

# EUROPEAN PSYCHIATRY

EDICIÓN ESPAÑOLA  
REVISTA DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 13  
Número 8  
NOVIEMBRE  
2006

## ORIGINALES

- 375 **Tabaquismo en la esquizofrenia a largo plazo**  
*R.K.R. Salokangas, T. Honkonen, E. Stengård,  
A.M. Koivisto, J. Hietala*
- 380 **Efectos de los tratamientos con antipsicóticos  
atípicos y típicos en la función sexual en los  
pacientes con esquizofrenia: resultados al año  
del Estudio Intercontinental de Evolución de la  
Salud en Pacientes Ambulatorios con  
Esquizofrenia (IC-SOHO)**  
*M. Dossenbach, Y. Dyachkova, S. Pirildar,  
M. Anders, A. Khalil, A. Araskiewicz,  
T. Shakhnovich, A. Akram, J. Pecenek,  
M. McBride, T. Treuer*
- 389 **Prueba oral de tolerancia a la glucosa en  
pacientes con esquizofrenia tratados. ¿Apoyan  
los datos una adaptación de las directrices  
propuestas para el control de los pacientes  
con antipsicóticos de segunda generación?**  
*M. De Hert, D. Van Eyck, L. Hanssens,  
H. Peuskens, E. Thys, M. Wampers, A. Scheer,  
J. Peuskens*
- 393 **Un estudio de los conocimientos de los  
médicos generales de los síntomas y la  
epidemiología de la esquizofrenia**  
*H. Verdoux, A. Cougnard, S. Grolleau,  
R. Besson, F. Delcroix*
- 401 **Tratamiento de olanzapina en adolescentes  
con trastorno disocial grave**  
*G. Masi, A. Milone, G. Canepa, S. Millepiedi,  
M. Mucci, F. Muratori*
- 409 **COMUNICACIÓN RÁPIDA**  
**Déficit de control de la fuente en pacientes  
con esquizofrenia que tienen alucinaciones  
comparado con los que no las tienen**  
*J. Brunelin, M. Combris, E. Poulet, L. Kallel,  
T. D'Amato, J. Dalery, M. Saoud*
- 412 **CASO CLÍNICO**  
**Tratamiento auxiliar de topiramato en  
trastorno bipolar con ciclos ultradianos: caso  
clínico con seguimiento de 3 años**  
*S. Karama, S. Lal*

saned  
SANIDAD EDICIONES

# Depresión y Ansiedad\*



## Doble o nada



### Indicaciones:

Tratamiento de la depresión. • Prevención de las recaídas y recurrencias de la depresión. • Trastorno de ansiedad generalizada. • Trastorno de ansiedad social.

