

## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

**ESC**

**COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

**15 mg**

### COMPOSICIÓN

Cada comprimido recubierto contiene:

Escitalopram (como Oxalato) 15 mg

Excipientes c.s.: Croscarmelosa sódica, Dióxido de silicio, Talco, Estearato de magnesio, Dióxido de titanio, Celulosa microcristalina, Macrogol, Hipromelosa, Polidextrosa, Triglicéridos de cadena media, Povidona.

### FARMACOLÓGICA

Escitalopram es un innovador antidepresivo de la familia de inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina, el cual se desarrolló a partir de la molécula de citalopram, ocupando una estrategia relativamente nueva que involucra la extracción de uno de los dos enantiómeros para crear un medicamento de un solo enantiómero. Así, escitalopram corresponde al enantiómero S del citalopram, que es el terapéuticamente activo.

Escitalopram es un agente antidepresivo, que actúa inhibiendo selectivamente la recaptación de serotonina en la hendidura sináptica interneuronal, incrementando la concentración sináptica de serotonina y, consecuentemente, la activación de las vías serotoninérgicas neurales. Carece prácticamente de efectos sobre otros receptores, al menos en concentraciones compatibles con la dosificación habitual en humanos.

Se trata del enantiómero S puro del citalopram. La forma racémica (mezcla de isómeros R y S del citalopram) es más de 300 veces más selectivo para la recaptación de serotonina que para la de noradrenalina, formando parte del grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Escitalopram mejora los síntomas asociados a la depresión mayor de una forma rápida. Algunos de estos síntomas comienzan a mejorar al cabo de una o dos semanas de tratamiento. Reduce la incidencia de recaídas en los pacientes recuperados y ha demostrado que es capaz de mantener los pacientes en remisión durante períodos de hasta un año.

Escitalopram también mejora todos los parámetros de eficacia en pacientes con ansiedad generalizada, ansiedad social y ataques de angustia (pánico), tratados durante periodos de 8-12 semanas.

- **Farmacocinética**

**Absorción:** la absorción es casi completa e independiente de la ingestión de alimentos ( $T_{max} = 4$  h tras dosis múltiples). Al igual que con citalopram racémico, la biodisponibilidad absoluta de escitalopram se espera que sea del 80% aproximadamente.

**Distribución:** el volumen aparente de distribución tras la administración oral es de 12-26 L/kg aprox. La unión del escitalopram y de sus metabolitos principales a las proteínas plasmáticas es inferior al 80%.

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

**Eliminación:** la vida media de eliminación tras dosis múltiples es de 30 h y el aclaramiento plasmático oral de 0,6 L/min, aprox. Los principales metabolitos tienen una vida media significativamente más larga. Se supone que escitalopram y sus metabolitos principales se eliminan por vía hepática (metabólica) y vía renal. La mayor parte de la dosis se excreta en forma de metabolitos por la orina.

**Linealidad:** la farmacocinética es lineal. Las concentraciones plasmáticas en estado de equilibrio se alcanzan en 1 semana aprox. Las concentraciones medias en estado de equilibrio de 50 nmol/L (intervalo 20 a 125 nmol/L) se alcanzan a una dosis diaria de 10 mg.

**Pacientes ancianos (> 65 años):** escitalopram se elimina más lentamente en las personas ancianas que en personas jóvenes. La exposición sistémica (AUC) es aproximadamente un 50% mayor en personas ancianas comparado con voluntarios sanos jóvenes.

**Insuficiencia hepática:** no ha sido estudiado en pacientes que presentan insuficiencia hepática. La vida media de citalopram racémico fue aproximadamente dos veces más larga y la concentración media en estado de equilibrio fue aproximadamente un 60% más alta en pacientes con una función hepática reducida que en pacientes con función hepática normal. La farmacocinética de los metabolitos no ha sido estudiada en esta población. Citalopram se determinó de manera no estereoselectiva, y por tanto la magnitud del incremento del enantiómero S (escitalopram) farmacológicamente activo no se conoce. Por tanto, estos datos deben interpretarse con precaución.

**Insuficiencia renal:** en pacientes con insuficiencia renal (ClCr 10-53 mL/min), se ha observado que el citalopram racémico presenta una vida media más larga y un menor incremento de la exposición. Las concentraciones plasmáticas de los metabolitos no han sido estudiadas pero podrían ser elevadas.

