

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

FAPRIS **Comprimidos Recubiertos de Liberación Prolongada** **100 mg** **DESVENLAFAXINA**

Industria Argentina

Venta Bajo Receta

FÓRMULA CUALICUANTITATIVA:

Cada comprimido recubierto de liberación prolongada de 100 mg contiene:

Desvenlafaxina 100,00 mg

Excipientes c.s: Acido tartárico anhidro, Hipromelosa, Celulosa microcristalina, Povidona, Talco, Estearato de magnesio, Dióxido de titanio, Macrogol 400, Polisorbato 80, Óxido de hierro rojo.

ACCIÓN TERAPÉUTICA:

Otros Antidepresivos.

CÓDIGO ATC: N06AX23

INDICACIONES:

Tratamiento del trastorno depresivo mayor (TDM) en adultos.

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:

Mecanismo de acción:

Succinato de desvenlafaxina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). Se cree que la eficacia del succinato de

desvenlafaxina está relacionada con la potenciación de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina en el sistema nervioso central.

In vitro, desvenlafaxina carece de afinidad significativa para numerosos receptores, incluidos los receptores muscarínico-colinérgicos, H₁-histaminérgicos o α_1 -adrenérgicos. También carece de afinidad significativa para varios canales iónicos, incluidos los canales de calcio, cloro, potasio y sodio, así como de actividad inhibidora de la Monoaminoxidasa (IMAO).

Estudios en trastorno depresivo mayor

La eficacia de desvenlafaxina para el tratamiento de TDM fue estudiada en pacientes que cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) para trastorno depresivo mayor. En general, la dosis de 50-400 mg/día mostraron eficacia en cuatro estudios aleatorizados, con doble ciego, controlados con placebo y a corto plazo (8 semanas) y dos ensayos de prevención de recaídas realizados en pacientes ambulatorios adultos con trastorno depresivo mayor.

Desvenlafaxina demostró superioridad frente a placebo, medida por la mejoría en la puntuación total de la Escala de Hamilton para la evaluación de la descripción (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D) de 17 ítems y en la Escala de impresión clínica global de mejoría (Clinical Global Impressions Scale – Improvement, CGI-I).

El análisis conjunto de estos estudios mostró una diferencia media respecto a placebo en el cambio respecto al valor basal en la puntuación de la escala HAM-D17 de 1,5 (0,9-2,1); 2,2 (1,4-2,9) y 2,4 (1,2-3,6) para las dosis de 50 mg/día, 100 mg/día y 200 mg/día.

El porcentaje de pacientes con puntuaciones de CGI-I de 1 (muchísima mejora) o 2 (mucho mejoría) osciló entre 55 y 61% para desvenlafaxina (dosis de 50 a 200 mg/día) comparando con 45% en el grupo placebo.

De los 7.785 pacientes evaluados en los estudios precomercialización con desvenlafaxina, el 5% tenían 65 años de edad o más. No se observaron diferencias globales en cuanto a eficacia entre estos pacientes y pacientes más jóvenes.

En un ensayo a largo plazo (prevención de recaídas), los pacientes ambulatorios adultos que cumplieron los criterios DSM-IV para trastorno depresivo mayor, que respondieron a un tratamiento agudo abierto de 8 semanas con 50 mg/día de desvenlafaxina y que permanecieron estables durante 12 semanas con desvenlafaxina, fueron asignados de forma aleatoria según un método doble ciego a permanecer con el tratamiento activo o a cambiar a placebo durante un máximo de 26 semanas para la evaluación de recaídas. La respuesta al tratamiento durante la fase abierta se definió como una puntuación total de ≤ 11 de la escala HAM-D17 y ≤ 2 de la escala de CGI-I en la evaluación del día 56; se definió como respuesta estable el no presentar una puntuación total ≥ 16 de la escala HAM-D17 en ninguna de las visitas. La recaída durante la fase de doble ciego se definió de la siguiente manera: (1) una puntuación total de ≥ 16 en la escala HAM-D17 en cualquiera de las visitas, (2) interrupción del tratamiento debido a una respuesta no satisfactoria, (3) hospitalización por depresión, (4) intento de suicidio, o (5) suicidio. Los pacientes que recibieron tratamiento continuo con desvenlafaxina experimentaron un tiempo significativamente mayor sin recaídas que los tratados con placebo. A las 26 semanas, la probabilidad estimada de Kaplan-Meier de recaída fue del 14% con el tratamiento de desvenlafaxina frente al 30% del tratamiento con placebo.

En un segundo estudio a largo plazo (prevención de recaídas) aleatorizado, los pacientes que respondieron a 12 semanas de tratamiento agudo con desvenlafaxina 200-400 mg una vez al día en un diseño de tipo abierto, fueron aleatorizados para recibir succinato de desvenlafaxina o placebo durante 6 meses más. La respuesta al tratamiento durante la fase abierta se definió como una puntuación total de ≤ 11 de la escala HAM-D17 en la evaluación del día 84. La recaída durante la fase del doble ciego se definió de la siguiente manera: (1) una puntuación total de ≥ 16 en la escala de HAM-D17 en cualquiera de las visitas, (2) una puntuación total en la CGI-I de ≥ 6 (versus día 84) en cualquier visita, o (3) interrupción del ensayo debido a una respuesta no satisfactoria. Los pacientes que recibieron desvenlafaxina mostraron tiempos significativamente superiores hasta la recaída del TDM que los pacientes que recibieron placebo durante la fase de doble ciego del estudio ($p < 0,0001$). La

incidencia de recaída en el periodo de seguimiento con doble ciego de 6 meses fue del 24% y el 42% para desvenlafaxina y placebo, respectivamente.

