

## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
300 mg****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Tenofovir disoproxilo succinato comprimidos recubiertos 300 mg

**2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA**

Cada comprimido recubierto contiene Tenofovir 300 mg disoproxilo succinato.

Excipiente con efecto conocido

Cada comprimido contiene 105 mg de lactosa

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

**3. FORMA FARMACÉUTICA**

Comprimidos recubiertos

Comprimidos recubiertos, en forma de almendra de color azul claro. Las dimensiones del comprimido son 17.0 mm x 10.5 mm ± 5%.

**4. DATOS CLÍNICOS****4.1 Indicaciones terapéuticas**

*Infección por VIH-1*

**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO está indicado en combinación con otros agentes antirretrovirales para el tratamiento de la infección causada por el VIH-1 en pacientes adultos y pediátricos a partir de los 12 años.**

**Antes de iniciar la administración de TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO para el tratamiento de la infección por el VIH-1, se debe considerar el siguiente punto:**

**•TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO no se debe administrar en combinación con otros productos que contienen tenofovir disoproxilo fumarato o tenofovir alafenamida.**

**Hepatitis B crónica**

**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO está indicado para el tratamiento de la hepatitis B crónica en pacientes adultos y pediátricos a partir de los 12 años.**

**Antes de iniciar la administración de TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO para el tratamiento de la infección por el VHB, se deben considerar los siguientes puntos:**

**•La indicación en adultos se basa en los datos de seguridad y eficacia obtenidos del tratamiento de sujetos que no habían recibido nucleósidos previamente y sujetos que habían recibido tratamiento previo y que presentaban resistencia confirmada a la lamivudina. Los pacientes eran adultos con hepatitis B crónica, con resultados positivos y negativos de HBeAg y hepatopatía compensada.**

**•Se analizó la administración de TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO en una cantidad limitada de pacientes con hepatitis B crónica y hepatopatía descompensada.**

**•La cantidad de pacientes en estudios clínicos con sustituciones asociadas con la resistencia al adefovir en el punto de partida fue demasiado reducida como para sacar conclusiones acerca de la eficacia.**

**4.2 Posología y forma de administración**

**Dosis recomendada en pacientes adultos y pediátricos a partir de los 12 años (35 kg o más)**

**Para el tratamiento de la infección por el VIH-1 o de la hepatitis B crónica: la dosis corresponde a un comprimido de 300 mg de TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO una vez al día por vía oral, con o sin alimentos.**

**Se desconoce la duración óptima del tratamiento de la hepatitis B crónica.**

**No se han establecido la seguridad ni la eficacia en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad o con un peso inferior a 35 kg.**

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

**Ajuste de la dosis en casos de insuficiencia renal en adultos**

**Se observó un considerable aumento de las exposiciones al fármaco cuando se administró TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO a pacientes con insuficiencia renal moderada a grave. En consecuencia, el intervalo de administración de TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO se debe ajustar en los pacientes con una eliminación de creatinina inicial inferior a 50 mL/min, según las recomendaciones de la Tabla 1. Estas recomendaciones sobre el intervalo de administración se basan en modelos de datos farmacocinéticos con dosis única en pacientes no infectados con el VIH y no infectados con el VHB, con diversos grados de insuficiencia renal, incluso con nefropatía terminal que requiera hemodiálisis. La seguridad y la eficacia de estas recomendaciones de ajuste de los intervalos de administración no se analizaron clínicamente en los pacientes con insuficiencia renal moderada o grave; por lo tanto, la respuesta clínica al tratamiento y la función renal se deben controlar estrictamente en estos pacientes.**

**No se requiere un ajuste de la dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve (eliminación de creatinina de 50 a 80 mL/min). En los pacientes con insuficiencia renal leve, se debe realizar un control sistemático de la eliminación de creatinina estimada, el nivel de fósforo sérico, la glucosuria y la proteinuria.**

**Tabla 1 Ajuste de la dosis en pacientes con alteración de la eliminación de creatinina**

	Eliminación de creatinina (mL/min) <sup>a</sup>			Pacientes sometidos a hemodiálisis
	>50	30–49	10–29	
<b>Intervalo de administración de 300 mg recomendado</b>	<b>Cada 24 horas</b>	<b>Cada 48 horas</b>	<b>Cada 72 a 96 horas</b>	<b>Cada 7 días o después de un total de aproximadamente 12 horas de diálisis<sup>b</sup></b>

a. Se calcula con un peso corporal ideal (delegado).

b. Generalmente, una vez por semana cuando se consideran tres sesiones semanales de hemodiálisis de aproximadamente 4 horas de duración. TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO se debe administrar después de finalizar la diálisis.

**La farmacocinética del tenofovir no se ha analizado en pacientes no sometidos a hemodiálisis con una eliminación de creatinina inferior a 10 mL/min; por lo tanto, no se dispone de un intervalo de administración recomendado para estos pacientes.**

**No se dispone de datos que permitan recomendar una dosis para pacientes pediátricos a partir de los 12 años con insuficiencia renal.**

*Dosis omitida*

Si un paciente omite una dosis de Tenofovir en el plazo de 12 horas desde la hora normal de administración, debe tomar Tenofovir lo antes posible con alimentos, y continuar su pauta habitual de administración. Si un paciente omite una dosis de Tenofovir más de 12 horas y es casi la hora de su siguiente dosis, no debe tomar la dosis omitida y simplemente debe continuar la pauta habitual de administración.

Si el paciente vomita en el plazo de 1 hora después de tomar Tenofovir, debe tomar otro comprimido. Si vomita más de 1 hora después de tomar Tenofovir, no es necesario que tome otra dosis.

*Poblaciones especiales Pacientes de edad avanzada*

No hay datos disponibles en base a los cuales hacer una recomendación de la dosis en pacientes mayores de 65 años (ver sección 4.4).

*Insuficiencia renal*

Tenofovir se elimina por excreción renal y la exposición a tenofovir aumenta en pacientes con insuficiencia renal.

Adultos

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL****TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
300 mg**

Existen datos limitados sobre la seguridad y eficacia de Tenofovir en pacientes adultos con insuficiencia renal moderada y grave (aclaramiento de creatinina < 50 ml/min) y no se han evaluado los datos de seguridad a largo plazo para pacientes con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina 50-80 ml/min). Por tanto, en pacientes adultos con insuficiencia renal, sólo debe utilizarse Tenofovir si se considera que los beneficios potenciales del tratamiento superan a los riesgos potenciales.

*Insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina 50-80 ml/min)*

Datos limitados de ensayos clínicos apoyan la administración una vez al día de Tenofovir **disoproxilo succinato** 300 mg en pacientes con insuficiencia renal leve.

*Insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina 30-49 ml/min)*

Se puede utilizar la administración de Tenofovir **disoproxilo succinato** 300 mg cada 48 horas, según el modelado de datos farmacocinéticos obtenidos tras la administración de dosis única en sujetos VIH negativo y no infectados por VHB con diferentes grados de insuficiencia renal, incluyendo enfermedad renal en fase terminal que requiere hemodiálisis, aunque esta recomendación no ha sido confirmada en ensayos clínicos. Por lo tanto, la respuesta clínica al tratamiento y la función renal deben ser cuidadosamente monitorizadas en estos pacientes (ver secciones 4.4 y 5.2).

*Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) y pacientes en hemodiálisis*

Para este tipo de pacientes es posible ampliar los intervalos de dosis utilizando los comprimidos recubiertos de 300 mg, del siguiente modo:

Insuficiencia renal grave: Pueden administrarse Tenofovir **disoproxilo succinato** 300 mg cada 72-96 horas (dos veces por semana).

Pacientes en hemodiálisis: Pueden administrarse Tenofovir **disoproxilo succinato** 300 mg cada 7 días tras completar una sesión de hemodiálisis\*.

Estos ajustes del intervalo entre dosis no han sido confirmados en ensayos clínicos. Las simulaciones sugieren que ampliar el intervalo entre dosis utilizando Tenofovir **disoproxilo succinato** 300 mg comprimidos recubiertos no es óptimo y podría dar como resultado un incremento de la toxicidad y, posiblemente, una respuesta inadecuada. Por lo tanto, la respuesta clínica al tratamiento y la función renal deben ser cuidadosamente monitorizadas (ver secciones 4.4 y 5.2).

\* Generalmente, una dosis semanal asumiendo que se realizan 3 sesiones de hemodiálisis por semana de aproximadamente 4 horas de duración cada una o después de 12 horas acumulativas de hemodiálisis.

No pueden darse recomendaciones de dosis para pacientes que no están en hemodiálisis con aclaramiento de creatinina < 10 ml/min.

Pacientes pediátricos

El uso de Tenofovir no está recomendado en pacientes pediátricos con insuficiencia renal (ver sección 4.4).

*Insuficiencia hepática*

No es necesario realizar ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática (ver secciones 4.4 y 5.2).

Si se interrumpe el tratamiento con Tenofovir, se debe efectuar un seguimiento cuidadoso en pacientes con hepatitis B crónica con o sin coinfección por VIH, para descartar un empeoramiento de la hepatitis (ver sección 4.4).

Forma de administración

Tenofovir comprimidos se debe tomar una vez al día, por vía oral con alimentos.

**4.3 Contraindicaciones**

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL****TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
300 mg**

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

**4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo**Generales

A todos los pacientes infectados por VHB se les debe ofrecer la posibilidad de que les realicen un análisis de anticuerpos de VIH antes de iniciar el tratamiento con Tenofovir (ver *Coinfección con VIH-1 y hepatitis B*).

VIH-1

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.

Hepatitis B crónica

Se debe advertir a los pacientes que no se ha demostrado que Tenofovir evite el riesgo de transmisión de VHB por contacto sexual o contaminación por sangre. Se deberán seguir tomando las precauciones apropiadas.

Administración conjunta con otros medicamentos

- Tenofovir no debe administrarse concomitantemente con otros medicamentos que contengan Tenofovir o tenofovir alafenamida.
- Tenofovir no debe administrarse concomitantemente con adefovir dipivoxil.
- No se recomienda la administración concomitante de Tenofovir y didanosina. La administración concomitante de Tenofovir y didanosina produce un aumento de un 40-60% en la exposición sistémica a didanosina lo que puede aumentar el riesgo de aparición de reacciones adversas relacionadas con didanosina (ver sección 4.5). Se han notificado raramente pancreatitis y acidosis láctica, en algunos casos mortales. La administración conjunta de Tenofovir y didanosina en una dosis de 400 mg al día se ha asociado con una disminución significativa en el recuento de las células CD4, posiblemente debido a una interacción intracelular que incrementa el nivel de didanosina fosforilada (activa). Una disminución de la dosis a 250 mg de didanosina administrada conjuntamente con el tratamiento de Tenofovir se ha asociado con informes de altos porcentajes de fallo virológico tras la evaluación de varias combinaciones empleadas en el tratamiento de la infección por VIH-1.

Triple terapia con análogos de nucleósidos/nucleótidos

Se ha notificado una elevada proporción de fallos virológicos y de aparición de resistencias en estadios tempranos en pacientes con VIH cuando se administró tenofovir disoproxilo junto con lamivudina y abacavir y también con lamivudina y didanosina administrados en régimen de una vez al día.

Efectos renales y óseos en la población adultaEfectos renales

Tenofovir se elimina principalmente por el riñón. Debido al uso de tenofovir disoproxilo en la práctica clínica se han notificado casos de fallo renal, insuficiencia renal, elevación de creatinina, hipofosfatemia y tubulopatía proximal (incluyendo Síndrome de Fanconi) (ver sección 4.8).

Monitorización renal

Se recomienda que se calcule el aclaramiento de creatinina en todos los pacientes antes de iniciar el tratamiento con Tenofovir y que también se monitorice la función renal (aclaramiento de creatinina y fosfato sérico) tras dos a cuatro semanas de tratamiento, tras tres meses de tratamiento y cada tres a seis meses a partir de entonces en los pacientes sin factores de riesgo renal. En pacientes con riesgo de insuficiencia renal, es necesaria una monitorización más frecuente de la función renal.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL****TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
300 mg***Tratamiento renal*

Si el valor del fosfato sérico es  $< 1,5$  mg/dl (0,48 mmol/l) o el aclaramiento de creatinina disminuye a  $< 50$  ml/min en cualquier paciente adulto que esté recibiendo Tenofovir, se debe repetir en una semana la evaluación de la función renal, incluyendo la medición de la concentración de glucosa y potasio en sangre y de glucosa en orina (ver sección 4.8, tubulopatía proximal). Asimismo, se debe considerar la interrupción del tratamiento con Tenofovir en pacientes adultos con una disminución del aclaramiento de creatinina a  $< 50$  ml/min o con una disminución del fosfato sérico a  $< 1,0$  mg/dl (0,32 mmol/l). También se debe considerar la interrupción del tratamiento con Tenofovir en caso de descenso progresivo de la función renal cuando no se haya identificado otra causa.

*Administración conjunta y riesgo de toxicidad renal*

Debe evitarse el uso de Tenofovir con el uso concomitante o reciente de fármacos nefrotóxicos (p. ej. aminoglicósidos, anfotericina B, foscarnet, ganciclovir, pentamidina, vancomicina, cidofovir o interleucina-2). Si el uso concomitante de Tenofovir y fármacos nefrotóxicos es inevitable, se debe controlar semanalmente la función renal.

Se han notificado casos de fallo renal agudo tras el inicio de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en dosis altas o en administración múltiple en pacientes tratados con tenofovir disoproxilo fumarato con factores de riesgo para insuficiencia renal. Si se administra Tenofovir de forma concomitante con un AINE, se debe controlar adecuadamente la función renal.

Se ha notificado un riesgo más alto de insuficiencia renal en los pacientes tratados con tenofovir disoproxilo fumarato en combinación con un inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir o cobicistat. En estos pacientes es necesaria una monitorización estrecha de la función renal (ver sección 4.5). En los pacientes con factores de riesgo renal, se debe evaluar cuidadosamente la administración concomitante de Tenofovir con un inhibidor de la proteasa potenciado.

Tenofovir no se ha evaluado clínicamente en pacientes que reciben medicamentos que se eliminan por la misma vía renal, incluyendo las proteínas de transporte del transportador de aniones orgánicos humanos (TAOh) 1 y 3 ó MRP 4 (p. ej., cidofovir, un conocido medicamento nefrotóxico). Estas proteínas del transportador renal pueden ser responsables de la secreción tubular y en parte de la eliminación renal de tenofovir y cidofovir. Por lo tanto, la farmacocinética de estos medicamentos, que se eliminan por la misma vía renal, incluyendo las proteínas de transporte TAOh 1 y 3 ó MRP 4, debería modificarse en caso de ser administrados conjuntamente. A menos que sea absolutamente necesario, no se recomienda el uso concomitante de ambos medicamentos que se eliminan por la misma vía renal, pero en caso de que tal uso sea inevitable se debe controlar la función renal semanalmente (ver sección 4.5).

*Insuficiencia renal*

La seguridad renal de Tenofovir sólo se ha estudiado de forma muy limitada en pacientes adultos con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina  $< 80$  ml/min).