**Wyeth**  
www.wyeth.es



**ENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. VANDRAL® Retard 75 mg. VANDRAL® Retard 150 mg. 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. VANDRAL Retard 75 mg:** Venlafaxina (D.C.I.) (clorhidrato), 75 mg. **VANDRAL Retard 150 mg:** Venlafaxina (D.C.I.) (clorhidrato), 150 mg. **Ver excipientes 6.1. 3. MA FARMACÉUTICA.** Cápsulas de liberación sostenida, para administración oral. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de la depresión. Prevención de las recaídas del episodio depresivo y recurrencias de nuevos episodios. Tratamiento de la depresión de ansiedad social. **4.2. Posología y forma de administración.** Dosis habitual. La dosis habitual recomendada es de 75 mg al día, administrados en una sola dosis. Si, tras dos semanas de tratamiento, no se obtiene la mejoría clínica esperada, la dosis puede incrementarse a 150 mg al día, administrados en una sola dosis. Si se precisara, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 225 mg una vez al día. Los incrementos de dosis deberán efectuarse a intervalos de aproximadamente 2 semanas o más, pero no inferiores a 4 días. **4.3. Evolución de los datos de eficacia y seguridad.** La eficacia y seguridad de venlafaxina en el tratamiento de la depresión son similares a las utilizadas durante el tratamiento inicial. Los pacientes deberán ser reevaluados para valorar el beneficio de la terapia a largo plazo. **4.4. Forma de administración.** Se recomienda ingerir VANDRAL Retard durante las comidas con un poco de líquido. **4.5. Efectos adversos.** Debe ingerirse enteramente. No dividir, aplastar, masticar o disolver la cápsula en agua. VANDRAL Retard debe administrarse una vez al día, aproximadamente a la misma hora de la mañana o de la tarde. Los pacientes afectados de depresión que se encuentren actualmente en tratamiento con venlafaxina (en forma de liberación inmediata) a dosis terapéuticas pueden cambiarse a VANDRAL Retard a la dosis equivalente más próxima (ver tabla). No obstante, en algunos casos puede ser necesario el ajuste de la dosis. **4.6. Pautas de administración.** En los pacientes con insuficiencia renal y/o hepática: **4.6.1. Insuficiencia renal y/o hepática:** reducir la dosis de venlafaxina. En estos pacientes puede ser necesario iniciar el tratamiento con VANDRAL comprimidos. En los pacientes cuyo índice de filtración glomerular (IFG) sea inferior a 30 ml/min debe reducirse la dosis en un 50%. En los pacientes con insuficiencia hepática moderada debe reducirse en un 50%. **4.7. Pautas de administración en pacientes con insuficiencia hepática:** deben considerarse reducciones adicionales de la dosis. **4.8. Pautas de administración en pacientes con insuficiencia renal:** en pacientes con insuficiencia renal leve (creatinina < 30 mg/l) puede administrarse con acción, especialmente en los aumentos de dosis. **4.9. Uso en pediatría.** No se ha establecido la eficacia del fármaco en pacientes de edades inferiores a 18 años y los datos de los ensayos clínicos sugieren un aumento del riesgo de ideación suicida e intento de suicidio, por lo que el uso de venlafaxina en pacientes de 18 años está contraindicado. **4.10. Tratamiento de mantenimiento/continuación/prolongado.** Se deberá reevaluar periódicamente la utilidad del tratamiento a largo plazo con VANDRAL Retard. Se acepta de manera general que los episodios agudos de depresión grave requieren varios meses, o aún más, de un tratamiento farmacológico sostenido. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad social sufren frecuentemente la enfermedad durante varios años y requieren tratamiento a largo plazo. VANDRAL ha mostrado ser eficaz en el tratamiento a largo plazo (hasta 12 meses en la depresión y 6 meses en el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social). **4.11. Suspensión del tratamiento.** Cuando se interrumpa el tratamiento con VANDRAL Retard, se debe reducir la dosis gradualmente para minimizar el riesgo de reacciones de retirada (ver sección 4.8 reacciones adversas). El período de suspensión de la dosis de mantenimiento que se estaba administrando, de la duración del tratamiento y de la respuesta individual de cada paciente. **4.12. Titulación orientativa.** En pacientes tratados durante 6 semanas o más, la dosis debe reducirse gradualmente durante un período de dos semanas. **4.13. Indicaciones.** VANDRAL Retard (Venlafaxina) está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al fármaco o a alguno de los excipientes. El uso de VANDRAL Retard está contraindicado durante el embarazo, debido al riesgo de aparición de reacciones de retirada en el recién nacido. **4.14. No usar durante la lactancia.** No administrar a pacientes menores de 18 años ya que en este grupo de edad su eficacia no está demostrada y los datos disponibles sugieren un aumento de las reacciones de hostilidad, intenciones de suicidio e ideación suicida. **4.15. Precauciones.** No administrar concomitantemente con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). El tratamiento con venlafaxina no debe iniciarse como mínimo, hasta pasados 14 días desde la interrupción del tratamiento con IMAOs; este intervalo podría ser menor en el caso de IMAOs reversibles (ver información de prescripción del IMAO reversible). Venlafaxina puede interactuar con IMAOs no reversibles (ver sección 4.8 reacciones adversas) a partir de 7 días antes de iniciar tratamiento con cualquier IMAO. **4.16. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** No se ha evaluado el uso de venlafaxina en pacientes con un historial reciente de infarto de miocardio o cardiopatía inestable. Por ello, deberá evitarse su uso en estos pacientes. Se recomienda periódicamente la presión arterial en aquellos tratados con venlafaxina, dado que puede aumentar la presión arterial en forma dosis-dependiente (Ver apartado 5.1. Propiedades farmacodinámicas). Venlafaxina puede aumentar la frecuencia cardíaca, especialmente cuando se administra a dosis altas, por lo que se deberá tener precaución en aquellos pacientes cuyas condiciones pueden verse comprometidas por aumentos en la frecuencia cardíaca. Pueden aparecer convulsiones en el tratamiento con venlafaxina y deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones. **4.17. Precaución.** No se han estudiado previamente a la comercialización no se produjeron convulsiones durante la utilización de venlafaxina retard en el tratamiento de la depresión, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad social. Dado que venlafaxina puede producir midriasis, se recomienda vigilar estrechamente a pacientes con presión intraocular elevada o pacientes con riesgo de padecer glaucoma agudo de ángulo cerrado. Al igual que con otros antidepresivos, se deberá usar venlafaxina con precaución, en pacientes con antecedentes de manía debido a que pueden aparecer cuadros de manía o hipomanía durante el tratamiento. No obstante, no hubo casos de manía o hipomanía en los estudios que utilizaron venlafaxina retard en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Durante el tratamiento con venlafaxina, puede aparecer hipertensión y/o Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH), normalmente asociado con depleción de volumen o deshidratados, incluyendo ancianos y pacientes en tratamiento con diuréticos. Dado el riesgo de suicidio de los pacientes con depresión, se deberá prescribir inicialmente el envase con el número menor de comprimidos con la finalidad de reducir el riesgo de sobredosis. **4.18. Reacciones adversas.** Se han descrito algunos casos de hemorragias de diferente localización con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Este hecho debe tenerse en cuenta especialmente en aquellos pacientes que, además estén recibiendo anticoagulantes, medicamentos que afecten a la coagulación (p.ej. antipsicóticos atípicos y lenoxtinas, antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico, ticlopidina, clopidogrel, antiinflamatorios no esteroideos) o que puedan incrementar el riesgo de hemorragia. Asimismo deberá tenerse especial precaución con los pacientes que presenten trastornos de coagulación. Venlafaxina no está indicada como agente adelgazante ni en monoterapia ni en combinación con otros productos ya que en esta indicación no se ha demostrado su seguridad y eficacia. **4.19. Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Se han notificado reacciones adversas en pacientes que habían interrumpido el tratamiento con un IMAO y seguidamente habían comenzado el tratamiento con venlafaxina, o que interrumpieron el tratamiento con venlafaxina y seguidamente empezaron tratamiento con IMAO. Estas reacciones incluyeron temblor, dolor, sudoración, náuseas, vómitos, dolores, vértigo, hipertensión con cuadros semejantes al síndrome neuroleptico maligno, convulsiones y muerte. **4.20. Fármacos con actividad sobre el sistema serotoninérgico.** Basándose en el mecanismo de acción conocido de la venlafaxina y su potencial de desencadenar un síndrome serotoninérgico, se recomienda precaución cuando se administre venlafaxina en combinación con fármacos que puedan afectar los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos tales como los triptolinas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), l-tiro, indinavir. Un estudio farmacocinético realizado con indinavir ha mostrado una disminución del 28% en el AUC y del 36% en el Cmax para indinavir. Indinavir no afecta la farmacocinética de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina. Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción. **4.21. Interacción con alcohol.** Al igual que con todos los fármacos que actúan sobre el SNC, se deberá advertir al paciente que evite el consumo de alcohol durante el tratamiento con venlafaxina. **4.22. Estudio farmacocinético.** Un estudio farmacocinético realizado con haloperidol mostro un descenso del 42% en el aclaramiento total para este fármaco. El tratamiento con IMAOs, un incremento del 88% en el Cmax, pero no afectó a la semivida del mismo. Esto deberá tenerse en cuenta en pacientes que reciban haloperidol y venlafaxina de forma concomitante ya que será necesario disminuir la dosis de haloperidol. **4.23. Efectos sobre la actividad hepática.** Venlafaxina no altera las actividades de las enzimas hepáticas. Es esperable que la actividad farmacológica de venlafaxina se vea ligeramente incrementada en la mayoría de los pacientes. En ancianos y en pacientes con disfunción hepática esta interacción puede ser más pronunciada. Imipramina. Venlafaxina no altera las actividades de imipramina o 2-hidroximipramina. Sin embargo incrementó el AUC, Cmax y Cmin de desipramina alrededor de un 35%. El AUC para 2-hidroximipramina duplicó su valor de 2.5 a 4.5. Imipramina no altera las farmacocinéticas de venlafaxina ni de O-desmetilvenlafaxina. Esto deberá tenerse en cuenta en pacientes tratados con imipramina y venlafaxina de forma concomitante. **4.24. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina incrementó el AUC de risperidona en un 32% pero no alteró significativamente el perfil farmacocinético de la cantidad total de principio activo (suma de risperidona más 9-hidroxisperidona). Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción. **4.25. Interacción con otros fármacos.** Dado que venlafaxina puede tener efectos sobre la farmacocinética de otros fármacos que actúan sobre el sistema serotoninérgico. **4.26. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.27. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.28. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.29. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.30. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.31. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.32. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.33. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.34. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.35. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.36. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.37. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.38. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.39. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.40. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.41. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.42. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.43. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.44. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.45. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.46. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.47. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.48. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.49. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.50. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.51. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.52. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.53. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.54. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.55. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.56. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.57. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.58. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.59. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.60. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.61. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.62. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.63. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.64. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.65. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.66. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.67. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.68. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.69. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.70. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.71. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.72. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.73. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.74. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.75. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.76. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.77. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.78. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.79. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.80. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.81. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.82. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.83. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.84. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.85. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.86. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.87. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.88. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.89. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.90. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.91. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.92. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.93. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.94. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.95. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.96. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.97. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.98. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **4.99. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** La venlafaxina es un antidepresivo estructuralmente nuevo que no está relacionado químicamente con los antidepresivos tricíclicos, tetracíclicos o con otros antidepresivos disponibles. Pertenecen al grupo farmacoterapéutico: antidepresivos inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (N-Sistema nervioso central). **5.1. Propiedades farmacodinámicas.** **5.1.1. Depresión.