

CANDESARTAN 16 mg Tabletas

1. COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada tableta contiene:

Candesartán Cilexetilo.....16 mg

Excipientes c.s.

2. INFORMACION CLINICA

2.1 Indicaciones terapéuticas

Candesartán está indicado para:

- Tratamiento de la hipertensión esencial en adultos. (Ver secciones Contraindicaciones, Advertencias y Precauciones, Interacciones con otros medicamentos y otras Formas de Interacción y Propiedades Farmacodinámicas)

- Tratamiento de pacientes adultos con insuficiencia cardíaca y reducción de la función sistólica ventricular izquierda (fracción de eyección ventricular izquierda $\leq 40\%$) cuando no se toleren los inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina o como terapia adicional a los IECA en pacientes con insuficiencia cardíaca sintomática, a pesar de un tratamiento óptimo, cuando no se toleren los antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ver secciones Dosis y vía de administración, Advertencias y Precauciones, Interacciones con otros medicamentos y otras Formas de Interacción y Propiedades Farmacodinámicas).

- Tratamiento de la hipertensión en niños y adolescentes de 6 a <18 años de edad. (Ver secciones Contraindicaciones, Advertencias y Precauciones, Interacciones con otros medicamentos y otras Formas de Interacción y Propiedades Farmacodinámicas)

2.2 Dosis y vía de administración

Vía de administración: Oral.

Posología en Hipertensión

La dosis inicial recomendada y la dosis normal de mantenimiento de Candesartán es de 8 mg una vez al día. La mayor parte del efecto antihipertensivo se alcanza en 4 semanas. En aquellos pacientes en los que la presión arterial no se controle adecuadamente, la dosis pueden aumentarse a 16 mg una vez al día y hasta un máximo de 32 mg una vez al día. La terapia deberá ajustarse de acuerdo con la respuesta de la presión arterial.

Candesartán también puede ser administrado con otros agentes antihipertensivos (ver sección 2.3, 2.4, 2.5 y 3.1). Se ha demostrado que la adición de hidroclorotiazida tiene un efecto antihipertensivo aditivo con varias dosis de Candesartán.

Población de edad avanzada

No es necesario un ajuste de la dosis inicial en pacientes ancianos.

Pacientes con reducción del volumen intravascular

Se puede considerar una dosis inicial de 4 mg en pacientes con riesgo de hipotensión, tales como pacientes con una posible reducción del volumen intravascular (ver sección 2.4).

Función renal alterada

En pacientes que presentan una alteración de la función renal, incluidos pacientes sometidos a hemodiálisis, la dosis inicial es de 4 mg. La dosis debe ir ajustándose de acuerdo a la respuesta. Se dispone de una experiencia limitada en pacientes con insuficiencia renal de carácter muy grave o terminal ($Cl_{\text{creatinina}} < 15$ ml/min) (ver sección 2.4).

Función hepática alterada

En pacientes que presentan una alteración en la función hepática de carácter leve a moderada se recomienda una dosis inicial de 4 mg una vez al día. La dosis deberá ajustarse de acuerdo a

la respuesta. Candesartán está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática grave y/o colestasis (ver secciones 2.3 y 3.2).

Pacientes de raza negra

El efecto antihipertensivo de Candesartán es menos pronunciado en pacientes de raza negra que en pacientes de otras razas. Por tanto, puede ser necesario aumentar la dosis de Candesartán y de los tratamientos concomitantes para controlar la presión arterial con más frecuencia en pacientes de raza negra que en pacientes de otras razas (ver sección 3.1).

Población Pediátrica

En niños y adolescentes de 6 a menos de 18 años de edad:

La dosis inicial recomendada es de 4 mg una vez al día.

- Para pacientes que pesan < 50 kg: En pacientes cuya presión arterial no está adecuadamente controlada, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 8 mg una vez al día.

- En pacientes que pesan ≥ 50 kg: En pacientes cuya presión arterial no esté adecuadamente controlada, la dosis puede aumentarse a 8 mg una vez al día y luego a 16 mg una vez al día si fuera necesario (ver sección 3.1).

No se han estudiado dosis superiores a 32 mg en pacientes pediátricos. La mayor parte del efecto antihipertensivo se alcanza dentro de las 4 semanas.

Para los niños con posible reducción del volumen intravascular (p.ej. pacientes tratados con diuréticos, particularmente aquellos con insuficiencia renal), el tratamiento con Candesartán debe iniciarse bajo una estrecha supervisión médica y se debe considerar una dosis inicial más baja que la dosis habitual (ver sección 2.4).

Candesartán no se ha estudiado en niños con una tasa de filtración glomerular menor de 30 ml/min/1,73m² (ver sección 2.4).

Pacientes pediátricos de raza negra

El efecto antihipertensivo de Candesartán es menos notable en los pacientes de raza negra que en pacientes de otras razas (ver sección 3.1).

Niños de edad inferior a 1 y hasta < 6 años

- La seguridad y eficacia en niños de 1 a <6 años de edad no han sido establecidas. Los datos actualmente se describen en la sección 3.1 pero no se puede hacer una recomendación posológica.

- Candesartán está contraindicado en niños menores de 1 año (ver sección 2.3).

Posología para Insuficiencia Cardíaca

La dosis inicial normalmente recomendada de Candesartán es 4 mg una vez al día. El aumento de dosis hasta 32 mg una vez al día (dosis máxima) o hasta la dosis máxima tolerada, debe realizarse doblando la dosis a intervalos de, al menos 2 semanas (ver sección 2.4). La evaluación de los pacientes con insuficiencia cardíaca debe comprender la valoración de la función renal incluyendo la monitorización de la creatinina en suero y del potasio en suero.

Candesartán puede administrarse con otros tratamientos para la insuficiencia cardíaca, incluyendo inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueantes, diuréticos y digitálicos o una combinación de estos medicamentos.

Candesartán se puede administrar de forma conjunta con IECA en pacientes con insuficiencia cardíaca sintomática a pesar del tratamiento óptimo, cuando el paciente no tolera los antagonistas de los receptores de mineralocorticoides.

