

REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

Niperten 2,5 mg comprimate filmate

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare comprimat filmat conține fumarat de bisoprolol 2,5 mg.

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Comprimat filmat

Comprimate filmate de culoare albă, ovale biconvexe, marcate pe una dintre fețe.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Tratamentul insuficienței cardiace cronice stabile cu funcție sistolică ventriculară redusă, în asociere cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (ECA), diuretice și, opțional, glicozide cardiace (pentru informații suplimentare vezi pct 5.1).

4.2 Doze și mod de administrare

Doze

Tratamentul insuficienței cardiace cronice stabile

Adulți

Tratamentul standard al insuficienței cardiace cronice se compune din inhibitori ai ECA (sau un blocant al receptorilor angiotensinei, în cazul intoleranței la inhibitori ai ECA), un beta-blocant, diuretice și, atunci când este cazul, glicozide cardiace. La inițierea tratamentului cu bisoprolol, pacienții trebuie să fie clinic stabili (fără insuficiență cardiacă acută)

Este recomandat ca medicul curant să aibă experiență în tratamentul insuficienței cardiace cronice.

În timpul și în perioada următoare creșterii dozei, poate apărea agravarea tranzitorie a insuficienței cardiace, hipotensiune arterială sau bradicardie.

Faza de titrare

Tratamentul insuficienței cardiace cronice stabile cu bisoprolol necesită o fază de titrare.

Tratamentul cu bisoprolol trebuie început cu o creștere graduală, conform următorilor pași:

- 1,25 mg o dată pe zi timp de o săptămână, dacă e bine tolerat se crește la
- 2,5 mg o dată pe zi pentru încă o săptămână; dacă e bine tolerat se crește la
- 3,75 mg o dată pe zi pentru încă o săptămână; dacă e bine tolerat se crește la

- 5 mg o dată pe zi pentru următoarele 4 săptămâni; dacă e bine tolerat se crește la
- 7,5 mg o dată pe zi pentru următoarele 4 săptămâni; dacă e bine tolerat se crește la
- 10 mg o dată pe zi pentru tratamentul de întreținere

Doza maximă recomandată este de 10 mg o dată pe zi.

În timpul fazei de titrare este recomandată monitorizarea atentă a semnelor vitale (frecvență cardiacă, tensiune arterială) și a simptomelor agravării insuficienței cardiace. Simptomele pot să apară chiar din prima zi de la inițierea tratamentului.

Modificarea tratamentului

Dacă doza maximă recomandată nu este bine tolerată, trebuie luată în considerare reducerea treptată a dozei.

În cazul agravării tranzitorii a insuficienței cardiace, al hipotensiunii arteriale sau bradicardiei, este recomandată reconsiderarea dozelor medicamentelor administrate concomitente. De asemenea, poate fi necesară scăderea temporară a dozei de bisoprolol sau considerarea întreruperii tratamentului.

Reînceperea tratamentului și/sau creșterea dozei cu bisoprolol trebuie întotdeauna luată în considerare când pacientul redevine clinic stabil.

Insuficiență renală sau hepatică

Nu există informații referitoare la farmacocinetica bisoprololului la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică sau insuficiență renală sau hepatică. Ajustarea dozei la aceste categorii trebuie făcută cu precauție specială.

Vârstnici

Nu este necesară ajustarea dozei.

Copii și adolescenți

Nu există experiență cu privire la utilizarea bisoprolol la copii și adolescenți, prin urmare nu este recomandată administrarea la această grupă de pacienți.

Tratamentul cu bisoprolol este în general un tratament de lungă durată. Tratamentul cu bisoprolol nu trebuie întrerupt brusc, mai ales la pacienții cu boală ischemică cardiacă, deoarece poate determina agravarea clinică a pacientului. Dacă se intenționează întreruperea tratamentului, este recomandată scăderea treptată a dozei.

Mod de administrare

Administrare orală.

Niperten trebuie administrat dimineața și poate fi administrat cu alimente. Comprimetele trebuie înghițite cu lichid și nu trebuie mestecate.

4.3 Contraindicații

Bisoprololul este contraindicat la pacienții cu:

- hipersensibilitate la bisoprolol sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1
- insuficiență cardiacă acută sau în timpul episoadelor de insuficiență cardiacă decompensată, ce necesită tratament inotrop administrat pe cale i.v.