** El mecanismo de la acción antidepresiva de la venlafaxina en el hombre está relacionado con la potenciación de la actividad monoaminérgica en el sistema nervioso central. En estudios preclínicos se ha comprobado que la venlafaxina y su metabolito principal, ODV, son unos potentes inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina. La venlafaxina también inhibe débilmente la recaptación de dopamina. Los estudios en animales muestran que los antidepresivos tricíclicos, si se administran a largo plazo, pueden reducir la capacidad de respuesta de los receptores b-adrenérgicos centrales. Por el contrario, ODV y venlafaxina reducen la capacidad de respuesta b-adrenérgica tanto en la administración aguda (dosis única) como en la administración a largo plazo. Estos últimos resultados pueden predecir un comienzo más rápido de la actividad de la venlafaxina. La venlafaxina y la ODV son muy potentes en cuanto a su acción global sobre la recaptación de los neurotransmisores. La venlafaxina carece prácticamente de afinidad por los receptores muscarínicos colinérgicos, H<sub>1</sub>-histamínicos o a<sub>1</sub>-adrenérgicos. La actividad farmacológica en estos receptores puede relacionarse con diversos efectos secundarios relacionados con otros fármacos antidepresivos, tales como efectos anticolinérgicos, efectos cardiovasculares. En un Meta-análisis se analizó el efecto de la venlafaxina sobre la tensión arterial mediante un análisis de supervivencia multivariante con una muestra de 3.744 pacientes. Se observó que el efecto de la venlafaxina dependía mucho de la dosis, siendo la incidencia de tensión arterial alta (TA) elevada estadísticamente y clínicamente significativa sólo a dosis por encima de 300 mg/día. En dosis de 300 mg/día o menos, el tratamiento con venlafaxina no incrementó significativamente las tasas de elevación sostenida en TAD supina cuando se compararon con placebo (p.e. 2.9% versus 2.2%) (Thase, 2001). **5.2. Evolución de los datos de eficacia y seguridad.** La eficacia y seguridad de venlafaxina en el tratamiento de la depresión son similares a las utilizadas durante el tratamiento inicial. Los pacientes deberán ser reevaluados para valorar el beneficio de la terapia a largo plazo. **5.3. Efectos adversos.** Debe ingerirse enteramente. No dividir, aplastar, masticar o disolver la cápsula en agua. VANDRAL Retard debe administrarse una vez al día, aproximadamente a la misma hora de la mañana o de la tarde. Los pacientes afectados de depresión que se encuentren actualmente en tratamiento con venlafaxina (en forma de liberación inmediata) a dosis terapéuticas pueden cambiarse a VANDRAL Retard a la dosis equivalente más próxima (ver tabla). No obstante, en algunos casos puede ser necesario el ajuste de la dosis. **5.4. Pautas de administración.** En los pacientes con insuficiencia renal y/o hepática: **5.4.1. Insuficiencia renal y/o hepática:** reducir la dosis de venlafaxina. En estos pacientes puede ser necesario iniciar el tratamiento con VANDRAL comprimidos. En los pacientes cuyo índice de filtración glomerular (IFG) sea inferior a 30 ml/min debe reducirse la dosis en un 50%. En los pacientes con insuficiencia hepática moderada debe reducirse en un 50%. **5.5. Pautas de administración en pacientes con insuficiencia hepática:** deben considerarse reducciones adicionales de la dosis. **5.6. Pautas de administración en pacientes con insuficiencia renal:** en pacientes con insuficiencia renal leve (creatinina < 30 mg/l) puede administrarse con acción, especialmente en los aumentos de dosis. **5.7. Uso en pediatría.** No se ha establecido la eficacia del fármaco en pacientes de edades inferiores a 18 años y los datos de los ensayos clínicos sugieren un aumento del riesgo de ideación suicida e intento de suicidio, por lo que el uso de venlafaxina en pacientes de 18 años está contraindicado. **5.8. Tratamiento de mantenimiento/continuación/prolongado.** Se deberá reevaluar periódicamente la utilidad del tratamiento a largo plazo con VANDRAL Retard. Se acepta de manera general que los episodios agudos de depresión grave requieren varios meses, o aún más, de un tratamiento farmacológico sostenido. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad social sufren frecuentemente la enfermedad durante varios años y requieren tratamiento a largo plazo. VANDRAL ha mostrado ser eficaz en el tratamiento a largo plazo (hasta 12 meses en la depresión y 6 meses en el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social). **5.9. Suspensión del tratamiento.** Cuando se interrumpa el tratamiento con VANDRAL Retard, se debe reducir la dosis gradualmente para minimizar el riesgo de reacciones de retirada (ver sección 4.8 reacciones adversas). El período de suspensión de la dosis de mantenimiento que se estaba administrando, de la duración del tratamiento y de la respuesta individual de cada paciente. **5.10. Titulación orientativa.** En pacientes tratados durante 6 semanas o más, la dosis debe reducirse gradualmente durante un período de dos semanas. **5.11. Indicaciones.** VANDRAL Retard (Venlafaxina) está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al fármaco o a alguno de los excipientes. El uso de VANDRAL Retard está contraindicado durante el embarazo, debido al riesgo de aparición de reacciones de retirada en el recién nacido. **5.12. No usar durante la lactancia.** No administrar a pacientes menores de 18 años ya que en este grupo de edad su eficacia no está demostrada y los datos disponibles sugieren un aumento de las reacciones de hostilidad, intenciones de suicidio e ideación suicida. **5.13. Precauciones.** No administrar concomitantemente con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). El tratamiento con venlafaxina no debe iniciarse como mínimo, hasta pasados 14 días desde la interrupción del tratamiento con IMAOs; este intervalo podría ser menor en el caso de IMAOs reversibles (ver información de prescripción del IMAO reversible). Venlafaxina puede interactuar con IMAOs no reversibles (ver sección 4.8 reacciones adversas) a partir de 7 días antes de iniciar tratamiento con cualquier IMAO. **5.14. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** No se ha evaluado el uso de venlafaxina en pacientes con un historial reciente de infarto de miocardio o cardiopatía inestable. Por ello, deberá evitarse su uso en estos pacientes. Se recomienda periódicamente la presión arterial en aquellos tratados con venlafaxina, dado que puede aumentar la presión arterial en forma dosis-dependiente (Ver apartado 5.1. Propiedades farmacodinámicas). Venlafaxina puede aumentar la frecuencia cardíaca, especialmente cuando se administra a dosis altas, por lo que se deberá tener precaución en aquellos pacientes cuyas condiciones pueden verse comprometidas por aumentos en la frecuencia cardíaca. Pueden aparecer convulsiones en el tratamiento con venlafaxina y deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones. **5.15. Precaución.** No se han estudiado previamente a la comercialización no se produjeron convulsiones durante la utilización de venlafaxina retard en el tratamiento de la depresión, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad social. Dado que venlafaxina puede producir midriasis, se recomienda vigilar estrechamente a pacientes con presión intraocular elevada o pacientes con riesgo de padecer glaucoma agudo de ángulo cerrado. Al igual que con otros antidepresivos, se deberá usar venlafaxina con precaución, en pacientes con antecedentes de manía debido a que pueden aparecer cuadros de manía o hipomanía durante el tratamiento. No obstante, no hubo casos de manía o hipomanía en los estudios que utilizaron venlafaxina retard en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Durante el tratamiento con venlafaxina, puede aparecer hipertensión y/o Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH), normalmente asociado con depleción de volumen o deshidratados, incluyendo ancianos y pacientes en tratamiento con diuréticos. Dado el riesgo de suicidio de los pacientes con depresión, se deberá prescribir inicialmente el envase con el número menor de comprimidos con la finalidad de reducir el riesgo de sobredosis. **5.16. Reacciones adversas.** Se han descrito algunos casos de hemorragias de diferente localización con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Este hecho debe tenerse en cuenta especialmente en aquellos pacientes que, además estén recibiendo anticoagulantes, medicamentos que afecten a la coagulación (p.ej. antipsicóticos atípicos y lenoxtinas, antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico, ticlopidina, clopidogrel, antiinflamatorios no esteroideos) o que puedan incrementar el riesgo de hemorragia. Asimismo deberá tenerse especial precaución con los pacientes que presenten trastornos de coagulación. Venlafaxina no está indicada como agente adelgazante ni en monoterapia ni en combinación con otros productos ya que en esta indicación no se ha demostrado su seguridad y eficacia. **5.17. Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Se han notificado reacciones adversas en pacientes que habían interrumpido el tratamiento con un IMAO y seguidamente habían comenzado el tratamiento con venlafaxina, o que interrumpieron el tratamiento con venlafaxina y seguidamente empezaron tratamiento con IMAO. Estas reacciones incluyeron temblor, dolor, sudoración, náuseas, vómitos, dolores, vértigo, hipertensión con cuadros semejantes al síndrome neuroleptico maligno, convulsiones y muerte. **5.18. Fármacos con actividad sobre el sistema serotoninérgico.** Basándose en el mecanismo de acción conocido de la venlafaxina y su potencial de desencadenar un síndrome serotoninérgico, se recomienda precaución cuando se administre venlafaxina en combinación con fármacos que puedan afectar los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos tales como los triptolinas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), l-tiro, indinavir. Un estudio farmacocinético realizado con indinavir ha mostrado una disminución del 28% en el AUC y del 36% en el Cmax para indinavir. Indinavir no afecta la farmacocinética de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina. Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción. **5.19. Interacción con alcohol.** Al igual que con todos los fármacos que actúan sobre el SNC, se deberá advertir al paciente que evite el consumo de alcohol durante el tratamiento con venlafaxina. **5.20. Estudio farmacocinético.** Un estudio farmacocinético realizado con haloperidol mostro un descenso del 42% en el aclaramiento total para este fármaco. El tratamiento con IMAOs, un incremento del 88% en el Cmax, pero no afectó a la semivida del mismo. Esto deberá tenerse en cuenta en pacientes que reciban haloperidol y venlafaxina de forma concomitante ya que será necesario disminuir la dosis de haloperidol. **5.21. Efectos sobre la actividad hepática.** Venlafaxina no altera las actividades de las enzimas hepáticas. Es esperable que la actividad farmacológica de venlafaxina se vea ligeramente incrementada en la mayoría de los pacientes. En ancianos y en pacientes con disfunción hepática esta interacción puede ser más pronunciada. Imipramina. Venlafaxina no altera las actividades de imipramina o 2-hidroximipramina. Sin embargo incrementó el AUC, Cmax y Cmin de desipramina alrededor de un 35%. El AUC para 2-hidroximipramina duplicó su valor de 2.5 a 4.5. Imipramina no altera las farmacocinéticas de venlafaxina ni de O-desmetilvenlafaxina. Esto deberá tenerse en cuenta en pacientes tratados con imipramina y venlafaxina de forma concomitante. **5.22. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina incrementó el AUC de risperidona en un 32% pero no alteró significativamente el perfil farmacocinético de la cantidad total de principio activo (suma de risperidona más 9-hidroxisperidona). Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción. **5.23. Interacción con otros fármacos.** Dado que venlafaxina puede tener efectos sobre la farmacocinética de otros fármacos que actúan sobre el sistema serotoninérgico. **5.24. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.25. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.26. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.27. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.28. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.29. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.30. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.31. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.32. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.33. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.34. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.35. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.36. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.37. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.38. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.39. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.40. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.41. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.42. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.43. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.44. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.45. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.46. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.47. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.48. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.49. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.50. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.51. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.52. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.53. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.54. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.55. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.56. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.57. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.58. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.59. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.60. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.61. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.62. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.63. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.64. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.65. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.66. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.67. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.68. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.69. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.70. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.71. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.72. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.73. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.74. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.75. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.76. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.77. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.78. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.79. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.80. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.81. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.82. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.83. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.84. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.85. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.86. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.87. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.88. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.89. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.90. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.91. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.92. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.93. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.94. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.95. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.96. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.97. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.98. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **5.99. Interacción con otros fármacos.** Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética de citalopram. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes.** Celulosa, etilcelulosa, hidroxipropilmetilcelulosa. Componentes de la cápsula: Rojo óxido de hierro (E-172), Óxido amarillo de hierro (E-172), Dióxido de titanio (E-171), Sílice y Tinta. **6.2. Incompatibilidades.** No aplicable. **6.3. Período de validez.** 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Almacenar a temperatura ambiente, en lugar seco. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Las cápsulas van envasadas en blísters de PVC/Aluminio. El contenido de los blísters es: VANDRAL Retard 75 mg: Blísters de 30 cápsulas. VANDRAL Retard 150 mg: Blísters de 30 cápsulas. **6.6. Instrucciones de uso/manipulación.** Las cápsulas de VANDRAL Retard deben ingerirse durante las comidas con un poco de líquido. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** **8. INFORMACIÓN ADICIONAL.** **9. PRESENTACIONES Y PRECIO.** VANDRAL Retard 75 mg, PVL 25,93 €, PVP 36,54 €, PVP 38,00 €. VANDRAL Retard 150 mg, PVL 42,18 €, PVP 54,94 €, PVP IVA 61,82 €. **10. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Aportación reducida. **11. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** VANDRAL-RETARD 75 mg, 22 de febrero de 1999. VANDRAL-RETARD 150 mg, 22 de abril de 1999. **12. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Septiembre de 2004. **13. BUZÓN DE FARMACOVIGILANCIA.** farmacovigilancia@wyeth.com

