

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS****FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Genvoya[®] comprimidos recubiertos.

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada comprimido contiene 150 mg de elvitegravir, 150 mg de cobicistat, 200 mg de emtricitabina y tenofovir alafenamida fumarato equivalente a 10 mg de tenofovir alafenamida.

Excipientes con efecto conocido

Cada comprimido contiene 60 mg de lactosa (en forma de monohidrato).

Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimido recubierto.

Comprimido recubierto, de color verde, en forma de cápsula, de dimensiones 19 mm x 8,5 mm, marcado en una de las caras del comprimido con “GSI” y en la otra cara del comprimido con “510”.

4. DATOS CLÍNICOS**4.1 Indicaciones terapéuticas**

Genvoya está indicado para el tratamiento de adultos y adolescentes (de 12 años de edad o mayores con un peso corporal de al menos 35 kg) infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) sin ninguna mutación conocida asociada con resistencia a los inhibidores de la integrasa, emtricitabina o tenofovir (ver secciones 4.2 y 5.1).

4.2 Posología y forma de administración

El tratamiento debe ser iniciado por un médico con experiencia en el tratamiento de la infección por el VIH.

Posología

Adultos y adolescentes de 12 años de edad o mayores con un peso de al menos 35 kg

Un comprimido que se debe tomar una vez al día con alimentos.

Si el paciente omite una dosis de Genvoya en el plazo de 18 horas desde el horario normal de administración, debe tomar Genvoya lo antes posible con alimentos y continuar la pauta habitual de administración. Si un paciente omite una dosis de Genvoya por más de 18 horas, no debe tomar la dosis omitida y simplemente debe continuar la pauta habitual de administración.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

Si el paciente vomita en el plazo de 1 hora después de tomar Genvoya, debe tomar otro comprimido.

Pacientes de edad avanzada

No se requiere un ajuste de la dosis de Genvoya en pacientes de edad avanzada (ver secciones 5.1 y 5.2).

Insuficiencia renal

No se requiere un ajuste de la dosis de Genvoya en adultos o adolescentes (de al menos 12 años de edad y al menos 35 kg de peso corporal) con un aclaramiento de creatinina estimado (ClCr) ≥ 30 mL/min.

Genvoya no se debe iniciar en pacientes con un ClCr estimado < 30 mL/min, ya que se dispone de datos limitados sobre el uso de Genvoya en esta población (ver secciones 5.1 y 5.2).

El tratamiento con Genvoya se debe suspender en los pacientes cuyo ClCr estimado descienda por debajo de 30 mL/min durante el tratamiento (ver secciones 5.1 y 5.2).

Insuficiencia hepática

No se requiere un ajuste de la dosis de Genvoya en pacientes con insuficiencia hepática leve (clase A de Child-Pugh) o moderada (clase B de Child-Pugh). No se ha estudiado Genvoya en pacientes con insuficiencia hepática grave (clase C de Child-Pugh); por lo tanto, no se recomienda el uso de Genvoya en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver secciones 4.4 y 5.2).

Población pediátrica

No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de Genvoya en niños menores de 12 años de edad o que pesen < 35 kg. No se dispone de datos.

Forma de administración

Genvoya se debe tomar por vía oral, una vez al día con alimentos (ver sección 5.2). El comprimido recubierto no se debe masticar, triturar ni partir.

4.3 Contraindicaciones

Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

Administración concomitante con los siguientes medicamentos, debido a la posibilidad de que se produzcan reacciones adversas graves o potencialmente mortales o pérdida de la respuesta virológica y posible resistencia a Genvoya (ver sección 4.5):

- antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa 1: alfuzosina
- antiarrítmicos: amiodarona, quinidina
- antiepilépticos: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína
- antimicobacterianos: rifampicina

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

- derivados ergóticos: dihidroergotamina, ergometrina, ergotamina
- fármacos estimulantes de la motilidad gastrointestinal: cisaprida
- medicamentos a base de plantas: hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*)
- inhibidores de la HMG Co-A reductasa: lovastatina, simvastatina
- neurolépticos: pimozida
- inhibidores de la PDE-5: sildenafil para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar
- sedantes/hipnóticos: midazolam administrado por vía oral, triazolam

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

A pesar de que se ha probado que la supresión viral con tratamiento antirretroviral eficaz reduce sustancialmente el riesgo de transmisión sexual, no se puede excluir un riesgo residual. Se deben tomar precauciones, conforme a las directrices nacionales, para prevenir la transmisión.

Pacientes coinfectados por el VIH y el virus de la hepatitis B o C

Los pacientes con hepatitis B o C crónica, tratados con terapia antirretroviral tienen un riesgo mayor de padecer reacciones adversas hepáticas graves y potencialmente mortales.

No se ha establecido la seguridad y eficacia de Genvoya en pacientes coinfectados por el VIH-1 y el virus de la hepatitis C (VHC). Tenofovir alafenamida es activo contra el virus de la hepatitis B (VHB), pero su eficacia clínica contra este virus se está investigando y no está aún plenamente establecida.

La interrupción del tratamiento con Genvoya en pacientes coinfectados por VIH y VHB puede asociarse con exacerbaciones agudas graves de la hepatitis. En pacientes coinfectados por VIH y VHB que interrumpen el tratamiento con Genvoya hay que efectuar un seguimiento estrecho, clínico y de laboratorio, durante al menos varios meses después de suspender el tratamiento.

Genvoya no se debe administrar de forma concomitante con medicamentos que contengan tenofovir disoproxil (en forma de fumarato), lamivudina o adefovir dipivoxil utilizados para el tratamiento de la infección por el VHB.

Enfermedad hepática

No se ha establecido la seguridad y eficacia de Genvoya en pacientes con trastornos hepáticos significativos subyacentes.

Los pacientes con insuficiencia hepática preexistente, incluyendo hepatitis crónica activa, tienen una frecuencia aumentada de alteración de la función hepática durante la terapia antirretroviral combinada (TARC) y deben ser monitorizados de acuerdo con las prácticas habituales. Si hay evidencia de empeoramiento de la enfermedad hepática en dichos pacientes, se tendrá que considerar la interrupción o discontinuación del tratamiento.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**Peso y parámetros metabólicos

Durante el tratamiento antirretroviral se puede producir un aumento en el peso y en los niveles de glucosa y lípidos en la sangre. Tales cambios podrían estar relacionados en parte con el control de la enfermedad y en parte con el estilo de vida. Para los lípidos, hay en algunos casos evidencia de un efecto del tratamiento, mientras que para la ganancia de peso no hay una evidencia sólida que relacione esto con un tratamiento en particular. Para monitorizar los niveles de lípidos y de glucosa en la sangre, se hace referencia a pautas establecidas en las guías de tratamiento del VIH. Los trastornos lipídicos se deben tratar como se considere clínicamente apropiado.

Disfunción mitocondrial

Se ha demostrado *in vitro* e *in vivo* que los análogos de nucleósidos y nucleótidos causan un grado variable de daño mitocondrial. Ha habido informes de disfunción mitocondrial en niños VIH negativos expuestos *in utero* y/o post-parto a análogos de nucleósidos. Las principales reacciones adversas notificadas son trastornos hematológicos (anemia, neutropenia), trastornos metabólicos (hiperlactacidemia, hiperlipasemia). Estas reacciones son a menudo transitorias. Se han notificado algunos trastornos neurológicos de aparición tardía (hipertonía, convulsión, comportamiento anormal). Actualmente no se sabe si los trastornos neurológicos son transitorios o permanentes. Cualquier niño expuesto *in utero* a análogos de nucleósidos o nucleótidos, incluso los niños VIH negativos, se deben someter a un seguimiento clínico y de laboratorio, y en caso de signos o síntomas relevantes debe ser minuciosamente investigada una posible disfunción mitocondrial. Estos hallazgos no afectan a las recomendaciones nacionales actuales para utilizar tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas para prevenir la transmisión vertical del VIH.

Síndrome de reconstitución inmune

En pacientes infectados por VIH tratados con TARC, incluyendo emtricitabina, se han notificado casos de síndrome de reconstitución inmune. Cuando se instaura una TARC en pacientes infectados por VIH con deficiencia inmune grave puede aparecer una respuesta inflamatoria frente a patógenos oportunistas latentes o asintomáticos y provocar situaciones clínicas graves, o un empeoramiento de los síntomas. Normalmente estas reacciones se han observado en las primeras semanas o meses después del inicio de la TARC. Algunos ejemplos relevantes de estas reacciones incluyen: retinitis por citomegalovirus, infecciones micobacterianas generalizadas y/o localizadas y neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. Se debe evaluar cualquier síntoma inflamatorio y establecer un tratamiento cuando sea necesario.

Se han notificado también trastornos autoinmunes (como la enfermedad de Graves) en el contexto de reconstitución inmune; no obstante, el tiempo hasta el inicio notificado es más variable y estos acontecimientos se pueden producir muchos meses después del comienzo del tratamiento.

Infecciones oportunistas

Los pacientes que reciban Genvoya o cualquier otra terapia antirretroviral pueden continuar desarrollando infecciones oportunistas y otras complicaciones de la infección por el VIH y deben permanecer, por lo tanto, bajo la observación clínica estrecha de médicos expertos en el tratamiento de pacientes con enfermedades asociadas al VIH.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**Osteonecrosis

Se han notificado casos de osteonecrosis, especialmente en pacientes con infección avanzada por VIH y/o exposición prolongada a la TARC, aunque se considera que la etiología es multifactorial (incluyendo uso de corticosteroides, consumo de alcohol, inmunosupresión grave, índice de masa corporal elevado). Se debe aconsejar a los pacientes que consulten al médico si experimentan molestias o dolor articular, rigidez articular o dificultad para moverse.

Nefrotoxicidad

No se puede excluir un riesgo potencial de nefrotoxicidad resultante de la exposición crónica a niveles bajos de tenofovir debida a la administración de tenofovir alafenamida (ver sección 5.3).

Administración concomitante de otros medicamentos

Algunos medicamentos no se deben administrar de forma concomitante con Genvoya (ver secciones 4.3 y 4.5).

Otros medicamentos antirretrovirales

Genvoya no se debe administrar de forma concomitante con otros medicamentos antirretrovirales (ver sección 4.5).

Requisitos de anticoncepción

Las pacientes en edad fértil deben utilizar un anticonceptivo hormonal que contenga al menos 30 µg de etinilestradiol y que contenga norgestimato como progestágeno, o bien usar un método de anticoncepción alternativo fiable (ver secciones 4.5 y 4.6). No se conoce el efecto de la administración concomitante de Genvoya con anticonceptivos orales que contienen progestágenos distintos de norgestimato y, por lo tanto, se debe evitar.

Excipientes

Genvoya contiene lactosa monohidrato. En consecuencia, los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa, no deben tomar este medicamento.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Genvoya no se debe administrar de forma concomitante con otros medicamentos antirretrovirales. Por lo tanto, no se facilita información sobre interacciones medicamentosas con otros antirretrovirales (incluidos los inhibidores de la proteasa y los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos [ITINN]) (ver sección 4.4). Los estudios de interacciones se han realizado solo en adultos.