Polimorfismo: se ha observado que los metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19 presentan el doble de la concentración plasmática de escitalopram que los metabolizadores rápidos. No se observaron cambios significativos de la exposición en los metabolizadores lentos con respecto a la CYP2D6.

### **VÍA DE ADMINISTRACIÓN**

Vía de administración oral

### **USO ADULTO**

### **CLASIFICACIÓN**

Antidepresivos

### **CLASIFICACIÓN ATC**

N06AB10

### **INDICACIONES**

- Tratamiento de trastornos depresivos mayores y de mantenimiento para evitar la recaída.
- Tratamiento de los trastornos de angustia (ataque de pánico) con o sin agorafobia.
- Tratamiento fobia social.
- Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.
- Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

### **DOSIFICACIÓN**

No se ha demostrado aún la seguridad del Escitalopram administrado a dosis mayores a 20 mg diarios.

#### ***Tratamiento de trastornos depresivos mayores y de mantenimiento para evitar la recaída***

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

Usualmente, el efecto antidepresivo se obtiene entre 2 y 4 semanas de tratamiento. El tratamiento de los episodios depresivos requiere de tratamiento inicial, así como también, de tratamiento de mantenimiento. Después de la resolución de los síntomas durante el tratamiento inicial, se requiere un período de tratamiento durante por lo menos 6 meses para consolidar la respuesta.

#### ***Tratamiento de trastornos de angustia (ataque de pánico) con o sin agorafobia***

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

La máxima eficacia en el tratamiento de los trastornos de pánico se alcanza al cabo de 3 meses de tratamiento aproximadamente. Es un tratamiento prolongado.

### ***Tratamiento de la fobia social***

La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. Generalmente, se observan síntomas de alivio a las 2-4 semanas de tratamiento. Se recomienda continuar el tratamiento durante por lo menos 12 semanas para consolidar la respuesta y, controlar regularmente al paciente para evaluar los beneficios del tratamiento.

### ***Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada***

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

Se recomienda continuar el tratamiento durante por lo menos 12 semanas para consolidar la respuesta. El tratamiento a largo plazo durante 6 meses ha mostrado prevenir las recaídas por lo que puede tomarse en consideración sobre la base de la respuesta individual del paciente. El beneficio del tratamiento debe re-evaluarse a intervalos regulares.

### **Posologías Especiales**

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

Se debe considerar iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis usualmente recomendada y una dosis máxima más baja (ver Farmacocinética).

#### ***Niños y adolescentes (< 18 años)***

No se recomienda su administración en niños y adolescentes menores de 18 años de edad (ver Advertencias y Precauciones Especiales de Empleo).

#### ***Pacientes con insuficiencia renal***

No es necesario un ajuste de la dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja administrar con precaución en pacientes con función renal severamente disminuida (clearance de creatinina < 30 mL/min) (ver Farmacocinética).

#### ***Pacientes con insuficiencia hepática***

Se recomienda una dosis inicial de 5 mg durante las 2 primeras semanas de tratamiento. La dosis puede aumentarse hasta 10 mg según la respuesta individual del paciente (ver Farmacocinética).

#### ***Metabolizadores pobres del CYP2C19***

En pacientes con antecedentes conocidos de ser metabolizadores pobres con respecto al CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las primeras dos semanas de tratamiento. La dosis puede incrementarse hasta 10 mg diarios, según la respuesta individual del paciente (ver Farmacocinética).

### ***Discontinuación del tratamiento***

Cuando deba interrumpirse el tratamiento con Escitalopram, la dosis debe disminuirse de manera gradual durante un período de una a dos semanas para evitar posibles reacciones de supresión (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo).

## EFFECTOS ADVERSOS

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

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

Las frecuencias especificadas no están corregidas respecto al placebo. Las frecuencias se definen como: muy frecuente ( $\geq 1/10$ ), frecuente ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ), poco frecuente ( $\geq 1/1000$ ,  $\leq 1/100$ ), rara ( $\geq 1/10000$ ,  $\leq 1/1000$ ), muy rara ( $\leq 1/10000$ ) o desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles).

