



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Disposición

Número: DI-2018-6725-APN-ANMAT#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 2 de Julio de 2018

Referencia: 1-0047-2001-000100-18-4

VISTO el Expediente N° 1-0047-2001-000100-18-4 del Registro de esta Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones LABORATORIO DEL FIN DEL MUNDO SAPEM solicita se autorice la inscripción en el Registro de Especialidades Medicinales (en adelante REM) de esta Administración Nacional, de una nueva especialidad medicinal, la que será importada a la República Argentina.

Que el producto a registrar se encuentra autorizado para su consumo público en el mercado interno de por lo menos uno de los países que integran el ANEXO I del Decreto 150/92 (Corresponde al Art. 4° de dicho Decreto).

Que las actividades de importación y comercialización de especialidades medicinales se encuentran contempladas por la Ley 16463 y los Decretos 9763/64, 1890/92, y 150/92 (T.O. Decreto 177/93), y normas complementarias.

Que la solicitud presentada encuadra en el Art. 4° del Decreto 150/92 (T.O. Decreto 177/93).

Que consta la evaluación técnica producida por el Instituto Nacional de Medicamentos (INAME), a través de sus áreas técnicas competentes, el que considera que el solicitante ha reunido las condiciones exigidas por la normativa vigente, contando con laboratorio propio de control de calidad y depósito, y que la indicación, posología, vía de administración, condición de venta, y los proyectos de rótulos, de prospectos y de información para el paciente se consideran aceptables.

Que los datos identificatorios característicos a ser transcritos en los proyectos de la Disposición Autorizante y del Certificado correspondiente, han sido convalidados por las áreas técnicas competentes del INAME.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos de esta Administración Nacional, dictamina que se ha dado cumplimiento a los requisitos legales y formales que contempla la normativa vigente en la materia.

Que corresponde autorizar la inscripción en el REM de la especialidad medicinal objeto de la solicitud.

Que se actúa en virtud de las facultades conferidas por el Decreto 1490/92 y del Decreto 101 del 16 de diciembre de 2015.

Por ello:

**EL ADMINISTRADOR NACIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE
MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA**

DISPONE:

ARTICULO 1° - Autorízase la inscripción en el Registro Nacional de Especialidades Medicinales (REM) de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica de la especialidad medicinal de nombre comercial SURAVIR y nombre/s genérico/s ATAZANAVIR, la que será importada a la República Argentina, de acuerdo con los datos identificatorios característicos incluidos en el certificado de inscripción, según lo solicitado por la firma LABORATORIO DEL FIN DEL MUNDO SAPEM.

ARTICULO 2° - Autorízase los textos de los proyectos de rótulo/s, de prospecto/s y de información para el paciente que obran en los documentos denominados INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE_VERSION03.PDF / 0 - 30/05/2018 15:28:12, PROYECTO DE PROSPECTO_VERSION03.PDF / 0 - 30/05/2018 15:28:12, PROYECTO DE RÓTULO DE ENVASE PRIMARIO_VERSION03.PDF / 0 - 30/05/2018 15:28:12, PROYECTO DE RÓTULO DE ENVASE SECUNDARIO_VERSION03.PDF / 0 - 30/05/2018 15:28:12.

ARTICULO 3° - En los rótulos y prospectos autorizados deberá figurar la leyenda: “ESPECIALIDAD MEDICINAL AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE SALUD, CERTIFICADO N°...”, con exclusión de toda otra leyenda no contemplada en la norma legal vigente.

ARTICULO 4° - Con carácter previo a la comercialización del producto cuya inscripción se autoriza por la presente disposición, el titular del mismo deberá notificar a esta Administración Nacional la fecha de inicio de la elaboración o importación del primer lote a comercializar a los fines de realizar la verificación técnica consistente en la constatación de la capacidad de producción y de control correspondiente.

ARTICULO 5° - La vigencia del Certificado mencionado en el Artículo 1° será por cinco (5) años, a partir de la fecha impresa en el mismo.

ARTICULO 6° - Regístrese. Inscríbese el nuevo producto en el Registro Nacional de Especialidades Medicinales. Notifíquese electrónicamente al interesado la presente disposición y los rótulos y prospectos aprobados. Gírese al Departamento de Registro a los fines de confeccionar el legajo correspondiente. Cumplido, archívese.