Genvoya no se debe administrar de forma concomitante con medicamentos que contengan tenofovir disoproxil (en forma de fumarato), lamivudina o adefovir dipivoxil utilizados para el tratamiento de la infección por VHB.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**Elvitegravir

Elvitegravir se metaboliza principalmente por CYP3A, por lo que los medicamentos que inducen o inhiben CYP3A pueden alterar la exposición a elvitegravir. La administración concomitante de Genvoya con medicamentos inductores de CYP3A puede llevar a concentraciones plasmáticas disminuidas de elvitegravir y un efecto terapéutico reducido de Genvoya (ver “Uso concomitante contraindicado” y sección 4.3). Elvitegravir puede tener potencial para inducir CYP2C9 y/o enzimas uridina difosfato glucuronosiltransferasa (UGT) inducibles; como tal, puede reducir las concentraciones plasmáticas de los sustratos de estas enzimas.

Cobicistat

Cobicistat es un potente inhibidor del mecanismo de CYP3A y también es un sustrato de CYP3A. Cobicistat es también un inhibidor débil de CYP2D6 y se metaboliza, en menor grado, a través de CYP2D6. Los medicamentos que inhiben CYP3A pueden reducir el aclaramiento de cobicistat, dando lugar a concentraciones plasmáticas aumentadas de cobicistat.

Los medicamentos que son altamente dependientes del metabolismo de CYP3A y tienen un elevado metabolismo de primer paso son los más susceptibles a aumentos grandes en la exposición cuando se administran de forma concomitante con cobicistat (ver “Uso concomitante contraindicado” y sección 4.3).

Cobicistat es un inhibidor de los siguientes transportadores: glicoproteína P (P-gp), proteína de resistencia de cáncer de mama (BCRP), polipéptido transportador de aniones orgánicos (OATP) 1B1 y OATP1B3. La administración concomitante con medicamentos que son sustrato de P-gp, BCRP, OATP1B1 y OATP1B3 puede llevar a concentraciones plasmáticas aumentadas de estos productos.

Emtricitabina

Los estudios de interacciones medicamentosas farmacocinéticas clínicos e *in vitro* han mostrado que el potencial de interacciones mediadas por el CYP entre emtricitabina y otros medicamentos es bajo. La administración concomitante de emtricitabina con medicamentos que se eliminan mediante secreción tubular activa puede aumentar las concentraciones de emtricitabina y/o del medicamento administrado de forma concomitante. Los medicamentos que reducen la función renal pueden aumentar las concentraciones de emtricitabina.

Tenofovir alafenamida

Tenofovir alafenamida es transportado por la P-gp y BCRP. Los medicamentos que afectan notablemente a la actividad de la P-gp y BCRP pueden producir cambios en la absorción de tenofovir alafenamida. Sin embargo, cuando se administra de forma concomitante con cobicistat en Genvoya, se alcanza prácticamente la inhibición máxima de la P-gp por cobicistat, dando lugar a una mayor disponibilidad de tenofovir alafenamida con unas exposiciones resultantes comparables a las de 25 mg de tenofovir alafenamida administrado solo. De este modo, no se prevé que las exposiciones a tenofovir alafenamida tras la administración de Genvoya aumenten más cuando se utiliza en combinación con otro inhibidor de la P-gp (p. ej., ketoconazol). Se desconoce si la administración concomitante de Genvoya con inhibidores de la xantina oxidasa (p. ej. febuxostat) aumentaría la exposición sistémica a tenofovir. Los estudios de interacciones medicamentosas farmacocinéticas clínicos e *in vitro* han mostrado que el potencial de interacciones mediadas por el CYP entre tenofovir alafenamida y otros medicamentos es bajo. Tenofovir alafenamida no es un inhibidor de CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 o CYP2D6. Tenofovir alafenamida no es un inhibidor de

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

CYP3A4 *in vivo*. Tenofovir alafenamida es un sustrato de OATP *in vitro*. Los inhibidores de OATP y BCRP incluyen la ciclosporina.

Uso concomitante contraindicado

La administración concomitante de Genvoya con ciertos medicamentos principalmente metabolizados por CYP3A puede provocar un aumento de las concentraciones plasmáticas de estos medicamentos, lo que se asocia con la posibilidad de que aparezcan reacciones adversas graves o potencialmente mortales como vasoespasmo periférico o isquemia (p. ej., dihidroergotamina, ergotamina, ergometrina), o miopatía, incluida rabiomólisis (p. ej., simvastatina, lovastatina), o sedación prolongada o aumentada o depresión respiratoria (p. ej., midazolam administrado por vía oral o triazolam). Está contraindicada la administración concomitante de Genvoya con otros medicamentos principalmente metabolizados por CYP3A como la amiodarona, quinidina, cisaprida, pimozida, alfuzosina y sildenafil para la hipertensión arterial pulmonar (ver sección 4.3).

La administración concomitante de Genvoya con ciertos productos medicinales inductores de CYP3A como hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*), rifampicina, carbamazepina, fenobarbital y fenitoína puede causar una reducción significativa de las concentraciones plasmáticas de cobicistat y elvitegravir, lo que puede provocar una pérdida del efecto terapéutico y la aparición de resistencias (ver sección 4.3).

Otras interacciones

Cobicistat y tenofovir alafenamida no son inhibidores de UGT1A1 humana *in vivo*. No se sabe si cobicistat, emtricitabina o tenofovir alafenamida son inhibidores de otras enzimas UGT.

Las interacciones entre los componentes de Genvoya y los medicamentos potencialmente administrados de forma concomitante se enumeran a continuación en la Tabla 1 (el aumento está indicado como “↑”; la disminución, como “↓”; la ausencia de cambios, como “↔”). Las interacciones descritas se basan en estudios realizados con Genvoya o con los componentes de Genvoya (elvitegravir, cobicistat, emtricitabina y tenofovir alafenamida) en forma de fármacos individuales y/o en combinación, o son interacciones medicamentosas potenciales que pueden ocurrir con Genvoya.

Tabla 1: Interacciones entre los componentes individuales de Genvoya y otros medicamentos

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
ANTIINFECCIOSOS		
Antifúngicos		
Ketoconazol (200 mg dos veces al día)/ Elvitegravir (150 mg una vez al día) ²	Elvitegravir: AUC: ↑ 48% C _{min} : ↑ 67% C _{máx} : ↔ Las concentraciones de ketoconazol y/o cobicistat pueden aumentar con la administración concomitante de Genvoya.	Cuando se administre con Genvoya, la dosis diaria máxima de ketoconazol no debe superar los 200 mg por día. Es preciso actuar con precaución y se recomienda realizar una monitorización clínica durante la administración concomitante.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
Itraconazol ³ Voriconazol ³ Posaconazol ³ Fluconazol	<p>Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.</p> <p>Las concentraciones de itraconazol, fluconazol y posaconazol pueden aumentar cuando se administran concomitantemente con cobicistat.</p> <p>Las concentraciones de voriconazol pueden aumentar o disminuir cuando se administra concomitantemente con Genvoya.</p>	<p>Se debe realizar una monitorización clínica durante la administración concomitante con Genvoya. Cuando se administre con Genvoya, la dosis diaria máxima de itraconazol no debe superar los 200 mg por día.</p> <p>Se recomienda realizar una evaluación de la relación riesgo/beneficio para justificar el uso de voriconazol con Genvoya.</p>
Antimicrobianos		
Rifabutina (150 mg en días alternos)/ Elvitegravir (150 mg una vez al día)/ Cobicistat (150 mg una vez al día)	<p>La administración concomitante de rifabutina, un potente inductor de CYP3A, puede reducir significativamente las concentraciones plasmáticas de cobicistat y elvitegravir, lo que puede provocar una pérdida del efecto terapéutico y la aparición de resistencias.</p> <p>Rifabutina: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{máx}: ↔</p> <p>25-O-desacetil-rifabutina AUC: ↑ 525% C_{min}: ↑ 394% C_{máx}: ↑ 384%</p> <p>Elvitegravir: AUC: ↓ 21% C_{min}: ↓ 67% C_{máx}: ↔</p> <p>Cobicistat: AUC: ↔ C_{min}: ↓ 66% C_{máx}: ↔</p>	<p>No se recomienda la administración concomitante de Genvoya con rifabutina.</p> <p>Si la combinación es necesaria, la dosis recomendada de rifabutina es de 150 mg 3 veces por semana en días establecidos (por ejemplo, lunes-miércoles-viernes). Es preciso incrementar la monitorización de las reacciones adversas asociadas a rifabutina, incluyendo neutropenia y uveítis, debido al aumento previsto de la exposición a desacetil-rifabutina. No se ha estudiado una reducción ulterior de la dosis de rifabutina. Se debe tener en cuenta que es posible que una dosis de 150 mg dos veces por semana no proporcione una exposición óptima a rifabutina, con el consiguiente riesgo de resistencia a rifamicina y fracaso del tratamiento.</p>

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
Medicamentos contra el virus de la hepatitis C		
Telaprevir (750 mg tres veces al día)/ Elvitegravir (150 mg una vez al día)/ Cobicistat (150 mg una vez al día) ⁴	<p>Telaprevir: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{máx}: ↔</p> <p>Elvitegravir: AUC: ↔ C_{min}: ↑ 29% C_{máx}: ↔</p> <p>Cobicistat: AUC: ↔ C_{min}: ↑ 232% C_{máx}: ↔</p>	La administración concomitante con telaprevir tiene el potencial de afectar negativamente a la activación intracelular y a la eficacia antiviral clínica de tenofovir alafenamida, por lo que no se recomienda la administración concomitante de Genvoya y telaprevir.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
Ledipasvir (90 mg una vez al día)/ Sofosbuvir (400 mg una vez al día)/ Elvitegravir (150 mg una vez al día)/ Cobicistat (150 una vez al día)/ Emtricitabina (200 mg una vez al día)/ Tenofovir alafenamida (10 mg una vez al día)	<p>Ledipasvir: AUC: ↑ 79% C_{min}: ↑ 93% C_{máx}: ↑ 65%</p> <p>Sofosbuvir: AUC: ↑ 47% C_{min}: N/A C_{máx}: ↑ 28%</p> <p>Metabolito de sofosbuvir GS-566500: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{máx}: ↔</p> <p>Metabolito de sofosbuvir GS-331007: AUC: ↑ 48% C_{min}: ↑ 66% C_{máx}: ↔</p> <p>Elvitegravir: AUC: ↔ C_{min}: ↑ 46% C_{máx}: ↔</p> <p>Cobicistat: AUC: ↑ 53% C_{min}: ↑ 225% C_{máx}: ↔</p> <p>Emtricitabina: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{máx}: ↔</p> <p>Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C_{min}: N/A C_{máx}: ↔</p>	No es necesario ajustar la dosis de ledipasvir/sofosbuvir y Genvoya cuando se administran de forma concomitante.
Boceprevir	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.	La administración concomitante con boceprevir tiene el potencial de afectar negativamente a la activación intracelular y a la eficacia antiviral clínica de tenofovir alafenamida, por lo que no se recomienda la administración concomitante de Genvoya y boceprevir.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
Antibióticos macrólidos		
Claritromicina	<p>Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.</p> <p>Las concentraciones de claritromicina y/o cobicistat pueden resultar alteradas por la administración concomitante de Genvoya.</p>	<p>La dosificación de claritromicina debe basarse en el ClCr del paciente, teniendo en cuenta el efecto de cobicistat sobre el ClCr y la creatinina sérica (ver sección 4.8).</p> <p>Pacientes con ClCr igual o superior a 60 mL/min: No es necesario ajustar la dosis de claritromicina.</p> <p>Pacientes con ClCr entre 30 mL/min y 60 mL/min: Se debe reducir la dosis de claritromicina en un 50%.</p>
Telitromicina	<p>Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.</p> <p>Las concentraciones de telitromicina y/o cobicistat pueden resultar alteradas por la administración concomitante de Genvoya.</p>	<p>Se recomienda realizar una monitorización clínica durante la administración concomitante de Genvoya.</p>