*Pacientes adultos con aclaramiento de creatinina  $< 50$  ml/min, incluyendo pacientes en hemodiálisis* Existen datos limitados sobre la seguridad y eficacia de Tenofovir en pacientes con alteración de la función renal. Por tanto, sólo debe utilizarse Tenofovir si se considera que los beneficios potenciales del tratamiento superan a los riesgos potenciales. No se recomienda el uso de Tenofovir en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina  $< 30$  ml/min) ni en los pacientes que precisan hemodiálisis. Si no se dispone de un tratamiento alternativo, se debe ajustar el intervalo de dosis y realizar un cuidadoso seguimiento de la función renal (ver secciones 4.2 y 5.2).

*Efectos óseos*

En pacientes infectados por VIH, en un ensayo clínico controlado de 144 semanas que comparaba tenofovir disoproxilo fumarato con estavudina en combinación con lamivudina y efavirenz en pacientes adultos *naive*, se observó una pequeña disminución en la densidad mineral ósea (DMO) de la cadera y de la columna vertebral en

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL****TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS****300 mg**

ambos grupos de tratamiento. En el grupo tratado con tenofovir disoproxilo fumarato, la disminución de la DMO de la columna vertebral y los cambios en biomarcadores óseos desde el valor basal fue significativamente mayor a las 144 semanas. La disminución en la DMO de la cadera fue significativamente mayor en este grupo hasta la semana 96. Sin embargo, no hubo mayor riesgo de fracturas o evidencia de anormalidades óseas clínicamente relevantes después de 144 semanas.

En otros ensayos (prospectivos y transversales), las disminuciones más pronunciadas en la DMO se observaron en los pacientes tratados con tenofovir disoproxilo fumarato como parte de un régimen que contenía un inhibidor de la proteasa potenciado. Se deben considerar regímenes de tratamiento alternativos en los pacientes con osteoporosis que presenten un alto riesgo de fracturas.

Las anormalidades óseas (que contribuyen rara vez a las fracturas) pueden asociarse con tubulopatía renal proximal (ver sección 4.8).

Si hay sospechas de anormalidades óseas o éstas se detectan, se debe realizar la consulta adecuada.

**Efectos renales y óseos en la población pediátrica**

Existen incertidumbres relacionadas con los efectos a largo plazo de toxicidad ósea y renal. Además, la reversibilidad de la toxicidad renal no se puede garantizar plenamente. Por tanto, se recomienda un enfoque multidisciplinar para ponderar adecuadamente en cada caso el balance de riesgos y beneficios del tratamiento, decidir la monitorización adecuada durante el tratamiento (incluyendo la decisión de la retirada del tratamiento) y contemplar la necesidad de suplementación.

***Efectos renales***

Se han notificado reacciones adversas renales indicativas de tubulopatía renal proximal en el ensayo clínico GS-US-104-0352 en pacientes pediátricos de 2 a < 12 años infectados por el VIH-1 (ver secciones 4.8 y 5.1).

***Monitorización renal***

Se debe evaluar la función renal (aclaramiento de creatinina y fosfato sérico) antes del tratamiento y se debe realizar un seguimiento durante el tratamiento como en los adultos (ver más arriba).

***Tratamiento renal***

Si se confirma que el valor del fosfato sérico es < 3,0 mg/dl (0,96 mmol/l) en cualquier paciente pediátrico que esté recibiendo Tenofovir, se debe repetir en una semana la evaluación de la función renal, incluyendo la medición de la concentración de glucosa y potasio en sangre y de glucosa en orina (ver sección 4.8, tubulopatía proximal). Si hay sospechas de anormalidades renales o éstas se detectan, se debe realizar una consulta con un nefrólogo para considerar la interrupción del tratamiento con Tenofovir. También se debe considerar la interrupción del tratamiento con Tenofovir en caso de descenso progresivo de la función renal cuando no se haya identificado otra causa.

***Administración conjunta y riesgo de toxicidad renal***

Se aplican las mismas recomendaciones que en los adultos (ver más arriba).

***Insuficiencia renal***

El uso de Tenofovir no está recomendado en pacientes pediátricos con insuficiencia renal (ver sección 4.2). Tenofovir no debe iniciarse en pacientes pediátricos con insuficiencia renal y debe interrumpirse en los pacientes pediátricos que desarrollen insuficiencia renal durante el tratamiento con Tenofovir.

***Efectos óseos***

Tenofovir puede causar una disminución de la DMO. Actualmente se desconocen los efectos de los cambios asociados con el Tenofovir en la DMO sobre la salud ósea a largo plazo y el riesgo futuro de fracturas (ver sección 5.1).

Si se detectan o sospechan anormalidades óseas en pacientes pediátricos, se debe realizar una consulta con un

## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

TENOFVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
300 mg

endocrinólogo y/o nefrólogo.

Insuficiencia hepática

Los datos de seguridad y eficacia en pacientes con trasplante hepático son muy limitados.

Hay datos limitados de seguridad y eficacia de Tenofovir en pacientes infectados por VHB con enfermedad hepática descompensada y que tienen un índice de Child-Pugh-Turcotte (CPT) > 9. Estos pacientes pueden tener un riesgo mayor de experimentar reacciones adversas hepáticas o renales graves. Por tanto, los parámetros renales y hepatobiliares deben ser monitorizados estrechamente en esta población de pacientes.

*Exacerbaciones de la hepatitis*

*Brotos durante el tratamiento:* Las exacerbaciones espontáneas de la hepatitis B crónica son relativamente frecuentes y se caracterizan por aumentos transitorios de la ALT sérica. Tras el inicio del tratamiento antiviral, los niveles séricos de ALT pueden aumentar en algunos pacientes (ver sección 4.8). En pacientes con enfermedad hepática compensada, estos incrementos en la ALT sérica generalmente no van acompañados por un aumento de las concentraciones de bilirrubina sérica ni descompensación hepática. Los pacientes con cirrosis pueden tener un mayor riesgo de descompensación hepática tras la exacerbación de la hepatitis, y por tanto deben ser cuidadosamente monitorizados durante el tratamiento.

*Brotos después de interrumpir el tratamiento:* También se ha notificado exacerbación aguda de la hepatitis en pacientes que habían interrumpido el tratamiento de la hepatitis B. Las exacerbaciones post-tratamiento se asocian habitualmente con aumentos en los niveles de ADN del VHB, y en la mayoría de casos parecen ser autolimitadas. Sin embargo, se han notificado exacerbaciones graves, incluyendo muertes. La función hepática debe ser monitorizada a intervalos repetidos mediante seguimiento tanto clínico como de laboratorio durante al menos 6 meses tras la interrupción del tratamiento de la hepatitis B. Si es adecuado, deberá garantizarse la reanudación del tratamiento de la hepatitis B. En pacientes con enfermedad hepática avanzada o cirrosis, no se recomienda interrumpir el tratamiento ya que la exacerbación de la hepatitis post-tratamiento puede provocar una descompensación hepática.

Los brotes hepáticos son especialmente graves, y a veces pueden provocar la muerte, en pacientes con enfermedad hepática descompensada.

*Coinfección con hepatitis C o D:* No hay datos sobre la eficacia de tenofovir en pacientes coinfectados con virus de la hepatitis C o D.

*Coinfección con VIH-1 y hepatitis B:* Debido al riesgo de desarrollo de resistencias del VIH, Tenofovir sólo debe utilizarse como parte de un régimen antirretroviral combinado adecuado en pacientes coinfectados por VIH/VHB. Pacientes con disfunción hepática preexistente, incluyendo hepatitis crónica activa, tienen una frecuencia aumentada de anomalías 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 función hepática en dichos pacientes, se debe considerar la interrupción o suspensión del tratamiento. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los aumentos de ALT pueden ser parte del aclaramiento del VHB durante el tratamiento con tenofovir, ver más arriba *Exacerbaciones de la hepatitis*.

Uso con determinados fármacos antivirales contra el virus de la hepatitis C

Se ha demostrado que la administración conjunta de Tenofovir y ledipasvir/sofosbuvir o sofosbuvir/velpatasvir aumenta las concentraciones plasmáticas de tenofovir, especialmente cuando se utiliza junto con una pauta posológica contra el VIH que contiene Tenofovir y un potenciador farmacocinético (ritonavir o cobicistat). La seguridad de Tenofovir en el contexto de ledipasvir/sofosbuvir o sofosbuvir/velpatasvir y un potenciador farmacocinético no se ha establecido. Se deben considerar los posibles riesgos y beneficios asociados a la administración conjunta de ledipasvir/sofosbuvir o sofosbuvir/velpatasvir y Tenofovir administrado en combinación con un inhibidor de la proteasa del VIH potenciado (por ejemplo atazanavir o darunavir),

## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

## TENOFVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

## 300 mg

particularmente en los pacientes con mayor riesgo de disfunción renal. Los pacientes que reciben ledipasvir/sofosbuvir o sofosbuvir/velpatasvir de forma concomitante con Tenofovir y un inhibidor de la proteasa del VIH potenciado deben ser controlados para detectar reacciones adversas relacionadas con Tenofovir.

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 tras la exposición *in útero*

Los análogos de nucleótidos pueden afectar a la función mitocondrial en un grado variable, siendo más marcado con estavudina, didanosina y zidovudina. Existen informes de disfunción mitocondrial en lactantes VIH negativo expuestos *in útero* y/o post-parto a análogos de nucleósidos; estos concernieron predominantemente con pautas de tratamiento que contenían zidovudina. Las principales reacciones adversas notificadas fueron trastornos hematológicos (anemia, neutropenia) y trastornos metabólicos (hiperlactatemia, hiperlipasemia). Estas reacciones fueron a menudo transitorias. Se han notificado de forma rara trastornos neurológicos de aparición tardía (hipertonía, convulsión, comportamiento anormal). Actualmente no se sabe si estos trastornos neurológicos son transitorios o permanentes. Estos hallazgos se deben considerar en cualquier niño expuesto *in útero* a análogos de nucleótidos que presenten hallazgos clínicos graves de etiología desconocida, especialmente hallazgos neurológicos. 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

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 son: 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.

También se ha notificado la aparición de trastornos autoinmunitarios (como por ejemplo la enfermedad de Graves) durante la reconstitución inmune; sin embargo, el tiempo notificado hasta su aparición es más variable y estos acontecimientos pueden suceder muchos meses después del inicio del tratamiento.

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, inmunodepresión 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.

Pacientes de edad avanzada

Tenofovir no se ha estudiado en pacientes mayores de 65 años de edad. En los pacientes de edad avanzada es más probable que tengan la función renal disminuida, por tanto debe tenerse precaución cuando se trate a pacientes de edad avanzada con Tenofovir.

Tenofovir **disoproxilo succinato** 300 mg comprimidos recubiertos contiene lactosa monohidrato. Los pacientes con intolerancia hereditaria 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.



## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

TENOFIVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
300 mg**4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción**

Los estudios de interacciones se han realizado sólo en adultos.

En base a los resultados de experimentos *in vitro* y a la ruta conocida de eliminación de tenofovir, el potencial de interacciones entre tenofovir y otros medicamentos, mediadas por CYP450, es escaso.

Uso concomitante no recomendado

Tenofovir no debe administrarse concomitantemente con otros medicamentos que contengan Tenofovir o tenofovir alafenamida.

Tenofovir no debe administrarse concomitantemente con adefovir dipivoxil.

*Didanosina*

No se recomienda la administración concomitante de Tenofovir y didanosina (ver sección 4.4 y Tabla 1).

*Medicamentos eliminados por vía renal*

Puesto que tenofovir se elimina principalmente por los riñones, la administración conjunta de Tenofovir con medicamentos que reducen la función renal o compiten por la secreción tubular activa mediante proteínas de transporte TAOh 1, TAOh 3 ó MRP 4 (p.ej.: cidofovir) pueden incrementar las concentraciones plasmáticas de tenofovir y/o de otros medicamentos administrados de forma conjunta.

Debe evitarse el uso de Tenofovir si en la actualidad se está administrando o recientemente se ha administrado un medicamento nefrotóxico. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a, aminoglucósidos, anfotericina B, foscarnet, ganciclovir, pentamidina, vancomicina, cidofovir o interleucina-2 (ver sección 4.4).

Dado que tacrolimus puede afectar a la función renal, se recomienda realizar un cuidadoso seguimiento cuando se administre de forma conjunta con Tenofovir.

Otras interacciones

Las interacciones entre Tenofovir y otros medicamentos se incluyen a continuación en la Tabla 1 (el aumento está indicado como “↑”; la disminución, como “↓”; la ausencia de cambios, como “↔”; la administración dos veces al día, como “c/12 h”, y la administración una vez al día, como “c/24 h”).

## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

TENOFIVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
300 mg

Tabla 1: Interacciones entre Tenofovir y otros medicamentos

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
<b>ANTIINFECCIOSOS</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<b>Inhibidores de la proteasa</b>		
Atazanavir/Ritonavir (300 c/24 h/100 c/24 h/300 c/24 h)	Atazanavir: AUC: ↓ 25% C <sub>max</sub> : ↓ 28% C <sub>min</sub> : ↓ 26% Tenofovir: AUC: ↑ 37% C <sub>max</sub> : ↑ 34% C <sub>min</sub> : ↑ 29%	No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a tenofovir podría potenciar las reacciones adversas asociadas a tenofovir, incluyendo alteraciones renales. La función renal debe ser cuidadosamente monitorizada (ver sección 4.4).
Lopinavir/Ritonavir (400 c/12 h/100 c/12 h/300 c/24 h)	Lopinavir/ritonavir: Ningún efecto significativo sobre los parámetros farmacocinéticos de lopinavir/ritonavir. Tenofovir: AUC: ↑ 32% C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↑ 51%	No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a tenofovir puede potenciar las reacciones adversas asociadas a tenofovir, incluyendo alteraciones renales. La función renal debe ser cuidadosamente monitorizada (ver sección 4.4).
Darunavir/Ritonavir (300/100 c/12 h /300 c/24 h)	Darunavir: Ningún efecto significativo sobre los parámetros farmacocinéticos de darunavir/ritonavir Tenofovir: AUC: ↑ 22% C <sub>min</sub> : ↑ 37%	No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a tenofovir puede potenciar las reacciones adversas asociadas a tenofovir, incluyendo alteraciones renales. La función renal debe ser estrechamente monitorizada (ver sección 4.4).

## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

TENOFIVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
300 mg

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
<b>ITIANs</b>		
Didanosina	La administración concomitante de Tenofovir y didanosina genera un aumento de un 40-60% en la exposición sistémica a didanosina lo que puede aumentar el riesgo de aparición de reacciones adversas relacionadas con la didanosina. Se han notificado raramente pancreatitis y acidosis láctica, en algunos casos mortales. La administración conjunta de Tenofovir y didanosina en una dosis de 400 mg al día se ha asociado con una disminución significativa en el recuento de las células CD4, posiblemente debido a una interacción intracelular que incrementa el nivel de didanosina fosforilada (activa). La administración de una dosis menor de didanosina, 250 mg, junto con Tenofovir se ha asociado con un elevado número de casos de fallo virológico tras la evaluación de varias combinaciones empleadas en el tratamiento de la infección por VIH-1.	No se recomienda la administración concomitante de Tenofovir con didanosina (ver sección 4.4).
Adefovir dipivoxil	AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔	Tenofovir no debe administrarse simultáneamente con adefovir dipivoxil (ver sección 4.4).
Entecavir	AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔	No se ha observado ninguna interacción farmacocinética clínicamente significativa cuando se administró conjuntamente Tenofovir con entecavir.

## FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

TENOFIVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
300 mg

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
<b>Fármacos antivirales contra el virus de la hepatitis C</b>		
Ledipasvir/Sofosbuvir (90 mg/400 mg c/24 h) + Atazanavir/Ritonavir (300 mg c/24 h/100 mg c/24 h) + Emtricitabina/Tenofovir (200 mg/300 mg c/24 h) <sup>1</sup>	Ledipasvir: AUC: ↑ 96% C <sub>max</sub> : ↑ 68% C <sub>min</sub> : ↑ 118%  Sofosbuvir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔  GS-331007 <sup>2</sup> : AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↑ 42%  Atazanavir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↑ 63%  Ritonavir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↑ 45%  Emtricitabina: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Tenofovir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↑ 47% C <sub>min</sub> : ↑ 47%	<p>El aumento de las concentraciones plasmáticas de tenofovir resultante de la administración conjunta de Tenofovir, ledipasvir/sofosbuvir y atazanavir/ritonavir puede aumentar las reacciones adversas relacionadas con Tenofovir, incluidos los trastornos renales. La seguridad de Tenofovir cuando se utiliza con ledipasvir/sofosbuvir y un potenciador farmacocinético (por ejemplo ritonavir o cobicistat) no se ha establecido.</p> <p>La combinación debe utilizarse con precaución con monitorización renal frecuente, si no se dispone de otras alternativas (ver sección 4.4).</p>

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
Ledipasvir/Sofosbuvir (90 mg/400 mg c/24 h) + Darunavir/Ritonavir (800 mg c/24 h/100 mg c/24 h) + Emtricitabina/Tenofovir (200 mg/300 mg c/24 h) <sup>1</sup>	Ledipasvir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Sofosbuvir: AUC: ↓ 27% C <sub>max</sub> : ↓ 37%  GS-331007 <sup>2</sup> : AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Darunavir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Ritonavir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↑ 48%  Emtricitabina: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Tenofovir: AUC: ↑ 50% C <sub>max</sub> : ↑ 64% C <sub>min</sub> : ↑ 59%	<p>El aumento de las concentraciones plasmáticas de tenofovir resultante de la administración conjunta de Tenofovir, ledipasvir/sofosbuvir y darunavir/ritonavir puede aumentar las reacciones adversas relacionadas con Tenofovir, incluidos los trastornos renales. La seguridad de Tenofovir cuando se utiliza con ledipasvir/sofosbuvir y un potenciador farmacocinético (por ejemplo ritonavir o cobicistat) no se ha establecido.</p> <p>La combinación debe utilizarse con precaución con monitorización renal frecuente, si no se dispone de otras alternativas (ver sección 4.4).</p>

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
Ledipasvir/Sofosbuvir (90 mg/400 mg c/24 h) + Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir (600 mg/200 mg/300 mg c/24 h)	<p>Ledipasvir: AUC: ↓ 34% C<sub>max</sub>: ↓ 34% C<sub>min</sub>: ↓ 34%</p> <p>Sofosbuvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔</p> <p>GS-331007<sup>2</sup>: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Efavirenz: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Emtricitabina: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenofovir: AUC: ↑ 98% C<sub>max</sub>: ↑ 79% C<sub>min</sub>: ↑ 163%</p>	No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a tenofovir puede potenciar las reacciones adversas asociadas a Tenofovir, incluyendo alteraciones renales. La función renal debe ser estrechamente monitorizada (ver sección 4.4).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

<p>Ledipasvir/Sofosbuvir (90 mg/400 mg c/24 h) + Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir (200 mg/25 mg/300 mg c/24 h)</p>	<p>Ledipasvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Sofosbuvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔</p> <p>GS-331007<sup>2</sup>: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Emtricitabina: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Rilpivirina: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenofovir: AUC: ↑ 40% C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↑ 91%</p>	<p>No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a tenofovir puede potenciar las reacciones adversas asociadas a Tenofovir, incluyendo alteraciones renales. La función renal debe ser estrechamente monitorizada (ver sección 4.4).</p>
---	--	--

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
Ledipasvir/Sofosbuvir (90 mg/400 mg c/24 h) + Dolutegravir (50 mg c/24 h) + Emtricitabina/Tenofovir (200 mg/300 mg c/24 h)	<p>Sofosbuvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔</p> <p>GS-331007<sup>2</sup> AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Ledipasvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Dolutegravir AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Emtricitabina: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenofovir: AUC: ↑ 65% C<sub>max</sub>: ↑ 61% C<sub>min</sub>: ↑ 115%</p>	No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a tenofovir podría potenciar las reacciones adversas asociadas a Tenofovir, incluyendo alteraciones renales. La función renal debe ser cuidadosamente monitorizada (ver sección 4.4).



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
Sofosbuvir/Velpatasvir (400 mg/100 mg c/24 h) + Atazanavir/Ritonavir (300 mg c/24 h/100 mg c/24 h) + Emtricitabina/Tenofovir (200 mg/300 mg c/24 h)	<p>Sofosbuvir:            AUC: ↔            C<sub>max</sub>: ↔</p> <p>GS-331007<sup>2</sup>:            AUC: ↔            C<sub>max</sub>: ↔            C<sub>min</sub>: ↑ 42%</p> <p>Velpatasvir:            AUC: ↑ 142%            C<sub>max</sub>: ↑ 55%            C<sub>min</sub>: ↑ 301%</p> <p>Atazanavir:            AUC: ↔            C<sub>max</sub>: ↔            C<sub>min</sub>: ↑ 39%</p> <p>Ritonavir:            AUC: ↔            C<sub>max</sub>: ↔            C<sub>min</sub>: ↑ 29%</p> <p>Emtricitabina:            AUC: ↔            C<sub>max</sub>: ↔            C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenofovir:            AUC: ↔            C<sub>max</sub>: ↑ 55%            C<sub>min</sub>: ↑ 39%</p>	<p>El aumento de las concentraciones plasmáticas de tenofovir resultante de la administración concomitante de Tenofovir, sofosbuvir/velpatasvir y atazanavir/ritonavir puede aumentar las reacciones adversas relacionadas con Tenofovir, incluidos los trastornos renales. La seguridad de Tenofovir cuando se utiliza con sofosbuvir/velpatasvir y un potenciador farmacocinético (por ejemplo ritonavir o cobicistat) no se ha establecido.</p> <p>La combinación debe utilizarse con precaución con monitorización renal frecuente (ver sección 4.4).</p>

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
Sofosbuvir/Velpatasvir (400 mg/100 mg c/24 h) + Darunavir/Ritonavir (800 mg c/24 h/100 mg c/24 h) + Emtricitabina/Tenofovir (200 mg/300 mg c/24 h)	Sofosbuvir: AUC: ↓ 28% C <sub>max</sub> : ↓ 38%  GS-331007 <sup>2</sup> : AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Velpatasvir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↓ 24% C <sub>min</sub> : ↔  Darunavir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Ritonavir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Emtricitabina: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Tenofovir: AUC: ↑ 39% C <sub>max</sub> : ↑ 55% C <sub>min</sub> : ↑ 52%	<p>El aumento de las concentraciones plasmáticas de tenofovir resultante de la administración concomitante de Tenofovir, sofosbuvir/velpatasvir y darunavir/ritonavir puede aumentar las reacciones adversas relacionadas con Tenofovir, incluidos los trastornos renales. La seguridad de Tenofovir cuando se utiliza con sofosbuvir/velpatasvir y un potenciador farmacocinético (por ejemplo ritonavir o cobicistat) no se ha establecido.</p> <p>La combinación debe utilizarse con precaución con monitorización renal frecuente (ver sección 4.4).</p>

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
Sofosbuvir/Velpatasvir (400 mg/100 mg c/24 h) + Lopinavir/Ritonavir (800 mg/200 mg c/24 h) + Emtricitabina/Tenofovir (200 mg/300 mg c/24 h)	Sofosbuvir: AUC: ↓ 29% C <sub>max</sub> : ↓ 41%  GS-331007 <sup>2</sup> : AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Velpatasvir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↓ 30% C <sub>min</sub> : ↑ 63%  Lopinavir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Ritonavir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Emtricitabina: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↔ C <sub>min</sub> : ↔  Tenofovir: AUC: ↔ C <sub>max</sub> : ↑ 42% C <sub>min</sub> : ↔	<p>El aumento de las concentraciones plasmáticas de tenofovir resultante de la administración concomitante de Tenofovir, sofosbuvir/velpatasvir y lopinavir/ritonavir puede aumentar las reacciones adversas relacionadas con Tenofovir, incluidos los trastornos renales. La seguridad de Tenofovir cuando se utiliza con sofosbuvir/velpatasvir y un potenciador farmacocinético (por ejemplo ritonavir o cobicistat) no se ha establecido.</p> <p>La combinación debe utilizarse con precaución con monitorización renal frecuente (ver sección 4.4).</p>

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
Sofosbuvir/Velpatasvir (400 mg/100 mg c/24 h) + Raltegravir (400 mg c/12 h) + Emtricitabina/Tenofovir (200 mg/300 mg c/24 h)	<p>Sofosbuvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔</p> <p>GS-331007<sup>2</sup>: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Velpatasvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Raltegravir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↓ 21%</p> <p>Emtricitabina: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenofovir: AUC: ↑ 40% C<sub>max</sub>: ↑ 46% C<sub>min</sub>: ↑ 70%</p>	No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a tenofovir podría potenciar las reacciones adversas asociadas a Tenofovir, incluyendo alteraciones renales. La función renal debe ser cuidadosamente monitorizada (ver sección 4.4).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

<p>Sofosbuvir/Velpatasvir (400 mg/100 mg c/24 h) + Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir (600 mg/200 mg/300 mg c/24 h)</p>	<p>Sofosbuvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↑ 38%</p> <p>GS-331007<sup>2</sup>: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Velpatasvir: AUC: ↓ 53% C<sub>max</sub>: ↓ 47% C<sub>min</sub>: ↓ 57%</p> <p>Efavirenz: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Emtricitabina: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenofovir: AUC: ↑ 81% C<sub>max</sub>: ↑ 77% C<sub>min</sub>: ↑ 121%</p>	<p>Se prevé que la administración concomitante de sofosbuvir/velpatasvir y efavirenz disminuya las concentraciones plasmáticas de velpatasvir. No se recomienda la administración concomitante de sofosbuvir/velpatasvir con pautas de tratamiento que contengan efavirenz.</p>
--	--	---

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERTOS 300 mg**

Medicamento por áreas terapéuticas (dosis en mg)	Efectos sobre las concentraciones de medicamento Cambio porcentual medio en AUC, C <sub>max</sub> , C <sub>min</sub>	Recomendación relativa a la administración concomitante con Tenofovir 300 mg
Sofosbuvir/Velpatasvir (400 mg/100 mg c/24 h) + Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir (200 mg/25 mg/300 mg c/24 h)	<p>Sofosbuvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔</p> <p>GS-331007<sup>2</sup>: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Velpatasvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Emtricitabina: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Rilpivirina: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenofovir: AUC: ↑ 40% C<sub>max</sub>: ↑ 44% C<sub>min</sub>: ↑ 84%</p>	No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a tenofovir podría potenciar las reacciones adversas asociadas a Tenofovir, incluidos los trastornos renales. La función renal debe ser cuidadosamente monitorizada (ver sección 4.4).
Sofosbuvir (400 mg c/24 h) + Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir (600 mg/200 mg/300 mg c/24 h)	<p>Sofosbuvir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↓ 19%</p> <p>GS-331007<sup>2</sup>: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↓ 23%</p> <p>Efavirenz: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Emtricitabina: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↔ C<sub>min</sub>: ↔</p> <p>Tenofovir: AUC: ↔ C<sub>max</sub>: ↑ 25% C<sub>min</sub>: ↔</p>	No se requiere ajuste de dosis.

<sup>1</sup> Datos generados a partir de la administración simultánea de ledipasvir/sofosbuvir. La administración escalonada (12 horas de diferencia) proporcionó resultados similares.

<sup>2</sup> El metabolito circulante predominante de sofosbuvir.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERTOS 300 mg**

Estudios realizados con otros medicamentos

No hubo interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas cuando se administró tenofovir disoproxilo fumarato de forma conjunta con emtricitabina, lamivudina, indinavir, efavirenz, nelfinavir, saquinavir (potenciado con ritonavir), metadona, ribavirina, rifampicina, tacrolimus, o el anticonceptivo hormonal norgestimato/etinilestradiol.

Tenofovir debe ingerirse con alimentos puesto que éstos potencian la biodisponibilidad de tenofovir (ver sección 5.2).

#### **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia**

Embarazo

Existen algunos datos en mujeres embarazadas (datos en 300-1.000 embarazos) que indican que no se producen malformaciones ni toxicidad fetal/neonatal asociadas con Tenofovir.

Los estudios realizados en animales no han mostrado toxicidad para la reproducción (ver sección 5.3). En casos necesarios, se puede considerar el uso de Tenofovir durante el embarazo.

Lactancia

Se ha observado que el tenofovir se excreta en la leche materna. No hay datos suficientes sobre los efectos del tenofovir en recién nacidos/niños. Por tanto, Tenofovir no debe utilizarse durante la lactancia.

Como regla general, se recomienda que las mujeres que presentan infección por VIH y VHB no alimenten a sus niños con la leche materna, para evitar la transmisión del VIH y el VHB al bebé.

Fertilidad

Existen datos clínicos limitados con respecto al efecto de Tenofovir sobre la fertilidad. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales del Tenofovir en términos de fertilidad.

#### **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas**

No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. No obstante, los pacientes deben saber que se han notificado mareos durante el tratamiento con Tenofovir.

#### **4.8 Reacciones adversas**

Resumen del perfil de seguridad

*VIH-1 y hepatitis B:* En pacientes que reciben Tenofovir, se han notificado acontecimientos raros de insuficiencia renal, fallo renal y acontecimientos poco frecuentes de tubulopatía proximal renal (incluyendo Síndrome de Fanconi), que a veces llevan a anomalías óseas (que contribuyen rara vez a fracturas). Se recomienda monitorizar la función renal de los pacientes que reciben Tenofovir (ver sección 4.4).

*VIH-1:* Cabe esperar que aproximadamente un tercio de los pacientes experimenten reacciones adversas tras el tratamiento con Tenofovir en combinación con otros fármacos antirretrovirales. Estas reacciones suelen ser efectos gastrointestinales leves a moderados.

Aproximadamente un 1% de los pacientes adultos tratados con Tenofovir interrumpió el tratamiento debido a efectos gastrointestinales.