No se recomienda la combinación de un IECA, un diurético ahorrador de potasio y Candesartán y solamente debe considerarse tras una cuidadosa evaluación de los beneficios y riesgos potenciales (ver secciones Advertencias y Precauciones, Reacciones Adversas y Propiedades Farmacodinámicas)

Poblaciones especiales de pacientes

No es necesario un ajuste inicial de la dosis en pacientes ancianos o en pacientes con reducción del volumen intravascular, con insuficiencia renal o con insuficiencia hepática leve a moderada.

Población Pediátrica

La seguridad y eficacia de Candesartán en niños, de edades comprendidas entre el nacimiento y los 18 años, no ha sido establecida para el tratamiento de la hipertensión y la insuficiencia cardíaca. No hay datos disponibles.

Candesartán se tomará una vez al día con o sin alimentos.

La biodisponibilidad del Candesartán no se ve afectada por los alimentos.

(Ver las secciones Contraindicaciones, Advertencias y Precauciones, Interacciones con otros medicamentos y otras Formas de Interacción y Propiedades Farmacodinámicas)

Consulte a su médico o farmacéutico si tiene alguna duda sobre la administración.

2.3 Contraindicaciones

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 4.1.
- Segundo y tercer trimestres del embarazo (ver secciones 2.4 y 2.6).
- Insuficiencia hepática grave y/o colestasis.
- Niños de edad inferior a 1 año (ver sección 2.3).

El uso concomitante de Candesartán con medicamentos con aliskireno está contraindicado en pacientes con diabetes mellitus o insuficiencia renal ($\text{TFG} < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) (ver secciones interacciones con otros medicamentos y otras Formas de Interacción y Propiedades Farmacodinámicas)

2.4 Advertencias y precauciones

Insuficiencia renal

Al igual que con otros agentes inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, cabe esperar que se produzcan cambios en la función renal en pacientes susceptibles tratados con Candesartán.

Cuando se administra Candesartán a pacientes hipertensos con insuficiencia renal, se recomienda la realización de controles periódicos de los niveles de potasio sérico y de creatinina. Se dispone de una limitada experiencia en pacientes con insuficiencia renal muy grave o terminal ($\text{Cl}_{\text{creatinina}} < 15 \text{ ml/min}$). En estos pacientes Candesartán debe ser cuidadosamente ajustado con una minuciosa monitorización de la presión arterial.

La evaluación de los pacientes con insuficiencia cardíaca debe incluir controles periódicos de la función renal, especialmente en ancianos a partir de 75 años de edad y pacientes con función renal alterada. Durante el ajuste de la dosis de Candesartán se recomienda realizar controles periódicos de niveles séricos de potasio y de creatinina. En los ensayos clínicos en insuficiencia cardíaca no se incluyeron pacientes con niveles de creatinina sérica $> 265 \mu\text{mol/l}$ ($> 3 \text{ mg/dl}$).

Uso en pacientes pediátricos, incluyendo los pacientes con insuficiencia renal

Candesartán no ha sido evaluado en niños con una tasa de filtración glomerular de menos de $30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ (ver sección 2.2).

Bloqueo dual del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA)

Existe evidencia de que el uso concomitante de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina II o aliskireno aumenta el riesgo de hipotensión, hiperpotasemia y disminución de la función renal (incluyendo insuficiencia renal aguda). En consecuencia, no se recomienda el bloqueo dual del SRAA mediante la utilización combinada de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina II o aliskireno (ver secciones interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción y Propiedades Farmacodinámicas).

Si se considera imprescindible la terapia de bloqueo dual, ésta sólo se debe llevar a cabo bajo la supervisión de un especialista y sujeta a una estrecha y frecuente monitorización de la función renal, los niveles de electrolitos y la presión arterial.

No se deben utilizar de forma concomitante los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de angiotensina II en pacientes con nefropatía diabética.

Tratamiento concomitante con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina en insuficiencia cardiaca

El riesgo de que se produzcan reacciones adversas, en especial hipotensión, hiperpotasemia y disminución de la función renal (incluyendo insuficiencia renal aguda), puede aumentar cuando se utiliza Candesartán en combinación con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. Tampoco se recomienda la triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, un antagonista del receptor de mineralocorticoides y Candesartán. El uso de estas combinaciones se debe llevar a cabo bajo la supervisión de un especialista y debe estar sujeto a una monitorización estrecha y frecuente de la función renal, los niveles de electrolitos y la presión arterial.

No se deben utilizar de forma concomitante los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de angiotensina II en pacientes con nefropatía diabética.

Hemodiálisis

Durante la diálisis la presión arterial puede ser especialmente sensible al bloqueo de los receptores AT₁ como resultado de la reducción del volumen plasmático y la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por lo tanto, debe ajustarse cuidadosamente la dosis de Candesartán mediante una monitorización minuciosa de la presión arterial en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Estenosis de la arteria renal

Medicamentos que afectan el sistema renina-angiotensina-aldosterona, incluyendo los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II), pueden incrementar la urea sanguínea y la creatinina sérica en pacientes con estenosis de la arteria renal bilateral o estenosis unilateral en casos de riñón único.

Trasplantados renales

Existe evidencia clínica limitada con respecto al uso de Candesartán en pacientes sometidos a trasplante renal.

Hipotensión

En pacientes con insuficiencia cardiaca puede producirse hipotensión durante el tratamiento con Candesartán. También puede producirse en pacientes hipertensos con una reducción del volumen intravascular; por ejemplo, en aquellos que reciben altas dosis de diuréticos. Debe tenerse precaución al iniciar el tratamiento e intentar corregir la hipovolemia.

Para los niños con posible reducción del volumen intravascular (por ejemplo, los pacientes tratados con diuréticos, particularmente aquellos con insuficiencia renal), el tratamiento con Candesartán debe iniciarse bajo una estrecha supervisión médica y se debe considerar una dosis inicial más baja que la dosis habitual (ver sección 2.2).