Sistema orgánico	Frecuencia	Efecto indeseable
Alteración sanguínea y linfática	Desconocida	Trombocitopenia
Alteración del sistema inmune	Rara ( $\geq 1/10000$ a $\leq 1/1000$ )	Reacción anafiláctica
Alteración endocrina	Desconocida	Secreción inadecuada de ADH
Metabolismo y alteraciones nutricionales	Frecuente ( $> 1/100$ , $< 1/10$ )	Disminución del apetito; Aumento del apetito Aumento de peso
	Poco Frecuente $\geq 1/1000$ a $\leq 1/100$	Disminución de peso
	Desconocida	Hiponatremia; anorexia <sup>2</sup>
Alteraciones psiquiátricas	Frecuente ( $> 1/100$ , $< 1/10$ )	Ansiedad, agitación, sueño anormal. Disminución de la libido (hombre y mujer), anorgasmia (mujeres)
	Poco Frecuente $\geq 1/1000$ a $\leq 1/100$	Bruxismo, agitación, nerviosismo, pánico, estado confusional
	Rara ( $\geq 1/10000$ a $\leq 1/1000$ )	Agresión, despersonalización, alucinaciones.
	Desconocida	Manía; eventos relacionados a suicidio (ideación, comportamiento suicida) <sup>1</sup>
Alteraciones del sistema nervioso central	Frecuente ( $> 1/100$ , $< 1/10$ )	Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor

	Poco frecuente ( $>1/1000$ , $<1/100$ )	Trastornos del sabor, trastornos del sueño, síncope
	Rara ( $\geq 1/10000$ a $\leq 1/1000$ )	Síndrome de serotonina
	Desconocida	Disquinesia, alteración del movimiento, convulsión; Acatisia/inquietud psicomotora <sup>2</sup>
Molestia Ocular	Poco frecuente ( $>1/1000$ , $<1/100$ )	Midriasis, visión anormal.
Alteración del oído y laberinto	Poco frecuente ( $>1/1000$ , $<1/100$ )	Tinnitus
Alteración cardíaca	Poco frecuente ( $>1/1000$ , $<1/100$ )	Taquicardia
	Rara ( $\geq 1/10000$ a $\leq 1/1000$ )	Bradycardia
	Desconocida	Prolongación QT en el electrocardiograma
Alteración vascular	Desconocida	Hipotensión ortostática
Alteraciones respiratorias, torácicas y del mediastino	Frecuente ( $>1/100$ , $<1/10$ )	Sinusitis, bostezos
	Poco frecuente ( $>1/1000$ , $<1/100$ )	Epistaxis
Alteraciones gastrointestinales	Muy frecuente ( $>1/10$ )	Náuseas
	Frecuente ( $>1/100$ , $<1/10$ )	Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad bucal
	Poco frecuente ( $>1/1000$ , $<1/100$ )	Hemorragia gastrointestinal (incluye hemorragia rectal)
Alteraciones hepato-biliares	Desconocida	Hepatitis; prueba de la función hepática anormal
Piel y alteraciones del tejido subcutáneo	Frecuente ( $>1/100$ , $<1/10$ )	Aumento de la sudoración
	Poco frecuente ( $>1/1000$ , $<1/100$ )	Urticaria, alopecia, rash, prurito
	Desconocida	Equimosis, angioedema
Alteraciones músculo- esqueléticas, tejido conectivo y huesos	Frecuente ( $>1/100$ , $<1/10$ )	Artralgia, mialgia
Alteraciones renales y urinarias	Desconocida	Retención urinaria
Alteraciones de la mama y reproductivas	Frecuente ( $>1/100$ , $<1/10$ )	Trastorno de eyaculación, impotencia
	Poco frecuente ( $>1/1000$ , $<1/100$ )	Metrorragia, menorragia

	Desconocida	Priapismo (hombre), galactorrea
Alteraciones generales	Frecuente (>1/100, <1/10)	Fatiga, pirexia
	Poco frecuente (>1/1000, <1/100)	Edema

<sup>1</sup> Casos de ideación de suicidio y comportamiento suicida reportados durante la terapia con Escitalopram o tempranamente después de la discontinuación del tratamiento (ver Advertencias y Precauciones Especiales de Empleo).

<sup>2</sup> Estos eventos se reportaron para la clase terapéutica de los ISRSs.

### CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad reconocida al escitalopram, al citalopram o a cualquiera de los componentes de la formulación.