# EUROPEAN PSYCHIATRY

THE JOURNAL  
OF THE  
ASSOCIATION OF  
EUROPEAN  
PSYCHIATRISTS

## EDITORS

S. Frangou (London) & Ph. Gorwood (Paris) & R. Heun (Bonn).  
Editorial Office: Prof. Ph. Gorwood, Editor of European Psychiatry - *INSERM U675*,  
Faculté Xavier Bichat, 16, rue Henri Huchard, 75018 Paris (France).  
e-mail: [europsy@free.fr](mailto:europsy@free.fr) - Tel. 33 1 30 43 02 50 - Fax. 33 1 30 43 17 62.

## EDITORIAL BOARD

P. Boyer (Ottawa), J.D. Guelfi (Paris), M. Maj (Naples), R. Murray (London), H. Sass (Aachen)

## STATISTICAL ADVISORS

A. Heyting (Da Marken), N. Takei (Hamamatsu), B. Falissard (Paris)

## ADVISORY BOARD (permanent reviewers)

Aalto-Setälä, Terhi, *Espoo, Finland*; Amaddeo, Francesco, *Verona, Italy*; Arango, Celso, *Madrid, Spain*; Barbui, Corrado, *Verona, Italy*; Bellivier, Franck, *Créteil, France*; Bertschy, Gilles, *Geneva, Switzerland*; Brambilla, Paolo, *Milan, Italy*; Broome, Matthew, *London, UK*; Clark, Luke, *Cambridge, UK*; Clarke, Mary, *Stirling, Ireland*; Colom, Francesc, *Barcelona, Spain*; Courtet, Philippe, *Montpellier, France*; Craddock, Nick, *Birmingham, UK*; Crocq, Marc-Antoine, *Rouffach, France*; Dazzan, Paola, *London, UK*; Delamillieure, Pascal, *Caen, France*; Deuschle, Michael, *Mannheim, Germany*; Dollfus, Sonia, *Caen, France*; Dubertret, Caroline, *Colombes, France*; Ekselius, Lisa, *Uppsala, Sweden*; Fabrozzo, Michele, *Naples, Italy*; Falkai, Peter, *Bonn, Germany*; Favaro, Angela, *Padova, Italy*; Galderisi, Silvana, *Naples, Italy*; Garcia-Portilla, Maria-Paz, *Oviedo, Spain*; Giannakopoulos, Panteleimon, *Geneva, Switzerland*; Gonzales-Pinto, Ana, *Vitoria, Spain*; Gourion, David, *Paris, France*; Grabe Hans-Jörgen, *Stralsund, Germany*; Gustavsson, Petter, *Stockholm, Sweden*; Hansenne, Michel, *Liege, Belgique*; Heinz, Andreas, *Berlin, Germany*; Hosak, Ladislav, *Hradec Kralove, Czech Republic*; Hrdlicka, Michal, *Prague, Czech Republic*; Kircher, Tilo, *Tuebingen, Germany*; Kirov, George, *Cardiff, UK*; Kontaxakis, Vassili, *Athens, Greece*; Kurzthaler, Ilsemarie, *Innsbruck, Austria*; Lederbogen, Florian, *Mannheim, Germany*; Licht, Rasmus-Wentzer, *Risskov, Denmark*; Lieb Roselind, *Munich, Germany*; MacCabe, James, *London, UK*; MacGregor-Lawrie, Stephen, *Edinburgh, Scotland*; Mallet, Luc, *Paris, France*; Martinot, Jean-Luc, *Orsay, France*; McDonald, Colm, *London, UK*; McGuire, Philip, *London, UK*; Menchon, Jose-Manuel, *Hospitalet de Llobregat, Spain*; Mico, Juan-Antonio, *Cadiz, Spain*; Mohr, Pavel, *Prague, Czech Republic*; Monteleone, Palmiero, *Naples, Italy*; Mucci, Armida, *Naples, Italy*; Müller, Ulrich, *Cambridge, UK*; Murray, Graham, *Cambridge, UK*; Neeleman, Jan, *Groningen, the Netherlands*; Nordström, Anna-Lena, *Stockholm, Sweden*; O'Callaghan, Eadbhard, *Dublin, Ireland*; Öngur, Dost, *Boston, USA*; Oswald, Pierre, *Brussels, Belgium*; Paillere-Martinot, Marie-Laure, *Paris, France*; Papadimitriou, George, *Athens, Greece*; Pariante, Carmine M., *London, UK*; Péliissolo, Antoine, *Paris, France*; Percudani, Mauro, *Milan, Italy*; Perez, Jorge, *Brescia, Italy*; Pilowski, Lyn, *London, UK*; Pini, Stefano, *Pisa, Italy*; Pinto, Emmanuel, *Liege, Belgium*; Pitchot, William, *Bertrix, Belgium*; Runeson, Bo, *Stockholm, Sweden*; Sahakian, Barbara, *Cambridge, UK*; Schmidt, Ulrike, *London, UK*; Schuman, Gunther, *Mannheim, Germany*; Schütz, Christian, *Munich, Germany*; Schwarz, Marcus, *Munich, Germany*; Sommer, Wolfgang, *Stockholm, Sweden*; Souery, Daniel, *Brussels, Belgium*; Spence, Sean A., *Sheffield, UK*; Ströhle, Andreas, *Berlin, Germany*; Suvisaari, Jaana, *Helsinki, Finland*; Thome, Johannes, *Swansea, UK*; Tortorella, Alfonso, *Naples, Italy*; Van Os, Jim, *Maastricht, The Netherlands*; Verdoux, Hélène, *Bordeaux, France*; Weiss, Elisabeth M., *New York, USA*; Yazgan, Yanki, *Istanbul, Turkey*.

## EDITORS EMERITUS

C. Ballus (Barcelona), P. Bech (Copenhagen), H. Heimann (Tübingen), Y. Lecrubier (Paris), C.B. Pull (Luxembourg)

[www.aep.lu](http://www.aep.lu)

## President:

H. Sass (Aachen)

## Past President:

M. Maj (Naples)

## President Elect:

C. Höschl (Prague)

## Secretary General:

M. Kastrup (Copenhagen)

## Treasurer:

K. Mann (Mannheim)

## Counsellors:

P. Boyer (Ottawa)  
S. Tyano (Petach-Tikva)

## Sections Secretary:

M. Musalek (Vienna)

## INDEXED IN :

BIOSIS/Biological Abstracts,  
Current Contents/Clinical Medicine  
and Social & Behavioural Sciences,  
EMBASE:Excerpta Medica,  
MEDLINE/index Medicus,  
PASCAL/INIST-CNRS,  
Psychological Abstracts,  
PsycINFO,  
PsycLIT,  
Research Alert,  
SciSearch

Director de la Edición Española: C. Ballús

saned

SANIDAD EDICIONES

Sanidad y Ediciones (SANED, S.L.). C/ Capitán Haya, 60. 28020 MADRID. Telf.: (91) 749 95 06. [saned@medynet.com](mailto:saned@medynet.com)

Ramon Turró, 91. 08005 BARCELONA. Telf.: (93) 320 93 30. [sanedb@medynet.com](mailto:sanedb@medynet.com)

Suscripciones: SANED, S.L. Capitán Haya, 60. 28020 MADRID. Telf.: 91 749 95 00

España: Ordinario: 90€. Institución: 120€

Extranjero: Comunidad Europea: 140€. Resto de países: 180€.

Publicación Bimensual (8 números al año).

Composición: Artcomp, S.L. Albarracín, 50-1.º Madrid. Imprime: D.G.B. Resina, 13-15. Madrid.

Soporte válido M. Sanidad: SV 93040 R. ISSN: 1134-0665. Depósito Legal: M-5991-1994.

Copyright de los textos originales 2006. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.