Anestesia y cirugía

En pacientes tratados con antagonistas de la angiotensina II puede aparecer hipotensión durante la anestesia y la cirugía debido al bloqueo del sistema renina-angiotensina. Muy raramente, la

hipotensión puede ser tan grave como para requerir la administración de fluidos intravenosos y/o vasopresores.

Estenosis aórtica y de la válvula mitral (cardiomiopatía hipertrófica obstructiva)

Al igual que con otros vasodilatadores, se debe tener precaución especial en pacientes con estenosis aórtica o de la válvula mitral hemodinámicamente importante, o con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva.

Hiperaldosteronismo primario

Generalmente, los pacientes con hiperaldosteronismo primario no responden a medicamentos antihipertensivos que actúan mediante la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por ello, no se recomienda el uso de Candesartán en esta población de pacientes.

Hiperpotasemia

El uso concomitante de Candesartán y diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio, u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (como la heparina) pueden dar lugar a un incremento del potasio sérico en pacientes hipertensos. Se deberá monitorizar los niveles de potasio cuando se estime apropiado. Puede producirse hiperpotasemia en pacientes con insuficiencia cardíaca tratados con Candesartán. Se recomienda el control periódico del potasio sérico. No se recomienda la combinación de un inhibidor de la ECA, un diurético ahorrador de potasio (por ejemplo, espironolactona) y Candesartán, y sólo debe plantearse tras una cuidadosa evaluación de los beneficios y riesgos potenciales.

General

En pacientes en los que el tono vascular y la función renal dependan predominantemente de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave o enfermedad renal subyacente, incluyendo estenosis de la arteria renal), el tratamiento con otros medicamentos que afectan este sistema se ha asociado a hipotensión aguda, azotemia, oliguria, o raramente, insuficiencia renal aguda. La posibilidad de efectos similares no puede excluirse con ARAII. Al igual que con otros agentes antihipertensivos, un descenso excesivo de la tensión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular isquémica puede provocar infarto de miocardio o accidente vascular cerebral. El efecto antihipertensivo de Candesartán puede verse potenciado por otros medicamentos con propiedades hipotensoras, tanto si han sido prescritos como antihipertensivos como si han sido prescritos para otras indicaciones.

Embarazo

No se debe iniciar ningún tratamiento con Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II (ARA-II) durante el embarazo. Salvo que se considere esencial continuar el tratamiento con los ARA-II, las pacientes que estén planeando quedarse embarazadas deberán cambiar a un tratamiento antihipertensivo alternativo que tenga un perfil de seguridad conocido para su uso durante el embarazo. Cuando se diagnostique un embarazo, deberá interrumpirse inmediatamente el tratamiento con los ARA-II, y si fuera apropiado, debe iniciar un tratamiento alternativo (ver secciones 2.3 y 2.6).

En pacientes post-menarquia la posibilidad de embarazo debe ser evaluado sobre una base regular. Debe darse información apropiada y/o emprender acciones para prevenir el riesgo de exposición durante el embarazo (ver secciones 2.3 y 2.6).

Advertencias sobre excipientes

Los pacientes con problemas hereditarios de intolerancia a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento.

2.5 Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción

Los compuestos que se han evaluado durante los estudios de farmacocinética clínica incluyen hidroclorotiazida, warfarina, digoxina, anticonceptivos orales (por ejemplo, etinilestradiol/levonorgestrel), glibenclamida, nifedipino y enalapril. No se han identificado interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas con otros medicamentos.

El uso concomitante de diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos (como la heparina) pueden aumentar los niveles de potasio. Se deben monitorizar los niveles del potasio cuando se considere apropiado (ver sección 2.4).

Se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y su toxicidad durante la administración concomitante de litio con inhibidores de la ECA. Un efecto similar puede producirse con los ARA-II. No se recomienda el uso de Candesartán con litio. Si se demuestra que el uso de dicha combinación es necesaria, se recomienda un cuidadoso control de los niveles séricos de litio.

Cuando se administran de forma concomitante ARA-II y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) (como inhibidores selectivos de la COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día) y AINEs no selectivos), puede disminuir el efecto antihipertensivo.

Al igual que ocurre con los inhibidores de la ECA, el uso concomitante de ARA-II y AINEs puede provocar un aumento del riesgo de empeoramiento de la función renal, incluyendo una posible insuficiencia renal aguda, y un aumento del potasio sérico, especialmente en pacientes con trastornos previos de la función renal. La combinación debe administrarse con precaución, especialmente en pacientes ancianos. Los pacientes deben estar adecuadamente hidratados y se evaluará la necesidad de controlar la función renal tras el inicio del tratamiento concomitante y posteriormente, de forma periódica.

Los datos de los estudios clínicos han demostrado que el bloqueo dual del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) mediante el uso combinado de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina II o aliskireno, se asocia con una mayor frecuencia de acontecimientos adversos tales como hipotensión, hiperpotasemia y disminución de la función renal (incluyendo insuficiencia renal aguda) en comparación con el uso de un solo agente con efecto sobre el SRAA (ver secciones Contraindicaciones, Advertencias y Precauciones, Interacciones con otros medicamentos y otras Formas de Interacción y Propiedades Farmacodinámicas)

Población pediátrica

Los estudios de interacciones se han realizado sólo en adultos.

2.6 Administración durante el embarazo y lactancia

Embarazo:

No se recomienda el uso de los ARA-II durante el primer trimestre del embarazo (ver sección 2.4). Está contraindicado el uso de ARA-II durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo (ver secciones 2.3 y 2.4).

La evidencia epidemiológica sobre el riesgo de teratogenicidad tras la exposición a inhibidores de la ECA durante el primer trimestre de embarazo no ha sido concluyente; sin embargo, no se puede excluir un pequeño aumento del riesgo. Aunque no hay datos epidemiológicos específicos sobre el riesgo que conlleva la administración de ARA-II durante el embarazo, pueden existir riesgos similares para este tipo de medicamentos. Salvo que se considere esencial continuar el tratamiento con ARA-II, las pacientes que estén planeando quedarse embarazadas deben cambiar

a un tratamiento antihipertensivo alternativo que tenga un perfil de seguridad conocido para su uso durante el embarazo. Cuando se diagnostique un embarazo, deberá interrumpirse inmediatamente el tratamiento con los ARA-II y, si procede, iniciar un tratamiento alternativo.

