



Documento Local de Producto

Título del Documento de Producto: Clorhidrato de Sertralina
Fecha de CDS que reemplaza: 20 de febrero de 2015
Fecha Efectiva: 17 de Octubre de 2016
Versión CDS: 21.0

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

ZOLOF®

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

La sertralina está disponible en forma tabletas, con película de recubrimiento para administración oral, que contienen clorhidrato de sertralina equivalente a 50 mg ó 100 mg de sertralina.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Tabletas recubiertas.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

- ✓ Tratamiento de la depresión mayor en mayores de 18 años.
- ✓ Tratamiento de los síntomas de depresión, incluida depresión acompañada de síntomas de ansiedad, en mayores de 18 años.
- ✓ Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en adultos y niños (mayores de 6 años).
- ✓ Tratamiento del trastorno de pánico, con o sin agorafobia.
- ✓ Tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- ✓ Tratamiento de la fobia social (desorden de ansiedad social).

Luego de obtenida una respuesta satisfactoria, la terapia continuada con sertralina logra prevenir la recaída del episodio inicial.

4.2. Posología y método de administración

La sertralina se debe administrar una vez al día, por la mañana o por la noche.

La sertralina en tabletas se puede administrar con o sin alimentos.

Tratamiento inicial

Depresión y TOC – El tratamiento con sertralina debe ser administrado en dosis de 50 mg/día

Trastorno de pánico, TEPT y fobia social – Se debe iniciar la terapia con dosis de 25 mg/día. Después de una semana, se puede aumentar la dosis hasta 50 mg una vez al día. Se ha demostrado que este régimen de dosificación reduce la frecuencia de efectos secundarios que surgen al comienzo del tratamiento y que son característicos del trastorno de pánico.

Ajustes incrementales

Depresión, TOC, trastorno de pánico y TEPT – Los pacientes que no responden a una dosis de 50 mg se pueden beneficiar de incrementos de la dosis. Se deben hacer cambios de dosis a intervalos de por lo menos una semana, hasta un máximo de 200 mg/día. Los cambios de la dosis no deben ser más frecuentes de una vez a la semana, dada la vida media de eliminación de 24 horas de la sertralina.

El comienzo del efecto terapéutico se puede observar a los 7 días. Sin embargo, suelen necesitarse periodos más largos para demostrar respuesta terapéutica, sobre todo en TOC.

Mantenimiento – La dosificación durante terapia a largo plazo se debe mantener en el mínimo nivel de eficacia y los ajustes posteriores se hacen dependiendo de la respuesta terapéutica.

Uso en niños – La seguridad y eficacia de sertralina ha sido establecida en niños con TOC con edades de 6 a 17 años. La administración de sertralina a niños con TOC (edades de 13 a 17 años) debe comenzarse con 50 mg/día. La terapia en los niños con TOC (edades de 6 a 12 años) debe comenzarse con 25 mg/día, aumentando a 50 mg/día después de una semana. Las dosis siguientes se pueden ajustar en caso de ausencia de respuesta en incrementos de 50 mg/día, hasta 200 mg/día, según necesidad. En un estudio clínico en pacientes de 6 a 17 años de edad con depresión o TOC, la sertralina pareció tener un perfil farmacocinético similar al de los adultos. No obstante, los pesos corporales generalmente más bajos de los niños comparados con los adultos deben ser tenidos en cuenta cuando se sube la dosis de 50 mg.

Ajuste incremental en niños y adolescentes – La sertralina tiene una vida media de eliminación de aproximadamente un día; los cambios de dosis no se deben hacer con intervalos menores de una vez a la semana.

Uso en los ancianos – En los ancianos se puede usar el mismo intervalo de dosificación que en los pacientes más jóvenes. Los pacientes de edad avanzada deben ser tratados con precaución ya que pueden presentar mayor riesgo de hiponatremia".

Uso en pacientes con insuficiencia hepática – El uso de sertralina en pacientes con enfermedad hepática debe abordarse con precaución. En pacientes con insuficiencia hepática se debe utilizar una dosis más baja o disminuir la frecuencia de dosis. No se debe utilizar sertralina en casos de insuficiencia hepática grave ya que no hay datos clínicos disponibles. (véase la sección 4.4 – **Advertencias y precauciones especiales para el uso**).

Uso en pacientes con insuficiencia renal – La sertralina se metaboliza ampliamente por vía hepática, por tanto, no es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal, (véase la sección 4.4- **Advertencias especiales y precauciones para el uso**).

4.3 Contraindicaciones

- ✓ La sertralina está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a la sertralina o a cualquiera de los excipientes.
- ✓ El uso concomitante en pacientes que toman inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs) está contraindicado (véase la sección **4.4 – Advertencias especiales y precauciones para el uso**).
- ✓ El uso concomitante en pacientes que toman pimozida está contraindicado (véase la sección 4.5 – Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción).
- ✓ Insuficiencia hepática grave

4.4 Advertencias especiales y precauciones de uso

Síndrome serotoninérgico - Se han reportado síndromes que potencialmente amenazan la vida como Síndrome Serotoninérgico (SS) o Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRSs), incluyendo el tratamiento con sertralina. El riesgo de SS o SNM con ISRSs se incrementa con el uso concomitante de fármacos serotoninérgicos (incluyendo triptanos y fentanilo y sus análogos, tramadol, dextrometorfano, tapentadol, meperidina, metadona, pentazocina), con fármacos que afectan el metabolismo de serotonina (incluyendo IMAOs), antipsicóticos y otros antagonistas de la dopamina. Los síntomas de SS pueden incluir: cambios en el estado mental (por ejemplo, agitación, alucinaciones, coma), inestabilidad autonómica (por ejemplo, taquicardia, presión sanguínea lábil, hipertermia), aberraciones neuromusculares (por ejemplo, hiperreflexia, incoordinación) y/o síntomas gastrointestinales (por ejemplo, náusea, vómito, diarrea). Algunos signos de SS, incluyen hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad autonómica con posible fluctuación rápida de los signos vitales y cambios del estado mental parecidos al SNM. Se debe monitorear la aparición de signos y síntomas de SS y SMN en los pacientes (Ver Sección **4.3 Contraindicaciones**).

La administración concomitante de Zolof con otros medicamentos que puedan aumentar los efectos de neurotransmisión serotoninérgica, como triptófano, fenfluramina, fentanilo, agonistas 5-HT o yerba medicinal de San Juan/ St John's Wort (*Hypericum perforatum*) debe realizarse con precaución y evitar en lo posible, debido a la potencial interacción farmacodinámica.