- șoc cardiogen
- bloc atrio-ventricular (AV) de gradul II sau III (fără pacemaker)
- sindrom de sinus bolnav
- bloc sino-atrial
- bradicardie simptomatică (frecvență cardiacă sub 60 bătăi/minut înaintea inițierii tratamentului)
- hipotensiune arterială simptomatică (tensiune arterială sistolică <100 mmHg)
- astm bronșic sever
- forme severe de boală ocluzivă arterială periferică sau forme severe de sindrom Raynaud
- feocromocitom netratat (vezi secțiunea 4.4)
- acidoză metabolică.

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

Tratamentul cu bisoprolol al insuficienței cardiace cronice stabile trebuie inițiat cu o fază de titrare specială (vezi pct. 4.2).

Tratamentul cu bisoprolol nu trebuie întrerupt brusc, mai ales la pacienții cu boală cardiacă ischemică, decât dacă este clar indicat acest lucru, deoarece poate determina o agravare a stării clinice (vezi pct. 4.2).

Inițierea și întreruperea tratamentului cu bisoprolol necesită monitorizare regulată.

Nu există experiență terapeutică pentru tratamentul cu bisoprolol în insuficiență cardiacă la pacienții cu următoarele boli și afecțiuni:

- diabet zaharat insulino-dependent (tip I)
- afecțiuni severe ale funcției renale
- afecțiuni severe ale funcției hepatice
- cardiomiopatie restrictivă
- boli congenitale ale inimii
- valvulopatii organice semnificative hemodinamice
- infarct miocardic în ultimele 3 luni.

Bisoprololul trebuie utilizat cu precauție în:

- bronhospasm (astm bronșic, boală obstructivă a căilor respiratorii)
- diabet zaharat cu variații mari ale valorilor glicemiei. Simptomele hipoglicemiei pot fi mascate (de exemplu, tahicardie, palpitații sau transpirații).
- diete alimentare restrictive
- tratament de desensibilizare în desfășurare. Similar altor beta-blocante, bisoprololul poate crește atât sensibilitatea la alergenii cât și severitatea reacțiilor anafilactice. Tratamentul cu epinefrină nu dă întotdeauna rezultatele terapeutice așteptate.
- bloc atrio-ventricular de gradul I
- angină Prinzmetal: s-au observat cazuri de vasospasm coronarian. Chiar dacă au o mare β_1 -selectivitate, nu se poate exclude complet crizele anginoase atunci când se administrează bisoprolol la pacienți cu angină Prinzmetal;
- boală ocluzivă arterială periferică (agravarea simptomelor poate apărea în special la începutul tratamentului).
- anestezie generală.

La pacienții cărora li se efectuează anestezie generală, blocarea receptorilor beta reduce incidența aritmiilor și a ischemiei miocardice în timpul inducției și intubării și în perioada post-operatorie. Perioperator, este recomandată în mod frecvent menținerea blocării receptorilor beta. Anestezistul

trebuie să știe de blocarea receptorilor beta, din cauza potențialelor interacțiuni cu alte medicamente, din care pot rezulta bradiaritmii, atenuarea tahicardiei reflexe și scăderea capacității reflexe de compensare a pierderii de sânge. Dacă se consideră necesară întreruperea tratamentului cu beta-blocante înainte de intervenția chirurgicală, aceasta trebuie făcută treptat și încheiată cu 48 de ore înainte de anestezie.

Utilizarea concomitentă a bisoprololului cu antagoniști de calciu, de tipul verapamilului sau diltiazemului, cu medicamente antiaritmice din clasa I și cu medicamente antihipertensive cu acțiune centrală nu este, în general, recomandată; pentru detalii, vezi pct. 4.5.

Deși beta –blocantele selective (beta 1) pot avea un efect mai mic asupra funcției pulmonare decât beta –blocantele neselective, la fel ca toate beta-blocantele, acestea ar trebui să fie evitate la pacienții cu boli obstructive ale căilor respiratorii, cu excepția cazului în care există motive clinice întemeiate pentru utilizarea lor. În cazul în care astfel de motive există, Niperten poate fi folosit cu precauție. La pacienții cu boli obstructive ale căilor respiratorii, tratamentul cu bisoprolol trebuie inițiat cu cea mai mică doză eficientă, iar pacienții trebuie monitorizați cu atenție pentru apariția unor simptome noi (de exemplu, dispnee, intoleranță la exercițiul fizic, tuse). În astmul bronșic sau în altă boală pulmonară obstructivă cronică simptomatică, este recomandat tratament concomitent cu bronhodilatatoare. Ocazional, la pacienții cu astm bronșic poate apărea o creștere a rezistenței căilor respiratorii, prin urmare poate fi necesară creșterea dozei de beta2- stimulante.