Se sabe que la exposición a ARA-II durante el segundo y el tercer trimestre induce fetotoxicidad humana (disminución de la función renal, oligohidramnios, retraso de la osificación craneal) y toxicidad neonatal (insuficiencia renal, hipotensión, hiperpotasemia)

Si se produce una exposición a ARA-II a partir del segundo trimestre del embarazo, se recomienda realizar una prueba de ultrasonidos de la función renal y del cráneo.

Los recién nacidos cuyas madres han sido tratadas con ARA-II deberán ser cuidadosamente monitorizados por si se produce hipotensión (ver secciones 2.3 y 2.4).

Lactancia:

Puesto que no existe información relativa a la utilización de este medicamento durante la lactancia, se recomienda no administrar Candesartán durante este periodo. Es preferible cambiar a un tratamiento cuyo perfil de seguridad en el periodo de lactancia sea más conocido, especialmente en recién nacidos o prematuros.

2.7 Efectos sobre la capacidad de conducir y usar maquinaria

No se han realizado estudios para evaluar los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Sin embargo, deberá tenerse presente que durante el tratamiento con Candesartán puede producirse ocasionalmente desvanecimiento o cansancio.

2.8 Reacciones adversas

Tratamiento de la Hipertensión

Las reacciones adversas ocurridas durante los ensayos clínicos controlados fueron leves y transitorias. La incidencia global de acontecimientos adversos no mostró relación con la dosis o la edad. Los abandonos durante el tratamiento debidos a acontecimientos adversos fueron similares con Candesartán cilexetilo (3,1%) y placebo (3,2%).

En un análisis conjunto de los datos de los ensayos clínicos de pacientes hipertensos, las reacciones adversas con Candesartán cilexetilo se definieron en base a una incidencia de reacciones adversas con Candesartán cilexetilo de al menos 1% mayor que la incidencia observada con placebo. Teniendo en cuenta esta definición, las reacciones adversas más frecuentemente observadas fueron mareo/vértigo, cefalea e infección respiratoria.

La tabla siguiente presenta las reacciones adversas de ensayos clínicos y de la experiencia post-comercialización.

Las frecuencias empleadas en las tablas de la sección 2.8 son: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) y muy raras ($< 1/10.000$) y no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles):

Sistema de Clasificación de Órganos	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e infestaciones	Frecuente	Infección respiratoria
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Muy raras	Leucopenia, neutropenia y agranulocitosis
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Muy raras	Hiperpotasemia, hiponatremia
Trastornos del sistema nervioso	Frecuente	Mareo/vértigo, cefalea
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy raras	Tos
Trastornos gastrointestinales	Muy raras	Náuseas
Trastornos hepato biliares	Muy raras	Aumento de las enzimas hepáticas, función hepática anormal o hepatitis
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Muy raras	Angioedema, erupción, urticaria, prurito

Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo y óseos	Muy raras	Dolor de espalda, artralgia, mialgia
Trastornos renales y urinarios	Muy raras	Alteración renal, incluyendo la insuficiencia renal en pacientes susceptibles (ver sección 2.4)

Resultados analíticos

En general, no se ha observado que Candesartán produzca alteraciones clínicamente importantes sobre los parámetros de laboratorio habituales. Al igual que con otros inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se han observado pequeños descensos de hemoglobina. Normalmente no es necesaria la monitorización rutinaria de los parámetros de laboratorio en pacientes que están tomando Candesartán. Sin embargo, en pacientes con insuficiencia renal, se recomienda la monitorización periódica de los niveles de potasio sérico y de creatinina.

Población pediátrica

La seguridad de Candesartán se controló en 255 niños y adolescentes hipertensos, con edades comprendidas entre los 6 y <18 años de edad, durante 4 semanas en un estudio de eficacia clínica y durante 1 año en un estudio abierto (ver sección 3.1).

En casi todos los diferentes órganos y sistemas, la frecuencia de los efectos adversos en los niños están dentro del rango común/raro. Mientras que la naturaleza y la severidad de los efectos adversos son similares a las de los adultos (véase la tabla anterior), la frecuencia de todos los efectos adversos son más altos en los niños y adolescentes, en particular:

- Dolor de cabeza, mareo e infección del tracto respiratorio superior, son "muy frecuentes" (es decir, $\geq 1/10$) en niños y frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) en adultos.
- La tos es "muy frecuente" (es decir, $\geq 1/10$) en niños y "muy rara" ($< 1/10.000$) en adultos.
- El sarpullido es "frecuente" (es decir, $\geq 1/100$ a $< 1/10$) en niños y "muy rara" ($< 1/10.000$) en adultos.
- La hipopotasemia, hiponatremia y función hepática anormal son "poco frecuentes" ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$) en niños y "muy raras" ($< 1/10.000$) en adultos.
- La arritmia sinusal, nasofaringitis y pirexia son "frecuentes" (es decir, $\geq 1/100$ a $< 1/10$) y el dolor orofaríngeo es "muy frecuente" (es decir, $\geq 1/10$) en niños; pero ninguno se presentan en los adultos. Sin embargo, estos son enfermedades temporales y generalizadas en la infancia.

El perfil de seguridad global de Candesartán en pacientes pediátricos no difiere significativamente del perfil de seguridad en adultos.

Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca

El perfil de acontecimientos adversos de Candesartán en pacientes con insuficiencia cardíaca es consistente con la farmacología del fármaco y el estado de salud del paciente. En el programa de ensayos clínicos CHARM, en el que se comparó Candesartán en dosis de hasta 32 mg (n=3.803) frente a placebo (n=3.796), el 21,0% del grupo de Candesartán cilexetilo y el 16,1% del grupo placebo interrumpieron el tratamiento debido a acontecimientos adversos. Las reacciones adversas más frecuentemente observadas fueron hiperpotasemia, hipertensión e insuficiencia renal.