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
ANTICONVULSIVOS		
Carbamazepina (200 mg dos veces al día)/ Elvitegravir (150 mg una vez al día)/ Cobicistat (150 mg una vez al día)	<p>La administración concomitante de carbamazepina, un potente inductor de CYP3A, puede reducir significativamente las concentraciones plasmáticas de cobicistat.</p> <p>Elvitegravir: AUC: ↓ 69% C_{min}: ↓ 97% C_{máx}: ↓ 45%</p> <p>Cobicistat: AUC: ↓ 84% C_{min}: ↓ 90% C_{máx}: ↓ 72%</p> <p>Carbamazepina: AUC: ↑ 43% C_{min}: ↑ 51% C_{máx}: ↑ 40%</p> <p>Carbamazepina-10,11-epóxido: AUC: ↓ 35% C_{min}: ↓ 41% C_{máx}: ↓ 27%</p>	La carbamazepina reduce las concentraciones plasmáticas de elvitegravir y cobicistat, lo que puede provocar una pérdida del efecto terapéutico y la aparición de resistencias. La administración concomitante de Genvoya con carbamazepina está contraindicada (ver sección 4.3).
GLUCOCORTICOIDES		
Corticosteroides inhalados/nasales		
Fluticasona	<p>Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.</p> <p>El uso concomitante de propionato de fluticasona inhalado o nasal con Genvoya puede aumentar las concentraciones plasmáticas de fluticasona, con la consiguiente reducción de las concentraciones séricas de cortisol.</p>	Es preciso actuar con precaución y se recomienda realizar una monitorización clínica durante la administración concomitante de Genvoya.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
ANTIÁCIDOS		
Suspensión antiácida que contiene magnesio/aluminio (20 mL dosis única)/ Elvitegravir (50 mg dosis única)/ Ritonavir (100 mg dosis única)	<p>Elvitegravir (suspensión antiácida tras ± 2 horas): AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{máx}: ↔</p> <p>Elvitegravir (administración simultánea): AUC: ↓ 45% C_{min}: ↓ 41% C_{máx}: ↓ 47%</p>	<p>Las concentraciones plasmáticas de elvitegravir son más bajas con antiácidos debido a la formación local de complejos en el tracto gastrointestinal y no a cambios en el pH gástrico. Se recomienda un intervalo de separación de al menos 4 horas entre la administración de Genvoya y la de los antiácidos.</p> <p>Para información sobre otros fármacos reductores del ácido (p. ej., antagonistas de los receptores H₂ e inhibidores de la bomba de protones), ver “Estudios realizados con otros medicamentos”.</p>
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS		
Suplementos multivitamínicos	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.	Dado que cuando Genvoya se administra de forma concomitante con suplementos multivitamínicos no es posible excluir el efecto de formación de complejos catiónicos de elvitegravir, se recomienda separar por un intervalo de al menos 4 horas la administración de Genvoya y la de los suplementos multivitamínicos.
ANTIDIABÉTICOS ORALES		
Metformina	<p>Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.</p> <p>Cobicistat es un inhibidor reversible de MATE1 y las concentraciones de metformina pueden aumentar cuando se administra concomitantemente con Genvoya.</p>	Se recomienda realizar una cuidadosa monitorización del paciente y ajustar la dosis de metformina en los pacientes tratados con Genvoya.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
<i>ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</i>		
Metadona (80-120 mg)/ Elvitegravir (150 mg una vez al día)/ Cobicistat (150 mg una vez al día)	Metadona: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{máx} : ↔ Cobicistat: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{máx} : ↔ Elvitegravir: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{máx} : ↔	No es necesario ajustar la dosis de metadona.
Buprenorfina/Naloxona (16/4 a 24/6 mg)/ Elvitegravir (150 mg una vez al día)/ Cobicistat (150 mg una vez al día)	Buprenorfina: AUC: ↑ 35% C _{min} : ↑ 66% C _{máx} : ↑ 12% Naloxona: AUC: ↓ 28% C _{máx} : ↓ 28% Cobicistat: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{máx} : ↔ Elvitegravir: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{máx} : ↔	No es necesario ajustar la dosis de buprenorfina/naloxona.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
ANTICONCEPTIVOS ORALES		
Norgestimato (0,180/0,215 mg una vez al día)/ Etinilestradiol (0,025 mg una vez al día)/ Elvitegravir (150 mg una vez al día)/ Cobicistat (150 mg una vez al día) ⁴	<p>Norgestimato: AUC: ↑ 126% C_{min}: ↑ 167% C_{máx}: ↑ 108%</p> <p>Etinilestradiol: AUC: ↓ 25% C_{min}: ↓ 44% C_{máx}: ↔</p> <p>Elvitegravir: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{máx}: ↔</p>	<p>Se debe actuar con precaución cuando se administre Genvoya de forma concomitante con un anticonceptivo hormonal. El anticonceptivo hormonal debe contener al menos 30 µg de etinilestradiol y contener norgestimato como progestágeno o las pacientes deben usar un método de anticoncepción alternativo fiable (ver secciones 4.4 y 4.6).</p> <p>Se desconocen los efectos a largo plazo de los incrementos sustanciales en la exposición a progesterona. El efecto de la administración concomitante de Genvoya con anticonceptivos orales que contienen progestágenos distintos de norgestimato no se conoce y por lo tanto se debe evitar.</p>
ANTIARRÍTMICOS		
Digoxina (0,5 mg dosis única)/ Cobicistat (150 mg dosis múltiples)	Digoxina: AUC: ↔ C _{máx} : ↑ 41%	Se recomienda monitorizar los niveles de digoxina cuando ésta se combine con Genvoya.
Disopiramida Flecainida Lidocaína sistémica Mexiletina Propafenona	<p>Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.</p> <p>Las concentraciones de estos fármacos antiarrítmicos pueden aumentar cuando se administran de forma concomitante con cobicistat.</p>	Es preciso actuar con precaución y se recomienda realizar una monitorización clínica durante la administración concomitante con Genvoya.
ANTIHIPERTENSIVOS		
Metoprolol Timolol	<p>Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.</p> <p>Las concentraciones de los betabloqueantes pueden aumentar cuando se administran de forma concomitante con cobicistat.</p>	Se recomienda realizar una monitorización clínica y puede ser necesario reducir la dosis cuando estos fármacos se administren de forma concomitante con Genvoya.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
Amlodipino Diltiazem Felodipino Nicardipino Nifedipino Verapamilo	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. Las concentraciones de los bloqueantes de los canales del calcio pueden aumentar cuando se administran de forma concomitante con cobicistat.	Se recomienda realizar una monitorización clínica de los efectos terapéuticos y las reacciones adversas cuando estos medicamentos se administren de forma concomitante con Genvoya.
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ENDOTELINA		
Bosentan	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. La administración concomitante de Genvoya puede provocar un descenso de los niveles de exposición a elvitegravir y/o cobicistat y la pérdida del efecto terapéutico y la aparición de resistencias.	Se pueden considerar antagonistas alternativos de los receptores de la endotelina.
ANTICOAGULANTES		
Warfarina	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. Las concentraciones de warfarina pueden verse afectadas por la administración concomitante de Genvoya.	Se recomienda monitorizar la Razón Internacional Normalizada (RIN) durante la administración concomitante de Genvoya. La monitorización del RIN se debe continuar durante las primeras semanas tras la suspensión del tratamiento con Genvoya.
Dabigatrán	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. Las concentraciones de dabigatrán pueden aumentar por la administración concomitante de Genvoya.	Se recomienda realizar una monitorización clínica cuando dabigatrán se administre de forma concomitante con inhibidores de la P-gp. Una prueba de la coagulación ayuda a identificar a los pacientes con riesgo aumentado de hemorragia debido al aumento de la exposición a dabigatrán.
AGONISTA BETA INHALADO		
Salmeterol	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. La administración concomitante con Genvoya puede provocar concentraciones plasmáticas aumentadas de salmeterol, que se asocian con la posibilidad de reacciones adversas graves o potencialmente mortales.	No se recomienda la administración concomitante de salmeterol con Genvoya.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
INHIBIDORES DE LA HMG CO-A REDUCTASA		
Rosuvastatina (10 mg dosis única)/ Elvitegravir (150 mg una vez al día)/ Cobicistat (150 mg una vez al día)	Elvitegravir: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{máx} : ↔ Rosuvastatina: AUC: ↑ 38% C _{min} : N/A C _{máx} : ↑ 89%	Las concentraciones de rosuvastatina aumentan transitoriamente cuando se administra con elvitegravir y cobicistat. No es necesario modificar las dosis cuando rosuvastatina se administra en combinación con Genvoya.
Atorvastatina Pitavastatina	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. Las concentraciones de atorvastatina y pitavastatina pueden aumentar cuando se administran con elvitegravir y cobicistat.	No se recomienda la administración concomitante de atorvastatina con Genvoya. Si el uso de atorvastatina se considera estrictamente necesario, se debe administrar la menor dosis posible de atorvastatina con una cuidadosa monitorización de la seguridad. Se debe actuar con precaución cuando se administre de forma concomitante Genvoya con pitavastatina.
Pravastatina Fluvastatina	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. Se prevé que las concentraciones de estos inhibidores de la HMG Co-A reductasa aumenten transitoriamente cuando se administran con elvitegravir y cobicistat.	No es necesario modificar las dosis cuando se administran en combinación con Genvoya.
Lovastatina Simvastatina	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.	La administración concomitante de Genvoya y lovastatina y simvastatina está contraindicada (ver sección 4.3).