Inhibidores de la monoamino oxidasa – Se ha informado de casos de reacciones serias, en ocasiones mortales, en pacientes que reciben sertralina en combinación con un inhibidor de la monoamino oxidasa (IMAO), incluido el IMAO selectivo, selegilina, y el IMAO reversible, moclobemida, y medicamentos IMAO ejemplo linezolid (un antibiótico que es inhibidor reversible no-selectivo de la aminomono oxidasa) y azul de metileno. Algunos casos presentaron rasgos parecidos al SS, cuyos síntomas incluyen: hipertermia, rigidez, mioclonia, inestabilidad autonómica con posibles fluctuaciones rápidas de los signos vitales, cambios del estado de conciencia que incluyen confusión, irritabilidad y agitación extrema que avanza hasta el delirio y coma. En consecuencia, no se debe usar sertralina en combinación con un IMAO o dentro de los 14 días siguientes a la suspensión del tratamiento con un IMAO. De manera similar, deben pasar 14 días al menos después de suspender el tratamiento con sertralina antes de comenzar un IMAO (véase la sección 4.3 – **Contraindicaciones**).

Otros fármacos serotoninérgicos, por ejemplo triptófano, fenfluramina y agonistas 5-HT – La administración conjunta de sertralina con otros fármacos que refuerzan los efectos de la neurotransmisión serotoninérgica, como triptófano, fenfluramina agonistas de la 5-HT, o la planta medicinal de San Juan (*Hypericum perforatum*) debe hacerse con precaución y evitarla en la medida de lo posible a causa del potencial de interacción farmacodinámica.

Prolongación del QTc/Torsade de Pointes - Se han informado casos de prolongación del QTc y Torsade de Pointes (TdP) durante el uso postcomercialización de sertralina. La mayoría de los casos informados ocurrió en pacientes con otros factores de riesgo para prolongación del QTc/TdP. Por tanto, sertralina debe emplearse con precaución en pacientes con factores de riesgo para prolongación del QTc.

Cambio entre inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, antidepresivos o antiobsesivos – La experiencia controlada concerniente al momento óptimo para cambiar de ISRS, antidepresivos o antiobsesivos a sertralina es limitada. Se debe ejercer un juicio clínico cuidadoso y prudente cuando se hace el cambio, en especial de agentes de larga acción como la fluoxetina. Aún no se ha establecido la duración del periodo de limpieza para cambiar de un ISRS a otro.

Activación de manía / hipomanía – Durante las pruebas previas al mercadeo, se presentaron hipomanía o manía en aproximadamente 0,4% de los pacientes tratados con sertralina. La activación de la manía/hipomanía también ha sido informada en una reducida proporción de pacientes con trastorno afectivo mayor tratados con otros fármacos antidepresivos y antiobsesivos en el mercado, incluyendo sertralina. Por tanto, sertralina se ha de utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. Estos pacientes deben de ser cuidadosamente vigilados por su médico. Se debe interrumpir el tratamiento con sertralina en cualquier paciente en fase de manía.

Esquizofrenia - Los síntomas psicóticos pueden llegar a agravarse en pacientes con esquizofrenia.

Convulsiones – Las convulsiones suponen un riesgo potencial con los fármacos antidepresivos y antiobsesivos.

Se informó de convulsiones en aproximadamente 0,08% de los pacientes tratados con sertralina en el programa de desarrollo para la depresión. No se informaron convulsiones en pacientes tratados con sertralina en el programa de desarrollo para pánico. Durante el programa de desarrollo para TOC, cuatro de aproximadamente 1.800 pacientes expuestos a la sertralina experimentaron convulsiones (aproximadamente 0,2%). Tres de estos pacientes eran adolescentes, dos con antecedentes personales de trastorno convulsivo y uno con antecedentes familiares trastorno convulsivo, ninguno de los cuales estaba recibiendo medicación anticonvulsionante. En todos estos casos la relación con la terapia con sertralina fue incierta. Dado que la sertralina no ha sido evaluada en pacientes con trastorno convulsivo, y pueden aparecer convulsiones durante el tratamiento con sertralina por lo que debe evitarse su uso en pacientes con epilepsia inestable; los pacientes con epilepsia controladas deben ser vigilados estrechamente. Se debe suspender la sertralina en cualquier paciente que presenta convulsiones.

Suicidio, pensamientos suicidas o empeoramiento clínico - La depresión se asocia con aumento del riesgo de pensamientos suicidas, auto-agresión y suicidio (acontecimientos relacionados con el suicidio). Este riesgo persiste hasta que se alcanza remisión significativa. Dado que la mejoría puede no alcanzarse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente vigilados hasta que se obtenga dicha mejoría. La experiencia clínica indica que, en general, el riesgo de suicidio puede aumentar en los primeros estadios de la recuperación.

Sertralina también se prescribe en otros trastornos psiquiátricos que, en ocasiones, pueden asociarse con aumento del riesgo de acontecimientos relacionados con el suicidio. Además, estos trastornos pueden presentarse conjuntamente con el trastorno de depresión mayor. Por tanto, en pacientes con otros trastornos psiquiátricos se deben tomar las mismas precauciones que las descritas en pacientes con trastornos de depresión mayor.

Los pacientes con antecedentes de comportamiento suicida, o aquellos que presenten un grado significativo de ideas suicidas previas al inicio del tratamiento, son los que muestran mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, por tanto deben ser cuidadosamente vigilados durante el tratamiento. Un meta-análisis de ensayos clínicos con medicamentos antidepresivos, controlados con placebo, en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos, mostró riesgo mayor de conducta suicida en pacientes menores de 25 años tratados con antidepresivos que con placebo.

Todos los pacientes tratados con sertralina, en particular aquellos de alto riesgo, deben monitorearse apropiadamente y ponerse bajo estrecha observación en caso de empeoramiento clínico y posibilidad de suicidio. Debe alentarse a los pacientes, sus familias y cuidadores a mantenerse alerta sobre necesidad de vigilar para detectar cualquier empeoramiento clínico, comportamientos o pensamientos suicidas, o cambios atípicos en el comportamiento, y buscar atención médica inmediata si se presentan estos síntomas en particular al inicio de la terapia o durante cualquier cambio de la dosis o el régimen de dosificación. Debe considerarse el riesgo de intento de suicidio, especialmente en pacientes deprimidos, y debe administrarse al paciente la cantidad más pequeña del medicamento, para reducir el riesgo de sobredosis, en armonía con las buenas prácticas clínicas.

El suicidio es un riesgo conocido de la depresión y ciertos otros trastornos psiquiátricos, y estos trastornos en sí son un indicador muy fuerte de suicidio. Los análisis combinados de ensayos a corto plazo, controlados por placebo, con medicamentos antidepresivos (inhibidores selectivos para la recaptación de serotonina y otros) demostraron que estos medicamentos aumentan el riesgo de suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes (18 a 24 años) con depresión grave y otros trastornos psiquiátricos. Los estudios a corto plazo no evidenciaron un aumento del riesgo de suicidio con antidepresivos en comparación con el placebo en adultos de 24 y más

años de edad; hubo una reducción en el riesgo de suicidio con antidepresivos en comparación con placebo en adultos de 65 y más años.

Sangrado anormal/hemorragia: Se han comunicado casos de anomalías de sangrado con ISRS, incluyendo hemorragias cutáneas (equimosis y púrpura) y otros acontecimientos hemorrágicos como hemorragia gastrointestinal o ginecológica, incluyendo hemorragia potencialmente mortal. Se recomienda precaución en pacientes que toman ISRS, especialmente con el uso concomitante con fármacos que puedan afectar la función plaquetaria (ej. anticoagulantes, antipsicóticos atípicos y fenotiazinas, la mayoría de antidepresivos tricíclicos, aspirina y antiinflamatorios no esteroideos (AINES)), así como en pacientes con antecedentes de trastornos hemorrágicos. (Ver sección **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción**).

Hiponatremia - La hiponatremia puede ocurrir como resultado del tratamiento con ISRS o con inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) entre ellos la sertralina. En muchos casos, la hiponatremia parece ser el resultado de un síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH). Casos de niveles de sodio en suero inferior a 110 mmol / L han sido reportados. Pacientes de edad avanzada pueden estar en mayor riesgo de desarrollar hiponatremia con los ISRS e IRSN. También los pacientes que toman diuréticos o que tengan disminución del volumen de distribución pueden tener un riesgo mayor (véase sección 4.2 Posología y método de administración: Uso en los ancianos). La discontinuación de la sertralina debe ser considerada en pacientes con hiponatremia sintomática y adecuada intervención médica debe ser instituida. Los signos y síntomas de hiponatremia incluyen dolor de cabeza, dificultad para concentrarse, deterioro de memoria, confusión, debilidad e inestabilidad que puede dar lugar a caídas. Signos y síntomas más severos o agudos incluyen alucinaciones, síncope, convulsiones, coma, paro respiratorio y muerte.

A causa de la bien establecida comorbilidad entre TOC y depresión, trastorno de pánico y depresión, TEPT y depresión, y fobia social y depresión, las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con depresión se deben observar al tratar pacientes con TOC, trastorno de pánico, TEPT o fobia social.

Fracturas - Los estudios epidemiológicos muestran aumento del riesgo de fracturas en pacientes que reciben inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) incluida sertralina. No se ha comprendido en su totalidad el mecanismo que conlleva a este riesgo.

Síntomas de retirada observados al suspender el tratamiento con sertralina - Cuando se suspende el tratamiento es frecuente que aparezcan síntomas de retirada, particularmente si la suspensión se realiza de forma brusca. En los ensayos clínicos la incidencia de reacciones de retirada notificadas, en los pacientes

tratados con sertralina, fue del 23% en los que suspendieron el tratamiento con sertralina comparado con 12% en los que continuaron recibiendo el tratamiento con sertralina.

El riesgo de aparición de síntomas de retirada puede depender de varios factores entre los que se encuentran la duración y la dosis del tratamiento, y el ritmo de reducción de dosis. Las reacciones notificadas con mayor frecuencia son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y pesadillas), agitación o ansiedad, náusea y/o vómito, temblor y cefalea. Generalmente estos síntomas son leves o moderados, sin embargo en algunos pacientes pueden ser graves. Estos síntomas suelen presentarse durante los primeros días de discontinuación del tratamiento aunque se han notificado en raras ocasiones casos de pacientes en los que han aparecido estos síntomas tras olvidar una dosis de forma inadvertida. Generalmente, estos síntomas son autolimitados y normalmente se resuelven en 2 semanas, aunque en algunos pacientes su duración se puede prolongar (2-3 meses o más). Por tanto se aconseja que al suspender el tratamiento, se reduzca gradualmente la dosis de sertralina durante un periodo de varias semanas o incluso meses de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

Acatisia/ inquietud psicomotora - El uso de sertralina se ha asociado con el desarrollo de acatisia, caracterizada por una inquietud subjetivamente desagradable o angustiada y la necesidad de moverse, a menudo acompañada por una incapacidad para permanecer sentado o de pie. Es más probable que esto suceda durante las primeras semanas de tratamiento. En los pacientes que desarrollen estos síntomas, puede ser perjudicial un incremento de la dosis.

Uso en pacientes con insuficiencia hepática - La sertralina se metaboliza extensamente en el hígado. Un estudio de farmacocinética con múltiples dosis en sujetos con cirrosis leve y estable demostró una prolongación de la vida media de eliminación y ABC y $C_{m\acute{a}x}$ aproximadamente tres veces mayores en comparación con los sujetos normales. No hubo diferencias significativas en la unión a las proteínas plasmáticas entre los dos grupos. El uso de sertralina en pacientes con enfermedad hepática debe ser abordado con precaución. En pacientes con deterioro de la función hepática se deben usar dosis más bajas o menos frecuentes. No se debe utilizar sertralina en pacientes con insuficiencia hepática grave.

Uso en pacientes con insuficiencia renal - La sertralina se metaboliza extensamente en el hígado. La excreción de fármaco inmodificado en la orina es una vía menor de eliminación. En estudios de pacientes que tienen deterioro leve a moderado de la función renal (depuración de creatinina 30 -60 mL/min.) o deterioro moderado a grave de la función renal (depuración de creatinina 10- 29 mL/min.), los parámetros farmacocinéticos de dosis múltiples (ABC_{0-24} ó $C_{m\acute{a}x}$) no presentaron diferencias significativas comparados con los controles. Las vidas medias fueron similares y no hubo diferencias en el grado de unión a las proteínas plasmáticas en todos los grupos

estudiados. Este estudio indica que, como es de esperarse de la baja excreción renal de sertralina, la dosificación no tiene que ser ajustada con base en el grado de deterioro de la función renal.

Diabetes / Pérdida de control glicémico - Casos de comienzos de diabetes mellitus han sido reportados en pacientes tratados con ISRS incluyendo sertralina. En pacientes con diabetes, el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glicémico (hiperglicemia o hipoglicemia). La pérdida de control de la glicemia que incluye tanto hiperglicemia e hipoglicemia también ha sido reportada en pacientes con y sin diabetes pre-existente. Por tanto los pacientes deben ser monitorizados para detectar signos y síntomas de fluctuaciones de la glucosa. Los pacientes diabéticos en particular deben tener control de glicemia cuidadosamente monitoreado ya que pueden requerirse ajustes en la dosis de insulina y / o de hipoglicemiantes orales.

Zumo de pomelo- No se recomienda la administración de sertralina con zumo de pomelo.

Pruebas de Laboratorio - Falsos positivos en inmunoensayos de rastreo de benzodiazepinas en orina han sido reportados en pacientes que toman sertralina. Esto se debe a la falta de especificidad de los test de rastreo. Después de varios días de presentarse la discontinuación de la terapia con sertralina se esperan falsos positivos. Como prueba confirmatoria para distinguir sertralina de benzodiazepinas se requiere del análisis por cromatografía de gases/ espectrometría de masas.

Glaucoma de Ángulo Cerrado - Los ISRS, incluida sertralina, pueden tener efectos sobre el tamaño de la pupila produciendo midriasis. Dicho efecto midriático puede estrechar el ángulo ocular conllevando aumento de la presión intraocular y glaucoma de ángulo estrecho, especialmente en pacientes predispuestos. Por tanto, sertralina deberá utilizarse con precaución en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho o antecedentes de glaucoma.

Uso en pacientes de edad avanzada - Más de 700 pacientes de edad avanzada (> 65 años) han participado en ensayos clínicos. El perfil y la incidencia de reacciones adversas en los ancianos fue similar al de los pacientes más jóvenes. Sin embargo, los ISRS o ISRN, incluyendo sertralina, se han asociado con casos de hiponatremia clínicamente significativa en pacientes de edad avanzada, los cuales pueden tener un mayor riesgo de presentar este acontecimiento adverso.

Población pediátrica - Sertralina no debe utilizarse en niños y adolescentes menores de 18 años, excepto en los pacientes de 6 a 17 años con trastorno obsesivo compulsivo. Comportamientos relacionados con suicidio (intentos e ideas de suicidio), y hostilidad (mayoritariamente agresión, comportamientos opositoristas e ira) fueron observados con mayor frecuencia en ensayos clínicos en niños y adolescentes tratados con antidepresivos frente a aquellos tratados con placebo. No obstante, si por necesidad

clínica se decidiese iniciar el tratamiento, el paciente debe ser cuidadosamente monitorizado para detectar la aparición de síntomas de suicidio. Además, existe evidencia clínica limitada con datos de seguridad a largo plazo en niños y adolescentes, incluidos los efectos sobre el crecimiento, la maduración sexual, desarrollo cognitivo y del comportamiento (ver sección 5.3 Información de seguridad preclínica). Se han notificado pocos casos de crecimiento retardado y pubertad retrasada en la post-comercialización. La relevancia clínica y la causalidad no están aún claras. Los médicos deben monitorear a los pacientes pediátricos en tratamiento a largo plazo para detectar anomalías en el crecimiento y desarrollo.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Inhibidores de la monoamino oxidasa

(Véanse la secciones 4.3 – **Contraindicaciones**, y 4.4 – **Advertencias especiales y precauciones para el uso.**)

Pimozida

En un estudio de dosis única de pimozida (2 mg) se demostró aumento de los niveles de este agente con la administración conjunta con sertralina. Estos niveles aumentados no se asociaron con cambios en el electrocardiograma (EKG). Aunque el mecanismo de esta interacción es desconocido, debido al estrecho índice terapéutico de pimozida, está contraindicada la administración concomitante de sertralina y pimozida.

Medicamentos que prolongan el intervalo QTc

El riesgo de prolongación del QTc y/o arritmia ventricular (por ejemplo, TdP) aumenta con el uso concomitante de otros medicamentos que prolongan el intervalo QTc (por ejemplo, algunos antipsicóticos y antibióticos) (ver sección **4.4 – Advertencias y precauciones especiales de uso**).

Depresores del SNC y alcohol

La administración conjunta de sertralina 200 mg al día no potenció los efectos del alcohol, carbamazepina, haloperidol o fenitoína sobre el desempeño cognoscitivo y psicomotor en sujetos sanos; no obstante, no se recomienda el uso concomitante de sertralina y alcohol.

Litio

En estudios controlados con placebo en voluntarios normales, la administración conjunta de sertralina con litio no alteró en grado significativo la farmacocinética del litio, pero sí dio lugar a aumento del temblor con respecto al placebo, lo cual indica una posible interacción farmacodinámica. Cuando se administra conjuntamente sertralina con medicamentos, como el litio, que pueden actuar a través de mecanismos serotoninérgicos, los pacientes deben ser vigilados estrechamente.

Fenitoína

En un estudio controlado con placebo, en voluntarios normales, se sugirió que la administración crónica de sertralina 200 mg/día no produce inhibición clínicamente importante del metabolismo de la fenitoína. No obstante, se recomienda vigilar las concentraciones plasmáticas de fenitoína después de iniciar terapia con sertralina, haciendo los ajustes del caso en la dosis de fenitoína. Además, la administración conjunta de fenitoína puede causar reducción de los niveles plasmáticos de sertralina.

Sumatriptán

Se han publicado algunos informes posteriores al mercadeo que describen pacientes con debilidad, hiperreflexia, incoordinación, confusión, ansiedad y agitación luego del uso de sertralina y sumatriptán. Si se justifica clínicamente el tratamiento concomitante de sertralina y sumatriptán, se aconseja someter al paciente a cuidadosa observación (véase la sección 4.4 – **Advertencias especiales y precauciones para el uso**: Otros fármacos serotoninérgicos).

Otros fármacos serotoninérgicos

(Véase la sección 4.4 – **Advertencias especiales y precauciones para el uso; ver también** fentanilo y sus análogos, tramadol, dextrometorfano, tapentadol, meperidina, metadona, pentazocina y síndrome de serotonina).

Fármacos unidos a las proteínas

Dado que sertralina se liga a las proteínas plasmáticas, se debe tener en cuenta el potencial que tiene de interactuar con otros fármacos que se unen a las proteínas plasmáticas. Sin embargo, en tres estudios de interacción con diazepam, tolbutamida y warfarina, respectivamente, no se demostró que la sertralina tuviese efectos significativos sobre la unión del sustrato a las proteínas (véanse las secciones secundarias Warfarina y Otras interacciones medicamentosas).

Warfarina

La administración conjunta de sertralina 200 mg al día con warfarina dio lugar a un aumento pequeño, pero estadísticamente significativo, en el tiempo de protrombina, cuyo significado clínico se desconoce. Según esto, se debe vigilar estrechamente el tiempo de protrombina cuando se inicia o suspende la terapia con sertralina.

Otras interacciones medicamentosas

Se han hecho estudios formales de interacción medicamentosa con sertralina. La administración conjunta de sertralina 200 mg al día con diazepam o tolbutamida dio lugar a cambios pequeños, estadísticamente significativos, en algunos parámetros farmacocinéticos. La administración conjunta con cimetidina ocasionó disminución sustancial en la depuración de sertralina. Se desconoce el significado clínico de estos cambios. La sertralina no tuvo efecto sobre la capacidad betabloqueadora del atenolol. No se observó interacción de sertralina 200 mg al día con glibenclamida o digoxina.

Terapia electroconvulsiva

No se han hecho estudios clínicos que establezcan los riesgos o beneficios del uso combinado de terapia electroconvulsiva y sertralina.

Fármacos metabolizados por el citocromo P450 2D6

Existe variabilidad entre los antidepresivos en el grado de inhibición de la actividad de la isoenzima citocromo P450 (CYP) 2D6. La importancia clínica de esto depende del grado de inhibición y el índice terapéutico del fármaco administrado conjuntamente. Los sustratos del CYP 2D6 que tienen índice terapéutico estrecho incluyen antidepresivos tricíclicos (TCAs) y antiarrítmicos de clase 1C como propafenona y flecainida. En estudios formales de interacción, la administración crónica de sertralina 50 mg al día mostró mínima elevación (media 23%–37%) de los niveles plasmáticos en estado estable de la desipramina (un marcador de la actividad de la isoenzima CYP 2D6).

Fármacos metabolizados por otras enzimas CYP (CYP 3A3/4, CYP 2C9, CYP 2C19, CYP 1A2):

CYP 3A3/4: Estudios de interacción *in vivo* han demostrado que la administración crónica de sertralina 200 mg al día no inhibe la 6-β hidroxilación del cortisol endógeno mediada por el CYP 3A3/4 o el metabolismo de carbamazepina o terfenadina. Además, la administración crónica de sertralina 50 mg al día no inhibe el metabolismo de alprazolam mediado por el CYP 3A3/4. Estos datos indican que sertralina no es un inhibidor clínicamente relevante del CYP 3A3/4.

CYP 2C9: La aparente ausencia de efectos clínicamente significativos de la administración crónica de sertralina 200 mg al día sobre las concentraciones plasmáticas de tolbutamida, fenitoína y warfarina sugiere que la sertralina no es un inhibidor clínicamente relevante del CYP 2C9 (véanse las secciones secundarias: Otras interacciones medicamentosas, Fenitoína, y Warfarina).

CYP 2C19: La aparente ausencia de efectos clínicamente significativos de la administración crónica de sertralina 200 mg al día sobre las concentraciones plasmáticas de diazepam sugiere que la sertralina no es un inhibidor clínicamente relevante del CYP 2C19 (véase la sección secundaria Otras interacciones medicamentosas).

CYP 1A2: Estudios *in vitro* indican que sertralina tiene poco o ningún potencial inhibidor del CYP 1A2.

4.6 Fertilidad, Embarazo y lactancia

Embarazo

Se han realizado estudios de reproducción en ratas y conejos con dosis de hasta aproximadamente 20 veces y 10 veces la dosis máxima diaria en humanos en mg/kg dosis, respectivamente. No hubo evidencia de teratogenicidad con ningún nivel de dosis. Sin embargo, en el nivel de dosis correspondiente a aproximadamente 2,5 a 10 veces la dosis máxima diaria en humanos en mg/kg dosis, sertralina se asoció con retardo de la osificación en los fetos, tal vez secundaria a efectos sobre las madres.

Hubo una disminución de la supervivencia neonatal luego de la administración de sertralina a las madres en dosis aproximadamente cinco veces la dosis diaria máxima en humanos en mg/kg dosis. Se han descrito efectos similares sobre la supervivencia neonatal con otros fármacos antidepresivos. Se desconoce la importancia clínica de estos efectos.

No se han hecho estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. Sin embargo, una cantidad importante de datos no revelaron evidencia de malformaciones congénitas inducidas por sertralina. Estudios en animales muestran evidencia de efectos sobre la reproducción, debidos probablemente a la toxicidad materna causada por la acción farmacodinámica del compuesto y/o la acción farmacodinámica directa del compuesto sobre el feto. Dado que los estudios de reproducción en animales no siempre predicen la respuesta humana, la sertralina sólo se deberá usar durante el embarazo si los beneficios percibidos superan a los riesgos.

Se ha notificado que la utilización de sertralina durante el embarazo causa síntomas, compatibles con reacciones de retirada, en algunos neonatos, cuyas madres habían estado en tratamiento con sertralina. Este fenómeno se ha observado también con otros antidepresivos ISRS. No se recomienda el tratamiento con sertralina durante el embarazo, a menos, que los beneficios esperados del tratamiento superen los riesgos potenciales. Las mujeres en edad fértil deben usar un método adecuado de anticoncepción si toman sertralina.

Se debe vigilar a los neonatos si la madre continúa el tratamiento con sertralina en las últimas etapas del embarazo, en particular en el tercer trimestre. Pueden aparecer los siguientes síntomas en neonatos tras la utilización de sertralina por parte de la madre en las últimas etapas del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apnea, convulsiones, temperatura inestable, problemas de alimentación, vómito, hipoglucemia, hipertonía, hipotonía, hiperreflexia, temblor, inquietud, irritabilidad, letargia, llanto constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas se pueden deber tanto a efectos serotoninérgicos como a síntomas de retirada. En la mayoría de los casos las complicaciones comienzan inmediatamente o poco tiempo (<24 horas) después del parto.

Si se usa sertralina durante el embarazo y/o la lactancia, el médico debe estar al tanto de síntomas compatibles con reacciones de abstinencia, que han sido reportados en

algunos recién nacidos cuyas madres han recibido antidepresivos ISRS, incluida la sertralina

Las mujeres en edad fértil deben usar un método adecuado de anticoncepción si toman sertralina.

La exposición durante la última etapa del embarazo a ISRS puede aumentar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente del neonato (HPPN). La HPPN se presenta en 1 a 2 de cada 1000 nacidos vivos en la población general y se asocia con morbilidad y mortalidad neonatal sustancial neonatal. En un estudio de caso-control retrospectivo con 377 mujeres cuyos infantes nacieron con HPPN y 836 mujeres cuyos infantes eran sanos, el riesgo de desarrollar HPPN fue aproximadamente seis veces mayor en los infantes expuestos a ISRS después de la semana 20 de gestación, comparado con infantes que no habían estado expuestos a antidepresivos durante el embarazo. Un estudio de 831,324 infantes nacidos en Suecia entre 1997 a 2005 encontró una proporción de riesgo de HPPN de 2.4 (IC 95% 1.2 a 4.3) asociada con pacientes que reportaron el uso materno de ISRSs en la “primera etapa” del embarazo y una proporción de riesgo de HPPN de 3.6 (IC 95% 1.2 a 8.3) asociado con una combinación de pacientes que reportaron el uso materno de ISRSs en la “primera etapa” del embarazo y una prescripción de ISRS prenatal en la “última etapa del embarazo”. Los resultados de estudios epidemiológicos sugieren que el uso de ISRSs durante el embarazo, en particular durante la etapa final del mismo, puede incrementar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente neonatal (HPPN). El riesgo observado fue aproximadamente de 5 casos por cada 1000 embarazos. En la población general ocurren de 1 a 2 casos de HPPN por cada 1000 embarazos.

Lactancia

Los datos publicados en relación a los niveles de sertralina en la leche materna muestran que pequeñas cantidades de sertralina y de su metabolito N-desmetilsertralina se excretan en la leche. Generalmente, se hallaron niveles no significativos en muestras plasmáticas de niños, con la excepción de un niño con niveles plasmáticos alrededor del 50% de los niveles maternos (pero sin un efecto notorio en la salud de este niño). Hasta el momento, no se han notificado reacciones adversas en niños amamantados por madres que toman sertralina; no obstante, no se puede excluir el riesgo. No se recomienda el uso de sertralina en mujeres durante el periodo de lactancia, a menos que a juicio del médico, los beneficios superen los riesgos.

Fertilidad:

No hay datos de estudios clínicos sobre la fertilidad. En estudios con animales no se observaron efectos sobre los parámetros de fertilidad. (ver también sección 5.3

Información de seguridad preclínica). Casos notificados con algunos ISRS en humanos han mostrado que el efecto sobre la calidad del espermatozoides es reversible. No se ha observado impacto sobre la fertilidad humana.

4.7 Efectos sobre la capacidad de conducir vehículos y operar maquinarias

Los estudios de farmacología clínica han demostrado que sertralina no tiene efecto sobre el desempeño psicomotor. Sin embargo, como los fármacos psicotrópicos pueden afectar las capacidades mentales o físicas necesarias para la realización de tareas potencialmente peligrosas como conducir vehículos u operar maquinarias, se debe advertir al paciente de conformidad.

4.8 Efectos indeseables

El perfil de efectos secundarios observado con más frecuencia en estudios doble ciego, controlados con placebo en pacientes con TOC, trastorno de pánico, TEPT y fobia social fue similar al observado en estudios clínicos en pacientes con depresión.

Tabla de reacciones adversas

Clase de sistema u órgano	Muy común (≥1/10)	Común (≥1/100 a <1/10)	Poco común (≥1/1000 a <1/100)	Raro (≥1/10.000 a <1/1000)	Frecuencia desconocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)
Trastornos de la sangre y el sistema linfático				Leucopenia* [§] trombocitopenia* [§]	
Trastornos del sistema inmunológico			Hipersensibilidad*	Reacción anafilactoide*	
Trastornos endocrinos			Hipotiroidismo*	Secreción inapropiada de la hormona antidiurética* [§] , Hiperprolactinemia* [§]	
Trastornos del metabolismo y la nutrición		Disminución del apetito, aumento del apetito*		Diabetes mellitus* hiponatremia* [§] , hipoglucemia*, hiperglucemia* [§]	
Trastornos psiquiátricos	Insomnio	Síntomas depresivos*, disminución de la libido*, agitación*, ansiedad*	Alucinación*, agresión*, humor eufórico*, estado confusional*, bruxismo	Trastorno psicótico* [§] , pesadillas* [§]	
Trastornos del sistema nervioso	Somnolencia, mareos, dolor	Parestesia*, hipertonía*,	Coma*, convulsiones*,	síndrome de serotonina* [§] ,	

Tabla de reacciones adversas

Clase de sistema u órgano	Muy común (≥1/10)	Común (≥1/100 a <1/10)	Poco común (≥1/1000 a <1/100)	Raro (≥1/10.000 a <1/1000)	Frecuencia desconocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)
	de cabeza*	temblor, contracciones musculares involuntarias*	síncope*, <i>trastorno extrapiramidal*</i> , hiperquinesia*, acatisia*, migraña*, hipoestesia*	distonía* [§]	
Trastornos oculares		<i>Problemas visuales*</i>	Midriasis*, edema periorbital*		
Trastornos del oído y el laberinto		Tinnitus*			
Trastornos cardiacos		Palpitaciones*	Taquicardia*	Torsade de Pointes* [§]	
Trastornos vasculares		Oleadas de calor*	<i>Hemorragia*</i> , hipertensión*,	<i>vasoconstricción cerebral</i> * [§] (síndrome de vasoconstricción cerebral reversible y síndrome Call-Fleming)	
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales		Bostezos*	Broncoespasmo*, <i>epistaxis</i>		
Trastornos gastrointestinales	Diarrea, boca seca, náuseas	Vómitos*, dolor abdominal*, constipación*, dispepsia	<i>Hemorragia gastrointestinal*</i>	Pancreatitis* [§]	
Trastornos hepatobiliares				<i>Lesión hepática</i> * [§]	
Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo		Rash*, <i>Hiperhidrosis</i>	Urticaria*, púrpura*, prurito*, alopecia*	<i>Necrólisis epidérmica tóxica</i> * [§] , síndrome de Stevens-Johnson* [§] , angioedema* [§] , <i>erupción exfoliativa*</i> , reacción cutánea de foto sensibilidad* [§]	

Tabla de reacciones adversas

Clase de sistema u órgano	Muy común (≥1/10)	Común (≥1/100 a <1/10)	Poco común (≥1/1000 a <1/100)	Raro (≥1/10.000 a <1/1000)	Frecuencia desconocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo		Artralgia*	Espasmos musculares*	Trismus*§	
Trastornos renales y urinarios			Retención urinaria*, incontinencia urinaria*	Hematuria* enuresis*§	
Trastornos del sistema reproductor y la mama	Trastorno de la eyaculación	Disfunción sexual, menstruación irregular*		Priapismo*, galactorrea*, ginecomastia*§,	
Trastornos generales y afecciones del lugar de administración	Fatiga*	Dolor torácico*, Malestar general*	Alteración de la marcha*, edema facial*, edema periférico*, pirexia*, astenia*	Síndrome de abstinencia*§	
Exámenes de laboratorio			Alanina aminotransferasa elevada*, aspartato aminotransferasa elevada*, Disminución del peso*, aumento del peso ⁹ , Prueba de laboratorio anormal*	Electrocardiograma QT prolongado*§, prueba de la función plaquetaria anormal*§, colesterol en sangre elevado*	
Lesión, envenenamiento y complicaciones del procedimiento				Fractura* ²³⁰	

* - ADR identificado post comercialización

§ - Frecuencia de ADR estimada usando “La regla de 3/n”.

4.9 Sobredosis

Sertralina tiene un margen de seguridad dependiente de la población de pacientes o la medicación concomitante. Se han informado muertes que involucran sobredosis de sertralina, sola o en combinación con otros fármacos y/o alcohol. Por tanto, cualquier sobredosis debe ser tratada de forma radical. Los síntomas de sobredosis incluyen efectos secundarios mediados por la serotonina como QT prolongado en el electrocardiograma, TdP, somnolencia, molestias gastrointestinales (como náuseas y vómito), taquicardia, temblor, agitación y mareo. Se ha informado con menos frecuencia estado de coma.

No existen antídotos específicos para la sertralina. Establezca y mantenga la vía aérea y asegure una adecuada oxigenación y ventilación, si es necesario. El carbón activado, que se puede usar con catártico, puede ser tan eficaz o más que el lavado, y hay que considerarlo para tratar las sobredosis. No se recomienda inducir el vómito. Se recomienda monitorización cardíaca y de los signos vitales junto con medidas generales sintomáticas y de soporte. Debido al gran volumen de distribución de la sertralina, es poco probable que la diuresis forzada, la diálisis, la hemoperfusión y la exsanguinotransfusión sean de provecho.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

La sertralina es un inhibidor potente y selectivo de la recaptación neuronal de serotonina (5 HT) *in vitro*, lo cual da lugar a potenciación de los efectos de la 5-HT en animales. Tiene efectos muy débiles sobre la recaptación neuronal de noradrenalina y dopamina. En dosis clínicas, la sertralina bloquea la captación de serotonina dentro de las plaquetas humanas. Está desprovista de actividad estimulante, sedante o anticolinérgica o cardiotoxicidad en animales. En estudios controlados en voluntarios normales, la sertralina no ocasionó sedación y no entorpeció el desempeño psicomotor. De acuerdo con su inhibición selectiva de la captación de 5-HT, la sertralina no refuerza la actividad catecolaminérgica. La sertralina no tiene afinidad por los receptores muscarínicos (colinérgicos), serotoninérgicos, dopaminérgicos, adrenérgicos, histaminérgicos, de ácido gamma-aminobutírico (GABA) o de benzodiazepinas. La administración crónica de sertralina en animales se asoció con regulación hacia la baja de receptores cerebrales de noradrenalina, igual que se observó con otros fármacos antidepressivos y antiobsesivos clínicamente eficaces.

La sertralina no ha demostrado potencial de abuso. En un estudio doble ciego aleatorio controlado con placebo, del potencial de abuso de sertralina, alprazolam y d-anfetamina en seres humanos, la sertralina no produjo efectos subjetivos positivos que indicaran potencial de abuso. En contraposición, los sujetos dieron al alprazolam y a la d-anfetamina calificaciones significativamente más altas que al placebo en las medidas de agrado con el fármaco, euforia y potencial de abuso. La sertralina no produjo la estimulación y la ansiedad que se asocian con d-anfetamina, ni la sedación y el

bloqueo psicomotor que se asocian con alprazolam. La sertralina no funciona como un reforzador positivo en monos rhesus entrenados para administrarse ellos mismos cocaína, y tampoco sustituye la d-anfetamina o el pentobarbital en monos rhesus.

Estudios clínicos

Trastorno depresivo mayor

Se realizó un estudio con pacientes ambulatorios deprimidos que habían respondido hacia el final de una fase inicial de tratamiento abierto de 8 semanas de duración con sertralina 50 mg/día -200 mg/día. Estos pacientes (N=295) se asignaron al azar para continuar durante 44 semanas tomando sertralina 50 mg/día a -200 mg/día o placebo en condiciones doble ciegas. Se observó una tasa de recaída significativamente más baja en pacientes que tomaron sertralina comparados con placebo. La dosis media para los pacientes que completaron el estudio fue de 70 mg/día.

Trastorno obsesivo-compulsivo

En un estudio a largo plazo, los pacientes que reunían los criterios del DSM-III-R para el TOC que habían respondido durante un estudio simple ciego de 52 semanas de duración con sertralina 50 mg/día -200 mg/día (n=224) fueron asignados al azar a continuar con sertralina o a cambiar a placebo hasta por 28 semanas de observación. . Los pacientes que recibieron tratamiento continuo con sertralina experimentaron una tasa significativamente más baja de abandono por recaída o respuesta clínica insuficiente en las siguientes 28 semanas comparado con los que recibieron placebo. Este patrón se demostró en ambos sexos.

Trastorno de pánico

En un estudio a largo plazo, los pacientes que reunían los criterios del DSM-III-R para trastorno de pánico y que habían respondido durante un estudio abierto de 52 semanas de duración con sertralina 50 mg/día -200 mg/día (n=183) fueron asignados al azar a continuar con sertralina o a cambiar a placebo hasta por 28 semanas de observación.. Los pacientes que recibieron tratamiento continuado con sertralina experimentaron una tasa significativamente más baja de abandono por recaída o respuesta clínica insuficiente en las siguientes 28 semanas, comparado con los que recibieron placebo. Este patrón se demostró en ambos sexos.

Trastorno de estrés postraumático

En un estudio a largo plazo, los pacientes que reunían los criterios del DSM-III-R para TEPT que habían respondido durante un estudio abierto de 24 semanas de duración con sertralina 50 mg/día -200 mg/día (n=96) fueron asignados al azar a continuar con sertralina o a cambiar a placebo hasta por 28 semanas de observación.. Los pacientes que recibieron tratamiento continuado con sertralina experimentaron una tasa significativamente más baja de abandono por recaída o respuesta clínica insuficiente en las siguientes 28 semanas comparado con los que recibieron placebo. Este patrón se demostró en ambos sexos.

Fobia social (trastorno de ansiedad social)

En un estudio de prevención de recaídas de fobia social, los pacientes que respondieron al final de un estudio multicéntrico con posología flexible y duración de 20 semanas en el que se comparó a sertralina (50 mg/día mg-200 mg) con placebo, fueron asignados nuevamente y de manera aleatoria a 24 semanas adicionales continuando el tratamiento con sertralina (entre 50mg/día-200 mg/día) o cambiando a placebo, en tanto que los que respondieron con placebo continuaron con dicho agente. Los pacientes que continuaron recibiendo tratamiento con sertralina experimentaron un índice de recaída significativamente más bajo desde el punto de vista estadístico a lo largo del mencionado estudio de 24 semanas que los sujetos asignados aleatoriamente a cambiar a tratamiento con placebo.

5.2 Propiedades farmacocinéticas

Sertralina tiene una farmacocinética proporcional a la dosis en el intervalo de 50 mg a 200 mg. En los seres humanos, luego de una dosis única diaria oral en el intervalo de 50 mg a 200 mg durante 14 días, las concentraciones plasmáticas pico (C_{máx.}) de sertralina se presentan alrededor de 4,5 a 8,4 horas después de la dosis. El perfil farmacocinético bien sea en adolescentes o ancianos no difiere en grado significativo de los adultos entre 18 y 65 años. La vida media de la sertralina en varones y en mujeres jóvenes y ancianos varía de 22 a 36 horas. En concordancia con la vida media terminal de eliminación, existe una acumulación de aproximadamente el doble hasta las concentraciones del estado estable, las cuales se alcanzan después de una semana de dosificación una vez al día. Aproximadamente 98% del fármaco circulante está ligado a proteínas plasmáticas. Estudios en animales indican que sertralina tiene un volumen alto de distribución aparente. Se ha demostrado que la farmacocinética de sertralina en niños con TOC es comparable a la de adultos (aunque los niños metabolizan la sertralina con eficiencia ligeramente mayor). Con todo, es aconsejable dar dosis más bajas a los niños, dado su menor peso corporal (especialmente niños entre 6 y 12 años de edad), con el fin de evitar los niveles plasmáticos excesivos.

La sertralina sufre un extenso metabolismo de primer paso hepático. El principal metabolito en plasma, la N-desmetilsertralina, es sustancialmente menos activo (casi 20 veces) que la sertralina *in vitro*, y no hay evidencia de actividad en modelos *in vivo* de depresión. La vida media de la N-desmetilsertralina se encuentra en el intervalo de 62 a 104 horas. La sertralina y la N-desmetilsertralina se metabolizan extensamente en el ser humano y los metabolitos resultantes se excretan por las heces y la orina en proporciones iguales. Sólo una pequeña cantidad (<0,2%) de sertralina inmodificada se excreta por la orina.

Los alimentos no cambian en grado significativo la biodisponibilidad de sertralina en tabletas.

5.3 Información de seguridad preclínica

Extensos estudios de evaluación crónica de la seguridad en animales demuestran que la sertralina en general es bien tolerada en dosis que son múltiplos apreciables de las clínicamente eficaces. También se ha demostrado que la sertralina está desprovista de efectos mutagénicos.

Estudios en animales jóvenes

En un estudio de toxicología en ratas jóvenes Sprague-Dawley, se administraron por vía oral niveles de 0, 10, 40 u 80 mg/kg/día a ratas hembras y machos en los días 21 hasta 56 posteriores al nacimiento, con una fase de recuperación sin medicamento hasta el día 196 postnacimiento. La administración de 80 mg/kg de sertralina a machos y hembras en los días postnacimiento 21 a 56 dieron como resultado deshidratación, cromorinorrea y reducción en la ganancia de peso corporal promedio. Además, ocurrieron estertores, postura encorvada y reducción en el consumo de alimento en ratas macho que recibieron 80 mg/kg/día. Ocurrió demora en la maduración sexual en machos (80 mg/kg/día) y hembras (≥ 10 mg/kg/día), pero a pesar de este hallazgo, no hubo efectos relacionados con la sertralina en ninguno de los criterios de valoración reproductivos que se evaluaron en machos (peso de órganos, apareamiento y fertilidad, movilidad del esperma o concentración del esperma) o en hembras (ciclos estrogénicos, apareamiento y fertilidad o parámetros ováricos y uterinos). No hubo efectos relacionados con la sertralina sobre ningún parámetro de comportamiento (aprendizaje y memoria, respuesta de alarma auditiva y actividad locomotora) en machos, mientras que se observó una disminución en la respuesta de alarma auditiva en hembras a 40 y 80 mg/kg/día. No hubo efectos relacionados con la sertralina en las longitudes del fémur, peso cerebral, necropsia u observaciones microscópicas a ningún nivel de dosificación. En machos jóvenes, la dosis (máxima) sin efecto adverso observado (NOAEL) para toxicidad general fue de 40 mg/kg/día (correlacionado a un $C_{m\acute{a}x}$ de 262 ng/ml y a un AUC_{0-t} a 3170 ng•hr/ml en el día 56 postnacimiento). En hembras jóvenes, no pudo establecerse el NOAEL por la demora en la maduración sexual que ocurrió a ≥ 10 mg/kg. Todos los efectos mencionados atribuidos a la administración de sertralina se revirtieron en algún punto durante la fase de recuperación sin dosificación del estudio. No se ha establecido la relevancia clínica de estos efectos observados en ratas..

Estudios en animales sobre la fertilidad

La evidencia recolectada en dos estudios en ratas, no mostraron efecto en los parámetros de fertilidad