EXPEDIENTE N°: 1-0047-2001-000100-18-4



PROYECTO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

SURAVIR®

ATAZANAVIR

30 Cápsulas

VENTA BAJO RECETA ARCHIVADA

Importante: Pregunte a su médico sobre los medicamentos que no se deben tomar junto con SURAVIR®. Para más información, lea las secciones “¿Quiénes no deben tomar SURAVIR®?” y “¿Qué debo informarle a mi médico antes de tomar SURAVIR®?”

¿Qué es SURAVIR®?

SURAVIR® es un medicamento de venta bajo receta archivada que se utiliza con otros medicamentos antirretrovirales para tratar la infección por el VIH-1 (Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1) en adultos y niños de 6 años de edad y mayores. El VIH-1 es el virus que causa el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

SURAVIR® Cápsulas no debe usarse en niños de menos de 6 años de edad. Cuando se usa con otros medicamentos antirretrovirales para tratar la infección por el VIH-1, SURAVIR® puede ayudar a:

- Reducir la cantidad de VIH-1 en su sangre. Esto se denomina “carga viral”.
- Aumentar la cantidad de células (T) CD4+ en su sangre, las cuales ayudan a combatir otras infecciones. Reducir la cantidad de VIH-1 y aumentar la cantidad de células (T) CD4+ en su sangre puede ayudar a mejorar su sistema inmune. Esto puede reducir su riesgo de muerte o de contraer infecciones que se pueden producir cuando su sistema inmune se encuentra débil (infecciones oportunistas).

SURAVIR® no cura la infección por VIH-1 ni el SIDA. Usted debe seguir tomando medicamentos contra el VIH-1 para controlar la infección por el VIH y reducir las enfermedades relacionadas con el VIH.

¿Quiénes no deben tomar SURAVIR®?

No tome SURAVIR® si:

- Es alérgico al atazanavir o a cualquiera de los ingredientes de SURAVIR®. Consulte la lista completa de ingredientes de SURAVIR® al final de este folleto.
- Está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos. Tomar SURAVIR® junto con estos medicamentos puede afectar la manera en que SURAVIR® funciona. SURAVIR® puede causar efectos secundarios graves y potencialmente mortales, o la muerte, cuando se usa con estos medicamentos:

- Alfuzosina
- Cisaprida
- Elbasvir / Grazoprevir
- Medicamentos derivados del ergot, que incluyen:
 - Tartrato de Ergotamina
 - Mesilato de Dihidroergotamina
 - Metilergonovina
- Glecaprevir / Pibrentasvir
- Indinavir
- Irinotecán
- Lurasidona si SURAVIR® se usa con Ritonavir
- Lovastatina
- Midazolam, cuando se toma por boca para la sedación
- Nevirapina
- Pimozida
- Rifampicina
- Sildenafil, cuando se usa para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar
- Simvastatina
- Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*)
- Triazolam

Se pueden producir problemas graves si usted o su hijo toma cualquiera de los medicamentos mencionados antes con SURAVIR®.

¿Qué debo informarle a mi médico antes de tomar SURAVIR®?

Antes de tomar SURAVIR®, informe a su médico si:

- Tiene problemas cardíacos.
- Tiene problemas hepáticos, incluida infección por el virus de la hepatitis B o C.
- Está recibiendo diálisis.
- Tiene diabetes.
- Tiene hemofilia.
- Tiene cualquier otra afección médica.
- Está embarazada o planea quedar embarazada. Consulte a su médico sobre tomar SURAVIR® durante su embarazo o si está planeando quedar embarazada mientras toma SURAVIR®.
 - **Los métodos anticonceptivos hormonales, tales como inyecciones, anillos vaginales o implantes, parches anticonceptivos, y algunas píldoras anticonceptivas orales, pueden no funcionar durante el tratamiento con SURAVIR®.** Consulte a su médico sobre los métodos anticonceptivos que se puede usar durante el tratamiento con SURAVIR®.
 - **Luego de que nazca su bebé,** informe a su médico si la piel o la parte blanca de los ojos de su bebé se toman de color amarillo.
- Está amamantando o planea amamantar a su bebé. **No amamante a su hijo si está tomando SURAVIR®.** Usted no debe amamantar si tiene VIH-1 debido al riesgo de transmitir el VIH-1 a su bebé. SURAVIR® puede pasar a la leche materna. Consulte a su médico sobre la mejor manera de alimentar a su bebé.