Se realizaron dos estudios comparando desvenlafaxina y venlafaxina retard frente a placebo con dosis flexibles de desvenlafaxina en el rango de 200 a 400 mg al día. En uno de ellos, ni desvenlafaxina (200-400 mg/día) ni venlafaxina (75-150 mg/día) fueron diferentes de placebo. En el otro estudio venlafaxina retard (150-225 mg/día) fue superior a placebo mientras que desvenlafaxina (200-400 mg/día) no fue diferente de placebo.

Un estudio comparó desvenlafaxina (50-100 mg/día) y duloxetina (60 mg/día) con placebo. En el análisis no ajustado para comparaciones múltiples, desvenlafaxina 100 mg/día fue superior a placebo con una magnitud del efecto similar a duloxetina. En este estudio, desvenlafaxina 50 mg/día no se diferenció del placebo.

FARMACOCINÉTICA:

La farmacocinética tras la administración de una dosis única de desvenlafaxina es lineal y proporcional a la dosis entre 50 y 600 mg. La $t_{1/2}$, es de aproximadamente 11 horas. Con la administración de una dosis diaria, se alcanzan concentraciones plasmáticas en estado de equilibrio al cabo de aproximadamente 4-5 días.

Absorción:

En estado de equilibrio, la acumulación tras dosis múltiples de desvenlafaxina es lineal y predecible a partir del perfil farmacocinético de dosis única.

La desvenlafaxina se absorbe bien, con una biodisponibilidad oral absoluta del 80% (coeficiente de variación [CV] del 20%). Las concentraciones plasmáticas máximas ($C_{máx}$) se observan 7,5 horas después de la administración oral. Después de la administración de dosis repetidas de 100 mg se observan un AUC y unas concentraciones plasmáticas máximas de 6.747 ng·h/ml (CV del 23%) y 376 ng/ml (CV del 23%), respectivamente.

La administración con alimentos influye mínimamente sobre la absorción del fármaco. Tras la administración con comidas de contenido bajo, medio y alto en grasas, se observan incrementos de la $C_{\text{máx}}$ de aproximadamente el 16% después de tomar alimentos con alto contenido en grasas. No se registran cambios en los valores de AUC en ninguna de las comidas.

Distribución:

La unión de desvenlafaxina a proteínas plasmáticas es baja (30%) e independiente de la concentración del fármaco. El volumen de distribución de desvenlafaxina en estado de equilibrio tras su administración intravenosa es de 3,4 l/kg, lo que indica que se distribuye a compartimentos no vasculares.

Biotransformación y eliminación:

Aproximadamente el 45% de desvenlafaxina se elimina inalterada en la orina. La desvenlafaxina es metabolizada principalmente por conjugación con O-glucurónido y, en menor medida, mediante metabolismo oxidativo.

Aproximadamente el 19% de la dosis administrada es eliminada en forma de metabolito glucurónido y una cantidad < 5% como metabolito oxidativo (N,O-didesmetilvenlafaxina) en la orina. CYP3A4 es la isoenzima del citocromo P450 predominante que media en el metabolismo oxidativo (N-desmetilación) de la desvenlafaxina. La ruta metabólica de CYP2D6 no se ve afectada, por lo que, tras la administración de 100 mg, la farmacocinética de desvenlafaxina fue similar en individuos con fenotipo metabolizador lento y rápido de CYP2D6.

In vitro, desvenlafaxina no inhibe las isoenzimas CYP1A2, 2A6, 2C8, 2C9, 2C19 y 3A4, y tampoco induce la expresión de CYP3A4 u otras isoenzimas. Desvenlafaxina no es un sustrato ni un inhibidor del transportador de la glucoproteína P, según datos obtenidos *in vitro*.

Pacientes de edad avanzada:

En un estudio en voluntarios sanos que recibieron dosis de hasta 300 mg, se observó una disminución dependiente de la edad de aclaramiento de desvenlafaxina, que resultó en un aumento del 32% de la $C_{\text{máx}}$ y un aumento del 55% de los valores de AUC en los individuos mayores de 75 años de edad, en comparación con los individuos de 18 a 45 años. Los individuos de 65 a 75

años no presentaron cambios en la $C_{máx}$, pero registraron un aumento de aproximadamente el 32% en AUC, en comparación con los individuos de 18 a 45 años.

Población pediátrica:

No se dispone de datos farmacocinéticos en niños.

Insuficiencia hepática:

Se estudió la farmacocinética de desvenlafaxina 100 mg en individuos con insuficiencia hepática leve (Child-Pugh A, n=8), moderada (Child-Pugh B, n=8) y grave (Child-Pugh C, n=8), y en voluntarios sanos (n=12).

El AUC media aumenta en aproximadamente en los pacientes con insuficiencia hepática moderada y grave, en comparación con los voluntarios sanos. Los valores de AUC medios fueron comparables en los individuos con insuficiencia hepática leve y en los voluntarios sanos (diferencia < 5%).

El aclaramiento sistémico (CL/F) disminuye en pacientes con insuficiencia hepática moderada y grave, respectivamente, en comparación con los voluntarios sanos. Los valores de CL/F en los individuos con insuficiencia hepática leve fueron comparables a los de los voluntarios sanos (diferencia < 5%).

La $t_{1/2}$ cambia de aproximadamente 10 horas en los voluntarios sanos y en los individuos con insuficiencia hepática leve a 13 y 14 horas en aquellos con insuficiencia hepática moderada y grave, respectivamente.

Insuficiencia renal:

Se estudió la farmacocinética de desvenlafaxina 100 mg en individuos con insuficiencia renal leve (n=9), moderada (n=8) y grave (n=7), en individuos con enfermedad renal terminal (ERT) que requerían diálisis (n=9) y en voluntarios sanos de control emparejados por edad (n=8).