Estos acontecimientos fueron más frecuentes en pacientes con edades superiores a 70 años, en pacientes diabéticos o en sujetos que habían recibido otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, en particular un inhibidor de la ECA y/o espironolactona.

La siguiente tabla presenta las reacciones adversas de ensayos clínicos y de la experiencia post-comercialización.

Sistema de Clasificación de Órganos	Frecuencia	Reacción adversa
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Muy raras	Leucopenia, neutropenia y agranulocitosis
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Frecuente	Hiperpotasemia
	Muy raras	Hiponatremia
Trastornos del sistema nervioso	Muy raras	Mareo, cefalea
Trastornos vasculares	Frecuente	Hipotensión

Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy raras	Tos
Trastornos gastrointestinales	Muy raras	Náuseas
Trastornos hepatobiliares	Muy raras	Aumento de las enzimas hepáticas, función hepática anormal o hepatitis
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Muy raras	Angioedema, erupción cutánea, urticaria, prurito
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo y óseos	Muy raras	Dolor de espalda, artralgia, mialgia
Trastornos renales y urinarios	Frecuentes	Alteración renal, incluyendo la insuficiencia renal en paciente susceptibles (ver sección 2.4)

Resultados analíticos

La hiperpotasemia e insuficiencia renal son frecuentes en pacientes tratados con Candesartán para la indicación de insuficiencia cardíaca. Se recomienda el control periódico de los niveles séricos de creatinina y potasio (ver sección 2.4).

Comunicar a su médico o farmacéutico cualquier reacción adversa que no se encuentre descrita en este inserto.

2.9 Sobredosis y Tratamiento:

Síntomas

Considerando su actividad farmacológica, la manifestación más probable de una sobredosis es la hipotensión sintomática y mareo. En informes de casos individuales de sobredosis (de hasta 672 mg de Candesartán cilexetilo), la recuperación del paciente no resultó problemática.

Tratamiento

Si se produjese una hipotensión sintomática, debe instaurarse un tratamiento sintomático y monitorizar las constantes vitales. El paciente se colocará en posición supina con las piernas elevadas. Si todo esto no fuera suficiente, deberá aumentarse el volumen plasmático mediante la infusión de, por ejemplo, solución salina isotónica. Si las medidas antes mencionadas no resultan suficientes, pueden administrarse medicamentos simpaticomiméticos. Candesartán no se elimina por hemodiálisis.

3. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

3.1 Propiedades Farmacodinámicas.

Mecanismo de Acción

La angiotensina II es la principal hormona vasoactiva del sistema de renina-angiotensina-aldosterona e interviene en la fisiopatología de la hipertensión, insuficiencia cardíaca y otras alteraciones cardiovasculares. Interviene también en la patogénesis de la lesión e hipertrofia orgánica. Los principales efectos fisiológicos de la angiotensina II, tales como la vasoconstricción, la estimulación de la producción de aldosterona, la regulación de la homeostasis de sales y agua y la estimulación del crecimiento celular, están mediados por el receptor de tipo 1 (AT₁).

Efectos farmacodinámicos

Candesartán cilexetilo es un profármaco adecuado para uso oral. Se convierte rápidamente en el principio activo, Candesartán, por hidrólisis del éster durante la absorción a través del tracto gastrointestinal. El Candesartán es un ARA-II, selectivo para los receptores AT₁, a los que se une fuertemente y de los que se disocia lentamente. No presenta actividad agonista.

El Candesartán no inhibe la ECA, que convierte la angiotensina I en angiotensina II y degrada la bradiquinina. No se produce efecto en la ECA ni potenciación de la bradiquinina o sustancia P. En ensayos clínicos controlados que comparan Candesartán con inhibidores de la ECA, la incidencia de tos fue inferior en pacientes que recibían Candesartán. Candesartán no se unió o bloqueó otros receptores hormonales o canales iónicos considerados importantes en la regulación cardiovascular. El antagonismo de los receptores de la angiotensina II (AT₁) causa un aumento

relacionado con la dosis de los niveles plasmáticos de renina, de los niveles de angiotensina I y angiotensina II y un descenso de la concentración plasmática de aldosterona.

Hipertensión

En la hipertensión, Candesartán causa una reducción prolongada y dosis-dependiente de la presión sanguínea arterial. La acción antihipertensiva se debe a la disminución de la resistencia periférica sistémica, sin que se produzca un aumento reflejo del ritmo cardiaco. No existen indicios que indiquen una hipotensión grave o exagerada con la primera dosis o un efecto rebote después del cese del tratamiento.

Después de la administración de una dosis única de Candesartán cilexetilo, el inicio del efecto antihipertensivo tiene lugar generalmente durante las primeras 2 horas. Con un tratamiento continuo, la mayor reducción en la presión sanguínea con cualquier dosis se alcanza generalmente dentro de las cuatro semanas y se mantiene durante el tratamiento a largo plazo. Según un meta-análisis, el efecto adicional medio de un aumento de dosis de 16 mg a 32 mg una vez al día fue pequeño. Teniendo en cuenta la variabilidad interindividual, en algunos pacientes cabe esperar un efecto superior a la media. Candesartán cilexetilo una vez al día proporciona una reducción eficaz y constante de la presión durante 24 horas, con una escasa diferencia entre los efectos pico y valle durante el intervalo de dosificación. Se ha comparado el efecto antihipertensivo y la tolerabilidad de Candesartán y losartán en dos estudios aleatorizados, doble ciego, en un total de 1.268 pacientes con hipertensión leve a moderada. La reducción mínima de la presión arterial (sistólica/diastólica) fue de 13,1/10,5 mmHg con Candesartán cilexetilo 32 mg una vez al día y de 10,0/8,7 mmHg con losartán potásico 100 mg una vez al día (diferencia en la reducción de la presión arterial 3,1/1,8 mmHg, $p < 0,0001/p < 0,0001$).

Cuando Candesartán cilexetilo se utiliza junto con hidroclorotiazida, la reducción en la presión sanguínea es aditiva. También se observa un incremento del efecto antihipertensivo cuando Candesartán cilexetilo se combina con amlodipino o felodipino.