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 (PDE-5)		
Sildenafil Tadalafilo Vardenafilo	<p>Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.</p> <p>Los inhibidores de la PDE-5 se metabolizan principalmente a través de CYP3A. La administración concomitante con Genvoya puede provocar concentraciones plasmáticas aumentadas de sildenafil y tadalafilo, que pueden provocar reacciones adversas asociadas a los inhibidores de la PDE-5.</p>	<p>La administración concomitante de Genvoya y sildenafil para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar está contraindicada.</p> <p>Se debe actuar con precaución, incluyendo una consideración de reducir la dosis, cuando se administre de forma concomitante Genvoya con tadalafilo para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar.</p> <p>Para el tratamiento de la disfunción eréctil, cuando se administren de forma concomitante con Genvoya, se recomiendan dosis únicas no mayores de 25 mg en 48 horas para sildenafil, de 2,5 mg en 72 horas para vardenafilo, o de 10 mg en 72 horas para tadalafilo.</p>
ANTIDEPRESIVOS		
Sertralina (50 mg dosis única)/ Genvoya (150/150/200/10 mg una vez al día)	<p>Elvitegravir: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{máx}: ↔</p> <p>Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{máx}: ↔</p> <p>Sertralina: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{máx}: ↔</p>	Las concentraciones de sertralina no se ven afectadas por la administración concomitante de Genvoya. No es necesario ajustar la dosis cuando se administren de forma concomitante.
Antidepresivos tricíclicos (ADT) Trazodona Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Escitalopram	<p>Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya.</p> <p>Las concentraciones de los fármacos antidepresivos pueden aumentar cuando se administran concomitantemente con cobicistat.</p>	Se recomienda un cuidadoso ajuste progresivo de la dosis del antidepresivo y una monitorización de la respuesta al mismo.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
INMUNOSUPRESORES		
Ciclosporina Sirolimus Tacrolimus	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. Las concentraciones de estos fármacos inmunosupresores pueden aumentar cuando se administran con cobicistat.	Se recomienda realizar una monitorización terapéutica durante la administración concomitante con Genvoya.
SEDANTES/HIPNÓTICOS		
Buspirona Clorazepato Diazepam Estazolam Flurazepam Lorazepam Triazolam Zolpidem	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. Triazolam se metaboliza principalmente a través de CYP3A. La administración concomitante con Genvoya puede provocar concentraciones plasmáticas aumentadas de este medicamento, que se asocian con la posibilidad de reacciones adversas graves o potencialmente mortales. Las concentraciones de otras benzodiazepinas, incluyendo diazepam, pueden aumentar cuando se administran con Genvoya. Dadas las rutas de eliminación no mediadas por el CYP de lorazepam, no se prevén efectos sobre sus concentraciones plasmáticas cuando se administra de forma concomitante con Genvoya.	La administración concomitante de Genvoya con triazolam está contraindicada (ver sección 4.3). Con otros sedantes/hipnóticos, puede ser necesario reducir la dosis y se recomienda realizar una monitorización de las concentraciones.
Midazolam administrado por vía oral (2,5 mg dosis única)/ Tenofovir alafenamida (25 mg una vez al día) Midazolam administrado por vía intravenosa (1 mg dosis única)/ Tenofovir alafenamida (25 mg una vez al día)	Midazolam: AUC: ↔ C _{máx} : ↔ Midazolam se metaboliza principalmente a través de CYP3A. Debido a la presencia de cobicistat, la administración concomitante con Genvoya puede provocar concentraciones plasmáticas aumentadas de este medicamento, que se asocian con la posibilidad de reacciones adversas graves o potencialmente mortales.	La administración concomitante de Genvoya con midazolam administrado por vía oral está contraindicada (ver sección 4.3).

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Medicamento por áreas terapéuticas	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{máx} , C _{min} ¹	Recomendación relativa a la administración concomitante con Genvoya
ANTIGOTOSOS		
Colchicina	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Genvoya. La administración concomitante con Genvoya puede provocar concentraciones plasmáticas aumentadas de este medicamento.	Puede ser necesario reducir las dosis de colchicina. Genvoya no se debe administrar de forma concomitante con colchicina en pacientes con insuficiencia renal o hepática.

N/A = no aplicable

¹ Cuando se disponía de datos procedentes de estudios de interacciones medicamentosas.² Estos estudios se realizaron con elvitegravir potenciado con ritonavir.³ Estos son medicamentos de la misma clase para los que se pudieron predecir interacciones similares.⁴ Este estudio se realizó utilizando elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato.Estudios realizados con otros medicamentos

De acuerdo con los estudios de interacciones medicamentosas realizados con Genvoya o con los componentes de Genvoya, no se han observado ni son de prever interacciones medicamentosas clínicamente relevantes entre los componentes de Genvoya y los siguientes medicamentos: entecavir, famciclovir, ribavirina, famotidina y omeprazol.

4.6 Fertilidad, embarazo y lactanciaMujeres en edad fértil / anticoncepción en hombres y mujeres

El uso de Genvoya se debe acompañar del empleo de métodos anticonceptivos efectivos (ver secciones 4.4 y 4.5).

Embarazo

No hay estudios adecuados y bien controlados de Genvoya o de sus componentes en mujeres embarazadas. No hay datos o estos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de Genvoya en mujeres embarazadas. No obstante, existen un elevado número de datos en mujeres embarazadas (datos en más de 1.000 embarazos expuestos) que indican que emtricitabina no produce malformaciones ni toxicidad fetal/neonatal.

Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos de elvitegravir, cobicistat o emtricitabina, cuando se administran por separado, en términos de parámetros de fertilidad, embarazo, desarrollo fetal, parto o desarrollo postnatal. Los estudios de tenofovir alafenamida realizados en animales no han mostrado evidencia de efectos perjudiciales en los parámetros de fertilidad, embarazo o desarrollo fetal de tenofovir alafenamida (ver sección 5.3).

Genvoya solo se debe usar durante el embarazo si el beneficio potencial justifica el riesgo potencial para el feto.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Lactancia

Se desconoce si elvitegravir, cobicistat o tenofovir alafenamida se excretan en la leche materna. Emtricitabina se excreta en la leche materna. En estudios en animales se ha observado que elvitegravir, cobicistat y tenofovir se excretan en la leche.

No hay datos suficientes sobre los efectos de elvitegravir, cobicistat, emtricitabina y tenofovir en recién nacidos/niños. Por tanto, Genvoya no se debe utilizar durante la lactancia.

Para evitar la transmisión del VIH al niño, se recomienda que las mujeres que presentan infección por VIH no amamenten a sus hijos bajo ninguna circunstancia.

Fertilidad

No hay datos de fertilidad relativos al uso de Genvoya en seres humanos. En los estudios en animales no se observaron efectos de elvitegravir, cobicistat, emtricitabina y tenofovir alafenamida sobre los parámetros de apareamiento ni de fertilidad (ver sección 5.3).

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

Los pacientes deben saber que se ha notificado mareo durante el tratamiento con Genvoya.

4.8 Reacciones adversasResumen del perfil de seguridad

La evaluación de las reacciones adversas se basa en los datos de seguridad de todos los estudios de fase 2 y 3 en los que 2.396 pacientes recibieron Genvoya. Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia en los estudios clínicos a lo largo de 96 semanas fueron náuseas (10%), diarrea (7%) y cefalea (6%) (datos combinados de los estudios clínicos de fase 3 GS-US-292-0104 y GS-US-292-0111 en 866 pacientes adultos sin tratamiento previo que recibieron Genvoya).

Tabla de reacciones adversas

Las reacciones adversas de la Tabla 2 se muestran según el sistema de clasificación de órganos y frecuencia. Las frecuencias se definen como sigue: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) y poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$).

Tabla 2: Tabla de reacciones adversas

Frecuencia	Reacción adversa
<i>Trastornos de la sangre y del sistema linfático</i>	
Poco frecuentes:	anemia ¹
<i>Trastornos psiquiátricos</i>	
Frecuentes:	pesadillas

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Frecuencia	Reacción adversa
Poco frecuentes:	depresión ²
<i>Trastornos del sistema nervioso</i>	
Frecuentes:	cefalea, mareo
<i>Trastornos gastrointestinales</i>	
Muy frecuentes:	náuseas
Frecuentes:	diarrea, vómitos, dolor abdominal, flatulencia
Poco frecuentes:	dispepsia
<i>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo</i>	
Frecuentes:	erupción
Poco frecuentes:	angioedema ^{1,3} , prurito
<i>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración</i>	
Frecuentes:	fatiga

¹ Esta reacción adversa no se observó en los estudios clínicos de fase 3 de Genvoya, pero fue identificada a partir de estudios clínicos o de la experiencia post-comercialización para emtricitabina cuando se utilizó con otros antirretrovirales.

² Esta reacción adversa no se observó en los estudios clínicos de fase 3 de Genvoya, pero fue identificada a partir de estudios clínicos para elvitegravir cuando se utilizó con otros antirretrovirales.

³ Esta reacción adversa fue identificada mediante la vigilancia post-comercialización para emtricitabina, pero no se observó en los estudios clínicos aleatorizados controlados en adultos o en estudios clínicos de VIH pediátricos con emtricitabina. La categoría de frecuencia de poco frecuentes se estimó a partir de un cálculo estadístico basado en el número total de pacientes expuestos a emtricitabina en estos estudios clínicos (n = 1.563).

Descripción de las reacciones adversas seleccionadas*Parámetros metabólicos*

El peso y los niveles de glucosa y lípidos en la sangre pueden aumentar durante el tratamiento antirretroviral (ver sección 4.4).

Síndrome de reconstitución inmune

Al inicio de la TARC, en los pacientes infectados por VIH con deficiencia inmune grave, puede aparecer una reacción inflamatoria frente a infecciones oportunistas latentes o asintomáticas. Se han notificado también trastornos autoinmunes (como la enfermedad de Graves); no obstante, el tiempo hasta el inicio notificado es más variable y estos efectos pueden producirse muchos meses después del inicio del tratamiento (ver sección 4.4).

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS***Osteonecrosis*

Se han notificado casos de osteonecrosis, especialmente en pacientes con factores de riesgo generalmente reconocidos, enfermedad avanzada por VIH o exposición prolongada a la TARC. Se desconoce la frecuencia de esta reacción adversa (ver sección 4.4).

Cambios en la creatinina sérica

Cobicistat aumenta la creatinina sérica debido a la inhibición de la secreción tubular de la creatinina sin afectar a la función glomerular renal. En los estudios clínicos con Genvoya, se produjeron aumentos de la creatinina sérica en la semana 2 del tratamiento y se mantuvieron estables a lo largo de 96 semanas. En los pacientes que nunca habían recibido tratamiento, se observó un cambio medio con respecto al valor basal de $0,04 \pm 0,11$ mg/dL ($3,5 \pm 9,7$ μ mol/L) después de 96 semanas de tratamiento. Los aumentos medios con respecto al valor basal en el grupo tratado con Genvoya fueron menores que los observados en el grupo tratado con elvitegravir 150 mg/cobicistat 150 mg/emtricitabina 200 mg/tenofovir disoproxil (en forma de fumarato) 245 mg (E/C/F/TDF) en la semana 96 (diferencia -0,03, $p < 0,001$).

Cambios en las pruebas de laboratorio de lípidos

En estudios en pacientes sin terapia antirretroviral previa se observaron aumentos con respecto al valor basal en ambos grupos de tratamiento para los parámetros lipídicos en condiciones de ayuno de colesterol total, colesterol directo ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) y a lipoproteínas de alta densidad (HDL) y triglicéridos en la semana 96. La mediana del aumento con respecto al valor basal de dichos parámetros fue mayor en el grupo tratado con Genvoya que en el tratado con E/C/F/TDF en la semana 96 ($p < 0,001$ para la diferencia entre los grupos de tratamiento para el colesterol total en condiciones de ayuno, el colesterol directo ligado a LDL y HDL y los triglicéridos). La mediana (Q1, Q3) del cambio con respecto al valor basal en el cociente colesterol total/colesterol HDL en la semana 96 fue de 0,1 (-0,3; 0,7) en el grupo tratado con Genvoya y de 0,0 (-0,4; 0,5) en el grupo tratado con E/C/F/TDF ($p < 0,001$ para la diferencia entre los grupos de tratamiento).