La eliminación presenta correlación significativa con el aclaramiento de creatinina (ClCr). El aclaramiento corporal total se redujo en un 29%, un 39% y un 51% en los pacientes con insuficiencia renal leve, moderada y grave

(CrCl_{24h}<30 mL/min), respectivamente, y en un 58% en los individuos con ERT, en comparación con los voluntarios sanos. Esta reducción del aclaramiento resultó en aumentos de las AUC del 42%, el 56% y el 108% en los pacientes con insuficiencia renal leve (24hCrCl<30 mL/min), respectivamente, y del 116% en los individuos con ERT.

La semivida terminal media se prolongó de 11,1 horas a 13,5, 15,5, y 17,6 horas en los pacientes con insuficiencia renal leve, moderada y grave, respectivamente, y a 22,8 horas en los individuos con ERT.

Para los pacientes con insuficiencia renal grave (CrCl 24 h < 30 mL/min) o ERT, se recomienda realizar un ajuste de la dosis.

Durante un procedimiento estándar de hemodiálisis de 4 horas se elimina menos del 5% del fármaco en el organismo. Por lo tanto, no deben administrarse dosis adicionales a los pacientes después de la diálisis.

Alteraciones en el ECG

No se observaron diferencias clínicamente relevantes en comparación con placebo en cuanto a los intervalos QT, QT_c, PR y QRS. En un estudio específico del intervalo QT_c con criterios determinados prospectivamente, desvenlafaxina no causó prolongación del intervalo QT. No se observaron diferencias entre los tratamientos con placebo y desvenlafaxina para el intervalo QRS.

Datos preclínicos sobre seguridad

Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad y potencial carcinogénico. Desvenlafaxina no fue mutagénica en el ensayo de mutación bacteriológica (prueba de Ames) y no fue clastogénica en un ensayo *in vitro* de aberración cromosómica en cultivo de células CHO y en un ensayo de micronúcleos de ratón *in vivo*, ni en un ensayo *in vivo* de aberración cromosómica en ratas. Adicionalmente, desvenlafaxina no fue genotóxica en el ensayo *in vitro* de transformación de células de embrión de ratón BALB/c373.

Se observó reducción de la fertilidad en un estudio en el que ratas macho y hembra recibieron succinato de desvenlafaxina. Este efecto se observó en dosis orales de aproximadamente 30 veces y 5 veces la dosis máxima en humanos de 200 mg/día.

Tras la administración oral de desvenlafaxina a hembras rata y conejo preñadas a dosis tóxicas para las madres durante el periodo de organogénesis, se observó una reducción del peso fetal y de la supervivencia de las crías, en los 4 primeros días de lactancia. Se desconoce la causa de la muerte que se produjo con exposiciones entre 5 y 30 veces superiores a la dosis máxima en humanos de 200 mg/día.

No se observaron evidencias de teratogenicidad.

POSOLOGÍA, DOSIFICACIÓN Y MODO DE ADMINISTRACIÓN:

La dosis recomendada de desvenlafaxina es de 50 mg administrada una vez al día, con o sin alimentos.

El margen de dosis terapéuticas es de 50 a 200 mg una vez al día. Los incrementos de dosis sólo deben realizarse tras evaluación clínica y no deben superar los 200 mg. Debido al riesgo de reacciones adversas relacionadas con la dosis, debe mantenerse la dosis eficaz más baja. En caso de que esté indicado un incremento de dosis, éste debe llevarse a cabo de manera gradual y a intervalos de al menos 7 días.

Según el consenso general, los episodios agudos de trastorno depresivo mayor requieren un tratamiento farmacológico continuo de varios meses o más. Los pacientes deben mantener la misma dosis con la que mostraron respuesta. Deben ser reevaluados periódicamente para determinar la necesidad de continuar con el tratamiento.

Se recomienda tomar los comprimidos de desvenlafaxina aproximadamente a la misma hora todos los días.

Los comprimidos deben tragarse enteros con líquido sin dividirlos, aplastarlos, masticarlos ni disolverlos.

Poblaciones especiales:

Pacientes con insuficiencia hepática:

No se requiere ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática.

Pacientes con insuficiencia renal:

Para pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina a las 24 horas [CrCl] < 30 mL/min) o con enfermedad renal terminal (ERT), la dosis inicial recomendada es de 50 mg en días alternos. Dado que en estos pacientes se ha observado una gran variabilidad interindividual en el aclaramiento, se recomienda establecer la dosis para cada paciente individualmente. No deben administrarse dosis adicionales a pacientes después de diálisis.

Pacientes de edad avanzada:

No se requiere ajuste de la dosis sólo en función de la edad. Sin embargo, al determinar la dosis en pacientes ancianos debe tenerse en cuenta una posible reducción del aclaramiento renal de desvenlafaxina (ver Insuficiencia renal). Los incrementos de dosis deben llevarse a cabo con cuidado para reducir el riesgo de hipotensión ortostática.

Población pediátrica:

No se han establecido la seguridad y eficacia de desvenlafaxina en pacientes menores de 18 años.

Interrupción del tratamiento con desvenlafaxina:

Se han notificado síntomas asociados con la interrupción del tratamiento con desvenlafaxina, otros IRSNs e ISRSs. Siempre que sea posible debe evitarse la interrupción brusca del tratamiento. Cuando se suspende el tratamiento con desvenlafaxina, la dosis debe reducirse gradualmente durante un período de al menos una a dos semanas, a fin de disminuir el riesgo de que aparezcan síntomas de retirada (2 semanas o más en pacientes que han sido tratados durante más de 6 semanas). En el caso de que aparezcan síntomas que el

paciente no pueda tolerar tras una disminución de dosis o durante la suspensión del tratamiento, debe valorarse la necesidad de restablecer la dosis prescrita previamente. Posteriormente, el médico puede continuar disminuyendo la dosis de forma más gradual.