Informe a su médico sobre todos los medicamentos que toma, incluidos medicamentos de venta bajo receta y de venta libre, vitaminas, y suplementos a base de hierbas.

Algunos medicamentos interactúan con SURAVIR®. **Lleve una lista de sus medicamentos para mostrarle a su médico.** Puede pedirle a su médico una lista de medicamentos que interactúan con SURAVIR®. **No comience a tomar ningún medicamento nuevo sin antes consultarlo con su médico.** Éste podrá decirle si es seguro tomar SURAVIR® con otros medicamentos.

¿Cómo debo tomar SURAVIR®?

- **Tome SURAVIR® exactamente como le indique su médico.**
- No cambie la dosis ni deje de tomar SURAVIR®, a menos que su médico se lo indique.
- Permanezca bajo el cuidado de su médico durante el tratamiento con SURAVIR®.
- SURAVIR® debe usarse con otros medicamentos antirretrovirales.
- Tome SURAVIR® una vez por día.
- SURAVIR® se presenta en cápsulas.
- Tome SURAVIR® Cápsulas con alimento.
- Trague las cápsulas enteras. No las abra.
- Si omite una dosis de SURAVIR®, tómela en cuanto se acuerde. Luego tome la siguiente dosis en su horario habitual. No tome 2 dosis juntas.

Si toma demasiado SURAVIR®, llame a su médico o concurra de inmediato al servicio de emergencias del hospital más cercano.

Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al Hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología:

Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez: (011) 4962-6666/2247.

Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648/4658-7777.

Cuando su suministro de SURAVIR® comience a disminuir, obtenga más de parte de su médico o farmacia. Es importante que no se quede sin SURAVIR®. La cantidad de VIH-1 en su sangre puede aumentar si deja de tomar el medicamento, incluso aunque sea por período corto. El virus puede tornarse resistente a SURAVIR® y más difícil de tratar.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de SURAVIR®?

SURAVIR® puede causar efectos secundarios serios, que incluyen:

- **Un cambio en la manera en que late su corazón (cambio en el ritmo cardíaco).** Informe a su médico de inmediato si se mareo o se siente aturdido. Éstos podrían ser síntomas de un problema cardíaco.
- **Erupción cutánea.** La erupción cutánea es común con SURAVIR®, pero a veces puede ser severa. Generalmente desaparece dentro de las 2 semanas, sin ningún cambio en el tratamiento. Se puede desarrollar erupción dérmica severa en asociación con otros síntomas, lo que podría ser grave. Si desarrolla una erupción severa o erupción con cualquiera de los siguientes síntomas, deje de tomar SURAVIR® y llame a su médico de inmediato:
 - Sensación general de malestar o síntomas tipo gripe
 - Fiebre
 - Dolores musculares o articulares
 - Ojos enrojecidos o inflamados (conjuntivitis)
 - Ampollas
 - Llagas en la boca
 - Inflamación del rostro
 - Abultamiento doloroso, caliente o enrojecido bajo la piel
- **El color amarillento de la piel o la parte blanca de los ojos es común con SURAVIR®, y generalmente no resulta nocivo en adultos y niños de más de 6 años de edad; pero también podría ser un**

síntoma de un problema grave. Estos efectos pueden deberse a aumentos en los niveles de bilirrubina en sangre (la bilirrubina es producida por el hígado). Aunque estos efectos pueden no resultar nocivos para su hígado, piel u ojos, informe a su médico de inmediato si su piel o la parte blanca de los ojos se torna amarilla.