Pacienților cu psoriazis sau cu antecedente de psoriazis nu trebuie să li se administreze beta-blocante (de exemplu bisoprolol), decât după o evaluare atentă a raportului risc/beneficiu.

La pacienții cu feocromocitom, bisoprololul nu trebuie administrat înainte de blocarea receptorilor alfa.

În timpul tratamentului cu bisoprolol, simptomele tireotoxicozei pot fi mascate.

Similar altor beta-blocante, bisoprololul poate determina creșterea sensibilității la alergeni și exacerbează simptomele reacției anafilactice.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Asocieri nerecomandate

Antagoniști ai canalelor de calciu de tip verapamil și, într-o măsură mai mică, de tip diltiazem
Influență negativă asupra contractilității și conducerii atrio-ventriculare. Administrarea intravenoasă de verapamil la pacienții sub tratament cu beta-blocante poate determina hipotensiune arterială marcată și bloc atrio-ventricular.

Medicamente antiaritmice din clasa I (de exemplu quinidina, disopiramida, lidocaina, fenitoina; flecainidă, propafenonă)

Efectul asupra timpului de conducere atrio-ventricular poate fi potențat, și efectul negativ inotrop crescut.

Medicamentele ce acționează la nivel central (de exemplu clonidina, metildopa, moxonidina, rilmenidina)

Utilizarea concomitentă a medicamentelor antihipertensive cu acțiune centrală poate scădea tonusul central simpatic (reducerea ritmului și debitului cardiac, vasodilatație). Întreruperea bruscă a acestora, mai ales dacă este efectuată înaintea întreruperii beta-blocantelor, poate crește riscul efectului de "rebound" al hipertensiunii arteriale.

Asocieri care trebuie utilizate cu precauție

Antagoniști ai canalelor de calciu de tip dihidropiridină (de exemplu: nifedipină, felodipină și amlodipină)

Administrarea concomitentă poate crește riscul de hipotensiune arterială și nu poate fi exclusă o creștere a riscului de deteriorare ulterioară a funcției de pompă a ventriculului la pacienții cu insuficiență cardiacă.

Medicamente antiaritmice din clasa a III-a (de exemplu: amiodarona)

Efectul asupra timpului de conducere atrio-ventricular poate fi potențat.

Beta-blocanții topici (de exemplu picături de ochi pentru tratamentul glaucomului)

Pot potența efectul sistemic al bisoprololului.

Medicamente parasimpatomimetice

Utilizarea concomitentă poate crește timpul de conducere atrio-ventricular și riscul de bradicardie.

Insulină și medicamente antidiabetice orale

Crește efectul scăderii glicemiei. Blocada beta-adrenoreceptorilor poate masca simptomele hipoglicemiei.

Anestezice

Atenuarea tahicardiei reflexe și creșterea riscului de hipotensiune arterială (pentru informații suplimentare despre anestezia generală vezi pct. 4.4).

Glicozide digitalice

Scăderea ritmului cardiac, creșterea timpul de conducere atrio-ventricular

Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)

AINS pot reduce efectul hipotensiv al bisoprololului.

Medicamente beta-simpatomimetice (de exemplu: isoprenalina, dobutamina)

Utilizarea concomitentă cu bisoprolol poate scădea efectul ambelor medicamente.

Simpatomimetice care activează adrenoreceptorii alfa și beta (de exemplu: noradrenalina, adrenalina)

Asocierea cu bisoprolol poate determina efecte vasoconstrictoare mediate prin receptorii alfa-adrenergici, ce pot determina creșterea tensiunii arteriale și exacerbarea claudicației intermitente. Aceste interacțiuni pot apărea mai ales în cazul beta-blocantelor neselective.

Administrarea concomitentă cu medicamente antihipertensive sau cu alte medicamente cu efect potențial de scădere a tensiunii arteriale (de exemplu: antidepressive triciclice, barbiturice, fenotiazine) poate crește riscul de hipotensiune arterială.

Asocieri ce trebuie luate în considerare

Meflochină

Risc crescut de bradicardie.