Cambio de tratamiento de otros antidepresivos a desvenlafaxina:

Se han notificado síntomas de retirada cuando se cambia el tratamiento desde otros antidepresivos, incluyendo venlafaxina, a desvenlafaxina. Para minimizar los síntomas de retirada puede ser necesario disminuir gradualmente el antidepresivo inicial.

Uso de desvenlafaxina con IMAOs reversibles como linezolid o azul de metileno:

No inicie el tratamiento con desvenlafaxina en pacientes que estén en tratamiento con un IMAO reversible como linezolid o a los que se haya administrado azul de metileno por vía intravenosa, ya que aumenta el riesgo de sufrir síndrome serotoninérgico. En pacientes que requieran un tratamiento más urgente por un trastorno psiquiátrico, se deberá considerar la intervención no farmacológica, incluyendo la hospitalización.

En algunos casos, hay pacientes en tratamiento con desvenlafaxina que pueden requerir tratamiento urgente con linezolid o azul de metileno intravenoso. Si no hay tratamientos alternativos aceptables y se valora que los beneficios potenciales de linezolid o del tratamiento intravenoso con azul de metileno superan los riesgos del síndrome serotoninérgico en un paciente determinado, se deberá interrumpir inmediatamente el tratamiento con desvenlafaxina y se podrá administrar linezolid o azul de metileno intravenoso. Se deberá controlar al paciente por si aparecieran síntomas del síndrome serotoninérgico durante dos semanas o hasta 24 horas después de la última dosis de linezolid o de azul de metileno intravenoso, lo que ocurra antes. El tratamiento con desvenlafaxina puede reanudarse 24 horas después de la última dosis de linezolid o azul de metileno intravenoso.

Forma de administración:

Vía oral.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a desvenlafaxina, a venlafaxina o a cualquier excipiente en la formulación.

Desvenlafaxina no debe administrarse concomitantemente con inhibidores de la Monoaminooxidasa (IMAO), o hasta pasados 14 días desde la interrupción del tratamiento con un IMAO. Teniendo en cuenta la semivida de desvenlafaxina, no debe iniciarse el tratamiento con IMAO hasta pasados al menos 7 días desde la interrupción del tratamiento con desvenlafaxina. También está contraindicado iniciar el tratamiento con succinato de desvenlafaxina en pacientes que estén en tratamiento con un IMAO reversible como linezolid o a los que se haya administrado azul de metileno por vía intravenosa, ya que aumenta el riesgo de sufrir un síndrome serotoninérgico.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:

Comportamiento suicida, empeoramiento clínico de los síntomas depresivos, cambios inusuales en la conducta:

La depresión se asocia con un riesgo incrementado de pensamientos suicidas, autoagresión y suicidio (acontecimientos relacionados con el suicidio). Este riesgo persiste hasta que se alcanza una remisión significativa. Dado que dicha mejoría puede no alcanzarse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente vigilados durante ese periodo. La experiencia clínica indica que el riesgo de suicidio puede aumentar cuando comienza a mejorar el cuadro clínico.

Se sabe que los pacientes con antecedentes de acontecimientos relacionados con el suicidio y aquellos que presentan un grado significativo de ideación suicida previo al inicio del tratamiento tienen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intento de suicidio, por lo que deben ser cuidadosamente vigilados durante el tratamiento. Este riesgo es particularmente mayor en pacientes menores de 25 años de edad.

La estrecha supervisión de los pacientes y, en particular de aquellos con alto riesgo, debe acompañar a la terapia farmacológica especialmente al inicio del

Página 11 de 25

Esta información es propiedad de Tecnofarma S.A. Su contenido está dirigido a profesionales prescriptores, se prohíbe la reproducción, divulgación o utilización total o parcial de este documento o de su contenido, salvo autorización expresa del propietario y con consentimiento por escrito. Este documento ha sido preparado según lo aprobado por el ISP bajo Resolución Exenta RW N° 20994/20 para el producto REG. ISP N° F-25649/20.

CL--2300904

tratamiento y tras los cambios de dosis. Los pacientes (y sus cuidadores) deben ser alertados sobre la necesidad de vigilar la aparición de cualquier empeoramiento clínico, comportamiento o pensamientos suicidas y cambios inusuales en el comportamiento y de buscar atención médica inmediatamente si aparecen estos síntomas.

En pacientes que reciben tratamiento con desvenlafaxina, debe controlarse estrechamente la aparición de empeoramiento clínico de los síntomas depresivos, pensamientos suicidas y cambios inusuales de la conducta. Los pacientes, familiares y cuidadores deben ser alertados de la necesidad de controlar la aparición de empeoramiento de la depresión, ideas suicidas u otros síntomas conductuales inusuales como ansiedad, agitación, crisis de angustia, insomnio, irritabilidad, hostilidad, agresividad, impulsividad, acatisia (inquietud psicomotora), hipomanía y manía, especialmente al iniciar el tratamiento o siempre que se efectúen cambios en la dosis o en la pauta posológica. Los pacientes, familiares y/o cuidadores deben solicitar atención médica inmediatamente si estos síntomas aparecen. En el caso de pacientes con riesgo de intento de suicidio, debe administrarse la menor cantidad de medicamento a fin de reducir el riesgo de sobredosis.

Disfunción sexual

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) pueden causar síntomas de disfunción sexual. Se han notificado casos de disfunción sexual de larga duración en los que los síntomas persisten a pesar de la suspensión del ISRS/IRSN.

Población pediátrica:

Desvenlafaxina no deberá 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 niños y adolescentes tratados con antidepresivos. Si se adoptase, no obstante, la decisión, sobre la base de las pruebas médicas, de efectuar el tratamiento, deberá supervisarse cuidadosamente en el paciente

la aparición de síntomas de suicidio. Además, no se dispone 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.

Manía/hipomanía:

Se han descrito casos de manía con desvenlafaxina. Pueden aparecer cuadros de manía/hipomanía en una pequeña proporción de pacientes con trastornos del estado de ánimo que han recibido antidepresivos, incluido desvenlafaxina. Desvenlafaxina debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes o antecedentes familiares de manía o hipomanía.