Difusión controlada por 

De la ADHERENCIA  
a la REMISIÓN<sup>(1)</sup>



Más  
**tiempo**  
libre de síntomas<sup>(1)</sup>



**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO.** RISPERDAL CONSTA® 25 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable. RISPERDAL CONSTA® 37,5 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable. RISPERDAL CONSTA® 50 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** RISPERDAL CONSTA® 25 mg. Cada vial contiene Risperidona (DOE)....25 mg. RISPERDAL CONSTA® 37,5 mg. Cada vial contiene Risperidona (DOE)....37,5 mg. RISPERDAL CONSTA® 50 mg. Cada vial contiene Risperidona (DOE)....50 mg. Ver excipientes en apartado 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Polvo y disolvente para suspensión inyectable. Vial con polvo. Polvo suelto de color blanco a blanquecino. Jeringa precargada con el disolvente para la reconstitución. Solución acuosa transparente e incolora. **4. DATOS CLÍNICOS.** 4.1. **Indicaciones terapéuticas.** RISPERDAL CONSTA® está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral. **4.2. Posología y forma de administración.** El tratamiento con RISPERDAL CONSTA® deberá iniciarse por un médico con experiencia en el manejo de pacientes esquizofrénicos. Adultos. La dosis recomendada es de 25 mg cada dos semanas por vía intramuscular. Debido a las características farmacocinéticas del RISPERDAL CONSTA®, es necesario que durante las tres primeras semanas de tratamiento los pacientes reciban además risperidona vía oral, con el fin de mantener concentraciones terapéuticas del fármaco. El cambio de la formulación oral a RISPERDAL CONSTA® debe acompañarse de un seguimiento clínico estrecho de los pacientes, que permita identificar la dosis de RISPERDAL CONSTA® más apropiada para cada paciente. **Incremento de la dosis.** No debe incrementarse la dosis de RISPERDAL CONSTA® hasta que no hayan transcurrido, como mínimo, cuatro semanas desde el ajuste anterior. La dosis puede aumentarse de 25 mg a 37,5 mg o de 37,5 mg a 50 mg. Dado que se trata de una formulación de liberación prolongada, no cabe esperar que el efecto de cada ajuste de dosis se produzca antes de que transcurran 3 semanas de tratamiento. La dosis máxima de RISPERDAL CONSTA® no debe sobrepasar los 50 mg cada 2 semanas. Ancianos. La dosis recomendada es la misma que en adultos, es decir, 25 mg por vía intramuscular cada dos semanas. Sin embargo, y dado que la experiencia de uso de RISPERDAL CONSTA® en ancianos es limitada, debe utilizarse con precaución en este grupo de pacientes, no siendo indicado su uso en pacientes diagnosticados de demencia (ver sección 4.3, y 4.4). **Insuficiencia hepática y renal.** La eficacia y seguridad de RISPERDAL CONSTA® no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática y/o renal, por lo que debe administrarse con precaución por tratarse de una formulación de liberación prolongada. RISPERDAL CONSTA® sólo deberá administrarse a pacientes con insuficiencia renal o hepática que toleren dosis de risperidona oral de al menos 2 mg al día. En estos pacientes, se recomienda una dosis de RISPERDAL CONSTA® de 25 mg cada dos semanas que deberá administrarse con precaución. Niños. RISPERDAL CONSTA® no se ha estudiado en niños y adolescentes menores de 18 años. **Forma de administración.** RISPERDAL CONSTA® se debe administrar, cada dos semanas, mediante inyección intramuscular profunda utilizando la aguja de seguridad incluida en el envase. Las inyecciones se deben alternar en ambos glúteos. RISPERDAL CONSTA® no debe administrarse por vía intravenosa (ver apartado 5.6. Instrucciones de uso y manipulación). **4.3. Contraindicaciones.** RISPERDAL CONSTA® está contraindicado en: - pacientes con hipersensibilidad conocida a risperidona o a cualquiera de los componentes de la especialidad. - pacientes con demencia (ver sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo) - pacientes con enfermedad de Parkinson. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** RISPERDAL CONSTA® solamente deberá utilizarse en pacientes diagnosticados de esquizofrenia que estén previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral. Debido a la actividad alfa-bloqueante de risperidona, se puede producir hipotensión ortostática especialmente durante el periodo de inicio de ajuste de la dosis. Se debe evaluar la relación riesgo-beneficio de continuar el tratamiento con RISPERDAL CONSTA® si se produce hipotensión ortostática clínicamente relevante. Risperidona se debe utilizar con cuidado en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida (p. ej., insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, trastornos de la conducción, deshidratación, hipovolemia o enfermedad cerebrovascular), incluyendo las enfermedades asociadas a prolongaciones del intervalo QT. Los antagonistas de los receptores de la dopamina pueden inducir discinesia tardía, que se caracteriza por movimientos rítmicos involuntarios, predominantemente de la lengua y/o de la cara. Se ha comunicado que la aparición de síntomas extrapiramidales es un factor de riesgo del desarrollo de discinesia tardía. Dado que el potencial de RISPERDAL®, para inducir síntomas extrapiramidales es más bajo que el de los neurolepticos clásicos, el riesgo de inducir discinesia tardía está también reducido en comparación con estos últimos. Si aparecen signos y síntomas de discinesia tardía, deberá considerarse la necesidad de suspender el tratamiento con todos los fármacos antipsicóticos. En los pacientes tratados con antipsicóticos se puede producir el llamado síndrome neuroleptico maligno, caracterizado por hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad autonómica, alteración de la conciencia y niveles de CPK elevados. Si esto sucede, se deben suspender todos los fármacos antipsicóticos, incluyendo risperidona, y se enviará urgentemente al paciente a un centro hospitalario. Debe recordarse que después de la última administración de RISPERDAL CONSTA®, se detectan concentraciones plasmáticas de risperidona hasta un mínimo de 6 semanas. En raras ocasiones se han notificado, durante el tratamiento con RISPERDAL®, casos de hiperglucemia o exacerbación de una diabetes mellitus preexistente. Se recomienda una monitorización clínica adecuada en pacientes diabéticos y en pacientes con factores de riesgo de desarrollo de diabetes mellitus (ver también el apartado 4.8. Reacciones adversas). En pacientes con demencia tratados con RISPERDAL® oral, se ha observado un aumento del riesgo de episodios isquémicos cerebrales, entre los que se incluyen accidentes cerebrovasculares, algunos de ellos de desenlace mortal. El análisis de seis estudios controlados con placebo realizados en pacientes mayores de 65 años de edad diagnosticados de demencia, muestran una incidencia de acontecimientos adversos cerebrovasculares de 3,3% (33/989) en el grupo tratado con risperidona y de 1,2% (8/693) en el grupo de pacientes que recibieron placebo. Por tanto, risperidona triplica el riesgo de episodios isquémicos cerebrales en esta población (RR=3,0 IC95% 1,3-7,4). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a mortalidad por cualquier causa. Debido a las características farmacocinéticas de RISPERDAL CONSTA®, su uso está contraindicado en pacientes diagnosticados de demencia (ver sección 4.3. Contraindicaciones). La experiencia de uso de RISPERDAL CONSTA® en ancianos es hasta el momento limitada, por lo que debe administrarse con cuidado en este grupo de pacientes. Dado que RISPERDAL CONSTA® no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia renal o hepática, RISPERDAL CONSTA® debe de administrarse con precaución en este grupo de pacientes. Como sucede con otros antipsicóticos, risperidona disminuye el umbral convulsivo. Se recomienda tener cuidado si RISPERDAL CONSTA® se administra a pacientes con epilepsia. Como sucede con otros antipsicóticos, la administración de RISPERDAL CONSTA® se asocia a aumento de peso, por lo que debe darse consejo dietético a los pacientes tratados con este fármaco. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se ha evaluado de forma sistemática el riesgo de utilizar risperidona en combinación con otros fármacos. Dados los efectos primarios de risperidona en el SNC, se debe utilizar con cuidado en combinación con otros fármacos de acción central. Risperidona puede antagonizar el efecto de levodopa y otros agonistas de la dopamina. Se ha demostrado que la carbamazepina reduce las concentraciones plasmáticas de la fracción activa de RISPERDAL® (risperidona y su metabolito activo 9-hidroxirisperidona). Se pueden observar efectos similares con otros inductores enzimáticos hepáticos como fenitoína, rifampicina y fenobarbital. Al suspender la administración de carbamazepina u otros inductores enzimáticos hepáticos, se debe reevaluar la dosis de risperidona y, si es necesario, reducirla. Fenotiacinas, antidepresivos tricíclicos y algunos betabloqueantes pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de risperidona, pero no las de la fracción antipsicótica activa. La amitriptilina no afecta a la farmacocinética de risperidona o de la fracción antipsicótica activa. La cimetidina y ranitidina aumentan la biodisponibilidad de risperidona, pero sólo ligeramente la fracción antipsicótica activa. Paroxetina, antidepresivo que inhibe la isoenzima 2D6 del CYP450, aumenta la concentración plasmática de risperidona en un 45% y de la fracción antipsicótica activa en un 65%. Por tanto, cuando se inicia o interrumpe un tratamiento concomitante con paroxetina, el médico debe de ajustar la dosis de RISPERDAL CONSTA®. Fluoxetina comparte la actividad inhibitoria de paroxetina sobre la isoenzima 2D6, por lo que es de esperar que afecte el metabolismo de risperidona de forma similar. Cuando se administra risperidona con otros fármacos con elevada unión a proteínas, no existe desplazamiento clínicamente relevante de ningún fármaco de las proteínas plasmáticas. Los alimentos no afectan la absorción de RISPERDAL®. Se debe aconsejar a los pacientes que eviten la ingesta de alcohol. RISPERDAL® no muestra un efecto clínicamente relevante en la farmacocinética del litio o valproato. **4.6. Embarazo y lactancia.** Embarazo. No se ha establecido la seguridad de risperidona para su utilización durante el embarazo en humanos. Aunque en animales experimentales risperidona no demostró toxicidad directa en la reproducción, se observaron algunos efectos indirectos mediados por la prolactina y por el Sistema Nervioso Central (SNC). No se registraron efectos teratogénos de risperidona en ningún estudio. Por lo tanto, sólo se debe utilizar RISPERDAL CONSTA® durante el embarazo si los beneficios superan a los posibles riesgos. Lactancia. En los estudios con animales, risperidona y 9-hidroxirisperidona se excretan en la leche. Se ha demostrado que risperidona y 9-hidroxirisperidona también se excretan en la leche humana. Por lo tanto, deberá evitarse la lactancia durante la administración de risperidona. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Risperidona puede interferir con las actividades que requieren alerta mental. Por lo tanto, se debe aconsejar a los pacientes que no conduzcan o manejen maquinaria hasta que se conozca su susceptibilidad particular al producto. **4.8. Reacciones adversas.** A continuación se enumeran las reacciones adversas observadas con risperidona, ordenadas por órgano sistema y atendiendo a la siguiente clasificación en función de su frecuencia de aparición: Muy frecuente (>1/10); frecuente (>1/100, <1/10); poco frecuente (>1/1.000, <1/100); rara (<1/10.000, <1/1.000); muy rara (<1/10.000), incluyendo casos aislados. **Trastornos hematológicos:** Poco frecuentes: disminución ligera del recuento de neutrófilos y/o trombocitos\*. Muy raras: aumento del recuento leucocitario. **Trastornos endocrinos:** Poco frecuentes: hiperprolactinemia (manifestada con síntomas como galactorrea no puerperal, amenorrea, disminución de la libido), intoxicación acuosa\* (bien debido a polidipsia psicógena o bien al síndrome de secreción inapropiada de la hormona antidiurética (SIADH)). **Trastornos metabólicos y de la nutrición:** Frecuente: aumento de peso. Poco frecuente: pérdida de peso. Muy raras: hiperglucemia o exacerbación de una diabetes mellitus preexistente. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: depresión, fatiga, síntomas extrapiramidales, agitación\*, ansiedad\*, jaqueca\*, episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia\* (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Poco frecuentes: neurosis, trastornos del sueño, apatía, alteración de la concentración, visión anómala, somnolencia\*, mareos\*, alteración de la regulación de la temperatura corporal\*. Raras: discinesia tardía, síndrome neuroleptico maligno y crisis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: hipotensión, hipotensión\* (ortostática) y taquicardia\* (refleja a la hipotensión). **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuentes: estreñimiento\*, dispepsia\*, náuseas/vómitos\*, dolor abdominal\*. **Trastornos hepatobiliares:** Muy raras: aumento de los niveles de enzimas hepáticas. **Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: erupción cutánea, prurito, edema periférico, reacción en el punto de la inyección, urticaria, otras reacciones alérgicas\*. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: incontinencia urinaria\*. **Trastornos sexuales y del sistema reproductivo:** Poco frecuentes: función sexual anormal, insuficiencia eyaculadora, impotencia, priapismo\*, disfunción orgásmica\*. \* Estos efectos adversos han sido notificados con RISPERDAL® oral. Se desconoce la frecuencia de aparición con RISPERDAL CONSTA®. **4.9. Sobredosisificación.** Puesto que es menos probable que se produzca una sobredosisificación con la medicación parenteral que con la oral, a continuación se presenta la información correspondiente a la formulación oral. Síntomas. En general, los signos y síntomas comunicados tras la sobredosisificación oral son una exageración de los efectos farmacológicos conocidos del fármaco. Consisten en somnolencia y sedación, taquicardia e hipotensión y síntomas extrapiramidales. Se han comunicado casos de sobredosis de hasta 360 mg de risperidona oral. Se han comunicado casos raros de prolongación del QT. En caso de sobredosisificación aguda, se debe tener en cuenta la posible implicación de polimedición. **Tratamiento:** Establecer y mantener libres las vías aéreas y garantizar una oxigenación y ventilación adecuadas. Se debe comenzar inmediatamente la monitorización cardiovascular y hay que realizar un control electrocardiográfico continuo para detectar posibles arritmias. No existe ningún antídoto específico de risperidona. Por lo tanto, se deben adoptar las medidas de soporte apropiadas. La hipotensión y el colapso circulatorio se debe tratar con medidas apropiadas, como la administración de fluidos intravenosos y/o fármacos simpaticomiméticos. En caso de síntomas extrapiramidales graves, se debe administrar tratamiento anticolinérgico. La supervisión médica estrecha y la monitorización se deben mantener hasta que el paciente se recupere. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** 5.1. **Lista de excipientes.** RISPERDAL CONSTA®, Polímero 7525 DL JN1 poli-(dl) lactido-co-glicólido. **Disolvente.** Polisorbato 20, carmelosa sódica 40 mPas, fosfato hidrogenado disódico dihidratado, ácido cítrico anhidro, cloruro sódico, hidróxido sódico, agua para inyección. **5.2. Incompatibilidades.** RISPERDAL CONSTA® no se puede mezclar o disolver con otros fármacos o fluidos distintos al disolvente proporcionado para su administración. **5.3. Periodo de validez.** 36 meses a 2-8°C. Después de la reconstitución: Se ha demostrado la estabilidad química y física durante 24 horas a 25°C. Desde un punto de vista microbiológico, el producto se debe usar inmediatamente. Si no se hace, los periodos de almacenamiento reconstituido y las condiciones previas a su utilización son la responsabilidad del usuario y no deben superar las 6 horas a 25°C, a no ser que la reconstitución se haya realizado en condiciones asepticas controladas y validadas. **5.4. Precauciones especiales de conservación.** El envase se debe conservar en el frigorífico (2-8°C) y preservar de la luz. No se debe exponer a temperaturas superiores a 25°C. Si no se dispone de refrigeración, RISPERDAL CONSTA® se puede almacenar a temperaturas no superiores a 25°C durante 7 días como máximo antes de su administración. No exponer el producto sin refrigerar a temperaturas superiores a 25°C. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** RISPERDAL CONSTA® se acondicionará en un envase con la siguiente configuración: - Un vial que contiene RISPERDAL CONSTA®. - Una jeringa precargada que contiene el disolvente para RISPERDAL CONSTA®. - Dos agujas Hypoject® 20G 2" TW para la reconstitución. - Una aguja Needle-Pro® para inyección intramuscular (aguja de seguridad 20G 2" TW con dispositivo de protección). \*Sólo con receta\* = producto sanitario para su venta exclusiva con fármacos con receta). **5.6. Instrucciones de uso y manipulación.**