Contraindicado en embarazo y lactancia.

Contraindicado durante el tratamiento con medicamentos inhibidores de la monoamino oxidasa y hasta transcurridas dos semanas de finalizado el tratamiento con los mismos. Asimismo, tampoco debe iniciarse un tratamiento con inhibidores de la MAO hasta transcurridas dos semanas de finalizado un tratamiento con escitalopram.

### ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

En un análisis de 24 estudios clínicos a corto plazo (4 meses), que involucraron a 4400 pacientes niños con depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo u otras alteraciones psiquiátricas, placebo controlados, quienes fueron tratados con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antidepresivos de otra clase, se observó un incremento del doble en riesgo de suicidio del grupo que recibió el antidepresivo versus el grupo que recibió placebo (4% versus 2%).

Antes de iniciar la terapia con un antidepresivo se deben investigar cuidadosamente los antecedentes psiquiátricos del paciente, incluyendo historia familiar y personal de suicidios y trastorno bipolar.

Este medicamento no debe administrarse a menores de 18 años de edad. Se ha visto que el uso de antidepresivos en niños y adolescentes aumenta el riesgo de pensamientos y conductas suicidas.

#### ***Ansiedad paradójica***

Algunos pacientes con trastornos de pánico pueden presentar un aumento de la ansiedad al inicio del tratamiento con antidepresivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en el plazo de 2 semanas, con la continuación del tratamiento. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansiogénico (ver Posología y forma de administración).

***Convulsiones***

El tratamiento debe ser interrumpido en pacientes que desarrollen convulsiones al iniciar el mismo o si se observa un incremento de la frecuencia del episodio convulsivo (en pacientes con diagnóstico previo de epilepsia). Los ISRS no se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser cuidadosamente monitorizados. 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 los pacientes que desarrollen una fase maníaca.

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

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

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

Pacientes con historial de hechos relacionados con el suicidio o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento, se conoce que poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberían ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento.

***Acatisia / Inquietud psicomotora***

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

***Hiponatremia***

Raramente se ha observado hiponatremia, probablemente debida a una inapropiada secreción de la hormona antidiurética, con el uso de los ISRS, la cual generalmente resuelve con la discontinuación del tratamiento. Se recomienda administrar con precaución, especialmente en pacientes en riesgo, tal como en pacientes ancianos, pacientes cirróticos o en pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que ocasionen hiponatremia.



***Hemorragia***

Se han descrito alteraciones de sangrado cutáneo, como equimosis y púrpura con los ISRS. Se recomienda precaución en pacientes tratados con ISRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con fármacos que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipsicóticos atípicos y fenotiazinas, la mayoría de los antidepresivos tricíclicos, aspirina y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ticlopidina y dipiridamol), así como en pacientes con antecedentes de tendencia al sangrado.

***Terapia electroconvulsiva (TEC)***

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

***Inhibidores Selectivos Reversible de la MAO-A***

La combinación de Escitalopram con inhibidores selectivos de la MAO-A no está recomendada debido al riesgo de síndrome serotoninérgico.

***Síndrome Serotoninérgico***

Se recomienda administrar con precaución cuando el Escitalopram se utiliza concomitantemente con otros fármacos con efectos serotoninérgicos tal como el sumatriptan y otros triptanos, tramadol y triptofano.

Se ha reportado síndrome serotoninérgico, en raras ocasiones, en pacientes que utilizan concomitantemente ISRS con medicamentos serotoninérgicos. La observancia de una combinación de síntomas, tales como agitación, temblor, mioclonus e hipertermia podría indicar el desarrollo de esta condición. De ocurrir, se debe inmediatamente discontinuar el tratamiento con el ISRS y el medicamento serotoninérgico e iniciar un tratamiento sintomático.

***Hierba de San Juan (también conocido como Hipérico, Corazoncillo)***

La administración concomitante de ISRS y remedios herbales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción).

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

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

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

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

## **INTERACCIONES**

### ***Combinaciones Contraindicadas***

#### ***Inhibidores de la monoamino-oxidasa, irreversible, no selectivo***

Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con un inhibidor de la monoaminoxidasa irreversible (IMAO) y en pacientes que han dejado de tomar un ISRS y han iniciado tratamiento con un IMAO. En algunos casos, el paciente desarrolló un síndrome serotoninérgico.

