo vortioxetina.

Pacientes de edad avanzada

En el estudio de 8 semanas, doble ciego, controlado con placebo y a dosis fijas en pacientes de edad avanzada con depresión (≥ 65 años, $n = 452$, 156 de los cuales recibieron vortioxetina), la vortioxetina a una dosis de 5 mg/día fue superior al placebo, basándose en la mejora en las puntuaciones totales de las escalas MADRS y la HAM-D24. El efecto observado con vortioxetina fue una diferencia de 4,7 puntos con respecto al placebo en la puntuación total de la MADRS en la semana 8 (análisis MMRM).

Pacientes con depresión grave o con depresión y síntomas de ansiedad elevados

En pacientes con depresión grave (puntuación total basal en la escala MADRS ≥ 30) y en pacientes con depresión y síntomas de ansiedad elevados (puntuación total basal en la escala HAM-A ≥ 20), vortioxetina también demostró su eficacia en los estudios a corto plazo en adultos (la diferencia media total con respecto al placebo en la puntuación total de la MADRS en la semana 6/8 osciló entre 2,8 y 7,3 puntos y entre 3,6 y 7,3 puntos, respectivamente, (análisis MMRM)). En el estudio específico en pacientes de edad avanzada, vortioxetina también fue eficaz en estos pacientes.

El mantenimiento de la eficacia antidepressiva también se demostró en esta población de pacientes en el estudio a largo plazo para la prevención de recaídas.

Efectos de vortioxetina en las puntuaciones del Test Digit Symbol Substitution (DSST), de la evaluación de habilidades basadas en la ejecución de la Universidad de California San Diego (UPSA) (medidas objetivas) y del cuestionario de déficits percibidos (PDQ) y del cuestionario de funcionamientos cognitivo y físico (CPFQ) (medidas subjetivas).

La eficacia de vortioxetina (5-20 mg / día) en pacientes con trastorno depresivo mayor se ha investigado en 2 estudios en adultos y 1 en pacientes de edad avanzada, controlados con placebo a corto plazo.

Vortioxetina tuvo un efecto estadísticamente significativo frente a placebo en el test Digit Symbol Sustitución (DSST), que va desde $\Delta=1,75$ ($p = 0,019$) a $4,26$ ($p < 0,0001$) en los 2 estudios en adultos y $\Delta = 2,79$ ($p = 0,023$) en el estudio en los pacientes de edad avanzada. En un metaanálisis (ANCOVA, LOCF) del cambio medio respecto basal del número de símbolos correctos en los 3 estudios, vortioxetina se diferenció de placebo ($p < 0,05$) con un tamaño del efecto estandarizado de 0,35.

Cuando se ajustó para el cambio de la MADRS, la puntuación total en el metaanálisis de los mismos estudios demostró que vortioxetina se diferenció de placebo ($p < 0,05$) con un tamaño del efecto estandarizado de 0,24.

Un estudio evaluó el efecto de vortioxetina en la capacidad funcional mediante la evaluación de habilidades basadas en la ejecución de la Universidad de California San Diego (UPSA). Vortioxetina se diferenció de placebo estadísticamente con resultados de 8,0 para vortioxetina frente a 5,1 puntos para placebo ($p = 0,0003$).

En un estudio, vortioxetina fue superior a placebo en las medidas subjetivas, evaluadas mediante el Cuestionario de déficits percibidos con resultados de -14,6 para vortioxetina y -10,5 para placebo ($p = 0,002$). Vortioxetina no se diferenció de placebo en mediciones subjetivas cuando se evaluó utilizando el Cuestionario de funcionamiento cognitivo y físico con resultados de -8,1 para vortioxetina frente a - 6,9 para placebo ($p = 0,086$).

Tolerabilidad y seguridad

Se ha establecido la seguridad y tolerabilidad de la vortioxetina en estudios a corto y largo plazo en el rango de dosis de entre 5 y 20 mg/día. Para obtener información sobre reacciones adversas, ver sección 4.8.