Inhibitori ai monoaminoxidazei (cu excepția inhibitorilor MAO-B)

Efect hipotensor accentuat al beta-blocantelor dar, de asemenea, risc de producere al puseului hipertensiv.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Sarcina

Efectele farmacologice ale bisoprololului pot fi dăunătoare asupra sarcinii și/sau asupra fătului/nou-născutului. În general, blocații receptorilor beta adrenergici reduc irigarea placentei, efect asociat cu retard de creștere, deces intrauterin, avort sau naștere prematură. La fetus sau la nou născut pot apărea reacții adverse (de exemplu hipoglicemia și bradicardia). Dacă tratamentul cu blocante ale receptorilor beta adrenergici este necesar, se preferă blocați selectivi ai receptorilor beta-1.

Bisoprololul nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazurilor în care este absolut necesar. Dacă tratamentul este indicat, trebuie monitorizat fluxul sanguin uteroplacentar și creșterea fetală. În cazul efectelor dăunătoare asupra sarcinii sau fătului, trebuie luat în considerare un tratament alternativ.

Nou-născutul trebuie atent monitorizat. În primele 3 zile de tratament, pot apărea simptome de hipoglicemie și bradicardie.

Alăptarea

Nu există date disponibile cu privire la excreția bisoprololului în laptele matern uman. Prin urmare, în timpul tratamentului cu bisoprolol nu este recomandată alăptarea.

4.7 Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje

Într-un studiu efectuat la pacienți cu boală coronariană, bisoprololul nu a afectat capacitatea de a conduce vehicule. Cu toate acestea, în funcție de răspunsul individual al pacienților la tratament, nu pot fi excluse efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. Acestea trebuie luate în considerare mai ales la inițierea tratamentului și după schimbarea medicației, precum și în cazul consumului concomitent de alcool etilic.

4.8 Reacții adverse

- Foarte frecvente ($\geq 1/10$)
- Frecvente ($\geq 1/100$ la $< 1/10$)
- Mai puțin frecvente ($\geq 1/1000$ la $< 1/100$)
- Rare ($\geq 1/10000$ la $< 1/1000$)
- Foarte rare ($< 1/10000$),
- Cu frecvență necunoscută (nu poate fi estimată din datele disponibile)

	Foarte frecvente	Frecvente	Mai puțin frecvente	Rare	Foarte rare
<i>Tulburări psihice</i>			tulburări ale somnului, depresie	coșmaruri, halucinații	
<i>Tulburări ale sistemului nervos</i>		amețeli, cefalee		sincopă	
<i>Tulburări oculare</i>				scăderea secreției lacrimale (de luat în considerare dacă pacientul poartă lentile de contact)	conjunctivită

<i>Tulburări acustice și vestibulare</i>				tulburări ale auzului	
<i>Tulburări cardiace</i>	bradicardie	agravarea insuficienței cardiace	tulburări ale conducerii AV		
<i>Tulburări vasculare</i>		senzație de frig sau amorțeală a extremităților, hipotensiune arterială	hipotensiune ortostatică		
<i>Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale</i>			bronhospasm la pacienții cu astm bronșic sau antecedente de boală pulmonară obstructivă	rinită alergică	
<i>Tulburări gastro-intestinale</i>		simptome gastrointestinale, cum sunt greața, vărsăturile, diareea, constipația			
<i>Tulburări hepatobiliare</i>				hepatită	
<i>Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat</i>				reacții de hipersensibilitate (prurit, eritem tranzitoriu, erupție cutanată tranzitorie și angioedem)	alopecie, beta-blocantele pot determina agravarea psoriazisului sau pot induce o erupție asemănătoare psoriazisului
<i>Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv</i>			slăbiciune musculară și crampe musculare		
<i>Tulburări ale aparatului genital și sânului</i>				t disfuncție erectilă	
<i>Tulburări generale și la nivelul locului de administrare</i>		astenie, fatigabilitate			
<i>Investigații</i>				creșterea	

diagnostice				trigliceridemie, creșterea concentrațiilor enzimelor hepatice (ALAT, ASAT).	
-------------	--	--	--	---	--

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Aceasta permite monitorizarea în continuare a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate, prin intermediul sistemului național de raportare disponibil pe site-ul oficial al Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale la următoarea adresă web: www.amdm.gov.md sau e-mail: farmacovigilenta@amdm.gov.md

4.9 Supradozaj

Simptome

În cazul supradozajului (de exemplu, doze zilnice de 15 mg în locul dozei de 7,5 mg) au fost raportate bloc AV de gradul III, bradicardie și amețeli. În general, cele mai frecvente semne ale supradozării sunt bradicardia, hipotensiunea arterială, bronhospasmul, insuficiența cardiacă acută și hipoglicemia. Până în prezent, s-au raportat câteva cazuri de supradozaj (doză maximă: 2000 mg) cu bisoprolol, la pacienți cu hipertensiune arterială și/sau ischemie coronariană, care au prezentat bradicardie și/sau hipotensiune arterială; toți pacienții s-au recuperat.

Există o variație mare de sensibilitate individuală la administrarea unei doze unice mari de bisoprolol, iar pacienții cu insuficiență cardiacă sunt, probabil, foarte sensibili. Prin urmare, la acești pacienți este obligatorie inițierea tratamentului prin creșterea gradată a dozelor, conform schemei terapeutice prezentate la pct. 4.2.

Tratament

În cazul de supradozaj se recomandă întreruperea tratamentului cu bisoprolol și administrarea unei terapii simptomatice și de susținere.

Datele limitate indică faptul că bisoprololul este greu dializabil.

Pe baza acțiunilor farmacologice și ale recomandărilor pentru alte beta-blocante, trebuie luate în considerare măsurile generale de susținere, când sunt justificate din punct de vedere clinic.

Bradycardie: Administrarea intravenoasă de atropină. Dacă răspunsul nu este adecvat, poate fi administrată ca măsură de precauție isoprenalina sau alt medicament cu efect cronotrop pozitiv. În unele situații, inserția transvenoasă a unui pacemaker poate fi necesară.

Hipotensiune arterială: Trebuie administrate intravenos fluide și vasopresoare. Administrarea intravenoasă de glucagon poate fi utilă.

Bloc atrio-ventricular de gradul II sau III: Pacienții trebuie atent monitorizați și tratați cu isoprenalina în perfuzie sau aplicarea temporară a unui pacemaker.

Agravarea temporară a insuficienței cardiace: Administrarea intravenoasă de diuretice, medicamente inotrope, medicamente vasodilatatoare.

Bronhospasm: Administrarea de medicamente bronhodilatatoare, cum sunt isoprenalina, beta2-simpatomimeticele sau aminofilina.

Hipoglicemie: Administrare intravenoasă de glucoză.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: betablocante selective, codul ATC: C07AB07.

Mecanism de acțiune

Bisoprololul este un blocant selectiv potent al receptorilor β_1 adrenergici, lipsit de activitate simpatomimetică intrinsecă și fără activitate relevantă de stabilizare membranară. Are afinitate scăzută pentru receptorii β_2 din mușchii netezi de la nivelul bronhiilor și vaselor, precum și pentru receptorii β_2 implicați în reglarea metabolismului. Prin urmare, nu este de așteptat ca bisoprololul să influențeze rezistența căilor respiratorii și efectele metabolice mediate β_2 . Selectivitatea β_1 depășește intervalul dozelor terapeutice.

Eficacitate și siguranță clinică

În studiul CIBIS II au fost incluși 2647 pacienți. 83% (n=2202) au fost în clasa NYHA III și 17% (n=445) au fost în clasa NYHA IV. Pacienții au prezentat insuficiență cardiacă sistolică compensată (fracție de ejeție <35%, evidențiată prin ecocardiografie). Mortalitatea totală a fost redusă de la 17,3% la 11,8% (reducere relativă de 34%). A fost observată o scădere a morții subite (3,6% comparativ cu 6,3%, reducere relativă 36%). În final, a fost observată o îmbunătățire semnificativă a stării funcționale, conform clasificării NYHA. În timpul fazei de inițiere și titrare a tratamentului cu bisoprolol administrat în spital, a fost observată bradicardie (0,53%), hipotensiune arterială (0,23%) și decompensare acută (4,97%), cu frecvență similară grupului placebo (0%, 0,3% și, respectiv 6,74%). Numărul de accidente vasculare cerebrale severe și fatale în timpul perioadei totale de studiu a fost de 20 în grupul cu bisoprolol și 15 în grupul placebo.

În studiul CIBIS III s-au investigat 1010 pacienți cu vârstă > 65 de ani cu insuficiență cardiacă cronică ușoară până la moderată (CHF; clasa NYHA II sau III) și cu fracție de ejeție a ventriculului stâng < 35%, care nu au fost tratați anterior cu inhibitori ECA, medicamente beta-blocante sau blocante ale receptorilor angiotensinei. După un tratament de inițiere de 6 luni cu bisoprolol sau enalapril, pacienții au fost tratați cu o combinație de bisoprolol și enalapril, timp de 6 până la 24 de luni.