Escitalopram no se debe administrar en combinación con un IMAO no selectivo irreversible. El tratamiento con Escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la discontinuación del tratamiento con Escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO no selectivo irreversible.

#### ***Pimozida***

La co-administración de una única dosis de pimozida 2 mg en pacientes tratados con citalopram racémico 40 mg/día durante 11 días causó aumento del área bajo la curva y el Cmax de pimozida, aunque no fue consistente a lo largo de todo el estudio. La co-administración de pimozida y citalopram resultó en un aumento promedio del intervalo QTc de aproximadamente 10 msegundos. Debido a la interacción observada a bajas dosis de pimozida, la administración concomitante de Escitalopram y pimozida está contraindicada.

### ***Combinaciones que requieren precaución de uso***

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

Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un inhibidor de la MAO-A, como moclobemida no es recomendada. Si la combinación fuera necesaria, debería iniciarse con la dosis mínima recomendada y la monitorización clínica debería reforzarse.

El tratamiento con Escitalopram puede iniciarse por lo menos un día después de haber discontinuado el tratamiento con el IMAO (IMAR) reversible moclobemida.

#### ***Selegilina***

En combinación con selegilina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico.

**Medicamento Serotoninérgicos**

La administración conjunta con fármacos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán) puede provocar un síndrome serotoninérgico.

**Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo**

Los ISRS pueden disminuir el umbral convulsivo, por lo cual se recomienda precaución cuando se administra concomitantemente con otros fármacos capaces de disminuirlo (por ejemplo: antidepresivos (tricíclicos, ISRS), neurolépticos (fenotiazinas, tioxantenos y butirofenonas), mefloquina, bupropión y tramadol).

**Litio, Triptófano**

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

**Hierba de San Juan (Hipérico)**

La administración concomitante de ISRS con remedios herbales que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo).

**Anticoagulantes**

La administración concomitante de Escitalopram con anticoagulantes orales podría ocasionar efectos anticoagulantes alterados. En consecuencia, se recomienda controlar cuidadosamente a los pacientes que están recibiendo una terapia anticoagulante cuando se inicia o discontinúa el tratamiento con Escitalopram.

La administración concomitante con fármacos anti-inflamatorios no esteroides (AINEs) puede aumentar la tendencia al sangrado.

**Alcohol**

Aunque no es de esperar interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas entre el Escitalopram y el alcohol, al igual que con otros fármacos psicoactivos, no se aconseja la combinación de Escitalopram con alcohol.

**Interacciones farmacocinéticas****Influencia de otros productos medicinales en la farmacocinética del Escitalopram**

El metabolismo de Escitalopram está mediado principalmente por CYP2C19. CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su mayor metabolito, el S-DCT, parece ser parcialmente catalizado por el CYP2D6.

La administración conjunta de fármacos que inhiben el CYP2C19 conduce a un aumento de las concentraciones plasmáticas de Escitalopram. Se recomienda precaución con la utilización conjunta de tales medicamentos, por ejemplo omeprazol. Una reducción de la dosis podría ser necesaria.

La administración conjunta de Escitalopram con cimetidina (inhibidor enzimático general moderadamente potente) aumentó las concentraciones plasmáticas del escitalopram (aproximadamente 70%). Por lo tanto, se debe tener precaución en el nivel superior del intervalo de dosis de Escitalopram cuando se utiliza concomitantemente con inhibidores de CYP2C19 (por ejemplo: omeprazol, fluoxetina, fluvoxamina, lansoprazol, ticlopidina) y con cimetidina. Una reducción de la dosis de Escitalopram podría ser necesaria sobre la base de un criterio clínico.

### ***Efecto del Escitalopram en la farmacocinética de otros fármacos***

Escitalopram es un inhibidor moderado de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando se administren conjuntamente otros fármacos cuyo metabolismo sea catalizado por esta enzima, y que tienen un rango terapéutico estrecho tal como flecainida, propafenona y metropolol, o algunos fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, por ejemplo antidepresivos como la desipramina, clomipramina y nortriptilina o, antipsicóticos como la risperidona, tioridazina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación.

La co-administración de Escitalopram con desipramina o metropolol duplicó las concentraciones plasmáticas de estos dos sustratos de la CYP2D6.

Estudios *in vitro* han demostrado que Escitalopram puede ocasionar una débil inhibición del CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de fármacos que son metabolizados por CYP2C19.

### ***Embarazo***

Se dispone de limitados datos clínicos sobre la administración de Escitalopram durante el embarazo. Se observó efectos embriotóxicos (reducción del peso fetal y retraso menor en la osificación) en estudios de toxicidad reproductiva en ratas, pero no se observó efecto sobre la viabilidad fetal ni aumento en la incidencia de malformaciones. El riesgo en humanos es desconocido.

Se debe vigilar a los recién nacidos si la madre continúa utilizando Escitalopram durante las últimas etapas del embarazo, en particular en el tercer trimestre. Se puede observar síntomas de discontinuación en el recién nacido si el Escitalopram se utiliza durante o justo antes del nacimiento.

El uso de ISRS durante el tercer trimestre del embarazo puede ocasionar efectos tales como trastornos neuro-conductuales en el recién nacido.

Los siguientes efectos se reportaron en neonatos de madres a las que se les administró ISRS/IRSN durante las etapas finales del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apnea, convulsiones, inestabilidad de la temperatura corporal, dificultad en la succión, vómitos, hipoglucemia, hipertensión,

hipotonía, hiperreflexia, temblor, irritabilidad, letargo, llanto constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas podrían indicar efectos serotoninérgicos como así también síndrome de supresión. En la mayoría de los casos, los efectos aparecen inmediatamente o poco tiempo después del alumbramiento (dentro de las 24 horas). La administración de los ISRS no debe ser discontinuada abruptamente si son utilizados durante el embarazo.

Escitalopram no se debe administrar a mujeres embarazadas a menos que sea claramente necesario y, sólo tras una evaluación cuidadosa del riesgo/beneficio.

Datos epidemiológicos sugirieron que el uso de los ISRS durante el embarazo, particularmente durante las etapas finales del embarazo, podrían incrementar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido. El riesgo observado fue de aproximadamente 5 casos por 1000 embarazos. En la población general se observó 1 a 2 casos de hipertensión pulmonar persistente por 1000 embarazos.

### ***Lactancia***

Escitalopram puede ser excretado a través de la leche materna. Las mujeres en período de lactancia no deben ser tratadas con Escitalopram o la lactancia debe ser discontinuada.

### ***Fertilidad***

Estudios en animales mostraron que algunos ISRSs podrían afectar la calidad del esperma. Reportes de casos en humanos con algunos ISRSs demostraron que el efecto sobre la calidad del esperma es reversible. No se ha observado impacto sobre la fertilidad en humanos hasta el momento.

## **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MAQUINARIA**

Escitalopram no altera ni la función intelectual ni el rendimiento psicomotor. No obstante, al igual que otros fármacos psicoactivos, se recomienda advertir a los pacientes sobre su capacidad para manejar vehículos u operar maquinarias.

## **SOBREDOSIS**

Se han informado tres casos de sobredosis de hasta 600 mg de escitalopram, sin informarse síntomas específicos y con recuperación completa. Los síntomas más frecuentemente informados tras la sobredosis de citalopram racémico, sólo o asociado con otras drogas y/o alcohol fueron: vértigo, sudoración, náuseas, vómitos, temblor, somnolencia, taquicardia sinusal y convulsiones. Más raramente se han informado: Amnesia, confusión, coma, hiperventilación, cianosis, rhabdomiolisis, cambios en el ECG (incluyendo prolongación del intervalo QTc, ritmo nodal, arritmia ventricular y un caso de posible torsades de pointes). No existen antídotos específicos. La diuresis forzada, la diálisis y la hemoperfusión no resultan eficaces debido al elevado volumen de distribución del escitalopram. Establecer y mantener una adecuada ventilación y oxigenación. Considerar la conveniencia de realizar lavado gástrico y administración de carbón activado. Efectuar

control clínico cuidadoso con monitoreo de los signos vitales y cardíacos y tratamiento sintomático y de soporte. Considerar la posibilidad que se trate de una sobredosis con varias drogas.

**CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO:**

Mantener lejos del alcance de los niños, mantener en su envase original, protegido del calor, la luz y humedad, a no más de 30°C. No usar este producto después de la fecha de vencimiento indicada en el envase.