No se recomienda la co-administración de Tenofovir y didanosina ya que puede ocasionar un riesgo aumentado de reacciones adversas (ver sección 4.5). Se han notificado raramente pancreatitis y acidosis láctica, en algunos casos mortales (ver sección 4.4).

*Hepatitis B:* Cabe esperar que aproximadamente un cuarto de los pacientes experimente reacciones adversas tras el tratamiento con Tenofovir, la mayoría de las cuales son leves. En ensayos clínicos con pacientes infectados por VHB, la reacción adversa que ocurrió más frecuentemente con Tenofovir fue náuseas (5,4%).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERTOS 300 mg**

Se ha notificado exacerbación aguda de la hepatitis en pacientes en tratamiento así como en pacientes que habían interrumpido el tratamiento de la hepatitis B (ver sección 4.4).

Tabla resumen de reacciones adversas

La evaluación de las reacciones adversas de Tenofovir se basa en los datos de seguridad procedentes de los ensayos clínicos y de la experiencia post-comercialización. Todas las reacciones adversas se presentan en la Tabla 2.

*Ensayos clínicos de VIH-1:* La evaluación de las reacciones adversas a partir de los datos de los ensayos clínicos de VIH-1 se basa en la experiencia de dos ensayos en 653 pacientes, que ya habían recibido tratamiento antirretroviral, tratados con Tenofovir (n = 443) o placebo (n = 210) durante 24 semanas en combinación con otros medicamentos antirretrovirales y también en un estudio doble ciego comparativo y controlado en el cual 600 pacientes *naïve* recibieron tratamiento con Tenofovir 300 mg (n = 299) o estavudina (n = 301) en combinación con lamivudina y efavirenz durante 144 semanas.

*Ensayos clínicos de Hepatitis B:* La evaluación de las reacciones adversas a partir de los datos de los ensayos clínicos de VHB se basa principalmente en la experiencia obtenida en dos ensayos clínicos doble ciego controlados en los cuales 641 pacientes adultos con hepatitis B crónica y enfermedad hepática compensada fueron tratados con Tenofovir 300 mg a d m i n i s t r a d o s una vez al día (n = 426), o con 10 mg de adefovir dipivoxil administrados una vez al día (n = 215) durante 48 semanas. Las reacciones adversas observadas con el tratamiento continuado durante 384 semanas fueron coherentes con el perfil de seguridad de Tenofovir. Tras un descenso inicial de aproximadamente -4,9 ml/min (utilizando la ecuación de Cockcroft-Gault) o de -3,9 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (utilizando la ecuación de la modificación de la dieta en la enfermedad renal [MDRD]) después de las primeras 4 semanas de tratamiento, la tasa de descenso anual postbasal de la función renal notificada en los pacientes tratados con Tenofovir fue de -1,41 ml/min al año (utilizando la ecuación de Cockcroft-Gault) y de -0,74 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> al año (utilizando la ecuación MDRD).

*Pacientes con enfermedad hepática descompensada:* Se evaluó el perfil de seguridad de Tenofovir en pacientes con enfermedad hepática descompensada en un ensayo doble ciego con control activo (GS-US-174-0108) en el cual los pacientes adultos recibieron tratamiento con Tenofovir (n = 45), o emtricitabina más Tenofovir (n = 45), o entecavir (n = 22), durante 48 semanas.

En el brazo de tratamiento de Tenofovir, el 7% de los pacientes interrumpieron el tratamiento debido a un acontecimiento adverso, el 9% experimentaron un incremento confirmado de creatinina sérica  $\geq 0,5$  mg/dl o fosfato sérico confirmado de  $< 2$  mg/dl durante la semana 48; y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los brazos que contenían tenofovir y el brazo de entecavir. Al cabo de 168 semanas, el 16% (7/45) de los sujetos del grupo tratado con Tenofovir, el 4% (2/45) de los sujetos del grupo tratado con emtricitabina más Tenofovir y el 14% (3/22) de los sujetos del grupo tratado con entecavir presentaron fallo de tolerabilidad. El 13% (6/45) de los sujetos del grupo tratado con Tenofovir, el 13% (6/45) de los sujetos del grupo tratado con emtricitabina más Tenofovir y el 9% (2/22) de los sujetos del grupo tratado con entecavir presentaron un incremento confirmado de creatinina sérica  $\geq 0,5$  mg/dl o fosfato sérico confirmado de  $< 2$  mg/dl.

En la semana 168, en esta población de pacientes con enfermedad hepática descompensada, la tasa de muerte fue del 13% (6/45) en el grupo tratado con Tenofovir, del 11% (5/45) en el grupo tratado con emtricitabina más Tenofovir y del 14% (3/22) en el grupo tratado con entecavir. La tasa de carcinoma hepatocelular fue del 18% (8/45) en el grupo tratado con Tenofovir, del 7% (3/45) en el grupo tratado con emtricitabina más Tenofovir y del 9% (2/22) en el grupo tratado con entecavir.

Los pacientes con un índice CPT basal alto tuvieron un riesgo mayor de desarrollar acontecimientos adversos graves (ver sección 4.4).



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

*Pacientes con hepatitis B crónica con resistencia a lamivudina:* No se identificaron reacciones adversas nuevas a Tenofovir en un ensayo aleatorizado, doble ciego (GS-US-174-0121) en el que 280 pacientes con resistencia a lamivudina recibieron tratamiento con Tenofovir (n = 141) o emtricitabina/Tenofovir (n = 139) durante 240 semanas.

Las reacciones adversas con sospecha (o al menos posibilidad) de estar relacionadas con el tratamiento a partir de la experiencia en ensayos clínicos y post-comercialización, están enumeradas a continuación según la clasificación de sistemas de órganos y frecuencia. Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Las frecuencias se definen como muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ), poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ) o raras ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ).

**Tabla 2: Tabla resumen de reacciones adversas asociadas con Tenofovir a partir de la experiencia en ensayos clínicos y post-comercialización**

Frecuencia	Tenofovir
<i>Trastornos del metabolismo y de la nutrición:</i>	
Muy frecuente:	hipofosfatemia <sup>1</sup>
Poco frecuente:	hipopotasemia <sup>1</sup>
Rara:	acidosis láctica
<i>Trastornos del sistema nervioso:</i>	
Muy frecuente:	mareos
Frecuente:	dolor de cabeza
<i>Trastornos gastrointestinales:</i>	
Muy frecuente:	diarrea, vómitos, náuseas
Frecuente:	dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia
Poco frecuente:	pancreatitis
<i>Trastornos hepatobiliares:</i>	
Frecuente:	incremento de transaminasas
Rara:	esteatosis hepática, hepatitis
<i>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:</i>	
Muy frecuente:	exantema
Rara:	angioedema
<i>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:</i>	
Poco frecuente:	rabdomiolisis <sup>1</sup> , debilidad muscular <sup>1</sup>
Rara:	osteomalacia (manifestada como dolor de huesos y que contribuye rara vez a fracturas) <sup>1,2</sup> , miopatía <sup>1</sup>
<i>Trastornos renales y urinarios:</i>	
Poco frecuente:	incremento de creatinina, tubulopatía renal proximal (incluyendo síndrome de Fanconi)
Rara:	insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal, necrosis tubular aguda, nefritis (incluyendo nefritis intersticial aguda) <sup>2</sup> , diabetes insípida nefrogénica
<i>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:</i>	
Muy frecuente:	astenia
Frecuente:	cansancio

<sup>1</sup> Esta reacción adversa puede ocurrir como consecuencia de una tubulopatía renal proximal. En ausencia de ésta, no se considera que esté causalmente asociada a Tenofovir.

<sup>2</sup> Esta reacción adversa fue identificada mediante la vigilancia post-comercialización pero no se observó en los ensayos clínicos aleatorizados controlados o en el programa de acceso expandido de Tenofovir. La categoría de frecuencia se estimó a partir de un cálculo estadístico basado en el número total de pacientes expuestos a Tenofovir en ensayos clínicos aleatorizados controlados y en el programa de acceso expandido (n = 7.319).

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

Descripción de las reacciones adversas seleccionadas*VIH-1 y hepatitis B: Insuficiencia renal*

Ya que Tenofovir puede causar daño renal, se recomienda monitorizar la función renal (ver secciones 4.4 y 4.8 *Resumen del perfil de seguridad*). La tubulopatía renal proximal generalmente se resolvió o mejoró tras la interrupción de Tenofovir. Sin embargo, en algunos pacientes, el descenso del aclaramiento de creatinina no se resolvió completamente a pesar de la interrupción de Tenofovir. Los pacientes en riesgo de insuficiencia renal (como los pacientes con factores de riesgo renal en el momento basal, enfermedad avanzada por VIH o en tratamiento con medicamentos nefrotóxicos concomitantes) presentan un riesgo aumentado de sufrir una recuperación incompleta de la función renal a pesar de la interrupción de Tenofovir (ver sección 4.4).

*VIH-1:**Interacción con didanosina*

No se recomienda la administración concomitante de Tenofovir con didanosina ya que genera un aumento de un 40-60% en la exposición sistémica a didanosina lo que puede aumentar el riesgo de aparición de reacciones adversas relacionadas con didanosina (ver sección 4.5). Se han notificado raramente pancreatitis y acidosis láctica, en algunos casos mortales.

*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 respuesta inflamatoria frente a infecciones oportunistas latentes o asintomáticas. También se han notificado trastornos autoinmunitarios (como por ejemplo la enfermedad de Graves); sin embargo, el tiempo notificado hasta su aparición es más variable y estos acontecimientos pueden suceder muchos meses después del inicio del tratamiento (ver sección 4.4).

*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).

*Hepatitis B:**Exacerbaciones de la hepatitis durante el tratamiento*

En ensayos clínicos en pacientes que no habían recibido antes tratamiento con nucleósidos se produjeron elevaciones de ALT > 10 veces el LSN (límite superior de la normalidad) y > 2 veces el nivel basal, en el 2,6% de los pacientes tratados con Tenofovir. Las elevaciones de ALT durante el tratamiento tuvieron un tiempo medio de inicio de 8 semanas, y se resolvieron con el tratamiento continuado, y, en la mayoría de los casos, se asociaron con una reducción

$\geq 2 \log_{10}$  copias/ml en la carga viral que precedió o coincidió con la elevación de ALT. Se recomienda la monitorización periódica de la función hepática durante el tratamiento (ver sección 4.4).

*Exacerbaciones de la hepatitis tras la interrupción del tratamiento*

En pacientes infectados por VHB, han aparecido evidencias clínicas y de laboratorio de exacerbaciones de la hepatitis tras interrumpir el tratamiento de VHB (ver sección 4.4).

Población pediátrica*VIH-1*

La evaluación de las reacciones adversas se basa en dos estudios aleatorizados (ensayos GS-US-104-0321 y GS-US-104-0352) en 184 pacientes pediátricos, infectados por el VIH-1 (de 2 a < 18 años), que recibieron tratamiento con Tenofovir (n = 93) o placebo/tratamiento comparativo activo (n = 91) en asociación con otros fármacos antirretrovirales durante 48 semanas (ver sección 5.1). Las reacciones

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

adversas observadas en pacientes pediátricos que recibieron tratamiento con Tenofovir fueron coherentes con las observadas en los ensayos clínicos del Tenofovir en adultos (ver sección 4.8 *Tabla resumen de reacciones adversas* y 5.1).

Se han notificado reducciones de la DMO en pacientes pediátricos. En adolescentes infectados por el VIH-1, la puntuación Z de la DMO observada en sujetos que recibieron Tenofovir fue más baja que la observada en sujetos que recibieron placebo. En niños infectados por el VIH-1, la puntuación Z de la DMO observada en sujetos que cambiaron a Tenofovir fue más baja que la observada en sujetos que continuaron con su régimen de tratamiento con estavudina o zidovudina (ver secciones 4.4 y 5.1).

En el ensayo GS-US-104-0352, 4 de 89 pacientes pediátricos expuestos a Tenofovir (mediana de la exposición a Tenofovir 312 semanas) abandonaron debido a reacciones adversas indicativas de tubulopatía renal proximal. Siete pacientes tenían unos valores de tasa de filtración glomerular (TFG) estimada entre 70 y 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. De ellos, dos pacientes presentaron un descenso clínicamente significativo de la TFG estimada que mejoró tras la suspensión de Tenofovir.

#### *Hepatitis B crónica*

La evaluación de las reacciones adversas se basa en un ensayo aleatorizado (ensayo GS-US-174-0115) en 106 pacientes adolescentes (de 12 a < 18 años) con hepatitis B crónica en tratamiento con Tenofovir 300 mg (n = 52) o placebo (n = 54) durante 72 semanas. Las reacciones adversas observadas en los pacientes adolescentes que recibieron tratamiento con Tenofovir concordaron con las observadas en los ensayos clínicos de Tenofovir en adultos (ver secciones 4.8 *Tabla resumen de reacciones adversas* y 5.1).

Se han observado reducciones de la DMO en adolescentes infectados por el VHB. La puntuación Z de la DMO observada en sujetos que recibieron Tenofovir fue más baja que la observada en sujetos que recibieron placebo (ver secciones 4.4 y 5.1).

#### Otra(s) población(es) especial(es)

##### *Pacientes de edad avanzada*

Tenofovir no se ha estudiado en pacientes mayores de 65 años de edad. En los pacientes de edad avanzada es más probable que tengan la función renal disminuida, por tanto debe tenerse precaución cuando se trate a pacientes de edad avanzada con Tenofovir (ver sección 4.4).

##### *Pacientes con insuficiencia renal*

Dado que Tenofovir puede ocasionar toxicidad renal, se recomienda una estrecha monitorización de la función renal en los pacientes adultos con insuficiencia renal tratado con Tenofovir (ver secciones 4.2, 4.4 y 5.2). El uso de Tenofovir no está recomendado en pacientes pediátricos con insuficiencia renal (ver secciones 4.2 y 4.4).

#### 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.

## **4.9 Sobredosis**

### Síntomas

En caso de sobredosis, debe vigilarse al paciente por si hay evidencia de toxicidad (ver secciones 4.8 y 5.3), y administrarse tratamiento de apoyo si fuera necesario.

### Tratamiento

Tenofovir se puede eliminar mediante la hemodiálisis; la media de aclaramiento durante la hemodiálisis del tenofovir es 134 ml/min. Se desconoce si el tenofovir puede eliminarse con diálisis peritoneal.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

**5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS****5.1 Propiedades farmacodinámicas**

Grupo farmacoterapéutico: Antivirales de uso sistémico; nucleósidos y nucleótidos inhibidores de la transcriptasa inversa, código ATC: J05AF07

Mecanismo de acción y efectos farmacodinámicos

Tenofovir es la sal succinato del profármaco tenofovir disoproxilo. Tenofovir disoproxilo es absorbido y transformado al principio activo tenofovir, que es un análogo de nucleósido monofosfato (nucleótido). Posteriormente, tenofovir se transforma en el metabolito activo, difosfato de tenofovir, un provocador de la terminación de la cadena, por enzimas celulares expresadas de forma constitutiva. El difosfato de tenofovir tiene una semivida intracelular de 10 horas en células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) activadas, y de 50 horas en dichas células en reposo. El difosfato de tenofovir inhibe la transcriptasa inversa del VIH-1 y la polimerasa del VHB, al competir con el sustrato natural desoxirribonucleótido por el sitio de unión, y se incorpora al ADN provocando la terminación de la cadena. El difosfato de tenofovir es un inhibidor débil de las polimerasas celulares  $\alpha$ ,  $\beta$ , y  $\gamma$ . A concentraciones de hasta 300  $\mu\text{mol/l}$ , se ha observado también que tenofovir no tiene efecto en la síntesis del ADN mitocondrial o en la producción de ácido láctico en ensayos *in vitro*.