Când bisoprololul a fost utilizat ca tratament inițial timp de 6 luni, a apărut o tendință de creștere a frecvenței agravării insuficienței cardiace cronice. În cadrul analizei protocolului nu a fost demonstrată inferioritatea tratamentului inițiat cu bisoprolol, comparativ cu tratamentul inițiat cu enalapril, cu toate că cele două modalități de inițiere ale tratamentului pentru insuficiență cardiacă cronică au arătat o incidență similară în criteriul de evaluare primar combinat, în ceea ce privește mortalitatea și spitalizarea la sfârșitul studiului (32,4% în grupul celor inițiați cu bisoprolol comparativ cu 33,1% în grupul celor inițiați cu enalapril din populația protocolului). Studiul arată că bisoprololul poate fi utilizat, de asemenea, la pacienții vârstnici cu insuficiență cardiacă cronică ușoară până la moderată.

Bisoprololul este, de asemenea, utilizat pentru tratamentul hipertensiunii arteriale și anginei pectorale .

În administrarea acută la pacienții cu boală cardiacă coronariană, fără insuficiență cardiacă cronică , bisoprololul reduce ritmul cardiac și volumul de accident vascular cerebral și, ca urmare, debitul cardiac și consumul de oxigen. În administrarea cronică, rezistența periferică inițial crescută scade.

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Absorbție

După administrare orală, bisoprololul este bine absorbit și are o biodisponibilitate de aproximativ 90%.

Distribuție

Volumul aparent de distribuție este de 3,5 l/kg. Legarea de proteinele plasmatice a bisoprololului este de aproximativ 30%.

Metabolizare și eliminare

Bisoprololul este eliminat din organism pe 2 căi: 50% este metabolizat la nivel hepatic în metaboliți inactivi, care sunt eliminați pe cale renală; restul de 50% este excretat sub formă nemodificată pe cale renală. Clearance-ul total este de aproximativ 15 l/oră. Timpul de înjumătățire plasmatică prin eliminare (10-12 ore) asigură o eficacitate de 24 de ore după administrarea unei doze zilnice unice.

Linearitate

Cinetica bisoprololului este lineară și independentă de vârstă.

Grupe speciale de pacienți

Deoarece eliminarea se face în aceeași proporție pe cale renală și hepatică, la pacienții cu insuficiență hepatică sau renală nu este necesară ajustarea dozei. Farmacocinetica la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică stabilă și insuficiență hepatică sau renală nu a fost studiată. La pacienții cu insuficiență cardiacă cronică (stadiul III NYHA) valorile plasmatice ale bisoprololului sunt mai ridicate și timpul de înjumătățire plasmatică prin eliminare este prelungit în comparație cu voluntarii sănătoși. Concentrația plasmatică maximă la starea de echilibru este de 64 ± 21 ng/ml după o doză zilnică de 10 mg, iar timpul de înjumătățire plasmatică prin eliminare este de 17 ± 5 ore.

5.3 Date preclinice de siguranță

Datele non-clinice nu au evidențiat niciun risc special pentru om pe baza studiilor convenționale farmacologice privind evaluarea siguranței, toxicitatea după doze repetate, genotoxicitatea sau carcinogenitatea.

Similar altor beta-blocante, bisoprololul a determinat toxicitate maternă (diminuarea aportului alimentar și scăderea în greutate) și embrio/fetală (creșterea incidenței resorbțiilor, greutate scăzută a puilor la naștere, întârziere a dezvoltării fizice) în cazul utilizării dozelor mari, dar nu a avut efect teratogen.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Nucleu

Celuloză microcristalină

Amidonglicolat de sodiu

Povidonă

Dioxid de siliciu coloidal anhidru

Stearat de magneziu (E470b)

Film

Hipromeloză

Polietilenglicol

Dioxid de titan (E171)

Talc

6.2 Incompatibilități

Nu este cazul.

6.3 Perioada de valabilitate

2 ani

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

A nu se păstra la temperaturi peste 25°C.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Blistere (folie PVC / aluminiu): 30, 50 și 100 comprimate filmate într-o cutie.

Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate.

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor

Fără cerințe speciale la eliminare.

7. DEȚINĂTORUL CERTIFICATULUI DE ÎNREGISTRARE

KRKA, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenia

8. NUMĂRUL(E) CERTIFICATULUI DE ÎNREGISTRARE

23695

9. DATA AUTORIZĂRII

13.07.17

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

Aprilie 2022

Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe site-ul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale (AMDM) <http://nomenclator.amdm.gov.md/>