Síndrome Serotoninérgico o reacciones parecidas al Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM):

Al igual que con otros fármacos serotoninérgicos, durante el tratamiento con desvenlafaxina pueden producirse síndrome serotoninérgico o reacciones parecidas al síndrome neuroléptico maligno (SNM), patología potencialmente mortal, en particular durante el uso concomitante con otros fármacos serotoninérgicos (incluidos los triptanos, ISRS, otros IRSN, litio, sibutramina, fentanilo y sus análogos, tramadol, dextrometorfano, tapentadol, meperidina, metadona, pentazocina o hierba de San Juan [*Hypericum perforatum*]), con medicamentos que afectan el metabolismo de la serotonina (tales como IMAOs, incluyendo linezolid (un antibiótico que es un IMAO reversible no selectivo) y azul de metileno intravenoso, o con antipsicóticos u otros antagonistas de dopamina.

Los síntomas del síndrome serotoninérgico pueden incluir cambios en el estado mental (por ejemplo: agitación, alucinaciones y coma), inestabilidad autonómica (por ejemplo: taquicardia, presión arterial lábil e hipertermia), aberraciones neuromusculares (por ejemplo: hiperreflexia y falta de coordinación) y/o síntomas gastrointestinales (por ejemplo: náuseas, vómitos y diarrea). El síndrome serotoninérgico en su forma más grave puede parecer SNM que incluye hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad autonómica con posible fluctuación rápida de los signos vitales y cambio de estado mental.

Si el tratamiento concomitante de desvenlafaxina y otros agentes que pueden

afectar los sistemas de neurotransmisores serotoninérgico y/o dopaminérgico está clínicamente justificado, se recomienda llevar a cabo un estricto seguimiento del paciente, especialmente durante el inicio del tratamiento y los aumentos de la dosis.

No se recomienda el uso concomitante de desvenlafaxina con precursores de serotonina (como los suplementos de triptófano).

Administración concomitante de medicamentos que contienen venlafaxina y/o desvenlafaxina:

Desvenlafaxina es el principal metabolito activo de venlafaxina, un medicamento utilizado en el tratamiento de la depresión, la ansiedad generalizada, la ansiedad social y el trastorno de angustia. Los productos que contienen desvenlafaxina no deben utilizarse de forma concomitante con productos que contengan venlafaxina u otros productos que contengan desvenlafaxina.

Glaucoma de ángulo cerrado:

Dado que se han notificado casos de midriasis asociados con el uso de desvenlafaxina, se debe vigilar estrechamente a los pacientes con presión intraocular elevada o a aquellos con riesgo de padecer glaucoma agudo de ángulo cerrado.

Presión arterial:

Se han observado aumentos en la presión arterial de algunos pacientes, sobre todo en aquellos tratados con dosis elevadas. Es preciso controlar la hipertensión preexistente antes del tratamiento con desvenlafaxina. Es preciso controlar regularmente la presión arterial de los pacientes que reciben tratamiento con desvenlafaxina. Durante el tratamiento con desvenlafaxina, se han notificado casos de presión arterial elevada que han requerido tratamiento inmediato. Los aumentos sostenidos de la presión arterial pueden causar acontecimientos adversos. En los pacientes que experimentan un aumento sostenido de la presión arterial durante el tratamiento con desvenlafaxina debe considerarse una reducción de la dosis o la interrupción del tratamiento. Se deberá prestar especial atención a los

pacientes cuyas enfermedades subyacentes puedan verse comprometidas por aumentos de la presión arterial.

Trastornos cardiovasculares/cerebrovasculares:

Se recomienda precaución al administrar desvenlafaxina a pacientes con trastornos cardiovasculares, cerebrovasculares o del metabolismo lipídico. Se observaron aumentos de la presión arterial y la frecuencia cardíaca dependientes de la dosis.

Desvenlafaxina no ha sido evaluada sistemáticamente en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio reciente, cardiopatía inestable, hipertensión no controlada o enfermedad cerebrovascular. Los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio reciente, cardiopatía inestable o hipertensión arterial no controlada fueron excluidos de todos los estudios clínicos.

Lípidos séricos:

En estudios clínicos, se han observado en ayunas aumentos dependientes de la dosis en colesterol total, colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) y triglicéridos séricos. Durante el tratamiento con desvenlafaxina debe considerarse la determinación de lípidos séricos.

Convulsiones:

Se han notificado casos de convulsiones asociados al uso de desvenlafaxina. Desvenlafaxina no ha sido evaluada sistemáticamente en pacientes con trastornos convulsivos. Los pacientes con historia previa de convulsiones fueron excluidos de los estudios clínicos. Desvenlafaxina debe prescribirse con precaución en estos pacientes.

Agresividad:

Puede producirse agresividad en un pequeño número de pacientes que han recibido antidepresivos, incluyendo desvenlafaxina. Esto se ha notificado al inicio, cambios de dosis e interrupción del tratamiento.

Al igual que con otros antidepresivos, debe usarse desvenlafaxina con

precaución en pacientes con antecedentes de agresión.

Hemorragias anormales:

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), incluyendo desvenlafaxina, pueden aumentar el riesgo de eventos hemorrágicos. El uso concomitante de aspirina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), warfarina y otros anticoagulantes pueden aumentar este riesgo. Los eventos hemorrágicos relacionados con ISRS e IRSN comprenden desde equimosis, hematoma, epistaxis y petequia hasta hemorragias que amenazan la vida. Los pacientes deben ser advertidos sobre el riesgo de hemorragia asociado con el uso concomitante de desvenlafaxina y AINE, aspirina y otros medicamentos que puedan afectar a la coagulación sanguínea o aumentar el riesgo de hemorragia.