Vortioxetina no aumentó la incidencia de insomnio o somnolencia en comparación con placebo.

En estudios clínicos controlados con placebo a corto y largo plazo, se evaluaron sistemáticamente los posibles síntomas de retirada tras la suspensión repentina del tratamiento con vortioxetina. No se observaron diferencias clínicamente relevantes con placebo en la incidencia o naturaleza de los síntomas de retirada tras el tratamiento a corto (6-12 semanas) o largo plazo (24-64 semanas) con vortioxetina.

La incidencia de reacciones adversas de índole sexual auto notificadas fue baja y parecida a la de placebo en estudios clínicos a corto y largo plazo con vortioxetina. En los estudios que utilizaron la Escala de experiencia sexual de Arizona (ASEX), la incidencia de disfunción sexual surgida durante el tratamiento y la puntuación total en la escala ASEX no mostraron diferencias clínicamente relevantes con el placebo en los síntomas de disfunción sexual a las dosis de 5 a 15 mg/día de vortioxetina. Para la dosis de 20 mg/día se vio un incremento en TESD comparado con placebo (una diferencia de incidencia de 14,2%, 95% CI [1,4, 27,0]).

El efecto de vortioxetina sobre la función sexual se evaluó posteriormente en un estudio comparativo doble ciego ($n = 424$), de dosis flexible, de 8 semanas de duración versus escitalopram en pacientes tratados durante al menos 6 semanas con un ISRS (citalopram, paroxetina o sertralina), con bajo nivel de síntomas depresivos (CGI-S basal ≤ 3) y TESD inducido por el tratamiento anterior con ISRS.

Vortioxetina 10-20 mg/día tuvo menos TESD que el escitalopram 10-20 mg/día de forma estadísticamente significativa tal como se evaluó por el cambio de la puntuación total del CSFQ-14 (2,2 puntos, $p = 0,013$) en la semana 8. La proporción de pacientes respondedores no fue significativamente diferente en el grupo vortioxetina (162 (74,7%)) en comparación con el grupo escitalopram (137 (66,2%)) en la semana 8 (OR 1,5 ($p = 0,057$)). El efecto antidepresivo se mantuvo en ambos grupos de tratamiento.

Vortioxetina no tuvo ningún efecto, en comparación con placebo, sobre el peso corporal, la frecuencia cardíaca o la presión sanguínea en los estudios clínicos a corto y largo plazo.

No se observaron cambios clínicamente significativos en la evaluación de las funciones hepática o renal en los estudios clínicos.

Vortioxetina no ha mostrado ningún efecto clínicamente significativo sobre los parámetros ECG, incluidos los intervalos QT, QTc, PR y QRS, en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM). En un estudio exhaustivo del intervalo QTc realizado en sujetos sanos con dosis de hasta 40 mg al día, no se observó potencial de prolongación del intervalo QTc.

Población pediátrica

Se han realizado dos estudios de eficacia y seguridad a corto plazo, aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo, a dosis fijas (vortioxetina 10 mg/día y 20 mg/día) y con referencia activa (fluoxetina); uno en niños de 7 a 11 años con TDM y otro en adolescentes de 12 a 17 años con TDM. Los estudios incluyeron un periodo inicial de 4 semanas, simple ciego y con placebo, con intervención psicossocial estandarizada (pacientes tratados en el estudio con niños, N = 677; en el estudio con adolescentes, N = 777), y solo se aleatorizaron los pacientes que no respondieron durante el periodo inicial (estudio con niños, N = 540; estudio con adolescentes, N = 616).