Los medicamentos que bloquean el sistema renina-angiotensina-aldosterona presentan un efecto antihipertensivo menos pronunciado en pacientes de raza negra (normalmente se trata de una población con niveles bajos de renina) que en pacientes de otras razas. Éste también es el caso de Candesartán. En un ensayo clínico abierto en 5.156 pacientes con hipertensión diastólica, la reducción de la presión arterial durante el tratamiento con Candesartán fue significativamente menor en pacientes de raza negra que en pacientes de otras razas (14,4/10,3 mmHg frente a 19,0/12,7 mmHg, $p < 0,0001/p < 0,0001$).

Candesartán incrementa el flujo sanguíneo renal y no modifica o aumenta la velocidad de filtración glomerular mientras que se reduce la resistencia vascular y la fracción de filtración. En un estudio clínico llevado a cabo durante 3 meses en pacientes hipertensos con diabetes mellitus tipo 2 y microalbuminuria, el tratamiento antihipertensivo con Candesartán cilexetilo redujo la excreción urinaria de albúmina (relación albúmina/creatinina, media 30%, IC del 95% 15-42%). Actualmente no existen datos sobre el efecto de Candesartán en el desarrollo de la nefropatía diabética.

Los efectos de Candesartán cilexetilo de 8 a 16 mg (dosis media de 12 mg) una vez al día, sobre la morbilidad y mortalidad cardiovascular se evaluaron en un ensayo clínico aleatorizado en 4.937 pacientes ancianos (con edades comprendidas entre 70-89 años de edad; 21% de 80 años de edad en adelante) con hipertensión leve a moderada a los que se les realizó un seguimiento durante una media de 3,7 años ("Study on Cognition and Prognosis in the Elderly"). Los pacientes fueron tratados con Candesartán cilexetilo o placebo y otro tratamiento antihipertensivo adicional

en caso necesario. La presión arterial disminuyó de 166/90 a 145/80 mmHg en el grupo con Candesartán, y de 167/90 a 149/82 mmHg en el grupo control. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la variable primaria, eventos cardiovasculares importantes (mortalidad cardiovascular, ictus no mortal e infarto de miocardio no mortal). En el grupo de Candesartán se registraron 26,7 eventos por 1.000 pacientes-año frente a 30,0 eventos por 1.000 pacientes-año en el grupo control (riesgo relativo 0,89, IC del 95% de 0,75 a 1,06, $p=0,19$).

Dos grandes estudios aleatorizados y controlados (ONTARGET (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial) y VA NEPHRON-D (The Veterans Affairs Nephropathy in Diabetes)) han estudiado el uso de la combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina con un antagonista de los receptores de angiotensina II. ONTARGET fue un estudio realizado en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, o diabetes mellitus tipo 2 acompañada con evidencia de daño en los órganos diana. VA NEPHRON-D fue un estudio en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética.

Estos estudios no mostraron ningún beneficio significativo sobre la mortalidad y los resultados renales y/o cardiovasculares, mientras que se observó un aumento del riesgo de hiperpotasemia, daño renal agudo y/o hipotensión, comparado con la monoterapia. Dada la similitud de sus propiedades farmacodinámicas, estos resultados también resultan apropiados para otros inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de los receptores de angiotensina II. En consecuencia, no se deben utilizar de forma concomitante los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de angiotensina II en pacientes con nefropatía diabética.

ALTITUDE (Aliskireno Trial in Type 2 Diabetes Using Cardiovascular and Renal Disease Endpoints) fue un estudio diseñado para evaluar el beneficio de añadir aliskireno a una terapia estándar con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un antagonista de los receptores de angiotensina II en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular, o ambas. El estudio se dio por finalizado prematuramente a raíz de un aumento en el riesgo de resultados adversos. La muerte por causas cardiovasculares y los ictus fueron ambos numéricamente más frecuentes en el grupo de aliskireno que en el grupo de placebo, y se notificaron acontecimientos adversos y acontecimientos adversos graves de interés (hiperpotasemia, hipotensión y disfunción renal) con más frecuencia en el grupo de aliskireno que en el de placebo.

Población pediátrica - Hipertensión

Los efectos antihipertensivos de Candesartán fueron evaluados en niños hipertensos de edades comprendidas entre 1 a <6 años y entre 6 a <17 años en dos ensayos aleatorizados, multicéntricos, doble ciego, durante 4 semanas en estudio de búsqueda de dosis.

En 93 pacientes de 1 a <6 años, el 74% de los cuales tenían enfermedad renal, fueron asignados al azar para recibir una dosis oral de Candesartán suspensión 0,05, 0,20 o 0,40 mg/kg una vez al día. El principal método de análisis fue la pendiente del cambio en la presión arterial sistólica (PAS) en función de la dosis. La PAS y la presión arterial diastólica (PAD) se redujo de 6,0/5,2 a 12,0/11,1 mmHg desde el nivel basal con las tres dosis de Candesartán. Sin embargo, ya que no había grupo placebo, la verdadera magnitud del efecto sobre la presión arterial sigue siendo incierta la cual hace difícil una evaluación concluyente de la relación beneficio-riesgo en este grupo de edad.

En niños de 6 años a <17 años, 240 pacientes fueron aleatorizados para recibir placebo o dosis bajas, medias o altas de Candesartán en una proporción de 1:2:2:2.

Para los niños que pesaron < 50 kg, las dosis de Candesartán fueron 2, 8 o 16 mg una vez al día. En los niños que pesaban > 50 kg, las dosis de Candesartán fueron 4, 16 o 32 mg una vez al día. El Candesartán en dosis agrupadas redujo la SiPAS en 10,2 mmHg ($p < 0,0001$) y la SiPAD ($P=0,0029$) en 6.6 mmHg, desde el nivel basal. En el grupo placebo hubo una reducción de 3,7 mmHg en la SiPAS ($p=0,0074$) y 1,80 mmHg en la SiPAD ($p=0,0992$) del nivel basal. A pesar del gran efecto del placebo, todas las dosis individuales de Candesartán (y todas las dosis agrupadas) fueron significativamente superiores al placebo. Se llegó a la respuesta máxima en la reducción de la presión arterial en niños menores y mayores de 50 kg a la dosis de 8 mg y 16 mg, respectivamente, y el efecto se estabilizó después de ese punto.