Población pediátrica

La seguridad de Genvoya en pacientes pediátricos de 12 a < 18 años infectados por el VIH-1 que nunca habían recibido tratamiento fue evaluada a lo largo de 24 semanas en un estudio clínico abierto (GS-US-292-0106). El perfil de seguridad en 50 pacientes adolescentes que recibieron tratamiento con Genvoya fue similar al de los adultos (ver sección 5.1).

Otras poblaciones especiales*Pacientes con insuficiencia renal*

La seguridad de Genvoya en 248 pacientes infectados por el VIH-1 que nunca habían recibido tratamiento ($n = 6$), o bien eran pacientes suprimidos virológicamente ($n = 242$), con insuficiencia renal leve o moderada (tasa de filtración glomerular estimada mediante el método de Cockcroft-Gault [eTFG_{CG}]: 30-69 mL/min) fue evaluada a lo largo de 24 semanas en un estudio clínico abierto (GS-US-292-0112). El perfil de seguridad de Genvoya en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada fue similar al de los pacientes con función renal normal (ver sección 5.1).

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS***Pacientes coinfectados por el VIH y el VHB*

La seguridad de Genvoya fue evaluada en aproximadamente 70 pacientes coinfectados por VIH/VHB actualmente en tratamiento del VIH en un estudio clínico abierto (GS-US-292-1249). Según esta experiencia limitada, el perfil de seguridad de Genvoya en pacientes coinfectados por VIH/VHB parece ser similar al de los pacientes mono infectados por el VIH-1.

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través el Departamento de Farmacovigilancia de GADOR SA, enviando un correo electrónico a farmacovigilancia@gador.com.ar ó llamando al teléfono (56-2) 228871608 de Gador Ltda Chile.

4.9 Sobredosis

En caso de sobredosis, se debe vigilar al paciente por si hay evidencia de toxicidad (ver sección 4.8). El tratamiento de la sobredosis de Genvoya consiste en medidas generales de apoyo, incluyendo la monitorización de las constantes vitales así como la observación del estado clínico del paciente.

Dado que elvitegravir y cobicistat se unen en gran medida a proteínas plasmáticas, es improbable que se eliminen de forma significativa mediante hemodiálisis o diálisis peritoneal. Emtricitabina se puede eliminar mediante hemodiálisis, que elimina aproximadamente el 30% de la dosis de emtricitabina en un periodo de diálisis de 3 horas iniciado en un plazo de hasta 1,5 horas después de la administración de emtricitabina. Tenofovir se elimina eficazmente mediante hemodiálisis con un coeficiente de extracción de aproximadamente el 54%. Se desconoce si emtricitabina o tenofovir se pueden eliminar con diálisis peritoneal.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS**5.1 Propiedades farmacodinámicas**

Grupo farmacoterapéutico: Antivirales para uso sistémico; antivirales para el tratamiento de infecciones por VIH y combinaciones. Código ATC: J05AR18.

Mecanismo de acción

Elvitegravir es un inhibidor de la transferencia de las cadenas de la integrasa del VIH-1. La integrasa es una enzima codificada por el VIH-1 necesaria para la replicación viral. La inhibición de la integrasa impide la integración del ADN del VIH-1 en el ADN genómico del huésped, con el consiguiente bloqueo de la formación de provirus del VIH-1 y de la propagación de la infección viral.

Cobicistat es un inhibidor selectivo del mecanismo de las enzimas del citocromo P450 (CYP) de la subfamilia CYP3A. La inhibición del metabolismo mediado por CYP3A por parte de cobicistat potencia la exposición sistémica a los sustratos de CYP3A, como elvitegravir, cuya biodisponibilidad resulta limitada y su vida media acortada por el metabolismo dependiente de CYP3A.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

Emtricitabina es un inhibidor análogo de nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) y un análogo nucleósido de 2'-desoxicitidina. Emtricitabina es fosforilada por enzimas celulares para formar emtricitabina trifosfato. Emtricitabina trifosfato inhibe la replicación del VIH a través de su incorporación en el ADN viral mediante la transcriptasa inversa (TI) del VIH, lo que produce la interrupción de la cadena de ADN. Emtricitabina muestra actividad frente al VIH-1, el VIH-2 y el VHB.

Tenofovir alafenamida es un inhibidor análogo de nucleótidos de la transcriptasa inversa (INTI) y un profármaco fosfonoamidato de tenofovir (análogo de 2'-desoxiadenosina monofosfato). Tenofovir alafenamida es permeable en las células y, debido a su mayor estabilidad plasmática y activación intracelular mediante hidrólisis por la catepsina A, tenofovir alafenamida es más eficaz que TDF para concentrar tenofovir en las células mononucleares de sangre periférica (CMSP) (incluyendo linfocitos y otras células diana del VIH) y los macrófagos. Tenofovir intracelular es subsecuentemente fosforilado al metabolito farmacológicamente activo tenofovir difosfato. Tenofovir difosfato inhibe la replicación del VIH mediante su incorporación en el ADN viral por la TI del VIH, lo que produce la interrupción de la cadena de ADN. Tenofovir muestra actividad frente al VIH-1, el VIH-2 y el virus de la hepatitis B.

Actividad antiviral *in vitro*

Elvitegravir, emtricitabina y tenofovir alafenamida demostraron actividad antiviral sinérgica en los cultivos celulares. La sinergia antiviral se mantuvo para elvitegravir, emtricitabina y tenofovir alafenamida cuando se analizaron en presencia de cobicistat.

La actividad antiviral de elvitegravir frente a aislamientos clínicos y de laboratorio del VIH-1 se evaluó en células linfoblastoides, células monocíticas/macrofágicas y linfocitos de sangre periférica y los valores de la concentración efectiva al 50% (CE₅₀) oscilaron entre 0,02 y 1,7 nM. Elvitegravir mostró actividad antiviral en cultivos celulares frente a los clados del VIH-1 A, B, C, D, E, F, G y O (con valores de CE₅₀ de 0,1 a 1,3 nM) y actividad frente al VIH-2 (CE₅₀ de 0,53 nM).

Cobicistat no presenta actividad antiviral detectable frente al VIH-1 y no antagoniza los efectos antivirales de elvitegravir, emtricitabina o tenofovir.

La actividad antiviral de emtricitabina frente a aislamientos clínicos y de laboratorio del VIH-1 se evaluó en líneas celulares linfoblastoides, en la línea celular MAGI-CCR5 y en CMSP. Los valores de CE₅₀ para emtricitabina oscilaron entre 0,0013 y 0,64 µM. Emtricitabina mostró actividad antiviral en cultivos celulares frente a los clados del VIH-1 A, B, C, D, E, F y G (con valores de CE₅₀ de 0,007 a 0,075 µM) y presentó actividad específica de cepa frente al VIH-2 (con valores de CE₅₀ de 0,007 a 1,5 µM).

La actividad antiviral de tenofovir alafenamida frente a aislamientos clínicos y de laboratorio del subtipo B del VIH-1 se evaluó en líneas celulares linfoblastoides, CMSP, células monocíticas/macrofágicas primarias y linfocitos T CD4+. Los valores de la CE₅₀ de tenofovir alafenamida oscilaron entre 2,0 y 14,7 nM. Tenofovir alafenamida mostró actividad antiviral en cultivos celulares frente a todos los grupos del VIH-1 (M, N y O), incluyendo los subtipos A, B, C, D, E, F y G (con valores de CE₅₀ de 0,10 a 12,0 nM) y mostró actividad específica de cepa frente al VIH-2 (con valores de CE₅₀ de 0,91 a 2,63 nM).

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Resistencia*In vitro*

La sensibilidad reducida a elvitegravir se asocia con mayor frecuencia a las mutaciones primarias de la integrasa T66I, E92Q y Q148R. Las mutaciones adicionales de la integrasa observadas en la selección mediante cultivos celulares fueron H51Y, F121Y, S147G, S153Y, E157Q y R263K. El VIH-1 con las sustituciones seleccionadas por raltegravir, T66A/K, Q148H/K y N155H, mostró resistencia cruzada a elvitegravir.

No se puede demostrar resistencia *in vitro* con cobicistat debido a su ausencia de actividad antiviral.

La sensibilidad reducida a emtricitabina se asocia con mutaciones M184V/I en la TI del VIH-1.

Los aislamientos del VIH-1 con sensibilidad reducida a tenofovir alafenamida expresan una mutación K65R en la TI del VIH-1; además, se ha observado de forma transitoria una mutación K70E en la TI del VIH-1. Los aislamientos del VIH-1 con la mutación K65R muestran una sensibilidad reducida de bajo nivel a abacavir, emtricitabina, tenofovir y lamivudina.

Pacientes que no han recibido tratamiento previo

En un análisis combinado, se realizó la genotipificación en los aislamientos del VIH-1 del plasma de pacientes que no habían recibido tratamiento antirretroviral previo tratados con Genvoya en los estudios de fase 3 GS-US-292-0104 y GS-US-292-0111 con ARN del VIH-1 > 400 copias/mL en el momento del fracaso virológico confirmado, en la semana 96 o en el momento en el que se interrumpió de forma temprana la medicación del estudio. Hasta la semana 96, el desarrollo de una o más mutaciones asociadas con resistencia primaria a elvitegravir, emtricitabina o tenofovir alafenamida fue observado en aislamientos del VIH-1 de 10 de 19 pacientes con datos genotípicos evaluables a partir de aislamientos emparejados al inicio y luego del fracaso del tratamiento con Genvoya (10 de 866 pacientes [1,2%]) en comparación con 8 de 16 aislamientos con fracaso al tratamiento de los pacientes del grupo de tratamiento con E/C/F/TDF (8 de 867 pacientes [0,9%]). De los aislamientos del VIH-1 de 10 pacientes con desarrollo de resistencia en el grupo tratado con Genvoya, las mutaciones que surgieron fueron M184V/I (n = 9) y K65R/N (n = 2) en la TI y T66T/A/I/V (n = 2), E92Q (n = 4), Q148Q/R (n = 1) y N155H (n = 2) en la integrasa. De los aislamientos del VIH-1 de 8 pacientes con desarrollo de resistencia en el grupo tratado con E/C/F/TDF, las mutaciones que surgieron fueron M184V/I (n = 6) y K65R/N (n = 3) en la TI y E92E/Q (n = 2), Q148R (n = 2) y N155H/S (n = 2) en la integrasa. Todos los aislamientos del VIH-1 de los pacientes de ambos grupos de tratamiento que desarrollaron mutaciones de resistencia a elvitegravir desarrollaron mutaciones de resistencia tanto a emtricitabina como a elvitegravir.

En los análisis fenotípicos de los pacientes de la población de análisis de resistencias, 7 de 19 pacientes (37%) tenían aislamientos del VIH-1 con sensibilidad reducida a elvitegravir en el grupo tratado con Genvoya en comparación con los aislamientos del VIH-1 de 4 de 16 pacientes (25%) en el grupo tratado con E/C/F/TDF, y los aislamientos del VIH-1 de 8 pacientes (42%) tenían una sensibilidad reducida a emtricitabina en el grupo tratado con Genvoya en comparación con los aislamientos del VIH-1 de 4 pacientes (25%) del grupo tratado con E/C/F/TDF. Un paciente del grupo tratado con Genvoya (1 de 19 [5,2%]) y 1 paciente del grupo tratado con E/C/F/TDF (1 de 16 [6,2%]) mostraron una sensibilidad reducida a tenofovir.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

En pacientes suprimidos virológicamente

Un paciente con resistencia del VIH-1 de reciente aparición a Genvoya fue identificado (M184M/I) en un estudio clínico de pacientes suprimidos virológicamente que cambiaron desde un régimen que contenía emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato y un tercer fármaco (GS-US-292-0109, n = 959).

Resistencia cruzada en pacientes infectados por el VIH-1, que no habían recibido tratamiento previo o suprimidos virológicamente

Los virus resistentes a elvitegravir muestran diferentes grados de resistencia cruzada al inhibidor de la transferencia de las cadenas de la integrasa raltegravir, dependiendo del tipo y el número de mutaciones. Los virus que expresan las mutaciones T66I/A mantienen la sensibilidad a raltegravir, mientras que la mayoría de los demás patrones mostraron una sensibilidad reducida a raltegravir. Los virus que expresan mutaciones de resistencia a elvitegravir o raltegravir mantienen la sensibilidad a dolutegravir.

Los virus resistentes a emtricitabina con la sustitución M184V/I mostraron resistencia cruzada con lamivudina, pero conservaron la sensibilidad a didanosina, estavudina, tenofovir y zidovudina.

Las mutaciones K65R y K70E redundan en una sensibilidad reducida a abacavir, didanosina, lamivudina, emtricitabina y tenofovir, pero conservan la sensibilidad a zidovudina.

Datos clínicos*Pacientes infectados por el VIH-1 que no han recibido tratamiento previo*

En los estudios GS-US-292-0104 y GS-US-292-0111, los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 a recibir Genvoya (n = 866) una vez al día o elvitegravir 150 mg/cobicistat 150 mg/emtricitabina 200 mg/tenofovir disoproxil (en forma de fumarato) 245 mg (E/C/F/TDF) (n = 867) una vez al día. La media de edad fue de 36 años (intervalo 18-76), el 85% era hombre, el 57% blanco, el 25% negro y el 10% asiático. El 19% de los pacientes fue identificado como hispano/latino. La media del ARN del VIH-1 plasmático basal fue de 4,5 log₁₀ copias/mL (intervalo 1,3-7,0) y el 23% tenía cargas virales basales de > 100.000 copias/mL. La media de la cuenta basal de células CD4+ fue de 427 células/mm³ (intervalo 0-1.360) y el 13% tenía una cuenta de células CD4+ < 200 células/mm³.

Genvoya cumplió los criterios de no inferioridad en cuanto a la consecución de un ARN del VIH-1 < 50 copias/mL al compararlo con E/C/F/TDF. Los resultados combinados de los tratamientos a las 48 y a las 96 semanas se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3: Resultados virológicos combinados de los estudios GS-US-292-0104 y GS-US-292-0111 en las semanas 48 y 96^{a,b}

	Semana 48		Semana 96	
	Genvoya (n = 866)	E/C/F/TDF (n = 867)	Genvoya (n = 866)	E/C/F/TDF (n = 867)
ARN del VIH-1 < 50 copias/mL	92%	90%	87%	85%
Diferencia entre tratamientos	2,0% (IC del 95%: -0,7% a 4,7%)		1,5% (IC del 95%: -1,8% a 4,8%)	
ARN del VIH-1 ≥ 50 copias/mL ^c	4%	4%	5%	4%

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

	Semana 48		Semana 96	
	Genvoya (n = 866)	E/C/F/TDF (n = 867)	Genvoya (n = 866)	E/C/F/TDF (n = 867)
Ausencia de datos virológicos en la ventana de la semana 48 o 96	4%	6%	9%	11%
Abandonaron la medicación del estudio debido a EA o muerte ^d	1%	2%	1%	2%
Abandonaron la medicación del estudio debido a otros motivos y último ARN del VIH-1 disponible < 50 copias/mL ^e	2%	4%	6%	7%
Datos ausentes durante la ventana pero en tratamiento con la medicación del estudio	1%	< 1%	2%	1%
Proporción (%) de pacientes con ARN del VIH-1 < 50 copias/mL por subgrupo				
Edad				
< 50 años	716/777 (92%)	680/753 (90%)	668/777 (86%)	639/753 (85%)
≥ 50 años	84/89 (94%)	104/114 (91%)	82/89 (92%)	100/114 (88%)
Sexo				
Hombres	674/733 (92%)	673/740 (91%)	635/733 (87%)	631/740 (85%)
Mujeres	126/133 (95%)	111/127 (87%)	115/133 (87%)	108/127 (85%)
Raza				
Negra	197/223 (88%)	177/213 (83%)	173/223 (78%)	168/213 (79%)
Distinta de la negra	603/643 (94%)	607/654 (93%)	577/643 (90%)	571/654 (87%)
Carga viral basal				
≤ 100.000 copias/mL	629/670 (94%)	610/672 (91%)	587/670 (88%)	573/672 (85%)
> 100.000 copias/mL	171/196 (87%)	174/195 (89%)	163/196 (83%)	166/195 (85%)
Cuenta basal de células CD4+				
< 200 células/mm ³	96/112 (86%)	104/117 (89%)	93/112 (83%)	97/117 (83%)
≥ 200 células/mm ³	703/753 (93%)	680/750 (91%)	657/753 (87%)	642/750 (86%)
ARN del VIH-1 < 20 copias/mL	84,4%	84,0%	81,5%	80,2%
Diferencia entre tratamientos	0,4% (IC del 95%: -3,0% a 3,8%)		1,5% (IC del 95%: -2,2% a 5,2%)	

E/C/F/TDF = elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/ tenofovir disoproxil fumarato

- La ventana de la semana 48 fue entre los días 294 y 377 (ambos inclusive); la ventana de la semana 96 fue entre los días 630 y 713 (ambos inclusive).
- En ambos estudios se estratificó a los pacientes según su ARN del VIH-1 basal (≤ 100.000 copias/mL, > 100.000 copias/mL a ≤ 400.000 copias/mL o > 400.000 copias/mL), según la cuenta de células CD4+ (< 50 células/μl, 50-199 células/μl o ≥ 200 células/μl) y según la región (EEUU o fuera de EEUU).
- Incluye a los pacientes que tenían ≥ 50 copias/mL en la ventana de la semana 48 o la semana 96, los pacientes que abandonaron precozmente debido a ausencia o pérdida de la eficacia, los pacientes que abandonaron por motivos distintos de un evento adverso (EA), muerte o ausencia o pérdida de la eficacia y que en el momento del abandono tenían una carga viral ≥ 50 copias/mL.
- Incluye a los pacientes que abandonaron debido a un EA o a la muerte en cualquier momento desde el día 1 hasta la ventana temporal, si esto dio lugar a una ausencia de datos virológicos bajo tratamiento durante la ventana especificada.
- Incluye a los pacientes que abandonaron por motivos distintos de un EA, muerte o ausencia o pérdida de la eficacia, p. ej., que retiraron el consentimiento, se perdieron para el seguimiento, etc.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

El incremento medio con respecto a la situación basal en la cuenta de células CD4+ fue de 230 células/mm³ en los pacientes tratados con Genvoya y de 211 células/mm³ en los pacientes tratados con E/C/F/TDF (p = 0,024) en la semana 48, y de 280 células/mm³ en los pacientes tratados con Genvoya y de 266 células/mm³ en los pacientes tratados con E/C/F/TDF (p = 0,14) en la semana 96.

Pacientes infectados por el VIH-1 suprimidos virológicamente

En el estudio GS-US-292-0109, se evaluaron la eficacia y la seguridad de cambiar desde efavirenz (EFV)/emtricitabina (FTC)/tenofovir disoproxil fumarato (TDF), FTC/TDF más atazanavir (potenciado con cobicistat o con ritonavir) o E/C/F/TDF a Genvoya en un estudio abierto aleatorizado de adultos infectados por el VIH-1 suprimidos virológicamente (ARN del VIH-1 < 50 copias/mL) (n = 1.436). Los pacientes debían haber estado suprimidos de forma estable (ARN del VIH-1 < 50 copias/mL) con su régimen basal durante al menos 6 meses y tenían un VIH-1 sin mutaciones de resistencia a ninguno de los componentes de Genvoya antes de incorporarse al estudio. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 2:1 a cambiar desde su tratamiento basal a Genvoya (n = 959) o a permanecer con su régimen basal antirretroviral (n = 477). Los pacientes tenían una media de edad de 41 años (intervalo 21-77), el 89% era hombre, el 67% blanco y el 19% negro. La media de la cuenta basale de células CD4+ era de 697 células/mm³ (intervalo 79-1.951). Los pacientes fueron estratificados según su régimen de tratamiento previo. En el cribado, el 42% de los pacientes recibía FTC/TDF más atazanavir (potenciado con cobicistat o con ritonavir), el 32% de los pacientes recibía E/C/F/TDF y el 26% de los pacientes recibía EFV/FTC/TDF.

El cambio desde un régimen basado en TDF a Genvoya fue superior a la hora de mantener un ARN del VIH-1 < 50 copias/mL en comparación con permanecer con el régimen basal (Tabla 4).

Tabla 4: Resultados virológicos del estudio GS-US-292-0109 en la semana 48^a

	Genvoya (n = 959)	Régimen basal (n = 477)
ARN del VIH-1 < 50 copias/mL	97%	93%
Diferencia entre tratamientos	4,1% (IC del 95%): 1,6% a 6,7%, p < 0,001 ^b)	
ARN del VIH-1 ≥ 50 copias/mL^c	1%	1%
Ausencia de datos virológicos en la ventana de la semana 48	2%	6%
Abandonaron la medicación del estudio debido a EA o muerte ^d	1%	1%
Abandonaron la medicación del estudio debido a otros motivos y último ARN del VIH-1 disponible < 50 copias/mL ^e	1%	4%
Datos ausentes durante la ventana pero en tratamiento con la medicación del estudio	0%	< 1%
Proporción (%) de pacientes con ARN del VIH-1 < 50 copias/mL con el régimen de tratamiento previo		
EFV/FTC/TDF	96%	90%
FTC/TDF más atazanavir potenciado	97%	92%
E/C/F/TDF	98%	97%

EFV = efavirenz; FTC = emtricitabina; TDF = tenofovir disoproxil fumarato; E/C/F/TDF = elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato

a La ventana de la semana 48 fue entre los días 294 y 377 (ambos inclusive).

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

- b El valor de p para la prueba de superioridad que comparaba los porcentajes de éxito virológico fue el de la prueba de CMH estratificada según el régimen de tratamiento previo (EFV/FTC/TDF, FTC/TDF más atazanavir potenciado o E/C/F/TDF).
- c Incluye a los pacientes que tenían ≥ 50 copias/mL en la ventana de la semana 48, los pacientes que abandonaron precozmente debido a ausencia o pérdida de la eficacia, los pacientes que abandonaron por motivos distintos de un evento adverso (EA), muerte o ausencia o pérdida de la eficacia y que en el momento del abandono tenían una carga viral ≥ 50 copias/mL.
- d Incluye a los pacientes que abandonaron debido a un EA o a la muerte en cualquier momento desde el día 1 hasta la ventana temporal, si esto dio lugar a una ausencia de datos virológicos bajotratamiento durante la ventana especificada.
- e Incluye a los pacientes que abandonaron por motivos distintos de un EA, muerte o ausencia o pérdida de la eficacia, p. ej., que retiraron el consentimiento, se perdieron para el seguimiento, etc.

Pacientes infectados por el VIH-1 con insuficiencia renal leve o moderada

En el estudio GS-US-292-0112, se evaluaron la eficacia y la seguridad de Genvoya en un estudio clínico abierto con 242 pacientes infectados por el VIH-1 con insuficiencia renal leve o moderada (eTFG_{CG}: 30-69 mL/min). Los pacientes habían estado suprimidos virológicamente (ARN del VIH-1 < 50 copias/mL) durante al menos 6 meses antes de cambiar a Genvoya. La media de la edad fue de 58 años (intervalo 24-82), con 63 pacientes (26%) ≥ 65 años. El 79% era hombre, el 63% blanco, el 18% negro y el 14% asiático. El 13% de los pacientes fue identificado como hispano/latino. Al inicio, 80 pacientes (33%) tenían una eTFG_{CG} < 50 mL/min y 162 pacientes tenían una eTFG_{CG} ≥ 50 mL/min. La mediana de la eTFG basal fue de 56 mL/min. La media de la cuenta basal de células CD4+ fue de 664 células/mm³ (intervalo 126-1.813).

En la semana 48, el 92% (222/242 pacientes) mantenía un ARN del VIH-1 < 50 copias/mL después de cambiar a Genvoya. Tres pacientes tuvieron fracaso virológico en la semana 48.

Cambios en las mediciones de la densidad mineral ósea

En los estudios realizados con pacientes que no habían recibido tratamiento previo, Genvoya se asoció con reducciones menores de la densidad mineral ósea (DMO; medida mediante análisis DEXA de la cadera y la columna lumbar) en comparación con E/C/F/TDF después de 96 semanas de tratamiento. Se observaron ligeras mejorías en la DMO, 48 semanas después de cambiar a Genvoya desde un régimen que contiene TDF, en comparación con el mantenimiento del régimen que contiene TDF.

Cambios en las mediciones de la función renal

En los estudios realizados con pacientes que no habían recibido tratamiento previo, Genvoya se asoció con un menor impacto sobre los parámetros de seguridad renal (medidos por la tasa de filtración glomerular estimada mediante el método de Cockcroft-Gault, el cociente proteína/creatinina en orina y el cociente albúmina/creatinina en orina) en comparación con E/C/F/TDF después de 96 semanas de tratamiento (ver también sección 4.4).

Población pediátrica

En el estudio GS-US-292-0106, se evaluaron la eficacia, la seguridad y la farmacocinética de Genvoya en un estudio abierto con adolescentes infectados por el VIH-1 que no habían recibido antes tratamiento. Cincuenta pacientes tratados con Genvoya durante 24 semanas tenían una media de edad de 15 años (intervalo: 12 a 17), el 44% era hombre, el 12% asiático y el 88% negro. Al inicio, la media del ARN del VIH-1 plasmático fue de 4,7 log₁₀ copias/mL, la mediana de la cuenta de células CD4+ fue de 456 células/mm³ (intervalo: 95 a 1.110) y la mediana de CD4+% fue del 23% (intervalo: 7 a 45%). En conjunto, el 22% tenía un ARN del VIH-1 plasmático basal > 100.000 copias/mL.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

En la semana 24, la tasa de respuesta virológica a Genvoya en adolescentes infectados por el VIH-1 que nunca habían recibido tratamiento fue similar a las tasas de respuesta en los estudios con adultos infectados por el VIH-1 que nunca habían recibido tratamiento. En los pacientes tratados con Genvoya, el 90% alcanzó un ARN del VIH-1 < 50 copias/mL. El aumento medio con respecto al valor basal en la cuenta de células CD4+ en la semana 24 fue de 191 células/mm³. Cuatro pacientes tuvieron fracaso virológico en la semana 24; no se detectó resistencia virológica a Genvoya.

5.2 Propiedades farmacocinéticasAbsorción

Después de la administración oral con alimentos en pacientes infectados por el VIH-1, las concentraciones plasmáticas máximas se observaron aproximadamente 4 horas después de la dosis para elvitegravir, 3 horas después de la dosis para cobicistat, 3 horas después de la dosis para emtricitabina y 1 hora después de la dosis para tenofovir alafenamida. Los valores medios en estado estacionario de $C_{máx}$, AUC_{tau} y $C_{mín}$ (media \pm DE) en pacientes infectados por el VIH-1, respectivamente, fueron de $1,7 \pm 0,39$ $\mu\text{g/mL}$, $23 \pm 7,5$ $\mu\text{g}\cdot\text{h/mL}$ y $0,45 \pm 0,26$ $\mu\text{g/mL}$ para elvitegravir, lo que genera un cociente inhibitorio de aproximadamente 10 (relación $C_{mín}$: IC_{95} ajustado para unión a proteínas para el virus VIH-1 de tipo salvaje). Los valores medios correspondientes al estado estacionario de $C_{máx}$, AUC_{tau} , y $C_{mín}$ (media \pm DE) fueron de $1,1 \pm 0,40$ $\mu\text{g/mL}$, $8,3 \pm 3,8$ $\mu\text{g}\cdot\text{h/mL}$ y $0,05 \pm 0,13$ $\mu\text{g/mL}$ para cobicistat, $1,9 \pm 0,5$ $\mu\text{g/mL}$, $13 \pm 4,5$ $\mu\text{g}\cdot\text{h/mL}$ y $0,14 \pm 0,25$ $\mu\text{g/mL}$ para emtricitabina. Los valores medios correspondientes al estado estacionario de $C_{máx}$ y AUC_{tau} para tenofovir alafenamida fueron de $0,16 \pm 0,08$ $\mu\text{g/mL}$ y de $0,21 \pm 0,15$ $\mu\text{g}\cdot\text{h/mL}$, respectivamente.

Para elvitegravir, la $C_{máx}$ y el AUC aumentaron en un 22% y un 36% con la comida ligera y en un 56% y un 91% con la comida de alto contenido graso, con respecto a las condiciones de ayuno. Los valores de exposición a cobicistat no resultaron afectados por la comida ligera y, aunque se produjo un escaso descenso del 24% y del 18% en la $C_{máx}$ y el AUC respectivamente con la comida de alto contenido graso, no se observaron diferencias en su efecto de potenciación farmacológica sobre elvitegravir. Los valores de exposición a emtricitabina no resultaron afectados por las comidas ligeras o de alto contenido graso. En cuanto a las condiciones de ayuno, la administración de Genvoya con una comida ligera (unas 400 kcal, 20% de grasa) o con una comida de alto contenido graso (unas 800 kcal, 50% de grasa) no afectó los valores globales de exposición a tenofovir alafenamida en un grado clínicamente relevante (aproximadamente un AUC un 15% y un 18% mayores con una comida ligera o de alto contenido graso, respectivamente, en comparación a las condiciones de ayuno).

Distribución

Elvitegravir se une en un 98-99% a las proteínas plasmáticas humanas y la unión es independiente de la concentración del fármaco en el intervalo de 1 ng/mL a 1,6 $\mu\text{g/mL}$. La relación de concentración media del fármaco entre plasma y sangre fue de 1,37.

Cobicistat se une en un 97-98% a las proteínas plasmáticas humanas y la relación de concentración media del fármaco entre plasma y sangre fue de 2.

La unión *in vitro* de emtricitabina a proteínas plasmáticas fue < 4% y resultó independiente de la concentración en el intervalo de 0,02 a 200 $\mu\text{g/mL}$. A la concentración plasmática máxima, la relación de concentración media del fármaco entre plasma y sangre fue de aproximadamente 1,0 y la relación de concentración media del fármaco entre semen y plasma fue de aproximadamente 4,0.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

La unión *in vitro* de tenofovir a proteínas plasmáticas es <0,7% y fue independiente de la concentración en el intervalo de 0,01-25 µg/mL. La unión *ex vivo* de tenofovir alafenamida a proteínas plasmáticas en las muestras recogidas durante los estudios clínicos fue de aproximadamente el 80%.

Biotransformación

Elvitegravir sufre principalmente metabolismo oxidativo a través de CYP3A y secundariamente glucuronidación por las enzimas UGT1A1/3. Tras la administración oral de [¹⁴C]-elvitegravir potenciado, elvitegravir fue la sustancia predominante en el plasma, representando aproximadamente el 94% de la radiactividad circulante. Los metabolitos generados mediante hidroxilación aromática y alifática o glucuronidación están presentes en niveles muy bajos, demostrando una actividad antiviral considerablemente menor contra el VIH-1, y no contribuyen a la actividad antiviral global de elvitegravir.

Cobicistat se metaboliza mediante una oxidación mediada por CYP3A (mayor) y CYP2D6 (menor) y no sufre glucuronidación. Tras la administración oral de [¹⁴C]-cobicistat, el 99% de la radiactividad circulante en plasma correspondió a cobicistat en forma inalterada.

Los estudios *in vitro* indican que emtricitabina no es un inhibidor de las enzimas CYP humanas. Tras la administración de [¹⁴C]-emtricitabina, se obtuvo una recuperación completa de la dosis de emtricitabina en la orina (aproximadamente el 86%) y las heces (aproximadamente el 14%). El 13% de la dosis se recuperó en la orina en forma de tres aparentes metabolitos. La biotransformación de emtricitabina comprende la oxidación del radical tiólico, para dar los diastereómeros 3'-sulfóxido (~ el 9% de la dosis), y la conjugación con el ácido glucurónico, para formar el 2'-O-glucurónido (~ el 4% de la dosis). No hubo otros metabolitos identificables.

El metabolismo es la ruta de eliminación principal de tenofovir alafenamida en los seres humanos, suponiendo > 80% de una dosis oral. Los estudios *in vitro* han mostrado que tenofovir alafenamida se metaboliza a tenofovir (metabolito principal) por medio de la cathepsina A en las CMSP (incluyendo linfocitos y otras células diana del VIH) y los macrófagos, y por medio de la carboxilesterasa-1 en los hepatocitos. *In vivo*, tenofovir alafenamida se hidroliza en las células para formar tenofovir (metabolito principal), que es fosforilado al metabolito activo tenofovir difosfato. En los estudios clínicos humanos, una dosis oral de 10 mg de tenofovir alafenamida en Genvoya dio lugar a concentraciones de tenofovir difosfato más de 4 veces superiores en las CMSP y concentraciones de tenofovir en plasma con reducción mayor al 90% en comparación con una dosis oral de 245 mg de tenofovir disoproxil (en forma de fumarato) en E/C/F/TDF.