Acatisia/inquietud psicomotora:

El uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRS/IRSN) se ha asociado con la aparición de acatisia, caracterizada por inquietud subjetivamente angustiosa o desagradable y necesidad de estar en movimiento, a menudo acompañadas de dificultad para permanecer sentado o estar quieto. Su aparición es más probable que se produzca durante las primeras semanas de tratamiento. En aquellos pacientes que desarrollen estos síntomas, puede ser perjudicial aumentar la dosis.

Hiponatremia:

Durante el tratamiento con ISRS e IRSN (incluyendo succinato de desvenlafaxina) se han descrito casos de hiponatremia y/o síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIDAH). Desvenlafaxina debe utilizarse con precaución en pacientes con riesgo de hiponatremia, como los pacientes con hipovolemia o deshidratados, incluidos pacientes ancianos y pacientes en tratamiento con diuréticos.

Síntomas de retirada observados al interrumpir el tratamiento con ISRS/IRSN:

Cuando se interrumpe el tratamiento es frecuente que aparezcan síntomas de retirada, sobre todo si la interrupción se produce de manera brusca.

Se han producido notificaciones espontáneas de acontecimientos adversos ocurridos por la discontinuación de este tipo de medicamentos, especialmente si se realiza de manera abrupta. Los síntomas notificados con mayor frecuencia son: cambios de humor, irritabilidad, agitación, mareos, alteraciones sensoriales (por ejemplo, parestesias, como sensaciones de shock eléctrico), ansiedad, confusión, cefalea, letargia, labilidad emocional, insomnio, hipomanía, acúfenos y convulsiones. Aunque estos síntomas generalmente son autolimitados, se han notificado casos de síntomas de retirada graves.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):

Desvenlafaxina está contraindicado en pacientes que toman IMAOs. Desvenlafaxina es un inhibidor de la recaptación de la noradrenalina y la serotonina. Desvenlafaxina no debe administrarse en combinación con un inhibidor de la monoaminoxidasa (incluyendo IMAOs reversibles como linezolid o azul de metileno intravenoso), o hasta pasados 14 días desde la interrupción del tratamiento con un IMAO. Teniendo en cuenta la semivida de desvenlafaxina, no debe iniciarse el tratamiento con un IMAO hasta pasados al menos 7 días desde la interrupción del tratamiento con desvenlafaxina.

Fármacos activos sobre el sistema nervioso central (SNC):

No se ha estudiado de forma sistemática el uso de desvenlafaxina en combinación con otros fármacos activos sobre el SNC, excepto en los casos descritos en este apartado. Por lo tanto, se recomienda precaución al administrar desvenlafaxina en combinación con otros fármacos activos sobre el SNC.

Síndrome serotoninérgico:

Al igual que con otros fármacos serotoninérgicos, este síndrome, una enfermedad potencialmente mortal, puede producirse durante el tratamiento

con desvenlafaxina, en especial durante el uso concomitante de otros fármacos que pueden afectar a los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos (incluidos los triptanos, ISRS, otros IRSN, litio, sibutramina, fentanilo y sus análogos, tramadol, dextrometorfano, tapentadol, meperidina, metadona, pentazocina o hierba de San Juan [*Hypericum perforatum*]), con medicamentos que afectan el metabolismo de serotoninas (tales como IMAOs, incluyendo linezolid (antibiótico con acción IMAO reversible no selectivo) y azul de metileno, o con precursores de la serotonina (como los suplementos de triptófano).

Si el tratamiento concomitante con desvenlafaxina y un ISRS, un IRSN o un agonista del receptor de 5-hidroxitriptamina (triptano) está clínicamente justificado, se recomienda llevar a cabo un estricto seguimiento del paciente, especialmente durante el inicio del tratamiento y los aumentos de la dosis. No se recomienda el uso concomitante de desvenlafaxina con precursores de la serotonina (como los suplementos de triptófano).

Etanol:

Desvenlafaxina no aumenta significativamente el deterioro de las habilidades mentales y motoras causado por el etanol. Sin embargo, al igual que con todos los fármacos que actúan sobre el SNC, debe advertirse a los pacientes que eviten el consumo de alcohol durante el tratamiento con desvenlafaxina.

Potencial de otros medicamentos para afectar a desvenlafaxina:

Inhibidores de CYP3A4:

CYP3A4 está implicado mínimamente en la eliminación de desvenlafaxina.

El uso concomitante de desvenlafaxina con inhibidores potentes de CYP3A4 (ej.: ketoconazol) puede dar lugar a concentraciones más elevadas de desvenlafaxina. Por lo tanto, se recomienda precaución en pacientes cuyo tratamiento incluya un inhibidor de CYP3A4 y desvenlafaxina de manera concomitante.

Inhibidores de otras enzimas CYP:

No es de esperar que los fármacos que inhiben las isoenzimas CYP1A1, 1A2, 2A6, 2D6, 2C8, 2C9, 2C19 y 2E1 tengan un impacto significativo en la farmacocinética de desvenlafaxina.

Potencial de desvenlafaxina para afectar otros medicamentos:

Fármacos metabolizados por CYP2D6:

El uso concomitante de desvenlafaxina, con un medicamento metabolizado por CYP2D6 (ej.: desipramina) puede dar lugar a concentraciones más elevadas de dicho medicamento. Sin embargo, desvenlafaxina no tiene un efecto clínicamente relevante sobre el metabolismo de CYP2D6 a una dosis de 100 mg al día.

Fármacos metabolizados por CYP3A4:

El uso concomitante de desvenlafaxina con medicamentos sustrato de CYP3A4 puede dar lugar a una menor exposición a dicho medicamento.

Fármacos metabolizados por una combinación de CYP2D6 y CYP3A4:

Desvenlafaxina utilizada a dosis de 100 mg al día, no tiene efectos clínicos relevantes sobre fármacos metabolizados por una combinación de las enzimas CYP2D6 y CYP3A4 (ej.: tamoxifeno, aripiprazol).