De los reclutados, el 47% eran pacientes de raza negra y el 29% eran mujeres, con una edad media +/- SD de 12,9 +/- 2,6 años. En niños de 6 años a < 17 años hubo una tendencia a un menor efecto sobre la presión arterial en pacientes de raza negra en comparación con los pacientes de otras razas.

Insuficiencia Cardíaca

El tratamiento con Candesartán reduce la mortalidad y la hospitalización por insuficiencia cardíaca y mejora los síntomas de los pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda tal y como se demostró en el programa de ensayos "Candesartan in Heart failure Assessment of Reduction in Mortality and morbidity" (CHARM).

Este programa de ensayos controlado con placebo, doble-ciego en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) con clase funcional II a IV de la NYHA, constaba de tres estudios separados: CHARM-Alternativo ($n=2.028$) en pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) $\leq 40\%$ no tratados con un inhibidor de la ECA por intolerancia (principalmente por tos, 72%), CHARM-Añadido ($n=2.548$) en pacientes con FEVI $\leq 40\%$ y tratados con un inhibidor de la ECA, y CHARM-Preservado ($n=3.023$) en pacientes con FEVI $> 40\%$. Los pacientes con tratamiento inicial de ICC óptimo fueron aleatorizados al grupo de placebo o de candesartán cilexetilo (ajustado a partir de 4 mg u 8 mg una vez al día hasta 32 mg una vez al día o la dosis máxima tolerada; dosis media 24 mg) y se realizó un seguimiento durante una media de 37,7 meses. Tras 6 meses de tratamiento, el 63% de los pacientes todavía tratados con candesartán cilexetilo (89%) estaban recibiendo la dosis diana de 32 mg.

En CHARM-Alternativo, la variable combinada de mortalidad cardiovascular o primera hospitalización por ICC disminuyó significativamente con candesartán en comparación con placebo tasa de riesgo (TR) 0,77 (IC 95%: 0,67-0,89, $p < 0,001$). Esto se corresponde con una reducción del riesgo relativo del 23%. El 33,0% (IC 95%: 30,1 a 36,0) de los pacientes tratados con candesartán, y el 40% (IC 95%: 37,0 a 43,1) de los pacientes tratados con placebo, experimentaron esta variable, diferencia absoluta del 7,0% (IC 95%: 11,2 a 2,8). Fue preciso tratar a catorce pacientes durante todo el estudio para prevenir la muerte de un paciente por evento cardiovascular o la hospitalización por insuficiencia cardíaca. La variable combinada de mortalidad por todas las causas o primera hospitalización por ICC se redujo también significativamente con candesartán 0,80 (IC 95%: 0,70 a 0,92, $p=0,001$). El 36,6% (IC 95%: 33,7 a 39,7) de los pacientes tratados con Candesartán, y el 42,7% (IC 95%: 39,6 a 45,8) de los pacientes tratados con placebo, experimentaron esta variable, diferencia absoluta del 6,0% (IC 95%: 10,3 a 1,8). Tanto la mortalidad como la morbilidad (hospitalización por ICC), componentes de estas variables combinadas, contribuyeron al efecto favorable de Candesartán. El tratamiento con candesartán cilexetilo produjo una mejora de la clase funcional de la NYHA ($p=0,008$).

En CHARM-Añadido, la variable combinada de mortalidad cardiovascular o primera hospitalización por ICC, se redujo significativamente con Candesartán en comparación con placebo TR 0,85 (IC 95%: 0,75 a 0,96, $p=0,011$). Esto se corresponde con una reducción del riesgo relativo del 15%.

El 37,9% (IC 95%: 35,2 a 40,6) de los pacientes tratados con Candesartán, y el 43,2% (IC 95%: 39,6 a 45,1) de los pacientes tratados con placebo, experimentaron esta variable, diferencia absoluta del 4,4% (IC 95%: 8,2 a 0,6). Fue preciso tratar a veintitrés pacientes durante todo el estudio para prevenir la muerte de un paciente por evento cardiovascular o la hospitalización por insuficiencia cardiaca. El criterio de valoración conjunto de mortalidad por todas las causas o primera hospitalización por ICC se redujo también significativamente con Candesartán TR 0,87 (IC 95%: 0,78 a 0,98, $p=0,021$). El 42,2% (IC 95%: 39,5 a 45,0) de los pacientes tratados con Candesartán, y el 46,1% (IC 95%: 43,4 a 48,9) de los pacientes tratados con placebo, experimentaron esta variable, diferencia absoluta del 3,9% (IC 95%: 7,8 a 0,1). Tanto la mortalidad como la morbilidad, componentes de estas variables combinadas, contribuyeron al efecto favorable de Candesartán. El tratamiento con Candesartán cilexetilo produjo una mejora de la clase funcional de la NYHA ($p=0,020$).

En CHARM-Preservado, no se obtuvo una reducción estadísticamente significativa en la variable combinada de mortalidad cardiovascular o primera hospitalización por ICC, TR 0,89 (IC 95%: 0,77 a 1,03, $p=0,118$).

Cuando se evaluó por separado la mortalidad por todas las causas en cada uno de los tres ensayos CHARM, está no se redujo de forma estadísticamente significativa. Sin embargo, también se evaluó la mortalidad por todas las causas en poblaciones globales, de CHARM-Alternativo y CHARM-Añadido, TR 0,88 (IC 95%: 0,79 a 0,98, $p=0,018$) y de los tres estudios, TR 0,91 (IC 95%: 0,83 a 1,00, $p=0,055$).

Los efectos beneficiosos de Candesartán fueron consistentes con independientemente de la edad, sexo y medicación concomitante. Candesartán fue también efectivo en pacientes que recibían beta-bloqueantes e inhibidores de la ECA al mismo tiempo y se obtuvo beneficio tanto si los pacientes tomaban o no inhibidores de la ECA a las dosis diana recomendadas por las guías terapéuticas.