En el estudio realizado en niños de 7 a 11 años, el efecto promedio de las dos dosis de vortioxetina, de 10 y 20 mg/día, no fue estadísticamente diferente del placebo según la puntuación total de la escala de calificación de la depresión infantil revisada (CDRS-R, por sus siglas en inglés) en la semana 8; ni lo fue la referencia activa (fluoxetina 20 mg/día) ni las dosis individuales de vortioxetina (10 y 20 mg/día) que mostraron una diferencia nominalmente significativa con respecto al placebo. En general, el perfil de acontecimientos adversos de vortioxetina en niños fue similar al observado en adultos, excepto por la mayor incidencia de dolor abdominal notificado en niños. La interrupción debida a acontecimientos adversos fue del 2,0 % en los pacientes tratados con vortioxetina 20 mg/día, del 1,3 % en los tratados con vortioxetina 10 mg/día, del 0,7 % en los tratados con placebo y no hubo interrupciones en los tratados con fluoxetina. Los acontecimientos adversos notificados con más frecuencia en los grupos de tratamiento con vortioxetina fueron náuseas, cefalea, vómitos, mareos y dolor abdominal. La incidencia de náuseas, vómitos y dolor abdominal fue mayor en los grupos de vortioxetina que en el de placebo. Se notificaron ideación y comportamiento suicida como acontecimientos adversos durante el periodo de preinclusión simple ciego de 4 semanas (placebo 2/677 [0,3 %]) y durante el periodo de tratamiento de 8 semanas (vortioxetina 10 mg/día 1/149 [0,7 %], placebo 1/153 [0,7 %]). Además, se notificó el acontecimiento “pensamientos suicidas activos inespecíficos” en la C-SSRS en 5 pacientes durante el periodo de tratamiento de 8 semanas (vortioxetina 20 mg/día 1/153 [0,7 %], placebo 1/153 [0,7 %] y fluoxetina 3/82 [3,7 %]). La ideación y el comportamiento suicida medidos por la escala de calificación de la gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS, por sus siglas en inglés) fueron similares en todos los grupos de tratamiento.

En el estudio realizado en adolescentes de 12 a 17 años, ni vortioxetina 10 mg/día ni 20 mg/día fue estadísticamente superior al placebo basándose en la puntuación total de la escala de calificación de la

depresión infantil revisada (CDRS-R, por sus siglas en inglés). La referencia activa (fluoxetina 20 mg/día) se separó estadísticamente del placebo en la puntuación total de la CDRS-R. En general, el perfil de reacciones adversas de vortioxetina en adolescentes fue similar al observado en adultos salvo por incidencias mayores notificadas en adolescentes que en adultos de dolor abdominal e ideación suicida. La interrupción del tratamiento debida a acontecimientos adversos (principalmente ideación suicida, náuseas y vómitos) fue máxima en pacientes tratados con vortioxetina 20 mg/día (5,6%) en comparación con vortioxetina 10 mg/día (2,7%), fluoxetina (3,3%) y placebo (1,3%). Los acontecimientos adversos notificados con más frecuencia en los grupos de tratamiento con vortioxetina fueron náuseas, vómitos y cefalea. Se notificaron ideación y comportamiento suicida como acontecimientos adversos tanto durante el

periodo de preinclusión simple ciego de 4 semanas (placebo 13/777 [1,7%]) como durante el periodo de tratamiento de 8 semanas (vortioxetina 10 mg/día 2/147 [1,4%], vortioxetina 20 mg/día 6/161 [3,7%], fluoxetina 6/153 [3,9%], placebo 0/154 [0%]). La ideación y el comportamiento suicida medidos por la C-SSRS fueron similares en todos los grupos de tratamiento.

Vortioxetina no se debe utilizar en pacientes pediátricos (menores de 18 años) con trastorno depresivo mayor (ver sección 4.2).

La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido la obligación de presentar los resultados de los estudios sobre el trastorno depresivo mayor con vortioxetina en niños menores de 7 años (ver sección 4.2 para obtener información sobre el uso pediátrico).

5.2 Propiedades farmacocinéticas

Absorción

Vortioxetina se absorbe lentamente, pero bien tras la administración oral, y la concentración plasmática máxima se alcanza entre 7 y 11 horas. Tras dosis múltiples de 5, 10 o 20 mg/día, se observaron valores medios de la C_{max} de 9 a 33 ng/ml. La biodisponibilidad absoluta es del 75%. No se observó ningún efecto de los alimentos sobre la farmacocinética (ver sección 4.2).