In vitro, tenofovir alafenamida no es metabolizado por CYP1A2, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 o CYP2D6. Tenofovir alafenamida es metabolizado mínimamente por CYP3A4. Cuando se administra de forma concomitante con el conocido inductor moderado de CYP3A efavirenz, la exposición a tenofovir alafenamida no se ve afectada significativamente. Después de la administración de tenofovir alafenamida, la radiactividad [¹⁴C] en plasma mostró un perfil dependiente del tiempo, siendo tenofovir alafenamida la especie más abundante en las primeras horas iniciales y el ácido úrico en el periodo restante.

Eliminación

Tras la administración oral de [¹⁴C]-elvitegravir/ritonavir, el 94,8% de la dosis se recuperó en las heces, lo que concuerda con la excreción hepatobiliar de elvitegravir; el 6,7% de la dosis administrada se recuperó en la orina. La mediana de la vida media plasmática terminal de elvitegravir tras la administración de E/C/F/TDF es de aproximadamente 12,9 horas.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Tras la administración oral de [¹⁴C]-cobicistat, el 86% y el 8,2% de la dosis se recuperaron en las heces y en la orina, respectivamente. La mediana de la vida media plasmática terminal de cobicistat tras la administración de E/C/F/TDF es de aproximadamente 3,5 horas y los valores de exposición a cobicistat asociados generan una C_{min} de elvitegravir aproximadamente 10 veces mayor que el IC₉₅ ajustado para unión a proteínas del virus VIH-1 de tipo salvaje.

Emtricitabina se excreta fundamentalmente por el riñón y la dosis se recupera por completo en la orina (aproximadamente 86%) y en las heces (aproximadamente 14%). El trece por ciento de la dosis de emtricitabina se recoge en la orina en forma de tres metabolitos. El aclaramiento sistémico de emtricitabina alcanza un promedio de 307 mL/min. Después de la administración oral, la vida media de eliminación de emtricitabina es de aproximadamente 10 horas.

La excreción renal de tenofovir alafenamida intacto es una ruta menor, con < 1% de la dosis eliminada por la orina. Tenofovir alafenamida se elimina principalmente después de la metabolización a tenofovir. Tenofovir alafenamida y tenofovir tienen una mediana de vida media plasmática de 0,51 y 32,37 horas, respectivamente. Tenofovir se elimina del organismo a través de los riñones por filtración glomerular y secreción tubular activa.

Edad, sexo y raza

No se ha identificado ninguna diferencia farmacocinética clínicamente relevante en relación con el sexo o la raza para elvitegravir potenciado con cobicistat, cobicistat, emtricitabina o tenofovir alafenamida.

Los análisis farmacocinéticos poblacionales de pacientes infectados por el VIH en los estudios de fase 2 y fase 3 de Genvoya mostraron que dentro del intervalo de edad estudiado (12 a 82 años), la edad no tenía un efecto clínicamente relevante sobre las exposiciones a tenofovir alafenamida.

Las exposiciones a elvitegravir, cobicistat, emtricitabina, tenofovir y tenofovir alafenamida alcanzadas en 24 pacientes pediátricos de 12 a < 18 años que recibieron Genvoya en el estudio GS-US-292-0106 fueron similares a las exposiciones alcanzadas en adultos que nunca habían recibido tratamiento después de la administración de Genvoya (Tabla 5).

Tabla 5: Farmacocinética de elvitegravir, cobicistat, emtricitabina y tenofovir alafenamida en adolescentes y adultos que nunca habían recibido tratamiento con antirretrovirales

	Adolescentes					Adultos				
	Genvoya					Genvoya				
	EVG ^a	COBI ^a	FTC ^a	TAF ^b	TFV ^b	EVG ^a	COBI ^a	FTC ^a	TAF ^c	TFV ^c
AUC _{tau} (ng•h/mL)	23.840,1 (25,5)	8.240,8 (36,1) ^b	14.424,4 (23,9)	242,8 (57,8)	275,8 (18,4)	22.797,0 (34,7)	9.459,1 (33,9)	11.714,1 (16,6)	206,4 (71,8)	292,6 (27,4)
C _{máx} (ng/mL)	2.229,6 (19,2)	1.202,4 (35,0)	2.265,0 (22,5)	121,7 (46,2)	14,6 (20,0)	2.113,1 (33,7)	1.450,3 (28,4)	2.056,3 (20,2)	162,2 (51,1)	15,2 (26,1)
C _{tau} (ng/mL)	300,8 (81,0)	25,0 (180,0) ^d	102,4 (38,9) ^b	N/A	10,0 (19,6)	287,3 (61,7)	20,6 (85,2)	95,2 (46,7)	N/A	10,6 (28,5)

EVG = elvitegravir; COBI = cobicistat; FTC = emtricitabina; TAF = tenofovir alafenamida fumarato; TFV = tenofovir

N/A = no aplicable

Los datos se presentan como medias (%CV).

a n = 24 adolescentes; n = 19 adultos

b n = 23 adolescentes

c n = 539 (TAF) u 841 (TFV) adultos

d n = 15 adolescentes

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Insuficiencia renal

No se observaron diferencias clínicamente relevantes en la farmacocinética de elvitegravir, cobicistat, tenofovir alafenamida o tenofovir entre los individuos sanos y los pacientes con insuficiencia renal grave (ClCr estimado > 15 pero < 30 mL/min) en los estudios de elvitegravir potenciado con cobicistat o de tenofovir alafenamida, respectivamente. La exposición sistémica media a emtricitabina fue mayor en pacientes con insuficiencia renal grave (ClCr < 30 mL/min) (33,7 µg•h/mL) que en sujetos con función renal normal (11,8 µg•h/mL).

Insuficiencia hepática

Tanto elvitegravir como cobicistat se metabolizan y eliminan principalmente por vía hepática. Se realizó un estudio de la farmacocinética de elvitegravir potenciado con cobicistat en pacientes no infectados por el VIH-1 con insuficiencia hepática moderada (clase B de Child-Pugh). No se observaron diferencias clínicamente relevantes en la farmacocinética de elvitegravir o cobicistat entre los pacientes con insuficiencia moderada y los individuos sanos. No es necesario ajustar la dosis de elvitegravir o cobicistat en los pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. La farmacocinética de emtricitabina no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática; sin embargo, emtricitabina no sufre un metabolismo significativo mediante las enzimas hepáticas, por lo que la repercusión de la insuficiencia hepática debería ser escasa. No se observaron cambios clínicamente relevantes en la farmacocinética de tenofovir en los pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada y no es necesario ajustar la dosis de tenofovir alafenamida en los pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. No se ha estudiado el efecto de la insuficiencia hepática grave (clase C de Child-Pugh) sobre la farmacocinética de elvitegravir, cobicistat o tenofovir alafenamida.

Infección concomitante por el virus de la hepatitis B y/o de la hepatitis C

No se ha evaluado por completo la farmacocinética de emtricitabina y tenofovir alafenamida en los pacientes con infección concomitante por el virus de la hepatitis B y/o de la hepatitis C. Escasos datos procedentes de análisis farmacocinéticos poblacionales (n = 24) indicaron que la infección concomitante por el virus de la hepatitis B y/o C no produce un efecto clínicamente relevante sobre la exposición a elvitegravir potenciado.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

Elvitegravir fue negativo en una prueba de mutagenicidad bacteriana *in vitro* (test de Ames) y en un estudio de micronúcleos de rata *in vivo* en dosis de hasta 2.000 mg/kg. En una prueba de aberraciones cromosómicas *in vitro*, elvitegravir fue negativo con activación metabólica; sin embargo, sin activación se observó una respuesta equívoca.

Cobicistat no fue mutagénico ni clastogénico en los estudios convencionales de genotoxicidad. Los estudios *ex vivo* en conejos y los estudios *in vivo* en perros sugieren que cobicistat presenta un bajo potencial de prolongación del QT y puede prolongar ligeramente el intervalo PR y reducir la función ventricular izquierda a concentraciones al menos 11 veces más altas que la exposición humana a la dosis diaria recomendada de 150 mg. En un estudio clínico en seres humanos con 35 individuos sanos, los ecocardiogramas realizados en la situación basal y tras recibir 150 mg de cobicistat una vez al día durante al menos 15 días no indicaron cambios clínicamente significativos en la función ventricular izquierda.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

Los estudios de toxicidad para la reproducción en ratas y conejos con cobicistat no mostraron ningún efecto en los parámetros de apareamiento, fertilidad y embarazo ni en ningún parámetro fetal. No obstante, se observó un aumento de la pérdida post-implantación y una disminución del peso fetal en las ratas asociados con reducciones significativas del peso corporal materno a dosis de 125 mg/kg/día.

Los datos de los estudios no clínicos de emtricitabina no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico y toxicidad para la reproducción y el desarrollo.

Elvitegravir, cobicistat y emtricitabina han demostrado todos ellos un potencial carcinogénico bajo en ratones y ratas.

Los estudios no clínicos de tenofovir alafenamida en ratas y perros mostraron los huesos y el riñón como los órganos diana primarios para la toxicidad. La toxicidad ósea fue observada en forma de reducción de la densidad mineral ósea en ratas y perros a exposiciones a tenofovir al menos cuatro veces superiores a las esperadas después de la administración de Genvoya. Hubo una mínima infiltración de histiocitos presente en el ojo de perros con exposiciones a tenofovir alafenamida y tenofovir aproximadamente 4 y 17 veces superiores, respectivamente, a las esperadas después de la administración de Genvoya.

Tenofovir alafenamida no fue mutagénico ni clastogénico en los estudios convencionales de genotoxicidad.

Dado que existe una menor exposición a tenofovir en ratas y ratones después de la administración de tenofovir alafenamida en comparación con TDF, los estudios de carcinogenicidad y un estudio peri-postnatal en ratas fueron realizados solamente con TDF. Los estudios convencionales de potencial carcinogénico y toxicidad para la reproducción y el desarrollo no mostraron riesgos especiales para los seres humanos. Los estudios de toxicidad para la reproducción en ratas y conejos no mostraron ningún efecto en los parámetros de apareamiento, fertilidad y embarazo ni en ningún parámetro fetal. No obstante, tenofovir disoproxil fumarato redujo el índice de viabilidad y peso de las crías en un estudio peri-postnatal de toxicidad a dosis tóxicas para la madre.

6. DATOS FARMACÉUTICOS**6.1 Lista de excipientes**

Según lo autorizado en el registro sanitario

6.2 Precauciones especiales de conservación

Conservar en el empaque original para protegerlo de la humedad. Mantener el frasco perfectamente cerrado. Conservar a no más 30 °C.

6.3 Naturaleza y contenido del envase

Frasco de polietileno de alta densidad (HDPE), con una cápsula de cierre de seguridad de polipropileno y rosca continua, a prueba de niños, recubierto con una funda de lámina de aluminio activado por inducción que contiene comprimidos recubiertos con película. Cada frasco contiene un secante de gel de sílice y un relleno de poliéster.

Cajas con X frasco de X comprimidos recubiertos con película.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

GENVOYA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

6.4 Precauciones especiales de eliminación

La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local.

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN CHILE

Gador Ltda, Colo Colo 267, Quilicura, Santiago, Chile. Bajo licencia de Gilead Sciences Inc. USA.

CL-MAY16-EU-FEB16 (v4.0)