RISPERDAL CONSTA® sólo se puede suspender en el disolvente para RISPERDAL CONSTA® proporcionado en el envase y se debe administrar con la aguja de seguridad Needle-Pro® 20G incluidas en el mismo.

1. Sacar el envase de RISPERDAL CONSTA® del frigorífico y dejar que se adapte a la temperatura ambiente antes de reconstituir. 2. Retirar la cápsula de plástico coloreado del vial de RISPERDAL CONSTA®. 3. Abrir la jeringa rompiendo el sello de la cápsula blanca y quitar esta última junto con el protector de caucho de su interior. 4. Conectar una de las agujas Hypoject® con un movimiento suave de rotación en sentido de las agujas del reloj a la conexión luer de la jeringa. 5. Tirar de la funda de la aguja Hypoject®. No girar. 6. Inyectar todo el contenido de la jeringa con el disolvente en el vial. 7. Retirar la jeringa con la aguja Hypoject® del vial. 8. Desensoscar la aguja Hypoject® de la jeringa y deshacerse de ella adecuadamente. 9. Antes de agitar el vial, colocar la segunda aguja Hypoject® con un movimiento de rotación suave en el sentido de las agujas del reloj, en la conexión luer de la jeringa. NO QUITAR LA FUNDA DE LA AGUJA TODAVÍA. 10. Agitar energicamente el vial durante 10 segundos como mínimo. La mezcla está completa cuando la suspensión tiene un aspecto uniforme, espeso, y de color lechoso, y todo el polvo se ha dispersado por completo. 11. No guardar el vial después de la reconstitución porque la suspensión se puede depositar. 12. Tomar la jeringa y tirar de la funda de la aguja Hypoject®. No girar. 13. Insertar la aguja Hypoject® en el vial colocado verticalmente. 14. Aspirar lentamente la suspensión del vial en posición vertical, pero ligeramente inclinado, como se indica en el diagrama para asegurar que se introduce todo el contenido en la jeringa. 15. Retirar la jeringa con la aguja Hypoject® del vial. 16. Desensoscar la aguja Hypoject® de la jeringa y deshacerse de ella adecuadamente. Para una adecuada identificación, rasgar la etiqueta del vial por la zona perforada y pegar la parte desprendida en la jeringa. 17. Abrir la bolsa de plástico del Needle-Pro® hasta la mitad. Sujetar la funda utilizando la bolsa de plástico abierta. 18. Conectar la conexión luer del Needle-Pro® a la jeringa con un movimiento suave de rotación en el sentido de las agujas del reloj. Fijar la aguja con firmeza sobre el Needle-Pro® empujando con un giro en el sentido de las agujas del reloj. 19. Preparar al paciente para la inyección. 20. Será necesario realizar de nuevo la suspensión de RISPERDAL CONSTA® antes de su administración, dado que se habrá sedimentado después de la reconstitución. Agitar vigorosamente el tiempo necesario hasta que se consiga la nueva suspensión de las microesferas. 21. Sacar la funda de la aguja. No girar la funda, ya que la aguja podría soltarse del Needle-Pro®. 22. Golpear levemente la jeringa para que cualquier burbuja de aire suba hacia la punta. 23. Quitar las burbujas del cilindro de la jeringa empujando el émbolo hacia delante con la aguja en posición vertical. Inyectar todo el contenido de la jeringa intramuscularmente en la nalga del paciente. 24. AVISO: Para evitar un pinchazo con una aguja contaminada: \* no desconecte intencionalmente el Needle-Pro®, \* no intente enderezar la aguja o conectar al Needle-Pro® si la aguja está doblada o ha sido dañada, \* no manipule erróneamente el dispositivo de protección de la aguja de modo que ésta pudiera sobresalir por su funda de protección. 25. Una vez completado el procedimiento, colocar la aguja en su funda utilizando una técnica con una sola mano. Realizar esta maniobra con una mano haciendo una presión SUAVE de la funda contra una superficie plana. Al presionar sobre la funda, la aguja se conecta a ella firmemente. 26. Confirmar visualmente que la aguja está completamente conectada a su funda protectora. 27. Deshacer de la forma apropiada inmediatamente. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** JANSSEN-CILAG, S.A. Paseo de Las Doce Estrellas, 5-7, 28042 Madrid. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** RISPERDAL CONSTA® 25 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable: 65.213, RISPERDAL CONSTA® 37,5 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable: 65.215, RISPERDAL CONSTA® 50 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable: 65.214. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Primera autorización: 11 de febrero de 2003. **9. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica, aportación reducida. **10. PRESENTACIONES Y P.V.P. (IVA 4):** 25 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable: 142,66 €. 37,5 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable: 171,43 €. 50 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable: 200,24 €. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Mayo 2005.

### ORIGINALES

#### **Tabaquismo en la esquizofrenia a largo plazo**

*R.K.R. Salokangas, T. Honkonen, E. Stengård, A.M. Koivisto, J. Hietala* ..... 375

#### **Efectos de los tratamientos con antipsicóticos atípicos y típicos en la función sexual en los pacientes con esquizofrenia: resultados al año del Estudio Intercontinental de Evolución de la Salud en Pacientes Ambulatorios con Esquizofrenia (IC-SOHO)**

*M. Dossenbach, Y. Dyachkova, S. Pirildar, M. Anders, A. Khalil, A. Araskiewicz, T. Shakhnovich, A. Akram, J. Pecenek, M. McBride, T. Treuer* ..... 380

#### **Prueba oral de tolerancia a la glucosa en pacientes con esquizofrenia tratados. ¿Apoyan los datos una adaptación de las directrices propuestas para el control de los pacientes con antipsicóticos de segunda generación?**

*M. De Hert, D. Van Eyck, L. Hanssens, H. Peuskens, E. Thys, M. Wampers, A. Scheen, J. Peuskens* ..... 389

#### **Un estudio de los conocimientos de los médicos generales de los síntomas y la epidemiología de la esquizofrenia**

*H. Verdoux, A. Cougnard, S. Grolleau, R. Besson, F. Delcroix* ..... 393

#### **Tratamiento de olanzapina en adolescentes con trastorno disocial grave**

*G. Masi, A. Milone, G. Canepa, S. Millepiedi, M. Mucci, F. Muratori* ..... 401

### COMUNICACIÓN RÁPIDA

#### **Déficit de control de la fuente en pacientes con esquizofrenia que tienen alucinaciones comparado con los que no las tienen**