- **Problemas hepáticos.** Si usted tiene problemas hepáticos, incluida infección por hepatitis B o C, éstos pueden empeorar cuando toma SURAVIR®. Su médico le realizará análisis de sangre para controlar su hígado antes de que pueda iniciar SURAVIR® y durante el tratamiento. Informe a su médico de inmediato si sufre alguno de los siguientes síntomas:
 - Orina oscura, de color té
 - Picazón
 - Color amarillento de la piel o la parte blanca de los ojos
 - Dolor en el área del estómago
 - Heces de color claro
 - Náuseas
- **Enfermedad renal crónica.** SURAVIR® puede afectar la forma en que funcionan los riñones. Su médico le realizará análisis de sangre y de orina para controlar sus riñones antes de iniciar SURAVIR® y durante el tratamiento.
- Se han producido **cálculos renales** en algunas personas que toman SURAVIR®. Informe a su médico de inmediato si tiene síntomas de cálculos renales, los cuales pueden incluir dolor en la parte baja de la espalda o del estómago, sangre en la orina o dolor al orinar.
- Se han producido **problemas de vesícula biliar** en algunas personas que toman SURAVIR®. Informe a su médico de inmediato si tiene síntomas de problemas de vesícula biliar, los cuales pueden incluir:
 - Fiebre
 - Náuseas y vómitos
 - Dolor en el sector superior derecho o medio del estómago
 - Color amarillento de la piel o la parte blanca de los ojos
- Se ha producido **diabetes y alto nivel de azúcar en sangre (hiperglucemia)** o el cuadro ha empeorado en algunas personas que toman medicamentos inhibidores de proteasa como SURAVIR®. Algunas personas han tenido que comenzar a tomar medicación para tratar la diabetes o han tenido que cambiar su medicación para la diabetes.
- Se pueden producir **cambios en su sistema inmune (síndrome de reconstitución inmune)** cuando comienza a tomar medicamentos contra el VIH-1. Su sistema inmune puede volverse más fuerte y comenzar a combatir infecciones que han estado ocultas en su cuerpo durante largo tiempo. Informe a su médico si comienza a tener nuevos síntomas luego de iniciar SURAVIR®.
- Se pueden producir **cambios en la grasa corporal** en personas que toman medicamentos contra el VIH-1. Estos cambios pueden incluir un aumento de la cantidad de grasa en la parte superior de la espalda y el cuello (“joroba de búfalo”), las mamas, y alrededor del tronco. También se puede registrar una pérdida de grasa en piernas, brazos y rostro. Se desconoce la causa exacta y los efectos a largo plazo sobre la salud de estas afecciones.
- Se ha producido un **aumento de los problemas de hemorragia en personas con hemofilia** cuanto toman inhibidores de proteasa como SURAVIR®.

Los efectos secundarios más comunes de SURAVIR® incluyen:

- Náuseas
- Dolor de cabeza
- Dolor en el área del estómago
- Vómitos
- Dificultad para dormir
- Adormecimiento, hormigueo o ardor en manos o pies
- Mareos
- Dolor muscular
- Diarrea
- Depresión
- Fiebre

Informe a su médico si tiene algún efecto secundario que le moleste o que no desaparezca.

Éstos no son todos los posibles efectos secundarios de SURAVIR®. Para obtener más información, consulte a su médico.

Llame a su médico para obtener asesoramiento profesional sobre los efectos secundarios.

Ante cualquier inconveniente con el producto el paciente puede llenar la ficha que está en la Página Web de la ANMAT:

<http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/Notificar.asp> o llamar a ANMAT responde 0800-333-1234.

¿Cómo debo guardar SURAVIR®?

SURAVIR® Cápsulas:

- Conserve SURAVIR® Cápsulas a temperatura ambiente, entre 15°C y 30°C.
- Mantenga las cápsulas en un envase bien cerrado.

Mantenga SURAVIR® y todos los medicamentos fuera del alcance de los niños.

Información general sobre el uso seguro y efectivo de SURAVIR®

Los medicamentos a veces son recetados con fines distintos de aquellos enumerados en un Prospecto de Información para el Paciente. No utilice SURAVIR® para una afección para la cual no fue recetado. No le dé SURAVIR® a otra persona, incluso aunque presente los mismos síntomas que usted, ya que puede causarle un daño. Si desea más información, consulte a su médico. Puede solicitarle a su médico la información sobre SURAVIR® dirigida a los profesionales de la salud.