En pacientes con ICC y reducción de la función sistólica ventricular izquierda ($FEVI \leq 40\%$), Candesartán reduce la resistencia vascular sistémica y la presión de enclavamiento capilar pulmonar, aumenta la actividad de la renina plasmática y la concentración de angiotensina II y reduce los niveles de aldosterona.

3.2 Propiedades Farmacocinéticas

Absorción y distribución

Tras la administración oral, Candesartán cilexetilo se convierte en el principio activo Candesartán. La biodisponibilidad absoluta de Candesartán es de aproximadamente un 40% después de la administración de una solución oral de Candesartán cilexetilo. La biodisponibilidad relativa de las tabletas en comparación con la misma solución oral es aproximadamente del 34%, con muy poca variabilidad. La biodisponibilidad absoluta estimada de la tableta es, por lo tanto, del 14%. La concentración sérica máxima media (C_{max}) se alcanza a las 3-4 horas después de la toma de la tableta. Las concentraciones séricas de Candesartán se incrementan linealmente con dosis crecientes en el intervalo de dosis terapéutica.

No se observaron diferencias en la farmacocinética relacionadas con el sexo. El área bajo la curva de la concentración sérica frente al tiempo (AUC) del Candesartán no se afecta significativamente por la comida.

El Candesartán se une en gran proporción a las proteínas plasmáticas (más de un 99%). El volumen de distribución aparente del Candesartán es de 0,1 l/kg.

La biodisponibilidad del Candesartán no se ve afectada por los alimentos.

Biotransformación y eliminación

Candesartán se elimina principalmente inalterado en la orina y bilis y en una pequeña proporción se elimina por metabolismo hepático (CYP2C9). Los estudios de interacción disponibles no muestran ningún efecto sobre el CYP2C9 ni CYP3A4. En función de los datos *in vitro*, no cabría esperar que se produjera interacción *in vivo* con medicamentos cuyo metabolismo es dependiente de las isoenzimas del citocromo P450 CYP1A2, CYP2A6, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1 o CYP3A4. La vida media terminal de Candesartán es de aproximadamente 9 horas. No se produce acumulación tras dosis múltiples.

El aclaramiento plasmático total es de unos 0,37 mL/min/kg, con un aclaramiento renal de 0,19 mL/min/kg. La eliminación renal de Candesartán se produce por filtración glomerular y por secreción tubular activa. Después de una dosis oral de Candesartán cilxetilo marcado radiactivamente con C¹⁴, aproximadamente un 26% de la dosis se excreta en orina como Candesartán y un 7% como un metabolito inactivo, mientras que aproximadamente el 56% de la dosis se recupera en las heces como Candesartán y un 10% como metabolito inactivo.

Farmacocinética en poblaciones especiales

En comparación con sujetos jóvenes, en pacientes ancianos (mayores de 65 años) se produce un incremento en la C_{max} y la AUC de Candesartán de aproximadamente el 50% y el 80%, respectivamente. Sin embargo, la respuesta de la presión arterial y la incidencia de acontecimientos adversos es similar después de una dosis de Candesartán en pacientes jóvenes y pacientes ancianos (ver sección 2.2).

En pacientes con insuficiencia renal leve a moderada, C_{max} y AUC de Candesartán aumentaron durante la administración repetida aproximadamente en un 50% y 70%, respectivamente, pero la t_{1/2} no varió, en comparación con los pacientes con función renal normal. Los correspondientes cambios en pacientes con insuficiencia renal grave fueron aproximadamente del 50% y 110%, respectivamente. La t_{1/2} terminal de Candesartán era aproximadamente el doble en pacientes con insuficiencia renal grave. El AUC de Candesartán en pacientes sometidos a hemodiálisis era similar al de los pacientes con insuficiencia renal grave.

En dos estudios, ambos incluyendo pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada, se produjo un incremento de aproximadamente un 20% en un estudio y de un 80% en el otro estudio en la AUC media del Candesartán (ver sección 2.2). No hay experiencia en pacientes con insuficiencia hepática grave.

Población pediátrica

Las propiedades farmacocinéticas de Candesartán fueron evaluadas en niños hipertensos de 1 a <6 años y de 6 años a <17 años en dos estudios farmacocinéticos de dosis única.

En niños de 1 a <6 años, 10 niños que pesaban de 10 a <25 kg recibieron una dosis única de 0,2 mg/kg, suspensión oral. No se encontró correlación entre C_{max} y AUC con la edad o el peso. No se obtuvo datos de aclaramiento, por lo tanto no se conoce la posibilidad de una correlación entre el aclaramiento y el peso/edad en esta población.

En niños de 6 años a <17 años, 22 niños recibieron una dosis única de 16 mg. No se encontró correlación entre C_{max} y el AUC con la edad. Sin embargo, se encontró una correlación significativa entre el peso y la C_{max} (p=0,012) y el AUC (p=0,011). No se obtuvo datos de aclaramiento, por lo que no se conoce la posibilidad de una correlación entre aclaramiento y peso/edad en esta población.

Los niños >6 años de edad tuvieron una exposición similar a los adultos, a los que se les administró la misma dosis.

La farmacocinética de Candesartán Cilxetilo no se han investigado en pacientes pediátricos <1 año de edad.

4. DATOS FARMACEUTICOS

4.1 Lista de excipientes

Lactosa monohidrato, Celulosa microcristalina tipo 101, Almidón de maíz, Povidona K30, Croscarmelosa sódica, Celulosa microcristalina tipo 102, Almidón pregelatinizado, Estearato de magnesio, Talco, Óxido de hierro rojo, Agua purificada.

4.2 Incompatibilidades

No procede

4.3 Información relacionada a la Fecha de expiración.

No administrar luego de la fecha de expira indicada en el envase.

4.4 Precauciones especiales de conservación

Consérvese a temperatura inferior a 30°C, protegido de la luz y humedad.
No administrar si observa el empaque dañado o deteriorado.

4.5 Precauciones especiales para la eliminación del medicamento

Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación.

5. FABRICANTE

Fareva Villa Rica S.A.S.- Colombia

6. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

Sanofi-aventis del Perú S.A.