Datos relativos al VIH

*Actividad antiviral 'in vitro' relativa al VIH:* La concentración de tenofovir necesaria para producir un 50% de inhibición ( $CI_{50}$ ) de la cepa salvaje VIH-1<sub>IIIIB</sub> de referencia de laboratorio es 1-6  $\mu\text{mol/l}$  en líneas celulares linfoides y 1,1  $\mu\text{mol/l}$  para el subtipo B del VIH-1 primario aislado en PBMCs.

Tenofovir también actúa contra el VIH-1, subtipos A, C, D, E, F, G, y O, y contra VIH<sub>BaL</sub> en macrófagos/células monocíticas primarias. Tenofovir es activo *in vitro* frente al VIH-2, con una  $CI_{50}$  de 4,9  $\mu\text{mol/l}$  en células MT-4.

*Resistencia:* Se han seleccionado *in vitro* y en algunos pacientes (ver Eficacia clínica y seguridad), cepas de VIH-1 con una disminución de la sensibilidad a tenofovir y que expresan una mutación K65R en la transcriptasa inversa. Tenofovir debe evitarse en pacientes pretratados con antirretrovirales que tienen cepas portadoras de la mutación K65R (ver sección 4.4). Además, tenofovir ha seleccionado una sustitución K70E en la transcriptasa inversa del VIH-1 y da lugar a una disminución de bajo nivel de la sensibilidad a tenofovir. En ensayos clínicos en pacientes que habían sido previamente tratados se ha valorado la actividad anti-VIH de Tenofovir frente a cepas de VIH-1 resistentes a los inhibidores de nucleósidos. Los resultados indican que los pacientes cuyo VIH expresa 3 o más mutaciones asociadas a análogos de timidina (TAMs) que incluyen la mutación M41L o la mutación L210W de la transcriptasa inversa, mostraron sensibilidad reducida al tratamiento con Tenofovir 300 mg.

Eficacia clínica y seguridad

Se han demostrado los efectos de Tenofovir en adultos infectados con VIH-1 tanto pretratados como *naive* en ensayos de 48 semanas de duración y de 144 semanas de duración, respectivamente.

550 pacientes adultos pretratados con terapia antirretroviral fueron tratados en el ensayo GS-99-907 con placebo o con Tenofovir durante 24 semanas. El recuento celular basal medio de CD4 era de 427 células/ $\text{mm}^3$ , el nivel medio inicial del ARN plasmático del VIH-1 era de 3,4  $\log_{10}$  copias/ml (78% de los pacientes presentaban una carga viral < 5.000 copias/ml) y la duración media del tratamiento previo de VIH era de 5,4 años. El análisis genotípico basal del VIH aislado en 253 pacientes reveló que el 94% de los pacientes tenían mutaciones de resistencia a VIH-1 asociadas a los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos, un 58% tenían mutaciones asociadas a inhibidores de la proteasa y un 48% tenían mutaciones asociadas a los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos.

En la semana 24, el cambio medio ponderado por tiempo desde el inicio en los niveles del ARN del VIH-1  $\log_{10}$  en plasma ( $DAVG_{24}$ ) fue de -0,03  $\log_{10}$  copias/ml para el grupo de placebo y -0,61  $\log_{10}$  copias/ml para el de Tenofovir ( $p < 0,0001$ ). Se observó una diferencia estadísticamente significativa en favor de Tenofovir en el cambio medio ponderado por tiempo desde el punto de partida a la

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

semana 24 (DAVG<sub>24</sub>) para el recuento de CD4 (+13 células/mm<sup>3</sup> para Tenofovir 300 mg comparado con -11 células/mm<sup>3</sup> para placebo, valor-p = 0,0008). La respuesta antiviral de Tenofovir se mantuvo durante 48 semanas (DAVG<sub>48</sub> fue de -0,57 log<sub>10</sub> copias/ml, la proporción de pacientes con ARN del VIH-1 por debajo de 400 ó 50 copias/ml fue de 41% y 18% respectivamente). Ocho (2%) pacientes tratados con Tenofovir 300 mg desarrollaron la mutación K65R durante las primeras 48 semanas.

El estudio GS-99-903 a 144 semanas, doble ciego con control activo, evaluó la eficacia y seguridad de Tenofovir 300 mg frente a estavudina cuando se utilizan en combinación con lamivudina y efavirenz en pacientes adultos infectados por VIH-1 *naive* al tratamiento antirretroviral. El recuento medio basal de células CD4 fue de 279 células/mm<sup>3</sup>, el nivel medio basal de ARN del VIH-1 fue de 4,91 log<sub>10</sub> copias/ml, el 19% de los pacientes tenían una infección sintomática por el VIH-1 y el 18% padecía SIDA. Los pacientes fueron estratificados según el nivel basal de ARN del VIH-1 y el número de células CD4. El 43% de los pacientes tenía una carga viral basal > 100.000 copias/ml y el 39% tenía un recuento de células CD4 < 200 células/ml.

En un análisis por intención de tratar (se consideraron fallos los datos perdidos y la interrupción en el tratamiento antirretroviral (TAR), la proporción de pacientes con ARN de VIH-1 por debajo de 400 copias/ml y 50 copias/ml a las 48 semanas de tratamiento fueron 80% y 76% respectivamente en el grupo tratado con Tenofovir comparados con el 84% y 80% en el grupo de estavudina. A las 144 semanas, la proporción de pacientes con ARN de VIH-1 por debajo de 400 copias/ml y de 50 copias/ml fue de 71% y 68% respectivamente en el grupo de Tenofovir 300 mg, comparado con el 64% y 63% en el grupo de la estavudina.

El cambio medio desde el nivel basal de ARN del VIH-1 y el recuento de CD4 a las 48 semanas de tratamiento fue similar para los dos grupos de tratamiento (-3,09 y -3,09 log<sub>10</sub> copias/ml; +169 y 167 células/mm<sup>3</sup> en el grupo tratado con Tenofovir y estavudina respectivamente). A las 144 semanas de tratamiento, el cambio medio desde el nivel basal permanece similar en ambos grupos de tratamiento (-3,07 y -3,03 log<sub>10</sub> copias/ml; +263 y +283 células/mm<sup>3</sup> en el grupo de Tenofovir 300 mg y en el de estavudina respectivamente). Se ha observado una respuesta constante al tratamiento con Tenofovir medida independientemente de los niveles basales de ARN del VIH-1 y el número de células CD4.

La mutación K65R ocurrió en un porcentaje ligeramente mayor de pacientes en el grupo de Tenofovir que en el grupo del tratamiento control (2,7% vs. 0,7%). La resistencia a efavirenz o lamivudina estuvo precedida o coincidió con el desarrollo de la mutación K65R en todos los casos. Ocho pacientes en el grupo de Tenofovir tenían VIH que expresó la mutación K65R, siete de estos ocurrieron durante las 48 primeras semanas de tratamiento y el último en la semana 96. No se observó el desarrollo de más mutación K65R hasta la semana 144. Un paciente en el grupo de tenofovir disoproxilo (como fumarato) desarrolló la sustitución K70E en el virus. En los análisis genotípicos y fenotípicos no hay evidencia de otros patrones de resistencias a tenofovir.

#### *Datos relativos al VHB*

*Actividad antiviral in vitro relativa al VHB:* Se evaluó la actividad antiviral *in vitro* de tenofovir frente al VHB, en la línea celular HepG 2.2.15. Los valores de CI<sub>50</sub> para tenofovir estuvieron en el rango de 0,14 a 1,5 µmol/l, con valores > 100 µmol/l de CC<sub>50</sub> (concentración de citotoxicidad 50%).

*Resistencia:* No se han identificado mutaciones del VHB asociadas con resistencia a Tenofovir (ver Eficacia clínica y seguridad). En ensayos realizados en células, las cepas del VHB que expresaban las mutaciones rtV173L, rtL180M, y rtM204I/V, asociadas con resistencia a lamivudina y telbivudina, mostraron una sensibilidad a tenofovir en un rango de 0,7- a 3,4- veces que la del virus salvaje. Las cepas del VHB que expresaban las mutaciones rtL180M, rtT184G, rtS202G/I, rtM204V y rtM250V, asociadas con resistencia a entecavir, mostraron una sensibilidad a tenofovir en un rango de 0,6- a 6,9- veces que la del virus salvaje. Las cepas del VHB que expresaban las mutaciones de resistencia rtA181V y rtN236T asociadas a adefovir, mostraron una sensibilidad a tenofovir en un rango de 2,9- a 10- veces que la del virus salvaje. Los virus que contenían la mutación rtA181T continuaron siendo sensibles a tenofovir con valores de CI<sub>50</sub> 1,5 veces que los del virus salvaje.

#### Eficacia clínica y seguridad

La demostración del beneficio de Tenofovir en enfermedad compensada y descompensada se basa en las respuestas virológica, bioquímica y serológica en adultos con hepatitis B crónica con HBeAg positivo y

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

HBeAg negativo. Los pacientes tratados incluyen a aquellos que eran naïve, pacientes anteriormente tratados con lamivudina, pacientes anteriormente tratados con adefovir dipivoxil, y pacientes que ya tenían en el nivel basal mutaciones de resistencia a lamivudina y/o a adefovir dipivoxil. También se ha demostrado beneficio basado en las respuestas histológicas en pacientes compensados.

*Experiencia en pacientes con enfermedad hepática compensada a las 48 semanas (ensayos GS-US-174-0102 y GS-US-174-0103)*

Los resultados obtenidos a lo largo de 48 semanas en dos ensayos clínicos doble ciego, aleatorizados, fase III, en los que se compararon Tenofovir y adefovir dipivoxil en pacientes adultos con enfermedad hepática compensada, se incluyen más abajo en la Tabla 3. El ensayo GS-US-174-0103 se realizó en 266 pacientes HBeAg positivo (aleatorizados y tratados), mientras que el ensayo GS-US-174-0102 se realizó en 375 pacientes HBeAg negativo y HBeAc positivo (aleatorizados y tratados).

En ambos ensayos, Tenofovir fue significativamente superior a adefovir dipivoxil para la variable principal de eficacia de respuesta completa (definida como niveles de ADN del VHB

< 400 copias/ml y mejoría del índice necroinflamatorio de Knodell de al menos 2 puntos sin empeoramiento en el índice de fibrosis de Knodell). El tratamiento con Tenofovir 300 mg también se asoció con una proporción significativamente mayor de pacientes con ADN del VHB < 400 copias/ml, cuando se comparó con el tratamiento con adefovir dipivoxil 10 mg. Con ambos tratamientos se obtuvieron resultados similares con respecto a la respuesta histológica (definida como mejoría del índice necroinflamatorio de Knodell de al menos 2 puntos sin empeoramiento del índice fibrosis de Knodell) en la semana 48 (ver la Tabla 3).

En el ensayo GS-US-174-0103 una proporción significativamente mayor de pacientes en el grupo de Tenofovir que en el de adefovir dipivoxil, presentó un nivel normal de ALT y consiguió la pérdida de HBsAg en la semana 48 (ver la Tabla 3).

**Tabla 3: Parámetros de eficacia en pacientes HBeAg negativos compensados y HBeAg positivos en la semana 48**

Parámetro	Ensayo 174-0102 (HBeAg negativo)		Ensayo 174-0103 (HBeAg positivo)	
	Tenofovir 300 mg n = 250	Adefovir dipivoxil 10 mg n = 125	Tenofovir 300 mg n = 176	Adefovir dipivoxil 10 mg n = 90
<b>Respuesta completa (%)<sup>a</sup></b>	71*	49	67*	12
<b>Histología</b> Respuesta histológica (%) <sup>b</sup>	72	69	74	68
<b>Mediana de la reducción de ADN del VHB con respecto al nivel basal<sup>c</sup></b> (log <sub>10</sub> copias/ml)	-4,7*	-4,0	-6,4*	-3,7
<b>ADN del VHB (%)</b> < 400 copias/ml (< 69 UI/ml)	93*	63	76*	13
<b>ALT (%)</b> ALT Normalizada <sup>d</sup>	76	77	68*	54
<b>Serología (%)</b> Pérdida de HBeAg/ seroconversión	n/a	n/a	22/21	18/18
Pérdida de HBsAg/ seroconversión	0/0	0/0	3*/1	0/0

\* Valor-p *versus* adefovir dipivoxil < 0,05.

<sup>a</sup> Respuesta completa definida como niveles de ADN del VHB < 400 copias/ml y mejoría del índice necroinflamatorio de Knodell de al menos 2 puntos sin empeoramiento en la fibrosis de Knodell.

<sup>b</sup> Mejoría del índice necroinflamatorio de Knodell de al menos 2 puntos sin empeoramiento en la fibrosis de Knodell.

<sup>c</sup> El cambio de la mediana desde el nivel basal del ADN del VHB solamente refleja la diferencia entre el nivel basal de ADN del VHB y el límite de detección (LD) del ensayo.

<sup>d</sup> La población utilizada para el análisis de la normalización de los niveles de ALT incluía sólo pacientes con un nivel de ALT por encima del LSN en el momento basal.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

n/a=no aplicable.

Tenofovir se asoció con una proporción significativamente mayor de pacientes con ADN del VHB indetectable (< 169 copias/ml [ $< 29$  UI/ml]; límite de cuantificación de VHB de la técnica Cobas Taqman de Roche), cuando se comparó con adefovir dipivoxil (ensayo GS-US-174-0102; 91%, 56% y ensayo GS-US-174-0103; 69%, 9%) respectivamente.

Cuando se combinaron los ensayos GS-US-174-0102 y GS-US-174-0103, la respuesta al tratamiento con Tenofovir fue comparable en pacientes que ya habían sido tratados con nucleósidos (n = 51) y en aquellos que no habían recibido tratamiento anterior con nucleósidos (n = 375) y en pacientes con niveles de ALT normal (n = 21) y ALT anormal (n = 405) en el momento basal. Cuarenta y nueve de los 51 pacientes que ya habían sido tratados con nucleósidos habían recibido lamivudina. El 73% de los pacientes anteriormente tratados con nucleósidos y el 69% de los pacientes que no habían sido tratados antes con nucleósidos alcanzaron una respuesta completa al tratamiento; el 90% de los pacientes que sí habían sido tratados antes con nucleósidos y el 88% de los que no habían sido tratados antes con nucleósidos alcanzaron una supresión < 400 copias/ml de ADN del VHB. Todos los pacientes con ALT normal en el momento basal y el 88% de los pacientes con ALT anormal en el momento basal, alcanzaron una supresión < 400 copias/ml de ADN del VHB.

*Experiencia más allá de 48 semanas en los ensayos GS-US-174-0102 y GS-US-174-0103*

En los ensayos GS-US-174-0102 y GS-US-174-0103, tras recibir tratamiento doble ciego durante 48 semanas (Tenofovir 300 mg, o 10 mg de adefovir dipivoxil), los pacientes pasaron, sin interrupción del tratamiento, a la fase abierta con Tenofovir. En los ensayos GS-US-174-0102 y GS-US-174-0103, el 77% y el 61% de los pacientes continuaron en el ensayo hasta la semana 384, respectivamente. En las semanas 96, 144, 192, 240, 288 y 384, se mantuvieron la supresión viral y las respuestas bioquímica y serológica con el tratamiento continuado con Tenofovir (ver a continuación Tablas 4 y 5).

**Tabla 4: Parámetros de eficacia en pacientes compensados HBeAg negativo en las semanas 96, 144, 192, 240, 288 y 384 con tratamiento abierto**

Parámetro <sup>a</sup>	Ensayo 174-0102 (HBeAg negativo)											
	Tenofovir 300 mg n = 250						Adefovir dipivoxil 10 mg pasado a Tenofovir 300 mg n = 125					
Semana	96 <sup>b</sup>	144 <sup>c</sup>	192 <sup>g</sup>	240 <sup>i</sup>	288 <sup>l</sup>	384 <sup>o</sup>	96 <sup>c</sup>	144 <sup>f</sup>	192 <sup>h</sup>	240 <sup>j</sup>	288 <sup>m</sup>	384 <sup>p</sup>
ADN del VHB (%) < 400 copias/ml (< 69 UI/ml)	90	87	84	83	80	74	89	88	87	84	84	76
ALT (%) ALT Normalizada <sup>d</sup>	72	73	67	70	68	64	68	70	77	76	74	69
Serología (%) Pérdida de HBeAg/sero- conversión	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Pérdida de HBsAg/sero- conversión	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1 <sup>n</sup>	0/0	0/0	0/0	0/0 <sup>k</sup>	1/1 <sup>n</sup>	1/1 <sup>n</sup>

<sup>a</sup> Basado en el algoritmo de Evaluación a Largo Plazo (Análisis ELP) – Los pacientes que interrumpieron el ensayo en algún momento antes de la semana 384 debido a un criterio de finalización definido en el protocolo, así como aquellos que completaron la semana 384, están incluidos en el denominador.

<sup>b</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 48 semanas en abierto.

<sup>c</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 48 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>d</sup> La población utilizada para el análisis de la normalización de los niveles de ALT incluía sólo pacientes con un nivel de ALT por encima del LSN en el momento basal.

<sup>e</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 96 semanas en abierto.

<sup>f</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 96 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>g</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 144 semanas en abierto.

<sup>h</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 144 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>i</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 192 semanas en abierto.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

<sup>j</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 192 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>k</sup> Un paciente de este grupo se volvió HBsAg negativo por primera vez en la consulta de la semana 240 y continuaba en el estudio en el momento del corte de los datos. No obstante, la pérdida de HBsAg del sujeto se confirmó finalmente en la siguiente consulta.

<sup>l</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 240 semanas en abierto.

<sup>m</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 240 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>n</sup> Las cifras que se presentan son porcentajes acumulados basados en un análisis Kaplan Meier excluyendo los datos recogidos después de la adición de emtricitabina al Tenofovir en abierto (KM-TDF).

<sup>o</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 336 semanas en abierto.

<sup>p</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 336 semanas en abierto con Tenofovir.

n/a= no aplicable.

**Tabla 5: Parámetros de eficacia en pacientes compensados HBeAg positivo en las semanas 96, 144, 192, 240, 288 y 384 con tratamiento abierto**

Parámetro <sup>a</sup>	Ensayo 174-0103 (HBeAg positivo)											
	Tenofovir 300 mg n = 176						Adefovir dipivoxil 10 mg pasado a Tenofovir 300 mg n = 90					
Semana	96 <sup>b</sup>	144 <sup>c</sup>	192 <sup>h</sup>	240 <sup>j</sup>	288 <sup>m</sup>	384 <sup>o</sup>	96 <sup>c</sup>	144 <sup>f</sup>	192 <sup>i</sup>	240 <sup>k</sup>	288 <sup>n</sup>	384 <sup>p</sup>
ADN del VHB (%) < 400 copias/ml (< 69 UI/ml)	76	72	68	64	61	56	74	71	72	66	65	61
ALT (%) ALT Normalizada <sup>d</sup>	60	55	56	46	47	47	65	61	59	56	57	56
Serología (%) Pérdida de HBeAg/sero- conversión	26/ 23	29/ 23	34/ 25	38/ 30	37/ 25	30/ 20	24/ 20	33/ 26	36/ 30	38/ 31	40/ 31	35/ 24
Pérdida de HBsAg/sero- conversión	5/ 4	8/ 6 <sup>g</sup>	11/ 8 <sup>g</sup>	11/ 8 <sup>l</sup>	12/ 8 <sup>l</sup>	15/ 12 <sup>l</sup>	6/ 5	8/ 7 <sup>g</sup>	8/ 7 <sup>g</sup>	10/ 10 <sup>l</sup>	11/ 10 <sup>l</sup>	13/ 11 <sup>l</sup>

<sup>a</sup> Basado en el algoritmo de Evaluación a Largo Plazo (Análisis ELP) – Los pacientes que interrumpieron el ensayo en algún momento antes de la semana 384 debido a un criterio de finalización definido en el protocolo, así como aquellos que completaron la semana 384, están incluidos en el denominador.

<sup>b</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 48 semanas en abierto.

<sup>c</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 48 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>d</sup> La población utilizada para el análisis de la normalización de los niveles de ALT incluía sólo pacientes con un nivel de ALT por encima del LSN en el momento basal.

<sup>e</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 96 semanas en abierto.

<sup>f</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 96 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>g</sup> Las cifras que se presentan son porcentajes acumulados basados en un análisis Kaplan Meier incluyendo los datos recogidos después de la adición de emtricitabina al Tenofovir en abierto (KM-ITT).

<sup>h</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 144 semanas en abierto.

<sup>i</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 144 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>j</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 192 semanas en abierto.

<sup>k</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 192 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>l</sup> Las cifras que se presentan son porcentajes acumulados basados en un análisis Kaplan Meier excluyendo los datos recogidos después de la adición de emtricitabina al Tenofovir en abierto (KM-TDF).

<sup>m</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 240 semanas en abierto.

<sup>n</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 240 semanas en abierto con Tenofovir.

<sup>o</sup> 48 semanas de doble ciego con Tenofovir seguidas de 336 semanas en abierto.

<sup>p</sup> 48 semanas de doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de 336 semanas en abierto con Tenofovir.

Se disponía de datos pareados del nivel basal y de la semana 240 de biopsia hepática para 331/489 pacientes que continuaron en los estudios GS-US-174-0102 y GS-US-174-0103 en la semana 240 (ver abajo la Tabla 6). El 95% (225/237) de los pacientes sin cirrosis en el momento basal y el 99% (93/94) de los pacientes con cirrosis en el momento basal no presentaron cambios o tuvieron una mejoría de la fibrosis (índice de fibrosis de Ishak). De los 94 pacientes con cirrosis en el momento basal (índice de fibrosis de Ishak: 5 - 6), un 26% (24) no experimentaron cambios del índice de fibrosis de Ishak y un 72% (68) experimentaron una regresión de la fibrosis en la semana 240 con una reducción del índice de fibrosis de Ishak de al menos 2 puntos.



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**300 mg**

**Tabla 6: Respuesta histológica (%) en sujetos compensados HBeAg negativos y HBeAg positivos en la semana 240 en comparación con el momento basal**

	Ensayo 174 0102 (HBeAg negativo)		Ensayo 174 0103 (HBeAg positivo)	
	Tenofovir 300 mg n = 250 <sup>c</sup>	Adefovir dipivoxil 10 mg pasado a Tenofovir 300 mg n = 125 <sup>d</sup>	Tenofovir 300 mg n = 176 <sup>c</sup>	Adefovir dipivoxil 10 mg pasado a Tenofovir 300 mg n = 90 <sup>d</sup>
Respuesta histológica <sup>a,b</sup> (%)	88 [130/148]	85 [63/74]	90 [63/70]	92 [36/39]

<sup>a</sup> La población utilizada para el análisis de la histología incluía sólo pacientes con datos disponibles de biopsia hepática (Ausentes = Excluidos) en la semana 240. Se excluye la respuesta después de la adición de emtricitabina (un total de 17 sujetos en ambos ensayos).

<sup>b</sup> Mejoría del índice necroinflamatorio de Knodell de al menos 2 puntos sin empeoramiento en el índice de fibrosis de Knodell.

<sup>c</sup> 48 semanas doble ciego con Tenofovir seguidas de hasta 192 semanas en abierto.

<sup>d</sup> 48 semanas doble ciego con adefovir dipivoxil seguidas de hasta 192 semanas en abierto con Tenofovir.

*Experiencia en pacientes coinfectados con VIH y previamente tratados con lamivudina*

En un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado, de 48 semanas de duración en el que se administró Tenofovir 300 mg a pacientes adultos coinfectados con VIH-1 y hepatitis B crónica que habían sido previamente tratados con lamivudina (ensayo ACTG 5127), el nivel sérico medio de ADN del VHB en el momento basal en pacientes aleatorizados al grupo de tenofovir fue de 9,45 log<sub>10</sub> copias/ml (n = 27). El tratamiento con Tenofovir se asoció con un cambio medio en el nivel sérico de ADN del VHB de -5,74 log<sub>10</sub> copias/ml (n = 18) con respecto al nivel basal, en pacientes en los que se disponía de datos en la semana 48.

Además, el 61% de los pacientes presentó valores normales de ALT en la semana 48.

*Experiencia en pacientes con replicación viral persistente (ensayo GS-US-174-0106)*

La eficacia y seguridad de Tenofovir 300 mg o Tenofovir 300 mg administrado junto con 200 mg de emtricitabina ha sido evaluada en un ensayo aleatorizado, doble ciego (ensayo GS-US-174-0106), en pacientes adultos HBeAg positivo y HBeAg negativo que presentaron viremia persistente (ADN del VHB ≥ 1.000 copias/ml) mientras recibieron adefovir dipivoxil 10 mg durante más de 24 semanas. En el momento basal, el 57% de los pacientes aleatorizados a Tenofovir frente al 60% de los pacientes aleatorizados al grupo de tratamiento con emtricitabina más Tenofovir, habían sido previamente tratados con lamivudina. De forma general en la semana 24, un 66% (35/53) de los pacientes tratados con un régimen que contenía Tenofovir presentaron niveles de ADN del VHB < 400 copias/ml (< 69 UI/ml), frente a un 69% (36/52) de pacientes tratados con emtricitabina más Tenofovir (p = 0,672). Además, el 55% (29/53) de los pacientes tratados con Tenofovir tuvieron ADN del VHB indetectable (< 169 copias/ml [< 29 UI/ml]; límite de cuantificación del ensayo de VHB Roche Cobas TaqMan) frente al 60% (31/52) de los pacientes tratados con emtricitabina más Tenofovir (p=0,504). Las comparaciones entre los tratamientos hasta la semana 24 son difíciles de interpretar dado que los investigadores tenían la opción de intensificar el tratamiento hacia la fase abierta con emtricitabina más tenofovir disoproxilo. Se están realizando ensayos a largo plazo para evaluar el beneficio/riesgo de la biterapia con emtricitabina más Tenofovir en pacientes mono infectados con VHB.

*Experiencia en pacientes con enfermedad hepática descompensada a 48 semanas (ensayo GS-US-174-0108)*

El ensayo GS-US-174-0108 es un ensayo aleatorizado, doble ciego, con control activo que evalúa la eficacia y la seguridad de Tenofovir (n = 45), emtricitabina más Tenofovir (n = 45), y entecavir (n = 22), en pacientes con enfermedad hepática descompensada. En el brazo de tratamiento de Tenofovir, los pacientes tenían una media del índice de CPT de 7,2, una media de ADN del VHB de 5,8 log<sub>10</sub> copias/ml y una media de

ALT sérico de 61 U/l en el nivel basal. El cuarenta y dos por ciento (19/45) de los pacientes tenían al menos 6 meses de experiencia previa con lamivudina, el 20% (9/45) de los pacientes tenían experiencia previa con adefovir dipivoxil, y 9 de 45 pacientes (20%) tenían mutaciones de resistencia a lamivudina y/o a adefovir dipivoxil en el nivel basal. Las variables co-primarias de seguridad fueron el abandono debido a un acontecimiento adverso y el incremento confirmado de creatinina sérica

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
TENOFIVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS 300 mg**

≥ 0,5 mg/dl o fosfato sérico confirmado de < 2 mg/dl.

En pacientes con índices CPT ≤ 9, los grupos de tratamiento de Tenofovir 74% (29/39), y de emtricitabina más Tenofovir 94% (33/35), alcanzaron unos niveles de ADN del VHB de < 400 copias/ml tras 48 semanas de tratamiento.

En general, los datos derivados de este ensayo son demasiado limitados para extraer unas conclusiones definitivas sobre la comparación de emtricitabina más Tenofovir frente a Tenofovir (ver abajo la Tabla 7).

**Tabla 7: Parámetros de seguridad y eficacia en pacientes descompensados en la semana 48**

Parámetro	Ensayo 174-0108		
	Tenofovir 300 mg (n = 45)	Emtricitabina 200 mg/ Tenofovir 300 mg (n = 45)	Entecavir (0,5 mg ó 1 mg) n = 22
<b>Fallo de tolerabilidad (abandono permanente del fármaco del estudio debido a un acontecimiento adverso surgido durante el tratamiento)</b> n (%) <sup>a</sup>	3 (7%)	2 (4%)	2 (9%)
<b>Incremento confirmado de creatinina sérica ≥ 0.5 mg/dl desde el nivel basal, o fosfato sérico confirmado de &lt; 2 mg/dl</b> n (%) <sup>b</sup>	4 (9%)	3 (7%)	1 (5%)
<b>ADN del VHB n (%)</b> < 400 copias/ml n (%)	31/44 (70%)	36/41 (88%)	16/22 (73%)
<b>ALT n (%)</b> ALT normal	25/44 (57%)	31/41 (76%)	12/22 (55%)
<b>≥ 2 puntos de disminución de CPT desde el nivel basal</b> n (%)	7/27 (26%)	12/25 (48%)	5/12 (42%)
<b>Cambio medio desde el nivel basal en el índice CPT</b>	-0,8	-0,9	-1,3
<b>Cambio medio desde el nivel basal en el índice MELD</b>	-1,8	-2,3	-2,6

<sup>a</sup> valor-p comparando la combinación de los brazos que tenofovir *versus* el brazo de entecavir = 0,622,

<sup>b</sup> valor-p comparando la combinación de los brazos que tenofovir *versus* el brazo de entecavir = 1,000.

*Experiencia más allá de 48 semanas en el ensayo GS-US-174-0108*

Considerando como fracaso los pacientes que no hayan completado o hayan cambiado el tratamiento (NC/S=F), el 50% (21/42) de los sujetos tratados con Tenofovir, el 76% (28/37) de los sujetos tratados con emtricitabina más Tenofovir y el 52% (11/21) de los sujetos tratados con entecavir alcanzaron un ADN del VHB < 400 copias/ml en la semana 168.

*Experiencia en pacientes con VHB con resistencia a lamivudina a 240 semanas (ensayo GS-US-174-0121)*

La eficacia y seguridad de Tenofovir 300 mg se evaluó en un ensayo aleatorizado, doble ciego (GS-US-174-0121) en pacientes HBeAg positivo y HBeAg negativo (n = 280) con enfermedad hepática compensada, viremia (ADN del VHB ≥ 1.000 UI/ml), y evidencia genotípica de resistencia a lamivudina (rtM204I/V +/- rtL180M). Sólo cinco pacientes presentaban mutaciones de resistencia asociadas a adefovir en el momento basal. Se aleatorizó a 141 y 139 sujetos adultos a sendos brazos de tratamiento con Tenofovir y con emtricitabina junto con Tenofovir, respectivamente. Las características demográficas basales eran similares en ambos brazos de tratamiento. En el momento basal, el 52,5% de los sujetos eran HBeAg negativo, el 47,5% eran HBeAg positivo, el nivel medio de ADN del VHB era de 6,5 log<sub>10</sub> copias/ml y el ALT medio era de 79 U/l, respectivamente.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERTOS 300 mg**

Tras 240 semanas de tratamiento, 117 de 141 sujetos (83%) aleatorizados a Tenofovir presentaban un ADN del VHB < 400 copias/ml y 51 de 79 sujetos (65%) experimentaron una normalización de los niveles de ALT. Tras 240 semanas de tratamiento con emtricitabina más Tenofovir, 115 de 139 sujetos (83%) presentaban un ADN del VHB < 400 copias/ml y 59 de 83 sujetos (71%) experimentaron una normalización de los niveles de ALT. Entre los sujetos HBeAg positivo aleatorizados a Tenofovir, 16 de 65 sujetos (25%) presentaron pérdida de HBeAg y 8 de 65 sujetos (12%) experimentaron seroconversión anti-HBe hasta la semana 240. Entre los sujetos HBeAg positivo aleatorizados a emtricitabina junto con Tenofovir, 13 de 68 sujetos (19%) presentaron pérdida de HBeAg y 7 de 68 sujetos (10%) experimentaron seroconversión anti-HBe hasta la semana 240. Dos sujetos aleatorizados a Tenofovir presentaron pérdida de HBsAg en la semana 240, pero no seroconversión a anti-HBs. Cinco sujetos aleatorizados a emtricitabina junto con Tenofovir presentaron pérdida de HBsAg, y 2 de estos 5 sujetos presentaron seroconversión a anti-HBs.

*Resistencia clínica*

Cuatrocientos veintiséis pacientes HBeAg negativo (GS-US-174-0102, n = 250) y HBeAg positivo (GS-US-174-0103, n = 176) que se aleatorizaron inicialmente a tratamiento doble ciego con Tenofovir y luego pasaron a tratamiento con Tenofovir en abierto fueron evaluados para observar si aparecían cambios genotípicos en la polimerasa del VHB desde el momento basal. Las evaluaciones genotípicas realizadas en todos los pacientes con ADN del VHB > 400 copias/ml en la semana 48 (n = 39), 96 (n = 24), 144 (n = 6), 192 (n = 5), 240 (n = 4), 288 (n = 6) y 384 (n = 2) de tratamiento con Tenofovir en monoterapia mostraron que no se habían desarrollado mutaciones asociadas con resistencia a Tenofovir.

Doscientos quince pacientes HBeAg negativo (GS-US-174-0102, n = 125) y HBeAg positivo (GS-US-174-0103, n = 90) que se aleatorizaron inicialmente a tratamiento doble ciego con adefovir dipivoxil y luego pasaron a tratamiento con Tenofovir en abierto fueron evaluados para observar si aparecían cambios genotípicos en la polimerasa del VHB desde el momento basal. Las evaluaciones genotípicas realizadas en todos los pacientes con ADN del VHB > 400 copias/ml en la semana 48 (n = 16), 96 (n = 5), 144 (n = 1), 192 (n = 2), 240 (n = 1), 288 (n = 1) y 384 (n = 2) de tratamiento con Tenofovir en monoterapia mostraron que no se habían desarrollado mutaciones asociadas con resistencia a Tenofovir.

En el ensayo GS-US-174-0108, 45 pacientes (incluyendo 9 pacientes con mutaciones de resistencia en el nivel basal a lamivudina y/o adefovir dipivoxil) recibieron Tenofovir hasta 168 semanas. Los datos genotípicos de la pareja de aislados de VHB a nivel basal y en tratamiento fueron atribuibles a 6/8 pacientes con ADN del VHB > 400 copias/ml en la semana 48. En estos aislados no se identificaron sustituciones de aminoácidos asociadas con resistencia al Tenofovir. Se realizó un análisis genotípico para 5 sujetos del grupo tratado con tenofovir disoproxilo succinato después de la semana 48. No se detectaron sustituciones de aminoácidos asociadas con resistencia al Tenofovir en ningún sujeto.

En el ensayo GS-US-174-0121, 141 pacientes con sustituciones de resistencia a lamivudina en el nivel basal recibieron Tenofovir durante un máximo de 240 semanas.

Acumulativamente, hubo 4 pacientes que presentaron un episodio de viremia (ADN del VHB > 400 copias/ml) en su último punto temporal de tratamiento con Tenofovir. Entre ellos, los datos de secuencia de la pareja de aislados de VHB a nivel basal y en tratamiento fueron atribuibles a 2 de 4 pacientes. En estos aislados no se identificaron sustituciones de aminoácidos asociadas con resistencia a Tenofovir.

En un ensayo pediátrico (GS-US-174-0115), 52 pacientes (incluyendo 6 pacientes con mutaciones de resistencia en el nivel basal a lamivudina) recibieron inicialmente un tratamiento ciego de Tenofovir e n m a s c a r a d o hasta 72 semanas y, más tarde, 51/52 pacientes cambiaron a Tenofovir en abierto (grupo TDF-TDF). Se realizaron evaluaciones genotípicas en todos los pacientes de este grupo con ADN del VHB > 400 copias/ml en las semanas 48 (n = 6), 72 (n = 5), 96 (n = 4), 144 (n = 2) y 192 (n = 3). Cincuenta y cuatro pacientes (incluyendo 2 pacientes con mutaciones de resistencia en el nivel basal a lamivudina) recibieron inicialmente tratamiento ciego con placebo durante 72 semanas y 52/54 pacientes siguieron con el Tenofovir (grupo PLB-TDF). Se realizaron evaluaciones genotípicas en todos los pacientes de este grupo con ADN del VHB > 400 copias/ml en las semanas 96 (n = 17), 144 (n = 7) y 192 (n = 8). En estos aislados no se identificaron sustituciones de aminoácidos asociadas con resistencia al Tenofovir.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
TENOFIVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS 300 mg**

Población pediátrica

*VIH-1:* En el ensayo GS-US-104-0321, 87 pacientes de 12 a < 18 años infectados por el VIH-1 y pretratados, recibieron tratamiento con Tenofovir (n = 45) o placebo (n = 42) en asociación con una pauta base optimizada (PBO) durante 48 semanas. Debido a las limitaciones del ensayo, no se demostró beneficio alguno del Tenofovir sobre el placebo basándose en los niveles de ARN plasmático del VIH-1 en la semana 24. No obstante, se espera un beneficio para la población adolescente basándose en la extrapolación de los datos de adultos y en los datos farmacocinéticos comparativos (ver sección 5.2).

En los pacientes que recibieron tratamiento con Tenofovir o placebo, los valores basales de la puntuación Z media de la DMO de la columna lumbar fueron de -1,004 y -0,809 respectivamente, y los valores basales de la puntuación Z media de la DMO corporal total de -0,866 y -0,584. Los cambios medios en la semana 48 (fin de la fase de doble ciego) fueron de -0,215 y -0,165 en la puntuación Z de la DMO de la columna lumbar, y de -0,254 y -0,179 en la puntuación Z de la DMO corporal total en los grupos con Tenofovir y placebo, respectivamente. La tasa media de aumento de la DMO fue menor en el grupo tratado con Tenofovir, en comparación con el grupo que recibió placebo. En la semana 48, seis adolescentes del grupo que recibió Tenofovir y un adolescente del grupo con placebo presentaron una pérdida significativa de la DMO de la columna lumbar (definida como > 4% de pérdida). Entre los 28 pacientes que recibieron un tratamiento durante 96 semanas con Tenofovir, las puntuaciones Z de la DMO disminuyeron a -0,341 en la columna lumbar y -0,458 en la corporal total.

En el ensayo GS-US-104-0352, se aleatorizó a 97 pacientes pretratados de 2 a < 12 años con supresión virológica estable bajo regímenes de tratamiento con estavudina o zidovudina para sustituir la estavudina o zidovudina por Tenofovir (n = 48) o continuar con su régimen original (n = 49) durante 48 semanas. En la semana 48, el 83% de los pacientes del grupo de tratamiento con Tenofovir y el 92% de los pacientes del grupo de tratamiento con estavudina o zidovudina tenían concentraciones de ARN del VIH-1 < 400 copias/ml. La diferencia en las proporciones de pacientes que mantuvieron < 400 copias/ml en la semana 48 vino determinada principalmente por el mayor número de abandonos en el grupo de tratamiento con Tenofovir. Cuando se excluyeron los datos ausentes, el 91% de los pacientes del grupo de tratamiento con Tenofovir y el 94% de los pacientes del grupo de tratamiento con estavudina o zidovudina tenían concentraciones de ARN del VIH-1 < 400 copias/ml en la semana 48.

Se han notificado reducciones de la DMO en pacientes pediátricos. En los pacientes que recibieron tratamiento con Tenofovir, o estavudina o zidovudina, los valores basales de la puntuación Z media de la DMO de la columna lumbar fueron de -1,034 y -0,498 respectivamente, y los valores basales de la puntuación Z media de la DMO corporal total de -0,471 y -0,386 respectivamente. Los cambios medios en la semana 48 (fin de la fase aleatorizada) fueron de 0,032 y 0,087 en la puntuación Z de la DMO de la columna lumbar, y de -0,184 y -0,027 en la puntuación Z de la DMO corporal total en los grupos con Tenofovir y con estavudina o zidovudina, respectivamente. La tasa media de aumento del hueso de la columna lumbar en la semana 48 fue similar entre el grupo tratado con Tenofovir y el tratado con estavudina o zidovudina. El aumento del hueso corporal total fue menor en el grupo tratado con Tenofovir en comparación con el tratado con estavudina o zidovudina. Un sujeto tratado con Tenofovir y ninguno de los sujetos tratados con estavudina o zidovudina experimentaron una pérdida significativa (> 4%) en la semana 48. Las puntuaciones Z de la DMO disminuyeron en -0,012 para la columna lumbar y en -0,338 para todo el cuerpo en los 64 sujetos que fueron tratados con Tenofovir durante 96 semanas. Las puntuaciones Z de la DMO no se ajustaron por peso y estatura.

En el ensayo GS-US-104-0352, 4 de 89 pacientes pediátricos expuestos al Tenofovir interrumpieron el tratamiento debido a reacciones adversas indicativas de tubulopatía renal proximal (mediana de la exposición al Tenofovir, 104 semanas).

*Hepatitis B crónica:* En el ensayo GS-US-174-0115, 106 pacientes HBeAg negativo y HBeAg positivo de 12 a < 18 años de edad con infección crónica por VHB [ADN del VHB  $\geq 10^5$  copias/ml, ALT plasmática elevada ( $\geq 2$  veces el LSN) o un historial de niveles plasmáticos de ALT elevados en los 24 meses anteriores] recibieron tratamiento con Tenofovir 300 mg (n = 52) o placebo (n = 54) durante 72 semanas. Era necesario que los pacientes no hubieran recibido nunca Tenofovir, pero podían haber recibido pautas de interferón (> 6 meses antes de la fase de selección) o cualquier otro tratamiento oral con nucleósidos/nucleótidos contra el VHB que no contuviese Tenofovir

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERTOS 300 mg**

(> 16 semanas antes de la fase de selección). En conjunto, en la semana 72, el 88% (46/52) de los pacientes del grupo de tratamiento con Tenofovir y el 0% (0/54) de los pacientes del grupo con placebo presentaban un ADN del VHB < 400 copias/ml. El 74% (26/35) de los pacientes del grupo con Tenofovir presentaban una ALT normalizada en la semana 72, frente al 31% (13/42) de los del grupo con placebo. La respuesta al tratamiento con Tenofovir fue comparable en los pacientes que no habían sido tratados antes con nucleótidos (n = 20) y en los pacientes anteriormente tratados con nucleótidos (n = 32), incluyendo los pacientes con resistencia a la lamivudina (n = 6). El noventa y cinco por ciento de los pacientes que no habían sido tratados antes con nucleótidos, el 84% de los pacientes anteriormente tratados con nucleótidos y el 83% de los pacientes con resistencia a la lamivudina lograron un ADN del VHB < 400 copias/ml en la semana 72. Treinta y uno de los 32 pacientes anteriormente tratados con nucleótidos habían recibido tratamiento previo con lamivudina. En la semana 72, el 96% (27/28) de los pacientes con actividad inmune (ADN del VHB  $\geq 10^5$  copias/ml, ALT plasmática > 1,5 veces el LSN) del grupo de tratamiento con Tenofovir y el 0% (0/32) de los pacientes del grupo con placebo tenían un ADN del VHB < 400 copias/ml. 75% (21/28) de los pacientes con actividad inmune del grupo con Tenofovir presentaban una ALT normal en la semana 72, frente al 34% (11/32) de los del grupo con placebo.

Tras 72 semanas de tratamiento aleatorizado ciego, los sujetos pudieron cambiar al tratamiento con Tenofovir en abierto hasta la semana 192. Tras la semana 72, la supresión virológica se mantuvo para aquellos que recibieron Tenofovir a doble ciego seguido de Tenofovir en abierto (grupo TDF-TDF): el 86,5% (45/52) de los sujetos en el grupo TDF-TDF tenía un ADN del VHB < 400 copias/ml en la semana 192. Entre estos sujetos que recibieron placebo durante el periodo de doble ciego, la proporción de sujetos con un ADN del VHB < 400 copias/ml aumentó considerablemente después de iniciar el tratamiento con TDF en abierto (grupo PLB-TDF): el 74,1% (40/54) de los sujetos en el grupo PLB-TDF tenía un ADN del VHB < 400 copias/ml en la semana 192. La proporción de sujetos con normalización de los niveles de ALT en la semana 192 en el grupo TDF-TDF fue de 75,8% (25/33) entre los que eran HBeAg positivo en el momento basal y de 100,0% (2 de 2 sujetos) entre los que eran HBeAg negativo en el momento basal. Porcentajes similares de sujetos en los grupos TDF-TDF y PLB-TDF (37,5% y 41,7%, respectivamente) experimentaron seroconversión anti-HBe hasta la semana 192.