Interacciones con pruebas de laboratorio:

Se han notificado falsos positivos en los inmunoensayos de orina para fenciclidina (PCP) y anfetaminas en pacientes que estaban tomando desvenlafaxina. Esto es debido a la falta de especificidad de las pruebas realizadas. Se pueden esperar falsos positivos en las pruebas durante varios días después de haber discontinuado el tratamiento con desvenlafaxina. Las pruebas confirmatorias como la cromatografía de gases o la espectrometría de masas podrán distinguir desvenlafaxina de PCP y anfetamina.

Terapia electroconvulsiva:

No existen datos clínicos que establezcan los riesgos y/o beneficios de la terapia electroconvulsiva combinada con el tratamiento desvenlafaxina.

EMBARAZO:

La seguridad de desvenlafaxina en mujeres embarazadas no ha sido establecida. Desvenlafaxina sólo debe administrarse a mujeres embarazadas si los beneficios esperados superan a los posibles riesgos.

Datos epidemiológicos han sugerido que el uso de ISRS en el embarazo, particularmente a finales del mismo, puede aumentar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido (HPPRN).

Aunque ningún estudio ha investigado la asociación de HPPRN con el tratamiento con IRSN, no puede descartarse este posible riesgo con desvenlafaxina teniendo en cuenta el mecanismo de acción relacionado (inhibición de la recaptación de serotonina).

Si se utiliza desvenlafaxina durante el embarazo o poco antes del parto, pueden aparecer síntomas de retirada en el recién nacido. En neonatos expuestos a IRSN o ISRS, incluida la venlafaxina, después del tercer trimestre se han descrito complicaciones que requirieron ayuda respiratoria, alimentación por sonda u hospitalización prolongada. Estas complicaciones pueden producirse inmediatamente después del parto.

LACTANCIA:

Desvenlafaxina se excreta en la leche materna. Debido a la posibilidad de reacciones adversas graves en lactantes a causa de la exposición a desvenlafaxina, es preciso tomar la decisión de seguir o no la lactancia materna o bien interrumpir el tratamiento con desvenlafaxina dependiendo de la importancia del tratamiento para la madre.

EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MÁQUINAS:

Desvenlafaxina 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.

REACCIONES ADVERSAS:

La seguridad de desvenlafaxina se estableció en estudios clínicos en TDM en un total de 7.785 pacientes que fueron expuestos, al menos, a una dosis de desvenlafaxina e un rango de 10 a 400 mg/día. La seguridad a largo plazo se evaluó en más de 2.000 pacientes de TDM que fueron expuestos durante 1 año.

En la mayoría de los casos, las reacciones adversas fueron más frecuentes durante la primera semana de tratamiento y fueron de carácter leve o moderado. En general, la frecuencia de las reacciones adversas estuvo relacionada con la dosis.

En la tabla siguiente se enumeran las reacciones adversas notificadas en estudios clínicos publicados sobre el tratamiento del TDM con desvenlafaxina en un rango de dosis de 10 a 400 mg.

La frecuencia de las reacciones adversas se clasifica del modo siguiente:

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 ($< 1/10.000$) y Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.

Tabla 1. Reacciones adversas asociadas al uso de desvenlafaxida en pacientes con TDM.

Clasificación por órganos y sistemas	Frecuencia	Reacciones adversas
<i>Trastornos del sistema inmunológico</i>	Poco frecuentes	Hipersensibilidad.
<i>Trastornos del metabolismo y nutrición</i>	Frecuentes	Apetito disminuido.
	Raras	Hiponatremia.
<i>Trastornos psiquiátricos</i>	Muy frecuentes	Insomnio.
	Frecuentes	Ansiedad, nerviosismo, anorgasmia, libido disminuido, pesadillas.
	Poco frecuentes	Despersonalización, orgasmo anormal, síndrome de abstinencia.
	Raras	Alucinaciones, hipomanía, manía.
<i>Trastornos del sistema nervioso</i>	Muy frecuentes	Mareos, cefalea.
	Frecuentes	Somnolencia, temblor, déficit de atención, parestesia, disgeusia.
	Poco frecuentes	Síncope.
	Raras	Convulsiones, distonía.
	No conocida	Síndrome serotoninérgico.
<i>Trastornos oculares</i>	Frecuentes	Midriasis, visión borrosa.
<i>Trastornos del oído y el laberinto</i>	Frecuentes	Acúfenos, vértigo.
<i>Trastornos cardíacos</i>	Frecuentes	Taquicardia, palpitaciones.
<i>Trastornos vasculares</i>	Frecuentes	Sofocos
	Poco frecuentes	Frialdad periférica, hipotensión ortostática
<i>Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos</i>	Frecuentes	Bostezos.
	Poco frecuentes	Epistaxis.
<i>Trastornos gastrointestinales</i>	Muy frecuentes	Náuseas, sequedad de boca, estreñimiento.
	Frecuentes	Vómito, diarrea.
<i>Trastorno de la piel y del tejido subcutáneo</i>	Muy frecuentes	Hiperhidrosis.
	Frecuentes	Erupción cutánea.
	Poco frecuentes	Alopecia.
	Raras	Angioedema, reacción de fotosensibilidad.
	No conocida	Síndrome de Stevens- Johnson.
<i>Trastornos musculoesqueléticos y tejido conjuntivo</i>	Poco frecuentes	Rigidez musculoesquelética.
<i>Trastornos renales y urinarios</i>	Poco frecuentes	Proteinuria, retención urinaria, afectación de la micción.
<i>Trastornos del aparato reproductor y de la mama</i>	Frecuentes	Disfunción eréctil, eyaculación retardada, insuficiencia eyaculatoria.
	Poco frecuentes	Disfunción sexual, trastorno de la eyaculación.
<i>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración</i>	Frecuentes	Fatiga, astenia, escalofríos, nerviosismo, irritabilidad.
<i>Exploraciones complementarias</i>	Frecuentes	Aumento de la presión arterial, aumento de peso, disminución de peso.
	Poco frecuentes	Alteraciones en las pruebas de la función hepática, aumento de triglicéridos en sangre, aumento de prolactina en sangre, hipercolesterolemia.