Distribución

El volumen medio de distribución (V_{ss}) es de 2.600 l, lo que indica una amplia distribución extravascular. Vortioxetina se une en gran medida a las proteínas plasmáticas (del 98 al 99%) y esta unión es independiente de las concentraciones plasmáticas de vortioxetina.

Biotransformación

La vortioxetina se metaboliza ampliamente en el hígado, principalmente por oxidación catalizada por la CYP2D6 y en menor grado por la CYP3A4/5 y la CYP2C9 y posterior conjugación con ácido glucurónico. No se ha observado un efecto inhibitor o inductor de vortioxetina en los estudios de interacción fármaco-fármaco sobre las isoenzimas CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1 o CYP3A4/5 (ver sección 4.5). Vortioxetina es un sustrato e inhibidor débil de Pgp.

El principal metabolito de vortioxetina es farmacológicamente inactivo.

Eliminación

La vida media de eliminación y el aclaramiento oral son 66 horas y 33 l/h, respectivamente. Aproximadamente 2/3 de los metabolitos inactivos de vortioxetina se eliminan por la orina y 1/3 aproximadamente por las heces. Sólo se eliminan por las heces cantidades insignificantes de vortioxetina. Las concentraciones plasmáticas en estado estacionario se alcanzan en 2 semanas aproximadamente.

Linealidad/No linealidad

La farmacocinética es lineal e independiente del tiempo en el rango de dosis estudiado (de 2,5 a 60 mg/día).

De acuerdo con la vida media, el índice de acumulación es de entre 5 y 6 según el AUC_{0-24h} obtenido tras dosis múltiples de 5 a 20 mg/día.

Poblaciones especiales

Pacientes de edad avanzada

En sujetos sanos de edad avanzada (≥ 65 años; n = 20), la exposición a vortioxetina aumentó hasta un 27% (C_{max} y AUC) en comparación con los sujetos control jóvenes y sanos (≤ 45 años de edad) tras dosis múltiples de 10 mg/día. La dosis efectiva más baja de 5 mg de vortioxetina una vez al día deberá siempre usarse como la dosis inicial en pacientes ≥ 65 años de edad (ver sección 4.2). Sin embargo, se recomienda precaución cuando se prescriban dosis mayores de 10 mg de vortioxetina una vez al día a pacientes de edad

avanzada (ver sección 4.4).

Insuficiencia renal

Tras una dosis única de 10 mg de vortioxetina, la insuficiencia renal estimada mediante la fórmula de Cockcroft-Gault (leve, moderada o grave; n = 8 por grupo) causó aumentos moderados de la exposición (hasta el 30%) en comparación con los controles sanos emparejados. En pacientes con enfermedad renal terminal, solo se perdió una pequeña fracción de vortioxetina durante la diálisis (el AUC y la C_{max} fueron un 13% y un 27% inferiores, respectivamente; n = 8) tras una dosis única de 10 mg de vortioxetina. No se requiere un ajuste de la dosis sobre la base de la función renal (ver las secciones 4.2 y 4.4).

Insuficiencia hepática

La farmacocinética en sujetos (N = 6-8) con insuficiencia hepática leve, moderada o grave (criterios Child-Pugh A, B o C, respectivamente) se comparó con voluntarios sanos. Los cambios en el AUC fueron menos del 10% inferiores en sujetos con insuficiencia hepática leve o moderada, y un 10% superiores en quienes padecen insuficiencia hepática grave. Los cambios en la C_{max} fueron menos del 25% inferiores en todos los grupos. No se requiere un ajuste de la dosis sobre la base de la función renal o hepática (ver las secciones 4.2 y 4.4).

Genotipos de la CYP2D6

La concentración plasmática de vortioxetina fue aproximadamente dos veces superior en los metabolizadores lentos de la CYP2D6 que en los metabolizadores rápidos. La administración conjunta de inhibidores potentes de la CYP3A4/2C9 a pacientes metabolizadores lentos de la CYP2D6 puede potencialmente producir una exposición mayor (ver sección 4.5).

En metabolizadores ultra rápidos de la CYP2D6 las concentraciones plasmáticas de 10 mg/día de vortioxetina fueron similares a las obtenidas en los metabolizadores extensos en 5 mg/día y 10 mg/día.

Se puede considerar un ajuste de la dosis según la respuesta individual de cada paciente (ver sección 4.2).

Población pediátrica

Se caracterizó la farmacocinética de vortioxetina en pacientes pediátricos con trastorno depresivo mayor tras la administración oral de 5 a 20 mg una vez al día mediante análisis de modelado poblacional basado en datos de un estudio farmacocinético (7-17 años) y dos estudios de eficacia y seguridad (7-17 años). La farmacocinética de vortioxetina en pacientes pediátricos es similar a la observada en pacientes adultos.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

La administración de vortioxetina en los estudios de toxicidad general en ratones, ratas y perros se asoció principalmente a signos clínicos relacionados con el SNC; éstos incluyeron salivación (rata y perro), dilatación pupilar (perro) y dos incidentes de convulsiones en perros en el programa general de estudios de toxicidad. Se estableció un nivel sin efecto para las convulsiones con el correspondiente margen de seguridad de 5, considerando la dosis terapéutica máxima recomendada de 20 mg/día.

La toxicidad en el órgano diana se delimitó a los riñones (rata) y el hígado (ratón y rata). Los cambios en el riñón en ratas (glomerulonefritis, obstrucción tubular renal, material cristalino en el túbulo renal) y en el hígado de ratones y ratas (hipertrofia hepatocelular, necrosis de los hepatocitos, hiperplasia del conducto biliar, material cristalino en los conductos biliares) se observaron a exposiciones de más de 10 veces (ratones) y más de 2 veces (ratas) la exposición humana a la dosis terapéutica máxima recomendada de 20 mg/día. Estos hallazgos fueron atribuidos sobre todo a la obstrucción específica de roedores de los túbulos renales y las vías biliares respectivamente por sustancias cristalinas relacionadas con vortioxetina, y se consideró de riesgo bajo en humanos.

Vortioxetina no fue genotóxica en una batería estándar de pruebas *in vitro* e *in vivo*.

Basándose en los resultados de estudios convencionales de carcinogenicidad a los 2 años en ratones o ratas, se considera que vortioxetina no supone un riesgo de carcinogenicidad en humanos.

Vortioxetina no tuvo ningún efecto sobre la fertilidad, la conducta de apareamiento, los órganos reproductivos o la morfología y motilidad del esperma en ratas. Vortioxetina no fue teratogénica en ratas o conejos, aunque se observó toxicidad reproductiva en términos de efectos sobre el peso fetal y retraso en la osificación en exposiciones de más de 10 veces la exposición humana a la dosis terapéutica máxima de 20 mg/día. Se observaron efectos similares en el conejo en exposición subterapéutica.

En un estudio prenatal y posnatal en ratas, vortioxetina se asoció a un aumento de la mortalidad de las crías, una menor ganancia de peso corporal y un retraso en el desarrollo de las crías a dosis que no provocaron toxicidad materna y con exposiciones asociadas parecidas a las alcanzadas en humanos tras la administración de 20 mg/día de vortioxetina (ver sección 4.6).

Las sustancias relacionadas con vortioxetina se distribuyeron en la leche de las ratas en período de lactancia (ver sección 4.6). En estudios de toxicidad juvenil en ratas, todos los hallazgos relacionados con el tratamiento con vortioxetina fueron coherentes con los obtenidos en animales adultos.

Evaluación del riesgo medioambiental (ERA)

Los estudios de evaluación del riesgo medioambiental han demostrado que vortioxetina puede ser persistente, bioacumulativa y tóxica para el medio ambiente (riesgo para los peces). Sin embargo, según el uso recomendado de vortioxetina en el paciente, vortioxetina se considera que supone un riesgo insignificante para el medio ambiente acuático y terrestre (ver sección 6.6).

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1 Lista de excipientes

Núcleo de la cápsula

Manitol
Celulosa microcristalina
Carboximetilalmidón sódico de tipo A
Hidroxipropilcelulosa
Estearato de magnesio

Recubrimiento de la cápsula

Vortioxetina Aristo 5 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Hipromelosa 2910 (E464)
Dióxido de titanio (E171)
Macrogol 400 (E1521)
Óxido de hierro rojo (E172)

Vortioxetina Aristo 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Hipromelosa 2910 (E464)
Dióxido de titanio (E171)
Macrogol 400 (E1521)
Óxido de hierro amarillo (E172)

Vortioxetina Aristo 15 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Hipromelosa 2910 (E464)
Dióxido de titanio (E171)
Macrogol 400 (E1521)
Óxido de hierro amarillo (E172)
Óxido de hierro rojo (E172)

Vortioxetina Aristo 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG
Hipromelosa 2910 (E464)
Dióxido de titanio (E171)
Talco (E553b)
Macrogol 8000 (E1521)
Óxido de hierro rojo (E172)

6.2 Incompatibilidades

No procede.

6.3 Periodo de validez

4 años.

6.4 Precauciones especiales de conservación

No requiere condiciones especiales de conservación.

6.5 Naturaleza y contenido del envase

Vortioxetina Aristo 5 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Blíster: transparente, de PVC/PVDC/aluminio o PVC/PE/PVDC/aluminio.

Envases de 14, 28, 56 y 98 comprimidos recubiertos con película.

Envase múltiple con 126 (9 × 14) comprimidos recubiertos con película.

Blísteres unidos precortados de PVC/PVDC/aluminio.

Envases de 56 × 1 y 98 × 1 comprimidos recubiertos con película.

Envase múltiple que contienen 490 (5 × (98×1)) comprimidos recubiertos con película.

Vortioxetina Aristo 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Blíster: transparente, blíster de PVC/PVDC/aluminio o blíster de PVC/PE/PVDC/aluminio.

Envases de 7, 14, 28, 56 y 98 comprimidos recubiertos con película.

Envase múltiple con 126 (9 × 14) comprimidos recubiertos con película.

Blísteres unidos precortados de PVC/PVDC/aluminio.

Envases de 56 × 1 y 98 × 1 comprimidos recubiertos con película.

Envase múltiple con 490 (5 × (98×1)) comprimidos recubiertos con película.

Vortioxetina Aristo 15 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Blíster: transparente, claro; blíster de PVC/PVDC//aluminio o blíster de PVC/PE/PVDC//aluminio.

Envases de 14, 28, 56 y 98 comprimidos recubiertos con película.

Blísteres unidos precortados de PVC/PVDC/aluminio.

Envases de 56 × 1 y 98 × 1 comprimidos recubiertos con película.

Envase múltiple con 490 (5 × (98×1)) comprimidos recubiertos con película.

Vortioxetina Aristo 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG

Blíster: transparente, claro; blíster de PVC/PVDC//aluminio o blíster de PVC/PE/PVDC//aluminio.

Envases de 14, 28, 56 y 98 comprimidos recubiertos con película.

Envase múltiple con 126 (9 × 14)

Blísteres unidos precortados de PVC/PVDC/aluminio.

Envases de 56 × 1 y 98 × 1 comprimidos recubiertos con película.

Envase múltiple con 490 (5 × (98×1)) comprimidos recubiertos con película.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

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

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Aristo Pharma GmbH
Wallenroder Straße 8–10
13435 Berlín
Alemania

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Vortioxetina Aristo 5 mg comprimidos recubiertos con película EFG – 90919
Vortioxetina Aristo 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG – 90920
Vortioxetina Aristo 15 mg comprimidos recubiertos con película EFG – 90921
Vortioxetina Aristo 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG -- 90922

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

Diciembre 2025

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

09/2025

La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS) www.aemps.gob.es