Los datos sobre la densidad mineral ósea (DMO) obtenidos del estudio GS-US-174-0115 se resumen en la Tabla 8:

**Tabla 8: Evaluación de la densidad mineral ósea en el momento basal, semana 72 y 192**

	Momento basal		Semana 72		Semana 192	
	TDF-TDF	PLB-TDF	TDF-TDF	PLB-TDF	TDF-TDF	PLB-TDF
Puntuación Z media (DE) de la DMO en la columna lumbar <sup>a</sup>	-0,42 (0,762)	-0,26 (0,806)	-0,49 (0,852)	-0,23 (0,893)	-0,37 (0,946)	-0,44 (0,920)
Cambio medio (DE) de la puntuación Z de la DMO en la columna lumbar desde el momento basal <sup>a</sup>	NA	NA	-0,06 (0,320)	0,10 (0,378)	0,02 (0,548)	-0,10 (0,543)
Puntuación Z media (DE) de la DMO en todo el cuerpo <sup>a</sup>	-0,19 (1,110)	-0,23 (0,859)	-0,36 (1,077)	-0,12 (0,916)	-0,38 (0,934)	-0,42 (0,942)
Cambio medio (DE) de la puntuación Z de la DMO en todo el cuerpo desde el momento basal <sup>a</sup>	NA	NA	-0,16 (0,355)	0,09 (0,349)	-0,16 (0,521)	-0,19 (0,504)
Al menos 6% de reducción de la DMO de la columna lumbar <sup>b</sup>	NA	NA	1,9% (1 sujeto)	0%	3,8% (2 sujetos)	3,7% (2 sujetos)

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERTOS 300 mg**

Al menos 6% de reducción de la DMO en todo el cuerpo <sup>b</sup>	NA	NA	0%	0%	0%	1,9% (1 sujeto)
Media del % de aumento de la DMO en la columna lumbar	NA	NA	5,14%	8,08%	10,05%	11,21%
Media del % de aumento de la DMO en todo el cuerpo	NA	NA	3,07%	5,39%	6,09%	7,22%

NA = No aplicable

<sup>a</sup> Las puntuaciones Z de la DMO no se ajustan por peso y estatura

<sup>b</sup> Criterio principal de seguridad durante la semana 72

## 5.2 Propiedades farmacocinéticas

Tenofovir disoproxilo succinato es un profármaco éster soluble en agua, el cual se convierte rápidamente *in vivo* en tenofovir y formaldehído.

Tenofovir se convierte intracelularmente en tenofovir monofosfato y en el componente activo tenofovir difosfato.

### Absorción

Tras la administración oral de Tenofovir disoproxilo en pacientes infectados por VIH, Tenofovir disoproxilo (en forma de fumarato o succinato) es rápidamente absorbido y convertido en tenofovir. La administración de dosis múltiples de Tenofovir disoproxilo con una comida en pacientes infectados por VIH dio como resultado, de media (%CV) unos valores de tenofovir de  $C_{\max}$ , AUC, y  $C_{\min}$  de 326 (36,6%) ng/ml, 3.324 (41,2%) ng·h/ml y 64,4 (39,4%) ng/ml, respectivamente. Las concentraciones máximas de tenofovir en suero, se observan durante la hora siguiente a la administración en ayunas, y dentro de las dos horas cuando se administra con comida. La biodisponibilidad oral de tenofovir a partir de Tenofovir disoproxilo en pacientes en ayunas fue aproximadamente de 25%. La administración de Tenofovir disoproxilo con una comida muy grasa mejoró la biodisponibilidad oral con un incremento del AUC de tenofovir de aproximadamente un 40% y de la  $C_{\max}$  de aproximadamente un 14%. Tras la primera dosis de Tenofovir disoproxilo en pacientes que habían tomado alimento la media de la  $C_{\max}$  en suero estuvo en un rango de 213 a 375 ng/ml. Sin embargo, la administración de Tenofovir disoproxilo con una comida ligera no tuvo un efecto significativo sobre la farmacocinética de tenofovir.

### Distribución

Tras la administración intravenosa se estimó que el volumen de distribución de tenofovir en estado de equilibrio es de aproximadamente 800 ml/kg. Después de la administración oral de Tenofovir disoproxilo fumarato, tenofovir se distribuye a la mayoría de los tejidos, alcanzándose las concentraciones más altas en riñón, hígado y contenido intestinal (ensayos preclínicos). A concentraciones de tenofovir entre 0,01 y 25 µg/ml la unión *in vitro* de tenofovir a proteínas tanto plasmáticas como séricas fue inferior a 0,7 y 7,2%, respectivamente.

### Biotransformación

Estudios *in vitro* han determinado que ni Tenofovir disoproxilo fumarato ni tenofovir son sustratos para las enzimas CYP450. Además, a concentraciones sustancialmente más altas (aproximadamente 300 veces) que las observadas *in vivo*, tenofovir no inhibió *in vitro* el metabolismo de medicamentos mediado por cualquiera de las principales isoformas CYP450 humanas implicadas en la biotransformación de medicamentos (CYP3A4, CYP2D6, CYP2C9, CYP2E1, o CYP1A1/2).

Tenofovir a una concentración de 100 µmol/l no tuvo efecto en ninguna de las isoformas CYP450, excepto la CYP1A1/2, donde se observó una pequeña reducción (6%), pero estadísticamente significativa del metabolismo del sustrato de CYP1A1/2. Basado en estos datos, es poco probable que se produzcan interacciones clínicamente significativas en las que participen Tenofovir y medicamentos metabolizados por CYP450.

### Eliminación

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERTOS 300 mg**

Tenofovir se excreta principalmente por el riñón, tanto por filtración como por un sistema de transporte tubular activo, excretándose aproximadamente un 70-80% de la dosis en forma inalterada por la orina tras administración intravenosa. El aclaramiento total se estima en aproximadamente 230 ml/h/kg (aproximadamente 300 ml/min). El aclaramiento renal se estima en aproximadamente 160 ml/h/kg (aproximadamente 210 ml/min), lo cual excede la tasa de filtración glomerular. Esto indica que la secreción tubular activa representa una parte importante de la eliminación de tenofovir. Tras la administración oral, la vida media final de tenofovir es aproximadamente de 12 a 18 horas.

Existen estudios que han establecido que la vía de secreción tubular activa hace pasar el tenofovir a las células del túbulo proximal mediante los transportadores humanos de aniones orgánicos (hOAT) 1 y 3 y lo excretan a la orina mediante la proteína resistente a polifármacos 4 (MRP 4).

Linealidad/No linealidad

La farmacocinética de tenofovir fue independiente de la dosis de Tenofovir disoproxilo en un ámbito de dosis de 75 a 600 mg y no se vio afectada por dosis repetidas a ningún nivel de dosis.

Edad

No se han hecho estudios de farmacocinética en los pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años de edad).

Género (sexo)

Los escasos datos disponibles sobre la farmacocinética de tenofovir en mujeres no indican un efecto importante asociado al sexo.

Etnia

No se ha estudiado la farmacocinética específica en diferentes grupos étnicos.

Población pediátrica

*VIH-1:* Se evaluaron las propiedades farmacocinéticas en estado estacionario del tenofovir en ocho pacientes adolescentes (de 12 a < 18 años), infectados por el VIH-1, con un peso corporal  $\geq$  35 kg. Las  $C_{max}$  y  $AUC_{tau}$  medias ( $\pm$  ds) son  $0,38 \pm 0,13$   $\mu$ g/ml y  $3,39 \pm 1,22$   $\mu$ g·h/ml, respectivamente. La exposición al tenofovir lograda en los pacientes adolescentes que recibieron dosis diarias por vía oral de Tenofovir 300 mg fue similar a las exposiciones conseguidas en los adultos que recibieron dosis una vez al día de Tenofovir 300 mg.

*Hepatitis B crónica:* La exposición al tenofovir en el estado estacionario en pacientes adolescentes infectados por el VHB (de 12 a < 18 años) que recibieron una dosis diaria por vía oral de Tenofovir 300 mg fue similar a las exposiciones conseguidas en los adultos que recibieron dosis una vez al día de Tenofovir 300 mg.

No se han realizado estudios farmacocinéticos con Tenofovir 300 mg comprimidos en niños menores de 12 años o con insuficiencia renal.

Insuficiencia renal

Los parámetros farmacocinéticos de tenofovir se determinaron después de la administración de una dosis única de Tenofovir 300 mg a 40 pacientes adultos no infectados con VIH ni con VHB, con varios grados de insuficiencia renal definida de acuerdo al aclaramiento de creatinina basal (CrCl) (función renal normal cuando el CrCl > 80 ml/min; leve con CrCl = 50-79 ml/min; moderada con CrCl = 30-49 ml/min y grave con CrCl = 10-29 ml/min). Comparándolos con pacientes con función renal normal, la exposición media (%CV) de tenofovir se incrementó desde 2.185 (12%) ng·h/ml en sujetos con CrCl > 80 ml/min hasta 3.064 (30%) ng·h/ml, 6.009 (42%) ng·h/ml y 15.985 (45%) ng·h/ml en pacientes con insuficiencia renal leve, moderada y grave respectivamente. Se espera que las dosis recomendadas en pacientes con insuficiencia renal, con aumento del intervalo de dosis, den lugar a concentraciones plasmáticas más altas y a menores niveles de  $C_{min}$  en pacientes con insuficiencia renal comparados con pacientes con función renal normal. Se desconocen las implicaciones clínicas de estos hechos.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**  
**TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERTOS 300 mg**

En pacientes con enfermedad renal en estado terminal ( $CrCl < 10$  ml/min) que necesiten hemodiálisis, entre las diálisis la concentración de tenofovir aumenta sustancialmente después de 48 horas alcanzando una media de  $C_{max}$  de 1.032 ng/ml y una  $AUC_{0-48h}$  media de 42.857 ng·h/ml.

Se recomienda modificar el intervalo de dosificación de Tenofovir 300 mg en pacientes adultos con un aclaramiento de creatinina  $< 50$  ml/min o en los pacientes con enfermedad renal terminal que requieran diálisis (ver sección 4.2).

No se ha estudiado la farmacocinética de tenofovir en pacientes no sometidos a hemodiálisis con un aclaramiento de creatinina  $< 10$  ml/min ni en pacientes con enfermedad renal en estado terminal bajo diálisis peritoneal u otras formas de diálisis.

No se ha estudiado la farmacocinética de tenofovir en pacientes pediátricos con insuficiencia renal. No se dispone de datos para hacer recomendaciones de dosis (ver secciones 4.2 y 4.4).

#### Insuficiencia hepática

Se administró una dosis única de Tenofovir 300 mg a pacientes adultos no infectados por VIH ni por VHB, con distintos grados de insuficiencia hepática, definida según la clasificación de Child-Pugh-Turcotte (CPT). Los parámetros farmacocinéticos de tenofovir no se alteraron sustancialmente en sujetos con insuficiencia hepática, lo cual sugiere que no se necesita un ajuste de dosis en estos sujetos. La media (%CV) de los valores de tenofovir de  $C_{max}$  y  $AUC_{0-\infty}$  fue 223 (34,8%) ng/ml y 2.050 (50,8%) ng·h/ml, respectivamente, en sujetos normales, comparada con 289 (46,0%) ng/ml y 2.310 (43,5%) ng·h/ml en sujetos con insuficiencia hepática moderada, y 305 (24,8%) ng/ml y 2.740 (44,0%) ng·h/ml en sujetos con insuficiencia hepática grave.

#### Farmacocinética intracelular

En células mononucleares de sangre periférica humana no proliferantes (PBMCs) la semivida de tenofovir difosfato fue de aproximadamente 50 horas, mientras que la semivida en PBMCs estimuladas con fitohemaglutinina fue de aproximadamente 10 horas.

### **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad**

Los estudios no clínicos de farmacología de seguridad no muestran riesgos especiales para los seres humanos. Los hallazgos en estudios de toxicidad a dosis repetidas en ratas, perros y monos con niveles de exposición mayores o iguales a los niveles de exposición clínicos y con posible repercusión en el uso clínico incluyen toxicidad renal y ósea y un descenso en la concentración de fosfato sérico. La toxicidad ósea se diagnosticó como osteomalacia (monos) y reducción de la densidad mineral ósea (DMO) (ratas y perros). La toxicidad ósea en ratas y perros adultos jóvenes se produjo a exposiciones  $\geq 5$  veces la exposición en los pacientes pediátricos o adultos; se produjo toxicidad ósea en monos infectados jóvenes, a exposiciones muy altas después de la administración por vía subcutánea ( $\geq 40$  veces la exposición en los pacientes). Los resultados de los estudios en las ratas y monos indicaron que se produjo una disminución en la absorción intestinal de fosfatos atribuible al fármaco, con una posible reducción secundaria de la DMO.

Se han realizado estudios de genotoxicidad que revelaron resultados positivos en el ensayo *in vitro* de linfoma de ratón, resultados equívocos en una de las cepas usadas en el test de Ames y resultados ligeramente positivos en un test de SDA en hepatocitos primarios de rata. Sin embargo, el resultado fue negativo en un ensayo *in vivo* del micronúcleo de la médula ósea de ratón.

Los estudios de carcinogenicidad oral en ratas y ratones sólo revelaron una baja incidencia de tumores duodenales a una dosis extremadamente alta en ratones. Estos tumores no parecen ser de relevancia para 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, el Tenofovir redujo el índice de viabilidad y peso de las crías en estudios peri- postnatales de toxicidad a dosis tóxicas para la madre.

El principio activo Tenofovir y sus principales productos de transformación persisten en el medio ambiente.



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL  
TENOFVIR DISOPROXILO SUCCINATO COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS 300 mg**

**6. DATOS FARMACÉUTICOS****6.1 Lista de excipientes***Núcleo del comprimido*

Lactosa anhidra

Celulosa microcristalina

Almidón pregelatinizado

Croscarmelosa sódica

Estearato de magnesio

*Cubierta de película***Colorante FD&C azul N°2, laca alumínica**

Dióxido de titanio

Alcohol Polivinílico

Macrogol **3350**

Talco

**6.2 Incompatibilidades**

No procede.

**6.3 Período de Eficacia**

Ver fecha indicada en el envase.

**6.4 Precauciones especiales de conservación**

Mantener fuera del alcance y vista de los niños.

**Almacenar a no más de 25°C****6.5 Naturaleza y contenido del envase**

Frasco de polietileno de alta densidad (HDPE), con un cierre de seguridad de polipropileno, a prueba de niños, que contiene los comprimidos recubiertos y un secante de gel de sílice.