*Frecuencia calculada en base a hombres solamente.

** Reacciones adversas identificadas durante el uso tras la autorización.

Acontecimientos adversos cardíacos isquémicos:

En estudios clínicos, se notificaron casos poco frecuentes de acontecimientos adversos cardíacos isquémicos como isquemia miocárdica, infarto de miocardio y oclusión coronaria que requería revascularización. Estos pacientes presentaban múltiples factores de riesgo cardíaco subyacentes.

Un mayor número de pacientes experimentaron estos acontecimientos durante el tratamiento con desvenlafaxina en comparación con placebo.

Reacciones tras la interrupción del tratamiento:

La interrupción del tratamiento con ISRS/IRSN, incluida desvenlafaxina (sobre todo si se realiza de forma brusca), se asocia frecuentemente con la aparición de síntomas de retirada. Las reacciones adversas notificadas en asociación con la interrupción brusca, reducción de dosis o la disminución del tratamiento, incluyeron: mareos, síndrome de abstinencia, náuseas y cefalea. En general, los síntomas de retirada se produjeron con más frecuencia con las dosis más altas y los tratamientos de larga duración. Estos síntomas son de carácter leve o moderado, y autolimitados; sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Por lo tanto, cuando el tratamiento con desvenlafaxina ya no sea necesario, se recomienda interrumpirlo de forma gradual reduciendo la dosis.

Reacciones adversas notificadas como motivos de abandono de tratamiento

En un análisis combinado de estudios clínicos controlados con placebo, de 8-12 semanas de duración para el trastorno depresivo mayor, el 8% de los 3.335 pacientes que recibieron desvenlafaxina (de 10 a 400 mg) abandonaron el tratamiento debido a acontecimientos adversos, en comparación con el 4% de los 1.873 pacientes tratados con placebo.

La reacción adversa más frecuente que dio lugar al abandono en al menos el 2% de los pacientes tratados con desvenlafaxina en estudios a corto plazo (hasta 12 semanas) fue náuseas (2%); mientras que en el estudio a largo plazo (hasta 11 meses) el abandono no producido por

reacciones adversas fue de al menos un 2% de los pacientes y en una tasa mayor que placebo en la fase de doble ciego.

Para la dosis de 50 mg, la tasa de abandono debidos a acontecimientos adversos con desvenlafaxina (4%) fue similar a la tasa con placebo (4%). Para las dosis de 100 mg y 200 mg de desvenlafaxina, las tasas de abandonos debido a acontecimientos adversos fueron del 8% y el 15%, respectivamente.

Uso en pacientes de edad avanzada:

De los 7.785 pacientes con TDM tratados con desvenlafaxina en los ensayos clínicos, el 5% tenía 65 años o más. En general no se observan diferencias en la seguridad y eficacia entre estos pacientes y los más jóvenes. No obstante, en estos pacientes se notificó una mayor incidencia de hipotensión ortostática sistólica y un aumento de la presión arterial sistólica en pacientes de 65 años o más en comparación con los menores de 65 años tratados con desvenlafaxina.

Reacciones adversas notificadas con otros IRSNs:

Aunque el sangrado gastrointestinal no se considera una reacción adversa propia de desvenlafaxina, es una reacción adversa de otros IRSN que también podría aparecer con desvenlafaxina.

SOBREDOSIFICACIÓN:

Existe poca experiencia clínica acerca de la sobredosis con desvenlafaxina en humanos. No se notificaron casos de sobredosis mortal con desvenlafaxina. Se deberá prescribir el menor número de comprimidos posible con la finalidad de reducir el riesgo de sobredosis.

Entre los pacientes incluidos en los estudios clínicos para el TDM, hubo cuatro adultos que tomaron dosis superiores a 800 mg de desvenlafaxina (4.000 mg [desvenlafaxina sola], 900,1.800 y 5.200 mg [en combinación con otros medicamentos]); todos los pacientes se recuperaron. Además, el hijo de 11 meses de uno de los pacientes ingirió de manera accidental 600 mg de desvenlafaxina, fue tratado y se recuperó.

El tratamiento de una posible sobredosis debe consistir en las medidas generales empleadas para la sobredosis de cualquier ISRS/IRSN. Es preciso proporcionar una oxigenación y ventilación adecuadas. Se deben monitorizar el ritmo cardíaco y las constantes vitales. También se recomienda el uso de medidas de soporte generales y sintomáticas. En caso necesario, el lavado gástrico con sonda orogástrica de gran calibre con protección adecuada para las vías respiratorias puede estar indicado si se realiza inmediatamente después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. También debe administrarse carbón activado. No se conocen antídotos específicos para desvenlafaxina. No se recomienda la inducción de la emesis. Debido al moderado volumen de distribución de este medicamento, la diuresis forzada, la diálisis, la hemoperfusión y la exanguinotransfusión son de beneficio dudoso.

En el tratamiento de una sobredosis, hay que considerar la posibilidad de que el paciente haya ingerido varios fármacos.

ANTE LA EVENTUALIDAD DE UNA SOBREDOSIFICACIÓN, CONCURRIR AL HOSPITAL MÁS CERCANO.

CONSERVACIÓN:

Almacenar a temperatura no mayor de 25° C.

PRESENTACIONES:

Envases conteniendo 30 comprimidos recubiertos de liberación prolongada de 50 mg y de 100 mg respectivamente.

MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS