

REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI

Co-Valsacor 80 mg/12,5 mg comprimate filmate
Co-Valsacor 160 mg/12,5 mg comprimate filmate
Co-Valsacor 160 mg/25 mg comprimate filmate
Co-Valsacor 320 mg/12,5 mg comprimate filmate
Co-Valsacor 320 mg/25 mg comprimate filmate

2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Co-Valsacor 80 mg/12,5 mg comprimate filmate
Fiecare comprimat filmat conține valsartan 80 mg și hidroclorotiazidă 12,5 mg.

Co-Valsacor 160 mg/12,5 mg comprimate filmate
Fiecare comprimat filmat conține valsartan 160 mg și hidroclorotiazidă 12,5 mg.

Co-Valsacor 160 mg/25 mg comprimate filmate
Fiecare comprimat filmat conține valsartan 160 mg și hidroclorotiazidă 25 mg.

Co-Valsacor 320 mg/12,5 mg comprimate filmate
Fiecare comprimat filmat conține valsartan 320 mg și hidroclorotiazidă 12,5 mg.

Co-Valsacor 320 mg/25 mg comprimate filmate
Fiecare comprimat filmat conține valsartan 320 mg și hidroclorotiazidă 25 mg.

Excipient(ți) cu efect cunoscut:
80 mg/12,5 mg
Fiecare comprimat conține lactoză 16,27 mg.

160 mg/12,5 mg
Fiecare comprimat conține lactoză 44,41 mg.

160 mg/25 mg
Fiecare comprimat conține lactoză 32,54 mg.

320 mg/12,5 mg
Fiecare comprimat conține lactoză 100,70 mg.

320 mg/25 mg
Fiecare comprimat conține lactoză 88,83 mg.

Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICĂ

Comprimat filmat.

80 mg/12,5 mg: comprimate filmate de culoare roz, ovale, biconvexe.

160 mg/12,5 mg: comprimate filmate de culoare roșu-brun, ovale, biconvexe.

160 mg/25 mg: comprimate filmate de culoare brun deschis, ovale, biconvexe.

320 mg/12,5 mg: comprimate filmate de culoare roz, ovale, biconvexe.

320 mg/25 mg: comprimate filmate de culoare galben deschis, ovale, biconvexe, marcate pe una dintre fețe. Comprimatul poate fi divizat în doze egale.

4. DATE CLINICE

4.1 Indicații terapeutice

Tratamentul hipertensiunii arteriale esențiale la adulți.

Asocierea în doze fixe de valsartan și hidroclorotiazidă este indicată la pacienții a căror tensiune arterială nu este controlată adecvat prin monoterapie cu valsartan sau hidroclorotiazidă.

4.2 Doze și mod de administrare

Doze

Doza recomandată de Co-Valsacor 80 mg/12,5 mg este de un comprimat filmat o dată pe zi.

Doza recomandată de Co-Valsacor 160 mg/12,5 mg este de un comprimat filmat o dată pe zi.

Doza recomandată de Co-Valsacor 160 mg/25 mg este de un comprimat filmat o dată pe zi.

Doza recomandată de Co-Valsacor 320 mg/12,5 mg este de un comprimat filmat o dată pe zi.

Doza recomandată de Co-Valsacor 320 mg/25 mg este de un comprimat filmat o dată pe zi.

Este recomandată ajustarea dozelor componentelor individuale. În fiecare caz, trebuie efectuată creșterea dozelor fiecărui component individual, pentru reducerea riscului de hipotensiune arterială și al altor reacții adverse.

Dacă apare necesitatea clinică, poate fi luată în considerare trecerea de la monoterapie la tratamentul cu asociere în doze fixe la pacienții a căror tensiune arterială nu este controlată adecvat prin monoterapie cu valsartan sau hidroclorotiazidă, cu condiția respectării dozei recomandate ca urmare a ajustării componentelor individuale.

După inițierea tratamentului, este necesară evaluarea răspunsului clinic și, dacă tensiunea arterială nu este în continuare controlată, doza poate fi crescută prin creșterea dozei fiecărei componente până la doza maximă de 320 mg/25 mg valsartan/hidroclorotiazidă.

Efectul antihipertensiv devine evident în cursul primelor 2 săptămâni de tratament.

La cei mai mulți dintre pacienți, efectele maxime se observă după 4 săptămâni de tratament. Cu toate acestea, la unii pacienți poate fi nevoie de o perioadă de 4-8 săptămâni de tratament. Acest fapt trebuie luat în considerare în timpul ajustării dozelor.

Dacă după 8 săptămâni de tratament cu Co-Valsacor 320 mg/25 mg nu apare niciun efect adițional relevant, trebuie luată în considerare asocierea cu un alt antihipertensiv sau un tratament alternativ cu un alt antihipertensiv (vezi pct. 4.3, 4.4, 4.5 și 5.1).

Mod de administrare

Co-Valsacor poate fi administrat cu sau fără alimente și trebuie administrat cu apă.

Grupe speciale de pacienți

Pacienți cu insuficiență renală

La pacienții cu insuficiență renală ușoară până la moderată (rata filtrării glomerulare (RFG) ≥ 30 ml/min) nu este necesară ajustarea dozei de medicament. Datorită prezenței hidroclorotiazidei, Co-Valsacor este contraindicat la pacienții cu insuficiență renală severă (RFG < 30 ml/min) și anurie (vezi pct. 4.3, 4.4 și 5.2). Utilizarea concomitentă de valsartan și aliskiren este contraindicată la pacienții cu insuficiență renală (RFG < 60 ml/min/1,73 m²) (vezi pct. 4.3).

Diabet zaharat

Utilizarea concomitentă de valsartan și aliskiren este contraindicată la pacienții cu diabet zaharat (vezi pct. 4.3).

Pacienți cu insuficiență hepatică

La pacienți cu insuficiență hepatică ușoară până la moderată, fără colestază, doza de valsartan nu trebuie să depășească 80 mg (vezi pct. 4.4). La pacienți cu insuficiență hepatică ușoară până la moderată nu este necesară ajustarea dozei de hidroclorotiazidă. Din cauza prezenței valsartanului în combinația în doză fixă, Co-Valsacor este contraindicat la pacienții cu insuficiență hepatică severă, sau la cei cu ciroză hepatică și colestază (vezi pct. 4.3, 4.4 și 5.2).

Pacienți vârstnici

La pacienții vârstnici nu este necesară ajustarea dozei de medicament.

Copii și adolescenți

Co-Valsacor nu este recomandat să fie utilizat la copii și adolescenții cu vârsta sub 18 ani, din cauza lipsei datelor privind siguranța și eficacitatea.

4.3 Contraindicații

- Hipersensibilitate la substanțele active, alte derivate de sulfonamide sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1.
- Trimestrul al doilea și al treilea de sarcină (pct 4.4 și 4.6).
- Insuficiență hepatică severă, ciroză, obstrucție biliară.
- Insuficiență renală severă (clearance-ul creatininei < 30 ml/min), anurie.
- Hipokaliemie refractară la tratament, hiponatremie, hipercalcemie și hiperuricemie simptomatică.
- Administrarea concomitentă a Co-Valsacor cu medicamente care conțin aliskiren este contraindicată la pacienții cu diabet zaharat sau insuficiență renală (RFG < 60 ml/min și 1,73 m²) (vezi pct. 4.5 și 5.1).

4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare

Tulburări hidroelectrolitice

Valsartan

Nu este recomandată utilizarea concomitentă cu suplimente de potasiu, diuretice care economisesc potasiu, înlocuitori de sare ce conțin potasiu sau alte medicamente care cresc concentrațiile plasmatiche de potasiu (heparină, etc.). Dacă este necesar, se recomandă monitorizarea potasemiei.

Hidroclorotiazidă

În timpul tratamentului cu diuretice tiazidice, inclusiv hidroclorotiazidă, a fost raportată hipokaliemie. Se recomandă monitorizarea frecventă a potasemiei.

Tratamentul cu diuretice tiazidice, inclusiv hidroclorotiazidă a fost asociat cu hiponatremie și alcaloză hipocloremică. Tiazidele, inclusiv hidroclorotiazida, cresc excreția urinară de magneziu, ceea ce poate determina hipomagnezemie. Excreția calciului este scăzută de diureticele tiazidice. Aceasta poate determina hipercalcemie.

Similar tuturor pacienților care fac tratament diuretic, trebuie determinată electrolitemia, la intervale

adecvate.

Pacienți cu depleție de sodiu și/sau depleție volemică

Pacienți în tratament cu diuretice tiazidice, inclusiv hidroclorotiazidă, trebuie monitorizați pentru semne clinice de depleție hidro-electrolitică.

În cazuri rare, după inițierea tratamentului cu valsartan și hidroclorotiazidă la pacienții cu depleție severă de sodiu și/sau volemică, cum sunt cei care utilizează doze mari de diuretice, poate să apară hipotensiune arterială simptomatică. Înainte de inițierea tratamentului cu valsartan și hidroclorotiazidă, trebuie corectate depleția de sodiu și/sau depleția volemică.

Pacienți cu insuficiență cardiacă cronică severă sau alte boli cu stimularea sistemului renină-angiotensină-aldosteron

La pacienți la care funcția renală depinde de activitatea sistemului renină-angiotensină-aldosteron (de exemplu, pacienți cu insuficiență cardiacă congestivă severă), tratamentul cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei a fost asociat cu oligurie și/sau azotemie progresivă și, în cazuri rare, cu insuficiență renală acută și/sau deces. Evaluarea pacienților cu insuficiență cardiacă sau status post-IM trebuie să includă întotdeauna și evaluarea funcției renale. Nu a fost stabilită eficacitatea utilizării asocierii valsartan și hidroclorotiazidă la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică severă. Întrucât determină inhibiția sistemului renină-angiotensină-aldosteron, asocierea valsartan și hidroclorotiazidă poate fi asociată cu afectarea funcției renale. Co-Valsacor nu trebuie utilizat la acești pacienți.

Stenoza arterei renale

Co-Valsacor nu trebuie utilizat în tratamentul hipertensiunii arteriale la pacienții cu stenoză bilaterală a arterelor renale sau stenoza arterei renale pe rinichi unic, deoarece poate crește uremia și creatininemia.

Hiperaldosteronism primar

Pacienții cu hiperaldosteronism primar nu trebuie tratați cu Co-Valsacor deoarece sistemul lor renină-angiotensină nu este activat.

Stenoza valvei aortice și mitrale, cardiomiopatia hipertrofică obstructivă

La fel ca în cazul tuturor vasodilatoarelor, la pacienții cu stenoză aortică sau mitrală, sau cardiomiopatia hipertrofică obstructivă (CHO), se recomandă precauție specială.

Insuficiența renală

La pacienții cu clearance-ul creatininei ≥ 30 ml/min nu este necesară ajustarea dozajului (vezi pct. 4.2). În cazul utilizării Co-Valsacor la pacienți cu insuficiență renală, se recomandă monitorizarea periodică a potasemiei, creatininemiei și a nivelurilor acidului uric.

Utilizarea concomitentă de ARAII - inclusiv valsartan - sau de inhibitori ECA împreună cu aliskiren la pacienții cu insuficiență renală ($FG < 60$ ml/min/1,73 m²) este contraindicată (vezi pct. 4.3. și 4.5.)

Transplant renal

În prezent nu există date asupra siguranței utilizării Co-Valsacor la pacienții cu transplant renal recent.

Insuficiență hepatică

La pacienții cu insuficiență hepatică ușoară până la moderată, fără colestază, Co-Valsacor trebuie utilizat cu precauție (vezi pct. 4.2 și 5.2). Tiazidele trebuie utilizate cu precauție la pacienții cu insuficiență hepatică sau boală hepatică progresivă, întrucât modificări minore ale echilibrului hidro-electrolitic pot precipita coma hepatică.

Istoric de angioedem

La pacienții tratați cu valsartan a fost raportat angioedem, inclusiv cu edem laringian și glotic, care a determinat obstrucție a căilor respiratorii și/sau edem al feței, buzelor, faringelui și/sau limbii; unii dintre acești pacienți au prezentat anterior angioedem la utilizarea altor medicamente, inclusiv

inhibitori ECA. Co-Valsacor trebuie întrerupt imediat la pacienții care dezvoltă angioedem și nu mai trebuie reutilizat (vezi pct. 4.8).

Lupus eritematos sistemic

Diureticele tiazidice, inclusiv hidroclorotiazida, pot exacerba sau activa lupusul eritematos sistemic.

Alte tulburări metabolice

Diureticele tiazidice, inclusiv hidroclorotiazida, pot modifica toleranța la glucoză și crește nivelul seric de colesterol, trigliceride și acid uric. La pacienții cu diabet zaharat, pot fi necesare ajustări ale tratamentului cu insulină sau antidiabetice orale.

Tiazidele pot scădea excreția urinară a calciului și o creștere intermitentă și ușoară a calcemiei, în absența unei tulburări cunoscute a metabolismului calciului. O hipercalcemie marcată poate fi dovada unei hiperparatiroidii preexistente. Înaintea efectuării testelor funcției paratiroidiene, tratamentul cu tiazide trebuie întrerupt.

Fotosensibilitate

În timpul tratamentului cu diuretice tiazidice au fost raportate cazuri de reacții de fotosensibilitate (vezi pct. 4.8). Dacă în timpul tratamentului apare o reacție de fotosensibilitate, se recomandă întreruperea tratamentului. Dacă este necesară reluarea tratamentului diuretic, se recomandă protejarea zonelor cutanate expuse razelor solare sau UV.

Sarcina

Tratamentul cu antagoniști ai receptorilor angiotensinei II (ARAI) nu trebuie început în timpul sarcinii. În cazul în care continuarea tratamentului cu ARAII nu este considerată esențială, pacientele care planifică o sarcină trebuie trecute la un tratament antihipertensiv alternativ cu profil de siguranță stabilit pentru utilizarea în timpul sarcinii. În momentul diagnosticării unei sarcini, tratamentul cu ARAII trebuie oprit imediat și, dacă este cazul, se începe un tratament alternativ (vezi pct. 4.3 și 4.6).

Alte precauții

Se recomandă precauție în cazul pacienților care au prezentat anterior hipersensibilitate la alți antagoniști ai receptorilor de angiotensină II. Apariția reacțiilor de hipersensibilitate la hidroclorotiazidă este mai probabilă la pacienții cu alergii și astm bronșic.

Glaucom acut cu unghi închis

Hidroclorotiazida, o sulfonamidă, a fost asociată cu apariția unei reacții de hipersensibilitate, cu miopie tranzitorie acută și glaucom acut cu unghi închis. Simptomele includ un debut acut, cu scăderea acuității vizuale sau durere oculară, care apar de obicei la interval de ore până la o săptămână de la inițierea tratamentului. Netratat, glaucom acut cu unghi închis poate duce la pierderea permanentă a vederii.

Prima măsură terapeutică este întreruperea cât mai rapidă posibil a hidroclorotiazidei. Dacă tensiunea oculară nu poate fi controlată, poate fi luat în considerare un tratament medical sau chirurgical prompt. Factorii de risc pentru apariția glaucom acut cu unghi închis pot include un istoric al utilizării sulfonamidelor sau alergie la penicilină.

Blocarea dublă a sistemului renină-angiotensină-aldosteron (SRAA)

Există dovezi că administrarea concomitentă a inhibitorilor ECA, blocanților receptorilor angiotensinei II sau aliskirenului crește riscul de apariție a hipotensiunii arteriale, hiperkaliemiei și de diminuare a funcției renale (inclusiv insuficiență renală acută). Prin urmare, nu este recomandată blocarea dublă a SRAA prin administrarea concomitentă a inhibitorilor ECA, blocanților receptorilor angiotensinei II sau aliskirenului (vezi pct. 4.5 și 5.1).

Dacă terapia de blocare dublă este considerată absolut necesară, aceasta trebuie administrată numai sub supravegherea unui medic specialist și cu monitorizarea atentă și frecventă a funcției renale, valorilor electroliților și tensiunii arteriale.

Inhibitorii ECA și blocanții receptorilor angiotensinei II nu trebuie utilizați concomitent la pacienții cu nefropatie diabetică.

Co-Valsacor conține lactoză. Pacienții cu afecțiuni ereditare rare de intoleranță la galactoză, deficit de lactază (Lapp) sau sindrom de malabsorbție la glucoză-galactoză nu trebuie să utilizeze acest medicament.

4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune

Interacțiuni legate de valsartan și hidroclorotiazidă

Utilizare concomitentă nerecomandată

Litiu

În timpul utilizării concomitente de litiu și inhibitori ECA și tiazide, inclusiv hidroclorotiazidă, au fost raportate creșteri reversibile ale concentrațiilor plasmatice ale litiului și creșteri ale toxicității acestuia. Din cauza lipsei datelor asupra utilizării concomitente de valsartan și litiu, această asociere nu este recomandată. În cazul în care asocierea se dovedește necesară, se recomandă monitorizarea atentă a nivelurilor concentrațiilor plasmatice ale litiului.

Utilizare concomitentă ce necesită precauție

Alte medicamente antihipertensive

Asocierea valsartan și hidroclorotiazidă poate determina creșterea efectelor altor antihipertensive, de exemplu, guanetidină, metildopa, vasodilatatoare, inhibitori ai ECA, blocante ale receptorului angiotensinei (BRA), beta-blocante, blocante ale canalelor de calciu și inhibitori direcți ai reninei (IDR).

Amine presoare (de exemplu, noradrenalină, adrenalină)

Posibil răspuns scăzut la amine presoare. Semnificația clinică a acestui efect este incert, dar nu exclude utilizarea acestora.

Medicamente antiinflamatorii nesteroidiene (AINS), inclusiv inhibitori selectivi ai COX-2, acid acetilsalicilic (>3 g pe zi) și AINS neselective.

Administrarea concomitentă de antagoniști ai angiotensinei II și AINS poate duce la atenuarea efectului antihipertensiv al asocierii antagoniștilor receptorilor de angiotensină II și hidroclorotiazidă. Mai mult, utilizarea concomitentă de Co-Valsacor și AINS poate duce la creșterea riscului de agravare a funcției renale și la creșterea concentrațiilor plasmatice ale potasiului. Prin urmare, se recomandă monitorizarea funcției renale la inițierea tratamentului, precum și hidratarea corespunzătoare a pacientului.

Interacțiuni legate de valsartan

Blocarea dublă a sistemului renină-angiotensină-aldosteron (SRAA)

Datele provenite din studii clinice au evidențiat faptul că blocarea dublă a sistemului renină-angiotensină-aldosteron (SRAA), prin administrarea concomitentă a inhibitorilor ECA, blocanților receptorilor angiotensinei II sau a aliskirenilui, este asociată cu o frecvență mai mare a reacțiilor adverse, cum sunt hipotensiunea arterială, hiperkaliemia și diminuarea funcției renale (inclusiv insuficiență renală acută), comparativ cu administrarea unui singur medicament care acționează asupra SRAA (vezi pct. 4.3, 4.4 și 5.1).

Utilizare concomitentă nerecomandată

Diuretice care economisesc potasiul, suplimente de potasiu sau înlocuitori de sare ce conțin potasiu, care pot determina creșterea concentrațiilor plasmatice de potasiu.

Dacă este necesară utilizarea concomitentă de valsartan și medicamente care afectează concentrațiile plasmatice ale potasiului, se recomandă monitorizarea atentă a concentrațiilor plasmatice ale potasiului.

Transportori

Datele *in vitro* indică faptul că valsartanul este un substrat al transportorului de captare hepatică OATP1B1/OATP1B3 și transportorului de eflux hepatic MRP2. Relevanța clinică a acestui fapt nu este cunoscut. Administrarea concomitentă de inhibitori ai transportorului de captare hepatică (de exemplu rifampicină, ciclosporină) sau transportorului de eflux hepatic (de exemplu, ritonavir) poate crește expunerea sistemică la valsartan. La inițierea sau întreruperea tratamentului concomitent cu astfel de medicamente este necesară precauție adecvată.

Nicio interacțiune

În studiile de interacțiune medicamentoasă cu valsartan, nu s-au observat interacțiuni semnificative clinic cu următoarele medicamente: cimetidină, warfarină, furosemidă, digoxină, atenolol, indometacină, hidroclorotiazidă, amlodipină, glibenclamidă.

Digoxina și indometacina ar putea interacționa cu hidroclorotiazida din componența Co-Valsacor (vezi Interacțiuni legate de hidroclorotiazidă).

Interacțiuni legate de hidroclorotiazidă.

Utilizare concomitentă care necesită precauție

Medicamente care afectează kaliemia

Efectul hipokaliemic al hidroclorotiazidei poate crește la utilizarea concomitentă de diuretice kaliuretice, corticosteroizi, laxative, ACTH, amfotericină, carbenoxolonă, penicilină G, acid salicilic și derivate ale acestuia.

Dacă aceste medicamente trebuie prescrise în timpul tratamentului cu asocierea hidroclorotiazidă-valsartan, se recomandă monitorizarea potasemiei (vezi pct. 4.4).

Medicamente care pot determina torsada vârfurilor

Datorită riscului de hipokaliemie, hidroclorotiazida trebuie administrată cu precauție în asociere cu medicamente care pot determina torsada vârfurilor, în special antiaritmice de clasă Ia și antiaritmice de clasă III, precum și unele antipsihotice.

Medicamente care afectează natremia

Efectul hiponatremic al diureticelor poate crește prin administrarea concomitentă a unor medicamente, cum sunt antidepresive, antipsihotice, antiepileptice, etc... Se recomandă precauție la administrarea de lungă durată a acestor medicamente

Glicozide digitale

Hipokaliemia sau hipomagnezemia induse de tiazide pot apărea ca reacții adverse care favorizează debutul aritmiilor induse de digitale (vezi pct. 4.4).

Săruri de calciu și vitamină D

Administrarea diureticelor tiazidice, inclusiv hidroclorotiazidă, cu vitamină D sau săruri de calciu poate crește riscul hipercalcemiei. Utilizarea concomitentă a diureticelor tiazidice și sărurilor de calciu poate determina hipercalcemie la pacienții cu risc hipercalcemic (de exemplu, în caz de hiperparatiroidism, tumori maligne sau stări clinice mediate de vitamina D) prin creșterea reabsorbției tubulare de calciu.

Medicamente antidiabetice orale și insulină

Tiazidele pot modifica toleranța la glucoză. Prin urmare, poate fi necesară ajustarea dozelor de medicament antidiabetic.

Metformina trebuie utilizată cu precauție, din cauza riscului acidozei lactice prin insuficiența renală determinată de hidroclorotiazidă.

Beta-blocante și diazoxid

Utilizarea concomitentă a diureticelor tiazidice, inclusiv hidroclorotiazidă, cu betablocante poate crește riscul hiperglicemiei. Diureticelor tiazidice, inclusiv hidroclorotiazidă, pot crește efectul hiperglicemic al diazoxidului.

Medicamente utilizate în tratamentul gutei (probenecid, sulfînpirazonă și alopurinol)

Poate fi necesară ajustarea dozelor de medicamente uricozurice, deoarece hidroclorotiazida poate crește nivelele concentrației plasmatică ale acidului uric. Astfel, poate fi necesară creșterea dozei de probenecid sau sulfînpirazonă. Administrarea concomitentă de diuretice tiazidice, inclusiv hidroclorotiazidă, poate crește incidența reacțiilor de hipersensibilitate la alopurinol.

Medicamente anticolinergice și alte medicamente care afectează motilitatea gastrică

Biodisponibilitatea diureticelor de tip tiazidic poate fi crescută de medicamentele anticolinergice (de exemplu, atropină, biperiden), aparent prin scăderea motilității gastrointestinale și a vitezei de golire gastrică.

În schimb, se anticipează că medicamente prokinetice, cum este cisaprida, poate reduce biodisponibilitatea diureticelor de tip tiazidic.

Amantadină

Tiazidele, inclusiv hidroclorotiazidă, pot crește riscul reacțiilor adverse determinate de amantadină.

Rezine schimbătoare de ioni

Absorbția diureticelor tiazidice, inclusiv hidroclorotiazidă, este scăzută de colestiramină și colestipol. Acest lucru ar putea duce la efecte sub-terapeutice ale diureticelor tiazidice. Cu toate acestea, spațierea dozelor de hidroclorotiazidă și rezină, astfel încât hidroclorotiazida să fie administrată cu cel puțin 4 ore înainte sau 4-6 ore după administrarea de rezină, ar putea reduce interacțiunea.

Citotoxice

Tiazidele, inclusiv hidroclorotiazidă, pot reduce excreția renală a medicamentelor citotoxice (de exemplu, ciclofosamidă, metotrexat) și potențează efectele lor mielodepresive.

Relaxante musculare nedepolarizante (de exemplu, tubocurarină)

Tiazidele, inclusiv hidroclorotiazidă, potențează acțiunea relaxantelor musculaturii striate, cum sunt derivații de curara.

Ciclosporină

Tratamentul concomitent cu ciclosporină poate crește riscul hiperuricemiei și al complicațiilor de tip gutos.

Alcool etilic, barbiturice sau narcotice

Administrarea concomitentă de diuretice tiazidice și substanțe care prezintă și efect de reducere a tensiunii arteriale (de exemplu, prin reducerea activității sistemului nervos central simpatic sau prin vasodilatație directă) poate potența hipotensiunea ortostatică.

Metildopa

La pacienții în tratament concomitent cu metildopa și hidroclorotiazidă au existat rapoarte izolate de anemie hemolitică.

Substanțe iodate de contrast

În cazul deshidratării induse de diuretice, există un risc crescut de insuficiență renală acută, în special la administrare de doze mari de substanțe iodate de contrast. Înaintea administrării acestora, pacienții trebuie rehidratați.

4.6 Fertilitatea, sarcina și alăptarea

Sarcină

Valsartan

Utilizarea antagoniștilor receptorilor angiotensinei II (ARAI) nu este recomandată în primul trimestru

de sarcină (vezi pct. 4.4). Utilizarea ARAII în al doilea și al treilea trimestru de sarcină este contraindicată (vezi pct. 4.3 și 4.4).

În ciuda faptului că dovezile epidemiologice privind riscul teratogen apărut în urma expunerii la inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA) în primul trimestru de sarcină nu au fost concludente, o ușoară creștere a riscului nu poate fi exclusă. Cu toate că nu sunt disponibile date epidemiologice controlate cu privire la riscul asociat utilizării ARAII, pentru această clasă de medicamente pot exista riscuri asemănătoare. În cazul în care continuarea tratamentului cu ARAII nu este considerată esențială, pacientele care planifică o sarcină trebuie să treacă la un tratament antihipertensiv alternativ cu profil de siguranță stabilit pentru utilizarea în timpul sarcinii. În momentul diagnosticării unei sarcini, tratamentul cu ARAII trebuie oprit imediat și, dacă este cazul, se începe un tratament alternativ.

Este cunoscut faptul că tratamentul cu ARAII în trimestrul al doilea și al treilea de sarcină are efecte fetotoxice la om (scăderea funcției renale, oligohidroamnios, întârziere în osificarea craniului) și induce toxicitate neonatală (insuficiență renală, hipotensiune arterială, hiperpotasemie) (vezi pct. 5.3). Dacă expunerea la ARAII a avut loc în al doilea trimestru de sarcină, se recomandă monitorizarea ecografică a funcției renale și a craniului.

Nou-născuții și sugarii ale căror mame au utilizat ARAII trebuie atent monitorizați în vederea depistării hipotensiunii arteriale (vezi de asemenea pct. 4.3 și 4.4).

Hydroclorotiazidă

Există date limitate asupra utilizării hidroclorotiazidei în sarcină, în special în primul trimestru. Datele obținute din studiile cu animale sunt insuficiente.

Hydroclorotiazida trece bariera placentară. Datorită mecanismului de acțiune farmacologică al hidroclorotiazidei, utilizarea acesteia în al doilea și al treilea trimestru de sarcină poate afecta circulația fetoplacentară și poate determina efecte fetale și neonatale, cum sunt icterul, dezechilibrul electrolitic și trombocitopenia.

Alăptarea

Nu sunt disponibile date privind utilizarea valsartanului în timpul alăptării. Hydroclorotiazida este excretată în laptele matern. De aceea, nu se recomandă utilizarea Co-Valsacor în timpul alăptării. Este de preferat ca în această perioadă să se utilizeze tratamente alternative cu profile de siguranță mai bine stabilite, în special în cazul alăptării nou-născutului sau prematurului.

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

Nu au fost efectuate studii despre efectele asocierii valsartan-hidroclorotiazidă asupra capacității de a conduce vehicule. În cazul conducerii vehiculelor și a folosirii utilajelor, trebuie să se țină cont de posibilitatea apariției ocazionale a amețelilor sau fatigabilității.

4.8 Reacții adverse

Reacțiile adverse raportate în studiile clinice și prin investigațiile de laborator au fost mai frecvente în cazul asocierii valsartan și hidroclorotiazidă decât în cazul placebo iar rapoartele din perioada de după punere pe piață sunt prezentate mai jos în funcție de sistemul de clase de organe. Reacțiile adverse cunoscute pentru componentele individuale ale asocierii, care nu au apărut în timpul studiilor clinice, pot apărea în timpul tratamentului cu valsartan/hidroclorotiazidă.

Reacțiile adverse se clasifică în următoarele grupe, în funcție de frecvență: foarte frecvente ($\geq 1/10$); frecvente ($\geq 1/100$ la $< 1/10$); ai puțin frecvente ($\geq 1/1000$ la $< 1/100$); rare ($\geq 1/10000$ la $< 1/1000$); foarte rare ($< 1/10000$); cu frecvență necunoscută (pentru care nu există date disponibile). În cadrul fiecărei grupe de frecvență, reacțiile adverse sunt prezentate în ordinea descrescătoare a severității.

Tabelul 1. Frecvența reacțiilor adverse cu valsartan/hidroclorotiazidă

Tulburări metabolice și de nutriție

Mai puțin frecvente	Deshidratare
---------------------	--------------

Tulburări ale sistemului nervos

Foarte rare	Amețeli
Mai puțin frecvente	Parestezii
Frecvență necunoscută	Sincopă

Tulburări oculare

Mai puțin frecvente	Vedere încețoșată
---------------------	-------------------

Tulburări acustice și vestibulare

Mai puțin frecvente	Tinitus
---------------------	---------

Tulburări vasculare

Mai puțin frecvente	Hipotensiune arterială
---------------------	------------------------

Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale

Mai puțin frecvente	Tuse
Frecvență necunoscută	Edem pulmonar necardiogen

Tulburări gastro-intestinale

Foarte rare	Diaree
-------------	--------

Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv

Mai puțin frecvente	Mialgie
Foarte rare	Artralgie

Tulburări renale și ale căilor urinare

Frecvență necunoscută	Alterarea funcției renale
-----------------------	---------------------------

Tulburări generale și la nivelul locului de administrare

Mai puțin frecvente	Fatigabilitate
---------------------	----------------

Investigații diagnostice

Frecvență necunoscută	Creșterea concentrațiilor plasmatice de acid uric, bilirubină și creatinină, hipokaliemie, hiponatremie, uremie, neutropenie
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Informații adiționale referitoare la componentele individuale

Reacțiile adverse ale componentelor individuale pot fi potențial și efecte adverse ale asocierii valsartan și hidroclorotiazidă, chiar dacă nu au fost raportate în studiile clinice sau în perioada de după punere pe piață a medicamentului.

Tabel 2. Frecvența reacțiilor adverse la valsartan**Tulburări hematologice și limfatic**

Frecvență necunoscută	Scăderea hemoglobinemiei, scăderea hematocritului, Trombocitopenie
-----------------------	--------------------------------------------------------------------

Tulburări ale sistemului imunitar

Frecvență necunoscută	Reacții de hipersensibilitate, incluzând boala serului
-----------------------	--------------------------------------------------------

Tulburări metabolice și de nutriție

Frecvență necunoscută	Creșterea potasemiei, hiponatremie
-----------------------	------------------------------------

Tulburări acustice și vestibulare

Mai puțin frecvente	Vertij
---------------------	--------

Tulburări vasculare

Frecvență necunoscută	Vasculită
-----------------------	-----------

Tulburări gastro-intestinale

Mai puțin frecvente	Durere abdominală
---------------------	-------------------

Tulburări hepatobiliare

Frecvență necunoscută	Creșterea concentrației enzimelor hepatice
-----------------------	--------------------------------------------

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Frecvență necunoscută Angioedem, erupție cutanată tranzitorie, prurit

Tulburări renale și ale căilor urinare

Frecvență necunoscută Insuficiență renală

Tabel 3. Frecvența reacțiilor adverse la hidroclorotiazidă

Hidroclorotiazida este prescrisă de mulți ani, frecvent în doze mai mari decât în asocierea Co-Valsacor. La pacienții tratați în monoterapie cu diuretice tiazidice, inclusiv hidroclorotiazidă au fost raportate următoarele reacții adverse:

Tulburări hematologice și limfatice

Rare

Trombocitopenie, uneori însoțită de purpură

Foarte rare

Agranulocitoză, leucopenie, anemie hemolitică, insuficiență medulară osoasă

Frecvență necunoscută

Anemie aplastică

Tulburări ale sistemului imunitar

Foarte rare

Reacții de hipersensibilitate

Tulburări metabolice și de nutriție

Foarte frecvente

Hipokaliemie, hiperlipidemie (în special la doze mai mari)

Frecvente

Hiponatremie, hipomagnezemie, hiperuricemie

Rare

Hipercalcemie, hiperglicemie, glicozurie și agravarea stării metabolice indusă de diabetul zaharat

Foarte rare

Alcaloză hipocloremică

Tulburări psihice

Rare

Depresie, tulburări ale somnului

Tulburări ale sistemului nervos

Rare

Cefalee

Tulburări oculare

Rare

Tulburări ale vederii

Frecvență necunoscută

Glaucom acut cu unghi închis

Tulburări cardiace

Rare

Aritmii cardiace

Tulburări vasculare

Frecvente

Hipotensiune arterială ortostatică

Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale

Foarte rare

Detresă respiratorie, incluzând pneumonie și edem pulmonar

Tulburări gastro-intestinale

Frecvente

Pierderea apetitului alimentar, forme ușoare de greață și vărsături

Rare

Constipație, disconfort gastrointestinal, diaree

Foarte rare

Pancreatită

Tulburări hepatobiliare

Rare

Colestază intrahepatică și icter

Tulburări renale și ale căilor urinare

Frecvență necunoscută

Disfuncție renală, insuficiență renală acută

Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat

Frecvente

Urticarie și alte forme de erupție cutanată

Rare	tranzitorie
Foarte rare	Fotosensibilitate
	Vasculită necrozantă și epidermoliză toxică necrotică, reacții asemănătoare lupusului cutanat eritematos, reactivarea unui lupus cutanat eritematos
Frecvență necunoscută	Eritem polimorf
Tulburări generale și la nivelul locului de administrare	
Frecvență necunoscută	Pirexie, astenie
Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	
Frecvență necunoscută	Spasm muscular
Tulburări ale aparatului genital și sânului	
Frecvente	Impotență

Raportarea reacțiilor adverse suspectate

Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la:

Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale
Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1
Bucuresti 011478- RO
Tel: + 4 0757 117 259
Fax: +4 0213 163 497
e-mail: adr@anm.ro.

4.9 Supradozaj

Simptome

Supradozajul cu valsartan poate determina hipotensiune arterială marcată, care poate induce scăderea nivelului conștienței, colaps circulator și/sau șoc. Adicional, din cauza supradozării hidroclorotiazidei, pot apărea următoarele semne și simptome: greață, somnolență, hipovolemie și tulburări electrolitice asociate cu aritmii cardiace și spasme musculare.

Tratament

Măsurile terapeutice depind de perioada care a trecut de la ingestie și tipul și severitatea simptomelor, stabilizarea circulatorie fiind de importanță majoră.

În caz de hipotensiune arterială, pacientul trebuie așezat în clinostatism și trebuie efectuată corecția rapidă a volumului circulator.

Valsartanul nu este eliminat prin hemodializă, din cauza legării puternice de proteinele plasmatiche, în timp ce hidroclorotiazida este eliminată prin dializă.

5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

5.1 Proprietăți farmacodinamice

Grupa farmacoterapeutică: medicamente cu acțiune asupra sistemului renină-angiotensină, antagoniști ai angiotensinei II și diuretice, codul ATC: C09DA03.

Valsartan/hidroclorotiazidă

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, controlat activ cu pacienți cu hipertensiune arterială insuficient controlată cu hidroclorotiazidă 12,5 mg, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă

80/12,5 mg (14,9/11,3 mmHg), comparativ cu hidroclorotiazidă 12,5 mg (5,2/2,9 mmHg) și hidroclorotiazidă 25 mg (6,8/5,7 mmHg). În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau reducere ≥ 10 mmHg) la grupa de tratament cu valsartan/hidroclorotiazidă 80/12,5 mg (60%), comparativ cu pacienții tratați cu hidroclorotiazidă 12,5 mg (25%) și hidroclorotiazidă 25 mg (27%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, controlat activ cu pacienți cu hipertensiune arterială insuficient controlată cu valsartan 80 mg, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 80/12,5 mg (9,8/8,2 mmHg) comparativ cu valsartan 80 mg (3,9/5,1 mmHg) și valsartan 160 mg (6,5/6,2 mmHg). În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau reducere ≥ 10 mmHg) la grupa de tratament cu valsartan/hidroclorotiazidă 80/12,5 mg (51%) comparativ cu valsartan 80 mg (36%) și valsartan 160 mg (37%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, placebo-controlat, cu design factorial, care a comparat diverse doze în asociere de valsartan/hidroclorotiazidă cu componentele individuale ale asocierii administrate în monoterapie, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 80/12,5 mg (16,5/11,8 mmHg) comparativ cu grupul placebo (1,9/4,1 mmHg) și hidroclorotiazidă 12,5 mg (7,3/7,2 mmHg) și valsartan 80 mg (8,8/8,6 mmHg). În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau reducere ≥ 10 mmHg) la grupa de tratament cu valsartan/hidroclorotiazidă 80/12,5 mg (64%) comparativ cu grupa placebo (29%) și grupa pacienților tratați cu hidroclorotiazidă (41%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, controlat activ cu pacienți cu hipertensiune arterială insuficient controlată cu hidroclorotiazidă 12,5 mg, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (12,4/7,5 mmHg) comparativ cu hidroclorotiazidă 25 mg (5,6/2,1 mmHg). În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA <140/90 mmHg sau scădere a TA sistolice ≥ 20 mmHg sau scădere a TA diastolice ≥ 10 mmHg) la grupa de tratament cu valsartan/hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (50%) comparativ cu grupa pacienților tratați cu hidroclorotiazidă 25 mg (25%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, controlat activ cu pacienți cu hipertensiune arterială insuficient controlată cu valsartan 160 mg, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 160/25 mg (14,6/11,9 mmHg) și valsartan/hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (12,4/10,4 mmHg) comparativ cu valsartan 160 mg (8,7/8,8 mmHg). Diferența în scăderea TA corespunzătoare asocierilor 160/25 mg și 160/12,5 mg a fost, de asemenea, semnificativă statistic. În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau scădere ≥ 10 mmHg) la grupele de tratament cu valsartan/hidroclorotiazidă 160/25 mg (68%) și 160/12,5 mg (62%), comparativ cu pacienții tratați cu valsartan 160 mg (49%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, placebo-controlat, cu design factorial, care a comparat diverse doze în asociere de valsartan/hidroclorotiazidă cu componentele individuale ale asocierii administrate în monoterapie, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (17,8/13,5 mmHg) și 160/25 mg (22,5/15,3 mmHg) comparativ cu grupa pacienților tratați cu placebo (1,9/4,1 mmHg) și substanțele administrate în monoterapie, respectiv hidroclorotiazidă 12,5 mg (7,3/7,2 mmHg), hidroclorotiazidă 25 mg (12,7/9,3 mmHg) și valsartan 160 mg (12,1/9,4 mmHg). În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau scădere ≥ 10 mmHg) la grupele de tratament cu valsartan/hidroclorotiazidă 160/25 mg (81%) și valsartan/hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (76%), comparativ cu pacienții tratați cu placebo (29%) și substanțele administrate în monoterapie, respectiv hidroclorotiazidă 12,5 mg (41%), hidroclorotiazidă 25 mg (54%) și valsartan 160 mg (59%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, controlat activ cu pacienți cu hipertensiune arterială insuficient controlată cu hidroclorotiazidă 12,5 mg, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/ hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (12,4/7,5 mmHg) comparativ cu hidroclorotiazidă 25 mg (5,6/2,1 mmHg). În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA <140/90 mmHg sau scădere a TA sistolice \geq 20 mmHg sau scădere a TA diastolice \geq 10 mmHg) la pacienții tratați cu valsartan/hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (50%), comparativ cu grupa pacienților tratați cu hidroclorotiazidă 25 mg (25%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, controlat activ cu pacienți cu hipertensiune arterială insuficient controlată cu valsartan 160 mg, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 160/25 mg (14,6/11,9 mmHg) și valsartan/hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (12,4/10,4 mmHg) comparativ cu valsartan 160 mg (8,7/8,8 mmHg). Diferența în scăderea TA corespunzătoare dozelor 160/25 mg și 160/12,5 mg a fost, de asemenea, semnificativă statistic. În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau scădere \geq 10 mmHg) la grupa pacienților tratați cu valsartan/hidroclorotiazidă 160/25 mg (68%) și 160/12,5 mg (62%), comparativ cu pacienții tratați cu valsartan 160 mg (49%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, placebo-controlat, cu design factorial, care a comparat diverse doze în asociere de valsartan/hidroclorotiazidă cu componentele individuale ale asocierii administrate în monoterapie, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (17,8/13,5 mmHg) și 160/25 mg (22,5/15,3 mmHg) comparativ cu pacienții tratați cu placebo (1,9/4,1 mmHg) și substanțele administrate în monoterapie, respectiv hidroclorotiazidă 12,5 mg (7,3/7,2 mmHg), hidroclorotiazidă 25 mg (12,7/9,3 mmHg) și valsartan 160 mg (12,1/9,4 mmHg). În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau scădere \geq 10 mmHg) la grupa pacienților tratați cu valsartan/hidroclorotiazidă 160/25 mg (81%) și valsartan/hidroclorotiazidă 160/12,5 mg (76%), comparativ cu pacienții tratați cu placebo (29%) și pacienții tratați cu substanțele administrate în monoterapie, respectiv hidroclorotiazidă 12,5 mg (41%), hidroclorotiazidă 25 mg (54%) și valsartan 160 mg (59%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, controlat activ cu pacienți cu hipertensiune arterială insuficient controlată cu valsartan 320 mg, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 320/25 mg (15,4/10,4 mmHg) și valsartan/hidroclorotiazidă 320/12,5 mg (13,6/9,7 mmHg), comparativ cu pacienții tratați cu valsartan 320 mg (6,1/5,8 mmHg). Diferența în scăderea TA corespunzătoare dozelor de 320/25 mg și 320/12,5 mg a fost, de asemenea, semnificativă statistic. În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau scădere \geq 10 mmHg) la pacienții tratați cu valsartan/hidroclorotiazidă 320/25 mg (75%) și 320/12,5 mg (69%), comparativ cu grupa pacienților tratați cu valsartan 320 mg (53%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, placebo-controlat, cu design factorial, care a comparat diverse doze în asociere de valsartan/hidroclorotiazidă cu componentele individuale ale asocierii administrate în monoterapie, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 320/12,5 mg (21,7/15,0 mmHg) și 320/25 mg (24,7/16,6 mmHg), comparativ cu pacienții tratați cu placebo (7,0/5,9 mmHg) și pacienții tratați cu substanțele administrate în monoterapie, respectiv hidroclorotiazidă 12,5 mg (11,1/9,0 mmHg), hidroclorotiazidă 25 mg (14,5/10,8 mmHg) și valsartan 320 mg (13,7/11,3 mmHg). În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau scădere \geq 10 mmHg) la pacienții tratați cu valsartan/hidroclorotiazidă 320/25 mg (85%) și 320/12,5 mg (83%), comparativ cu pacienții tratați cu placebo (45%) și pacienții tratați cu substanțele administrate în monoterapie, respectiv hidroclorotiazidă 12,5 mg (60%), hidroclorotiazidă 25 mg (66%) și valsartan 320 mg (69%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, controlat activ cu pacienți cu hipertensiune arterială insuficient controlată cu valsartan 320 mg, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 320/25 mg (15,4/10,4 mmHg) și valsartan/hidroclorotiazidă 320/12,5 mg (13,6/9,7 mmHg), comparativ cu pacienții tratați cu valsartan 320 mg (6,1/5,8 mmHg).

Diferența dintre valorile TA sistolice corespunzătoare dozelor de 320/25 mg și 320/12,5 mg a fost, de asemenea, semnificativă statistic. În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau scădere ≥ 10 mmHg) la pacienții tratați cu valsartan/hidroclorotiazidă 320/25 mg (75%) și 320/12,5 mg (69%), comparativ cu pacienții tratați cu valsartan 320 mg (53%).

Într-un studiu clinic dublu-orb, randomizat, placebo-controlat, cu design factorial, care a comparat diverse doze în asociere de valsartan/hidroclorotiazidă cu componentele individuale ale asocierii administrate în monoterapie, a fost observată o reducere medie semnificativ mai mare a tensiunii arteriale sistolice/diastolice în cazul utilizării asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 320/12,5 mg (21,7/15,0 mmHg) și 320/25 mg (24,7/16,6 mmHg), comparativ cu grupa pacienților tratați cu placebo (7,0/5,9 mmHg) și substanțele individuale, administrate în monoterapie, respectiv hidroclorotiazidă 12,5 mg (11,1/9,0 mmHg), hidroclorotiazidă 25 mg (14,5/10,8 mmHg) și valsartan 320 mg (13,7/11,3 mmHg). În plus, s-a înregistrat o proporție mai mare de pacienți care au răspuns la tratament (TA diastolică <90 mmHg sau scădere ≥ 10 mmHg) în cazul asocierii valsartan/hidroclorotiazidă 320/25 mg (85%) și 320/12,5 mg (83%), comparativ cu pacienții tratați cu placebo (45%) și substanțele individuale, administrate în monoterapie, respectiv hidroclorotiazidă 12,5 mg (60%), hidroclorotiazidă 25 mg (66%) și valsartan 320 mg (69%).

În studiile clinice controlate cu valsartan și hidroclorotiazidă a apărut hipokaliemia dependentă de doză. Hipokaliemia a apărut mai frecvent la pacienții cărora li s-au administrat 25 mg hidroclorotiazidă decât la cei cărora li s-au administrat 12,5 mg hidroclorotiazidă. În studiile clinice controlate cu asocierea valsartan/hidroclorotiazidă, efectul hidroclorotiazidei de scădere al potasemiei a fost atenuat de efectul valsartanului de economisire al potasiului.

În prezent nu există date asupra efectului benefic al asocierii valsartan și hidroclorotiazidă asupra mortalității și morbidității cardiovasculare.

Datele epidemiologice au arătat că tratamentul pentru perioadă îndelungată cu hidroclorotiazidă reduce riscul mortalității și morbidității cardiovasculare.

Valsartan

Valsartanul este un antagonist specific, activ și potent al receptorului angiotensinei II (Ang II) cu administrare orală. Acționează selectiv asupra subtipului de receptor AT₁ care este responsabil de acțiunile cunoscute ale angiotensinei II. Concentrațiile plasmatice crescute ale Ang II, după blocarea receptorului AT₁ prin valsartan, pot stimula receptorii liberi AT₂, care prezintă funcții antagoniste efectelor receptorilor AT₁ asupra vaselor sanguine. Valsartanul nu are nicio activitate parțial agonistă asupra receptorilor AT₁ și prezintă o afinitate mai mare (de aproximativ 20000 ori) pentru receptorul AT₁, decât pentru receptorul AT₂. Valsartanul nu se leagă și nici nu blochează alți receptori hormonal sau canale ionice importante în reglarea cardiovasculară.

Valsartanul nu inhibă ECA, cunoscută și sub numele de kininaza II, care transformă Ang I în Ang II și degradează bradikinină. Deoarece nu prezintă efect asupra ECA și nu potențează bradikinină sau substanța P, antagoniștii angiotensinei II sunt puțin probabil asociați cu tusea. În studiile clinice în care valsartanul a fost comparat cu un inhibitor ECA, incidența tusei uscate a fost semnificativ mai mică ($p < 0,05$) la pacienții tratați cu valsartan, decât la cei tratați cu un inhibitor ECA (2,6%, comparativ cu 7,9%). Într-un studiu clinic la pacienți cu istoric de tuse uscată în timpul tratamentului cu un inhibitor ECA, 19,5% dintre subiecții în tratament cu valsartan și 19,0% dintre cei în tratament cu un diuretic tiazidic au prezentat tuse, comparativ cu 68,5% dintre cei tratați cu un inhibitor ECA ($p < 0,05$). Administrarea valsartanului la pacienți cu hipertensiune arterială determină reducerea presiunii sanguine, fără modificarea frecvenței pulsului.

La majoritatea pacienților, după administrarea unei singure doze orale, efectul antihipertensiv apare în

decurs de 2 ore, iar scăderea maximă a tensiunii arteriale este atinsă în decurs de 4-6 ore. Efectul antihipertensiv persistă peste 24 ore de la administrare. La administrarea unor doze repetate, efectul antihipertensiv este substanțial după două săptămâni, iar reducerea maximă a tensiunii arteriale este atinsă în decurs de 2-4 săptămâni și se menține în timpul unui tratament îndelungat. În asociere cu hidroclorotiazida se obține o scădere suplimentară semnificativă a tensiunii arteriale.

Întreruperea bruscă a tratamentului cu valsartan nu a fost asociată cu hipertensiunea arterială de rebound sau alte evenimente adverse clinice.

La pacienții hipertensivi cu diabet zaharat de tip 2 și microalbuminurie, s-a observat că valsartanul a redus excreția urinară de albumină. Studiul MARVAL (Micro Albuminuria Reduction with Valsartan) a evaluat reducerea excreției urinare a albuminei (EUA) cu valsartan (80-160 mg/o dată pe zi) și amlodipină (5-10 mg/o dată pe zi), la 332 pacienți cu diabet zaharat de tip 2 (vârstă medie de 58 ani; 265 bărbați) cu microalbuminurie (valsartan: 58 μg/min; amlodipine: 55,4 μg/min), cu tensiune arterială normală sau crescută și cu funcție renală păstrată (creatininemia <120 μmol/l). După 24 săptămâni de tratament, EUA a fost scăzută ($p < 0.001$) cu 42% (-24,2 μg/min; 95% ÎÎ: -40,4 până la -19,1) în grupul valsartan și cu aproximativ 3% (-1,7 μg/min; 95% ÎÎ: -5,6 până la 14,9) în grupul amlodipină, cu toate că viteza de reducere a tensiunii arteriale a fost asemănătoare în ambele grupuri. Studiul Diovan Reduction of Proteinuria (DROP) a continuat evaluarea eficacității valsartanului în reducerea EUA la 391 pacienți hipertensivi (TA=150/88 mmHg) cu diabet zaharat tip 2, albuminurie (valoare medie=102 μg/min; 20-700 μg/min) și funcție renală păstrată (creatininemie medie = 80 μmol/l). Pacienții au fost distribuiți randomizat în trei grupuri de tratament cu 3 doze diferite de valsartan (160, 320 și 640 mg/o dată pe zi), iar durata tratamentului a fost de 30 săptămâni. Obiectivul studiului a fost determinarea dozei optime de valsartan pentru reducerea EUA la pacienții hipertensivi cu diabet zaharat tip 2. După 30 săptămâni, valorile procentuale ale EUA au fost reduse semnificativ cu 36% față de valorile de bază cu valsartan 160 mg (95%ÎÎ: 22 până la 47%), și cu 44% cu valsartan 320 mg (95%ÎÎ: 31 până la 54%). Concluzia a fost că valsartanul, în doze de 160-320 mg, a determinat reduceri clinic semnificative ale EUA la pacienții hipertensivi cu diabet zaharat tip 2.

Două studii extinse, randomizate, controlate (ONTARGET (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial/Studiu cu criteriu final global de evaluare, efectuat cu telmisartan administrat în monoterapie sau în asociere cu ramipril) și VA NEPHRON-D (The Veterans Affairs Nephropathy in Diabetes/Evaluare a nefropatiei din cadrul diabetului zaharat, efectuată de Departamentul pentru veterani)) au investigat administrarea concomitentă a unui inhibitor al ECA și a unui blocant al receptorilor angiotensinei II.

ONTARGET este un studiu efectuat la pacienții cu antecedente de afecțiune cardiovasculară sau cerebrovasculară sau cu diabet zaharat de tip 2, însoțite de dovezi ale afectării de organ. VA

NEPHRON-D este un studiu efectuat la pacienții cu diabet zaharat de tip 2 și nefropatie diabetică. Aceste studii nu au evidențiat efecte benefice semnificative asupra rezultatelor renale și/sau cardiovasculare sau asupra mortalității, în timp ce s-a observat un risc crescut de hiperkaliemie, afectare renală acută și/sau hipotensiune arterială, comparativ cu monoterapia. Date fiind proprietățile lor farmacodinamice similare, aceste rezultate sunt relevante, de asemenea, pentru alți inhibitori ai ECA și blocanți ai receptorilor angiotensinei II. Prin urmare, inhibitorii ECA și blocanții receptorilor angiotensinei II nu trebuie administrați concomitent la pacienții cu nefropatie diabetică.

ALTITUDE (Aliskiren Trial in Type 2 Diabetes Using Cardiovascular and Renal Disease Endpoints/Studiu efectuat cu aliskiren, la pacienți cu diabet zaharat de tip 2, care a utilizat criterii finale de evaluare în boala cardiovasculară sau renală) este un studiu conceput să testeze beneficiul adăugării aliskiren la un tratament standard cu un inhibitor al ECA sau un blocant al receptorilor de angiotensină II la pacienții cu diabet zaharat de tip 2 și afecțiune renală cronică, afecțiune cardiovasculară sau ambele. Studiul a fost încheiat prematur din cauza unui risc crescut de apariție a evenimentelor adverse. Decesul și accidentul vascular cerebral din cauze cardiovasculare au fost mai frecvente numeric în cadrul grupului în care s-a administrat aliskiren, decât în cadrul grupului în care s-a administrat placebo, iar evenimentele adverse și evenimentele adverse grave de interes

(hiperkaliemie, hipotensiune arterială și afectarea funcției renale) au fost raportate mai frecvent în cadrul grupului în care s-a administrat aliskiren decât în cadrul grupului în care s-a administrat placebo.

Hidroclorotiazidă

Locul de acțiune al diureticelor tiazidice este predominant la nivelul tubului contort distal. S-a demonstrat că există o mare afinitate a receptorilor din cortexul renal, ca loc de legare predominant pentru acțiunea diuretică tiazidică, și inhibarea transportului de NaCl în tubul contort distal. Modul de acțiune al tiazidelor este prin inhibarea mecanismului simport pentru Na^+Cl^- , probabil prin competiția pentru situsul ionului Cl^- , afectând mecanismele de reabsorbție ale electroliților: direct, crescând excreția de sodiu și clorură în cantități aproximativ echivalente și indirect prin această acțiune diuretică reducând volumul plasmatic, cu o creștere consecutivă a activității reninei plasmatice, secreției aldosteronului și pierderii urinare a potasiului și o scădere a concentrației plasmatice a potasiului.

Relația renină-aldosteron este mediată de angiotensina II, astfel încât prin administrarea concomitentă de valsartan pierderea de potasiu este mai puțin pronunțată decât a fost observată în monoterapie cu hidroclorotiazidă..

5.2 Proprietăți farmacocinetice

Valsartan/hidroclorotiazidă

Biodisponibilitatea sistemică a hidroclorotiazidei este redusă cu aproximativ 30% când se administrează concomitent cu valsartanul. Cinetica valsartanului nu este modificată semnificativ de administrarea concomitentă cu hidroclorotiazidă. Această interacțiune observată nu are nici un impact asupra utilizării în asociere a valsartanului și hidroclorotiazidei, deoarece studiile clinice controlate au demonstrat un efect antihipertensiv cert, mai mare decât cel obținut administrând oricare medicament individual sau placebo.

Valsartan

Absorbție

După administrarea orală a valsartanului, concentrațiile plasmatice maxime sunt atinse după 2-4 ore. Biodisponibilitatea medie absolută este de 23%. Alimentele scad expunerea (măsurată prin ASC) la valsartan cu aproximativ 40% și concentrația plasmatică maximă (C_{\max}) cu aproximativ 50%, cu toate că după 8 ore, concentrațiile plasmatice ale valsartanului sunt similare în cazul administrării cu sau fără alimente. Scăderea ASC nu influențează semnificativ efectul terapeutic, prin urmare valsartanul poate fi administrat cu sau fără alimente.

Distribuție

La starea de echilibru, volumul de distribuție al valsartanului administrat intravenos este de aproximativ 17 l, ceea ce arată că distribuția în țesuturi nu este importantă. Valsartanul se leagă în proporție mare de proteinele plasmatice (94-97 %), mai ales de albuminele serice.

Metabolizare

Valsartanul nu este intens metabolizat, lucru dovedit prin procentul de metaboliți de aproximativ 20%. În plasmă a fost identificat un hidroximetabolit, la concentrații scăzute (sub 10% din ASC a valsartanului). Acest metabolit este inactiv farmacologic.

Eliminare

Valsartanul prezintă o cinetică multi-exponențială ($t_{1/2\alpha} < 1$ oră și $t_{1/2\beta}$ de aproximativ 9 ore). Valsartanul este eliminat în principal prin excreție în materiile fecale (aproximativ 83% din doză) și pe cale renală, în urină (aproximativ 13% din doză), în principal sub formă nemodificată. După administrare intravenoasă, clearance-ul plasmatic al valsartanului este de aproximativ 2 l/oră, iar clearance-ul renal este de 0,62l/oră (aproximativ 30% din clearance-ul total). Timpul de înjumătățire plasmatică prin eliminare al valsartanului este de 6 ore.

Hidroclorotiazidă

Absorbție

Absorbția hidroclorotiazidei după administrare orală este rapidă (t_{max} aproximativ 2 ore) Creșterea ASC medie este liniară și proporțională cu doza în intervalul terapeutic.

Efectul alimentelor asupra absorbției hidroclorotiazidei, dacă există, are slabă semnificație clinică. Biodisponibilitatea absolută a hidroclorotiazidei este de 70% după administrare orală.

Distribuție

Volumul aparent de distribuție este de 4-8 l/kg.

Hidroclorotiazida circulantă se leagă de proteinele plasmatică (40–70%), în general albumine plasmatică. Hidroclorotiazida se acumulează în eritrocite de aproximativ 3 ori concentrația din plasmă.

Eliminare

Hidroclorotiazida este eliminată predominant sub formă nemodificată. Hidroclorotiazida este eliminată din plasmă într-un timp mediu de înjumătățire plasmatică prin eliminare de 6 până la 15 ore. După administrarea de doze repetate nu există nici o modificare a cineticii hidroclorotiazidei, iar acumularea este minimă când se administrează o dată pe zi.

Pentru hidroclorotiazidă, mai mult de 95% din doza absorbită este eliminată sub formă nemodificată în urină. Clearance-ul renal se obține prin filtrare pasivă și secreție activă la nivelul tubulului renal.

Grupe speciale de pacienți

Vârstnici

S-au observat concentrații plasmatică ale valsartanului ușor mai mari la persoanele în vârstă comparativ cu subiecții tineri, cu toate acestea, nu s-a observat că acest lucru prezintă vreo semnificație clinică.

Date limitate sugerează reducerea clearance-ului sistemic al hidroclorotiazidei, atât la vârstnicii sănătoși cât și la cei cu hipertensiune arterială, comparativ cu voluntarii tineri sănătoși.

Insuficiență renală

La dozele recomandate de asociere în doză fixă de valsartan și hidroclorotiazidă, nu este necesară ajustarea dozei la pacienți cu o rată a filtrării glomerulare (RFG) între 30–70 ml/min.

La pacienții cu insuficiență renală severă (RFG < 30 ml/min) și la cei care efectuează ședințe de dializă nu sunt date disponibile pentru utilizarea Co-Valsacor. Valsartanul se leagă în proporție mare de proteinele plasmatică și nu poate fi eliminat prin dializă în timp ce eliminarea hidroclorotiazidei va fi realizată prin dializă.

În prezența insuficienței renale, media concentrațiilor plasmatică maxime și valorile ASC pentru hidroclorotiazidă sunt crescute, iar rata de excreție urinară este redusă. La pacienții cu insuficiența renală ușoară până la moderată, a fost observată o creștere de 3 ori a ASC pentru hidroclorotiazidă. La pacienții cu insuficiență renală severă a fost observată o creștere de 8 ori a ASC. Hidroclorotiazida este contraindicată la pacienții cu insuficiență renală severă (vezi pct. 4.3).

Insuficiență hepatică

Într-un studiu de farmacocinetică la pacienți cu disfuncție hepatică ușoară (n=6) până la moderată (n=5), expunerea la valsartan a fost aproximativ de 2 ori mai mare comparativ cu voluntarii sănătoși (vezi pct. 4.2 și 4.4).

Nu există date disponibile privind utilizarea valsartanului la pacienții cu disfuncție hepatică severă (vezi pct. 4.3). Afectiunea hepatică nu afectează semnificativ farmacocinetica hidroclorotiazidei.

5.3 Date preclinice de siguranță

Toxicitatea potențială a combinației în doză fixă valsartan și hidroclorotiazidă administrată oral, a fost studiată la șobolan și marmotă în studii cu durata de până la șase luni. Nu s-au identificat dovezi care

să excludă utilizarea dozelor terapeutice la om.

Modificările produse de combinația în doză fixă în studiile de toxicitate cronică sunt cel mai probabil determinate de valsartan.

Organul țintă din punct de vedere toxicologic a fost rinichiul, acțiunea fiind mai evidentă la marmote decât la șoareci. Combinația în doză fixă a determinat leziuni renale (nefropatie cu bazofilie tubulară, creșterea concentrațiilor plasmatiche de uree, creatinină și potasiu, creșteri ale volumului urinar și a electroliților, de la 30 mg/kg și zi valsartan + 9 mg/kg și zi hidroclorotiazidă la șobolani și 10 + 3 mg/kg și zi la marmote), probabil prin afectarea hemodinamicii renale. Aceste doze administrate la șobolani, reprezintă de 0,9, respectiv 3,5 ori doza zilnică maximă recomandată la om (DZR) de valsartan și hidroclorotiazidă, exprimată în mg/m². Aceste doze administrate la marmote, reprezintă de 0,3, respectiv 1,2 ori doza zilnică maximă recomandată la om (DZR) de valsartan și hidroclorotiazidă, exprimată în mg/m². (Se ia în calcul administrarea unei doze orale de 320 mg/zi valsartan în asociere cu 25 mg/zi hidroclorotiazidă la un pacient de 60 kg).

Doze mari ale combinației în doză fixă de valsartan + hidroclorotiazidă au determinat o reducere a parametrilor seriei roșii (număr eritrocite, hemoglobină, hematocrit, de la 100 + 31 mg/kg și zi la șobolani și 30 + 9 mg/kg și zi la marmote). Aceste doze reprezintă la șobolan de 3,0, respectiv 12 ori doza zilnică maximă recomandată la om (DZR) de valsartan și hidroclorotiazidă, exprimată în mg/m². Aceste doze administrate la marmote, reprezintă de 0,9, respectiv 3,5 ori doza zilnică maximă recomandată la om (DZR) de valsartan și hidroclorotiazidă, exprimată în mg/m². (Se ia în calcul administrarea unei doze orale de 320 mg/zi valsartan în asociere cu 25 mg/zi hidroclorotiazidă la un pacient de 60 kg).

La marmote, s-a observat afectarea mucoasei gastrice (de la 30 + 9 mg/kg și zi). Combinația în doză fixă a determinat de asemenea hiperplazia arteriolelor aferente ale rinichiului (la 600 + 188 mg/kg și zi la șobolan și 30 + 9 mg/kg și zi la marmotă). Aceste doze administrate la marmote, reprezintă de 0,9, respectiv 3,5 ori doza zilnică maximă recomandată la om (DZR) de valsartan și hidroclorotiazidă, exprimată în mg/m². Aceste doze reprezintă la șobolan de 18, respectiv 73 ori doza zilnică maximă recomandată la om (DZR) de valsartan și hidroclorotiazidă, exprimată în mg/m². (Se ia în calcul administrarea unei doze orale de 320 mg/zi valsartan în asociere cu 25 mg/zi hidroclorotiazidă la un pacient de 60 kg).

Efectele menționate anterior par a fi datorate efectelor farmacologice ale dozelor mari de valsartan (blocarea inhibării eliberării de renină indusă de angiotensina II, cu stimularea celulelor producătoare de renină) și apar de asemenea la administrarea inhibitorilor ECA. Aceste observații nu par a avea relevanță în cazul utilizării dozelor terapeutice de valsartan la om.

Combinația în doză fixă valsartan + hidroclorotiazidă nu a fost testată din punct de vedere al mutagenității, clastogenității sau carcinogenității, neexistând dovezi pentru orice interacțiune între cele două componente. Cu toate acestea, aceste teste au fost efectuate separat pentru valsartan și hidroclorotiazidă și nu au adus dovezi pentru mutagenitate, clastogenitate sau carcinogenitate.

La șobolan, dozele toxice materne de valsartan (600 mg/kg/zi) administrate în ultimele zile ale gestației și în lactație au dus la scăderea supraviețuirii, a greutateii corporale și dezvoltare întârziată a descendenților (detașare auriculară și deschiderea canalului auricular) (vezi pct. 4.6). Aceste doze administrate la șobolan (600 mg/kg/zi) sunt de aproximativ 18 ori doza zilnică maximă recomandată la om, exprimată în mg/m² (se ia în calcul administrarea unei doze orale de 320 mg/zi valsartan la un pacient de 60 kg). Efecte similare au fost observate la administrarea la șobolani și iepuri a asocierii valsartan/hidroclorotiazidă. În studiile de dezvoltare embrion-fetală (Segment II) cu administrare de valsartan/hidroclorotiazidă la șobolani și iepuri, nu s-a observat teratogenitate; cu toate acestea, a fost observată fetotoxicitate, asociată cu toxicitate maternă.

6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE

6.1 Lista excipienților

Nucleu

Celuloză microcristalină
Lactoză monohidrat
Stearat de magneziu
Croscarmeloză sodică
Povidonă K-25
Dioxid de siliciu coloidal anhidru
<80 mg/12,5 mg>

Film

Hipromeloză 2910
Dioxid de titan (E171)
Macrogol 400
Oxid roșu de fer (E172)
Oxid galben de fer (E172)

<160 mg/12,5 mg>

Film

Hipromeloză 2910
Dioxid de titan (E171)
Macrogol 400
Oxid roșu de fer (E172)

<160 mg/25 mg>

Film

Hipromeloză 2910
Dioxid de titan (E171)
Macrogol 400
Oxid roșu de fer (E172)
Oxid galben de fer (E172)

<320 mg/12,5 mg>

Film

Hipromeloză 2910
Dioxid de titan (E171)
Macrogol 400
Oxid roșu de fer (E172)

<320 mg/25 mg>

Film

Hipromeloză 2910
Dioxid de titan (E171)
Macrogol 400
Oxid roșu de fer (E172)

6.2 Incompatibilități

Nu este cazul.

6.3 Perioada de valabilitate

5 ani.

6.4 Precauții speciale pentru păstrare

A se păstra la temperaturi sub 30°C.

A se păstra în ambalajul original, pentru a fi protejat de lumină și umiditate.

6.5 Natura și conținutul ambalajului

Co-Valsacor 80 mg/12,5 mg comprimate filmate

Blistere din PVC-PE-PVDC/Al: cutie cu 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 280, 56x1, 98x1, 280x1 comprimate filmate.

Co-Valsacor 160 mg/12,5 mg comprimate filmate

Blistere din PVC-PE-PVDC/Al: cutie cu 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 280, 56x1, 98x1, 280x1 comprimate filmate.

Co-Valsacor 160 mg/25 mg comprimate filmate

Blistere din PVC-PE-PVDC/Al: cutie cu 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 280, 56x1, 98x1, 280x1 comprimate filmate.

Co-Valsacor 320 mg/12,5 mg comprimate filmate

Blistere din PVC-PE-PVDC/Al: cutie cu 10, 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 100, 280, 56x1, 98x1 și 280x1 comprimate filmate.

Co-Valsacor 320 mg/25 mg comprimate filmate

Blistere de PVC-PE-PVDC/Al: cutie cu 10, 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 100, 280, 56x1, 98x1 și 280x1 comprimate filmate.

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

6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor

Orice medicament neutilizat sau material rezidual trebuie eliminat în conformitate cu reglementările locale.

7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

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

8. NUMĂRUL(ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ

9145/2016/01-12

9146/2016/01-12

9147/2016/01-12

9148/2016/01-14

9149/2016/01-14

9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI

Data primei autorizări - Martie 2011

Data ultimei reînnoiri a autorizației – Iulie 2016

10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI

Ianuarie 2018