*J. Brunelin, M. Combris, E. Poulet, L. Kallel, T. D'Amato, J. Dalery, M. Saoud* ..... 409

### CASO CLÍNICO

#### **Tratamiento auxiliar de topiramato en trastorno bipolar con ciclos ultradianos: caso clínico con seguimiento de 3 años**

*S. Karama, S. Lal* ..... 412

### ORIGINAL ARTICLES

#### **Cigarette smoking in long-term schizophrenia**

*R.K.R. Salokangas, T. Honkonen, E. Stengård, A.M. Koivisto, J. Hietala* ..... 375

#### **Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on sexual function in patient with schizophrenia: 12-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study**

*M. Dossenbach, Y. Dyachkova, S. Pirildar, M. Anders, A. Khalil, A. Araskiewicz, T. Shakhnovich, A. Akram, J. Pecenek, M. McBride, T. Treuer* ..... 380

#### **Oral glucose tolerance tests in treated patients with schizophrenia. Data to support an adaptation of the proposed guidelines for monitoring of patients on second generation antipsychotics?**

*M. De Hert, D. Van Eyck, L. Hanssens, H. Peuskens, E. Thys, M. Wampers, A. Scheen, J. Peuskens* ..... 389

#### **A survey of general practitioners' knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia**

*H. Verdoux, A. Cougnard, S. Grolleau, R. Besson, F. Delcroix* ..... 393

#### **Olanzapine treatment in adolescents with severe conduct disorder**

*G. Masi, A. Milone, G. Canepa, S. Millepiedi, M. Mucci, F. Muratori* ..... 401

### RAPID COMMUNICATION

#### **Source monitoring deficits in hallucinating compared to non-hallucinating patients with schizophrenia**

*J. Brunelin, M. Combris, E. Poulet, L. Kallel, T. D'Amato, J. Dalery, M. Saoud* ..... 409

### CASE CLINIC

#### **Adjunctive topiramate in ultradian cycling bipolar disorder: case report with 3-year follow-up**

*S. Karama, S. Lal* ..... 412



En depresión y ansiedad,  
**rapidez y  
potencia**  
son decisivas

NUEVA  
INDICACIÓN  
ENTAG

- Cipralex® mejora los síntomas de depresión y ansiedad **desde la primera semana**<sup>1</sup>
- Cipralex® es **más eficaz** y **mejor tolerado** que paroxetina<sup>2,3</sup>
- Cipralex® es **más eficaz** que citalopram con el **mismo perfil de seguridad y tolerabilidad**<sup>1,4</sup>

ANTIDEPRESIVO  
INVESTIGADO Y DESARROLLADO  
POR **LUNDBECK**

Lundbeck



**Cipralex**  
escitalopram

INDICACIONES	INICIO	MANTENIMIENTO
Depresión	10 mg/día	10-20 mg/día
Trastorno de angustia con o sin agorafobia	5 mg/día	10-20 mg/día
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	10 mg/día	10-20 mg/día
Trastorno de ansiedad generalizada	10 mg/día	10-20 mg/día

Presentaciones de 10 mg, 15 mg y 20 mg - 28 comprimidos ranurados

1 toma  
única  
diaria



**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO.** CIPREXAL 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPREXAL 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPREXAL 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Ciprexal 10 mg: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato). Ciprexal 15 mg: Cada comprimido contiene 15 mg de escitalopram (como oxalato). Ciprexal 20 mg: Cada comprimido contiene 20 mg de escitalopram (como oxalato). Para excipientes, ver apartado 5.1. Lista de excipientes. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido con cubierta pelicular. Ciprexal 10 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "EM" por una cara. Ciprexal 20 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "EN" por una cara. Ciprexal 15 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E" por una cara. **4. DATOS CLÍNICOS.** 4.1. **Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de episodios depresivos mayores. Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social). Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. 4.2. **Posología y forma de administración.** No se ha demostrado la seguridad de dosis diarias superiores a 20 mg. Ciprexal se administrará en dosis única diaria y debe tomarse con o sin alimentos. Episodios depresivos mayores. La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepressiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta. Trastorno de angustia con o sin agorafobia. Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 meses aproximadamente. El tratamiento dura varios meses. Trastorno de ansiedad social. La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El trastorno de ansiedad social es una enfermedad de curso crónico y se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. Se ha evaluado durante 6 meses el tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores y el tratamiento puede considerarse de forma individualizada para la prevención de recaídas. Los beneficios del tratamiento deben reevaluarse regularmente. El trastorno de ansiedad social es una terminología diagnóstica bien definida de una patología específica que no debe confundirse con la timidez excesiva. El tratamiento farmacológico sólo está indicado en el caso de que el trastorno interfiera significativamente con las actividades profesionales y sociales. No se ha evaluado el lugar que ocupa este tratamiento en comparación con la terapia cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico es parte de una estrategia terapéutica general. Trastorno de ansiedad generalizada. La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores se ha estudiado durante al menos 6 meses en pacientes que recibieron 20 mg/día. Los beneficios del tratamiento de ansiedad social no se ha estudiado en pacientes ancianos. Niños y adolescentes (< 18 años). Ciprexal no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. (Ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). En caso de insuficiencia hepática. En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg al día. Se recomienda precaución y cuidado especial de ajuste de dosis en pacientes con función hepática gravemente reducida. Metabolizadores lentos de la CYP2C19. En pacientes conocidos como metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg al día. Retirada. Cuando deba interrumpirse el tratamiento con Ciprexal, la dosis debe disminuirse de forma gradual durante un período de 1 o 2 semanas, con el fin de evitar posibles síntomas de retirada (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.3. CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad a escitalopram o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminooxidasa (inhibidores de la MAO) (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Se deben considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). Uso en niños y adolescentes menores de 18 años. Ciprexal 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 ensayos clínicos con niños y adolescentes tratados con antidepressivos frente a aquellos tratados con placebo. Si se adoptase no obstante la decisión de usar Ciprexal en niños y adolescentes por lo que se base de las pruebas médicas, de efectuar el tratamiento, deberá supervisarse cuidadosamente en el paciente la aparición de síntomas de trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepressivos. Esta refiere al crecimiento, la madurez y el desarrollo cognitivo y conductual. Ansiedad paradójica. Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepressivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en el plazo de 2 semanas, durante el tratamiento continuado. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansioagénico paradójico (ver apartado 4.2. Posología y forma de administración). Convulsiones. El tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. Los ISRS no se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. El tratamiento con ISRS se debe interrumpir si se observa un aumento de la frecuencia de convulsiones. Manía. Los ISRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de ISRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. Diabetes. En pacientes con diabetes, el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glucémico (hipoglucemia u hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales. Suicidio/ideas suicidas. La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio. El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que se produzca esta mejoría. El posible incremento del riesgo de suicidio en las fases precoces de la recuperación, es una experiencia clínica general de todas las terapias antidepressivas. Otras enfermedades psiquiátricas para las que se prescribe escitalopram, pueden también asociarse con un incremento del riesgo de conductas suicidas. Además, estas patologías pueden ser comórbidas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con trastorno depresivo mayor, deben realizarse cuando se traten pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Pacientes con historial de conductas o pensamientos suicidas o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento, poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberán ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. No hay datos suficientes respecto al riesgo de conductas relacionadas con suicidio en el tratamiento de pacientes nuevos, pero debería asegurarse una monitorización cuidadosa. Pacientes (y cuidadores de pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar la aparición de ideas/conductas suicidas o pensamientos de autolesión y si se presentan estos síntomas, buscar asesoramiento médico inmediatamente. Hiponatremia. Con el uso de ISRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (ADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, pacientes cirróticos o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponatremia. Hemorragia. Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con ISRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales, con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antiplaquetarios atípicos y fenotiacinas, la mayoría de los antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ticlopidina y dipyridamol), así como en pacientes con tendencia a hemorragias. Terapia electroconvulsiva (TEC). La experiencia clínica sobre la administración concomitante de ISRS y TEC es limitada, por lo que se recomienda precaución. Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A. En general no se recomienda la combinación de escitalopram con inhibidores de la MAO-A debido al riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Para el tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos irreversibles de la MAO ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Síndrome serotoninérgico. Se recomienda precaución si escitalopram se usa concomitantemente con medicamentos que tengan efectos serotoninérgicos tales como sumatriptán u otros triptanes, tramadol y triptolano. En casos raros, se ha notificado el síndrome serotoninérgico en pacientes que toman ISRS concomitantemente con otros medicamentos serotoninérgicos. Una combinación de síntomas tales como agitación, temblor, incontinencia urinaria e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si esto ocurre, el tratamiento con escitalopram y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. Hierba de San Juan. La administración concomitante de ISRS y remedios herbales que contienen hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Reacciones de retirada. Cuando se interrumpa la terapia con Ciprexal la dosis debería reducirse gradualmente durante un período de una o dos semanas para evitar posibles reacciones de retirada (ver apartado 4.2. Posología y forma de administración). Enfermedad coronaria. Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Interacciones farmacodinámicas. Combinaciones contraindicadas: **IMAOs no selectivos.** Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con un inhibidor no selectivo de la monoaminooxidasa (IMAO), y también en pacientes que han dejado de tomar un ISRS y han iniciado tratamiento con un IMAO (ver apartado 4.3. Contraindicaciones). En algunos casos, el paciente desarrolló un síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.8. Reacciones adversas). Escitalopram está contraindicado en combinación con IMAOs no selectivos. El tratamiento con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible o como mínimo un día después de interrumpir el tratamiento con el IMAO reversible (RIMA) moclobemida. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la retirada del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO no selectivo. Combinaciones desaconsejadas: **Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A (moclobemida).** Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un inhibidor de la MAO-A no está recomendada (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Si la combinación fuera necesaria, debería iniciarse con la dosis mínima recomendada y la monitorización clínica debería reforzarse. Combinaciones que requieren precauciones de uso: **Selegrina.** En combinación con selegrina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. Dosis de selegrina de hasta 10 mg al día, se han administrado conjuntamente con seguridad con escitalopram racémico. **Medicamentos serotoninérgicos.** La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán y otros triptanes) puede provocar un síndrome serotoninérgico. **Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo.** Los ISRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se utilizan conjuntamente con otros medicamentos que disminuyen el umbral (e.g. antidepressivos (tricíclicos, ISRS), neurolepticos (fenotiacinas, tioxantenos y butirofenonas), meprobamita y tramadol). **Litio.** Se ha informado de casos de potenciación de efectos, cuando los ISRS se han administrado con litio o triptolano, por lo que la administración concomitante con ISRS con estos medicamentos debe realizarse con precaución. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS con remedios herbales que contienen hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Hemorragia.** Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o interrumpe la administración de escitalopram (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Alcohol.** No se esperan interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas entre escitalopram y alcohol. De todas formas al igual que con otros medicamentos psicotrópicos, la combinación con alcohol no es aconsejable. **Interacciones farmacocinéticas.** Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de escitalopram. El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. Las CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su metabolito principal, el S-DCT (desmetilescitalopram), parece ser parcialmente catalizado por la CYP2D6. La administración conjunta de escitalopram con omeprazol 30 mg una vez al día (inhibidor de la CYP2C19) produjo un incremento moderado (aproximadamente 50%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. La administración conjunta de escitalopram con cimetidina 400 mg dos veces al día (inhibidor enzimático general moderadamente potente) produjo un incremento moderado (aproximadamente 70%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se utiliza conjuntamente con inhibidores de la CYP2C19 (e.g. omeprazol, esomeprazol, fluvoxamida, lansoprazol, ticlopidina) o cimetidina. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram según la monitorización de efectos adversos durante el tratamiento concomitante con inhibidores de la CYP2C19 en pacientes que reciben un ISRS en combinación con un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, e.g. antidepressivos, tales como desipramina, clomipramina y nortriptilina o antiplaquetarios como risperidona, floridacina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. La administración conjunta con desipramina o metoprolol duplicó en ambos casos las concentraciones plasmáticas de estos dos substratos de la CYP2D6. Estudios *in vitro* han demostrado que escitalopram puede inhibir discretamente la CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de medicamentos que son metabolizados por la CYP2C19. **4.6. Embarazo y lactancia.** Embarazo. Con escitalopram se dispone sólo de datos clínicos limitados respecto a la exposición en embarazadas. En estudios de toxicología de la reproducción en ratas realizados con escitalopram, se observaron efectos embriofetotóxicos, pero no se observó un incremento en la incidencia de malformaciones. Ciprexal no debería usarse durante el embarazo a no ser que sea estrictamente necesario y sólo bajo una cuidadosa evaluación del riesgo/beneficio. El uso de ISRS en el tercer trimestre del embarazo, podría producir en el recién nacido un síndrome de retirada, incluyendo trastornos neuro-conductuales. Los siguientes efectos fueron observados en neonatos de mujeres embarazadas que recibieron ISRS hasta su nacimiento: irritabilidad, temblor, hipertonia, incremento del tono muscular, lloro constante, dificultad en la succión o en el sueño. Pueden indicar efectos serotoninérgicos o un síndrome de retirada. Debería observarse al neonato si la madre ha usado escitalopram al final del embarazo. Si se usan ISRS durante el embarazo, nunca deben interrumpirse bruscamente. Lactancia. Escitalopram puede ser excretado por el leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria.** Aunque se ha demostrado que escitalopram no altera la función intelectual o el rendimiento psicomotor, cualquier medicamento psicoactivo puede alterar el juicio o las habilidades. Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **4.8. Reacciones adversas.** Reacciones adversas. Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado. Tras la administración prolongada, la interrupción brusca de los ISRS puede ocasionar una reacción de retirada en algunos pacientes. Aunque esta reacción de retirada puede producirse al interrumpir el tratamiento, los datos clínicos y preclínicos disponibles no indican que los ISRS provoquen dependencia. En algunos pacientes se han observado síntomas de retirada (mareos, cefaleas y náuseas) después de una interrupción brusca del tratamiento con escitalopram. La mayoría fueron leves y autolimitados. A fin de evitar reacciones de retirada, se recomienda disminuir gradualmente la dosis administrada a lo largo de 1-2 semanas. Las siguientes reacciones adversas ocurrieron con mayor frecuencia con escitalopram que con placebo en los estudios doble ciego controlados con placebo. Las siguientes frecuencias no están corregidas con respecto al placebo. **Trastornos del metabolismo y nutricionales.** Frecuentes (>1/100, <1/10): insomnio, somnolencia, mareos. No Frecuentes (>1/1000, <1/100): trastornos del gusto, trastornos del sueño. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos.** Frecuentes (>1/100, <1/10): sinusitis, bostezos. **Trastornos gastrointestinales.** Muy frecuentes (>1/100, <1/10): náuseas. Frecuentes (>1/100, <1/100): diarrea, estreñimiento. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.** Frecuentes (>1/100, <1/10): aumento de la sudoración. **Trastornos del sistema reproductivo y de la mama.** Frecuentes (>1/100, <1/10): hombres: trastornos de la eyaculación, impotencia. **Trastornos generales y en el sitio de administración.** Frecuentes (>1/100, <1/10): fatiga, pirexia. Las siguientes reacciones adversas corresponden al grupo terapéutico de los ISRS: Trastornos del metabolismo y nutricionales - Hiponatremia, secreción inadecuada de ADH. Trastornos psiquiátricos - Alucinaciones, manía, confusión, agitación, ansiedad, despersonalización, crisis de angustia, nerviosismo. Trastornos del sistema nervioso - Convulsiones, temblor, alteraciones del movimiento, síndrome serotoninérgico. Trastornos oculares - Alteraciones de la visión. Trastornos vasculares - Hipotensión postural. Trastornos gastrointestinales - Náuseas, indigestión, sequedad de boca, diarrea y anorexia. Trastornos hepato-biliares - Pruebas de la función hepática alteradas. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo - Erupción, equimosis, prurito, angioedema, sudoración. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo - Artralgia, migraña. Trastornos renales y urinarios - Retención urinaria. Trastornos del sistema reproductivo y de la mama - Ginecomastia, disfunción sexual. Trastornos de laboratorio - Anemia, leucopenia, trombocitopenia. Trastornos de laboratorio - Anemia, leucopenia, trombocitopenia. **4.9. Sobredosis.** Toxicidad. Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados. Sin embargo, se ha observado que se han ingerido dosis de 190 mg de escitalopram sin que se haya informado de ningún síntoma grave. Síntomas. Síntomas de sobredosisación con escitalopram racémico (> 600 mg): mareos, temblor, agitación, somnolencia, pérdida de consciencia, convulsiones, taquicardia, cambios en el segmento ST-T del ECG, ensanchamiento del complejo QRS, alargamiento del intervalo QT, arritmias, depresión respiratoria, vómitos, rabdomiolisis, acidosis metabólica, hipokalemia. Es previsible que la sobredosisación con escitalopram presente la misma sintomatología. Tratamiento. No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Debe considerarse el uso de carbón activo. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** 5.1. **Lista de excipientes.** Núcleo: Celulosa microcristalina, Sílice coloidal anhidra, Talco, Croscarmellose de sodio, Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** Hipromelosa, Macrogol 400, Dióxido de titanio (E-171). **5.2. Incompatibilidades.** No se han descrito. **5.3. Período de validez.** 3 años. **5.4. Precauciones especiales de conservación.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Blister de PVC/PE/PVdC/Aluminio (transparente), incluido en un estuche; 14, 20, 28, 50, 100 comprimidos (10, 15 y 20 mg). Frasco de comprimidos de polipropileno; 100 (10, 15 y 20 mg), 200 (10 mg) comprimidos. Pueden no estar comercializados todos los formatos. **5.6. Instrucciones de uso y manipulación.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Lundbeck España, S.A. Diagonal 605, 08028 Barcelona, España. **7. NÚMERO(S) DEL REGISTRO.** Ciprexal 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.230. Ciprexal 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.234. Ciprexal 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.233. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Ciprexal 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / Ciprexal 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / Ciprexal 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003. **9. PRESENTACIÓN Y PRECIO PVP (IVA).** Ciprexal 10 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 23,01€, P.V.P. IVA 23,93€. Ciprexal 15 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 34,51€, P.V.P. IVA 35,89€. Ciprexal 20 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 46,01€, P.V.P. IVA 47,85€. **10. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL.** Con receta médica. Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Círculo de aportación reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Enero de 2006.

1. Gorman JM, Korotzer A, Su G. Efficacy comparison of escitalopram and citalopram in the treatment of major depressive disorder: Pooled analysis of placebo-controlled trials. CNS Spectrums 2002; 7(1):40-4. 2. Baldwin D, Hindmarch I, Huosom AKT et al. Escitalopram and paroxetine in the short and long-term treatment of major depressive disorder (MDD). Int J Neuropsychopharmacol 2004; 7 Suppl 1:S168. 3. Bielski RJ, Bose A, Chang CC. A double-blind comparison of escitalopram and paroxetine in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. Ann Clin Psychiatry 2005; 17(2): 65-9. 4. Burke WJ, Gergel I, Bose A. Fixed-dose trial of the single isomer SSRI escitalopram in depressed outpatients. J Clin Psychiatry 2002;63:332-6