¿Cuáles son los ingredientes de SURAVIR®?

Ingrediente activo: sulfato de atazanavir

Excipientes:

SURAVIR Cápsulas: crospovidona, lactosa monohidrato y estearato de magnesio. La envoltura de la cápsula contiene gelatina, FD&C Azul Nro. 2, dióxido de titanio, óxido de hierro negro, óxido de hierro rojo y óxido de hierro amarillo. Las cápsulas vienen impresas con tinta que contiene goma laca (shellac), dióxido de titanio, FD&C Azul Nro. 2, alcohol isopropílico, hidróxido de amonio, propilenglicol, alcohol n-butílico, simeticona y alcohol deshidratado.

Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N°:

Elaborador y acondicionador primario: AstraZeneca Pharmaceuticals LP, 4601 Highway 62 East, Mt. Vernon, Indiana 47620 EEUU.



Importador y acondicionador secundario: Laboratorio del Fin del Mundo SAPEM, Rio Grande 9, Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina. Teléfono: 02901 421166.
Director Técnico: Mauricio Ezequiel Aput – Farmacéutico.

Acondicionador secundario alternativo: Transfarmaco S.A.- Marcos Sastre 1002/1034/1088, El Talar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

ESTE MEDICAMENTO DEBE SER USADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCIÓN Y VIGILANCIA MÉDICA Y NO PUEDE REPETIRSE SIN NUEVA RECETA MÉDICA.

MANTENER ESTE Y TODOS LOS MEDICAMENTOS EN SU ENVASE ORIGINAL Y FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

ESTE MEDICAMENTO HA SIDO PRESCRIPTO PARA SU PROBLEMA MÉDICO ACTUAL. NO LO RECOMIENDE A OTRAS PERSONAS.

Disp. N°

Fecha de última revisión: Mayo 2018

CONSULTE A SU MEDICO



APUT Mauricio Ezequiel
CUIL 20304702657

info@labfindelmundo.com.ar | www.labfindelmundo.com.ar | Ushuaia, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina



LOPEZ Carlos Alberto
CUIL 20142272912



CHIALE Carlos Alberto
CUIL 20120911113

PROYECTO DE PROSPECTO

SURAVIR ATAZANAVIR 30 Cápsulas

VENTA BAJO RECETA ARCHIVADA

FÓRMULA CUALICUANTITATIVA

<u>Presentación</u>	<u>x 300 mg</u>
Cada cápsula contiene:	
ATAZANAVIR base (como sulfato)	300 mg
Excipientes:	
Lactosa monohidrato	164,36 mg
Crospovidona	32,44 mg
Estearato de magnesio	2,16 mg

La cápsula contiene los siguientes ingredientes inactivos: gelatina, FD&C azul #2, dióxido de titanio. SURAVIR 300 mg contiene adicionalmente: óxido de hierro negro, óxido de hierro rojo y óxido de hierro amarillo. La tinta de impresión contiene: goma laca (*shellac*), dióxido de titanio, alcohol isopropílico, hidróxido de amonio, propilenglicol, alcohol n-butílico y simeticona.

ACCIÓN TERAPÉUTICA

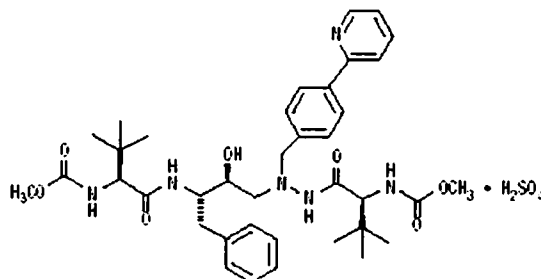
Antirretroviral, antiVIH.

INDICACIONES Y USO

SURAVIR (ATAZANAVIR) está indicado en combinación con otros agentes antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH-1 para pacientes a partir de los 6 años de edad.

DESCRIPCIÓN

El ingrediente activo de SURAVIR Cápsulas es sulfato de ATAZANAVIR, un inhibidor de la proteasa del VIH-1. La denominación química del sulfato de ATAZANAVIR es éster dimetilico del ácido (3*S*,8*S*,9*S*,12*S*)-3,12-Bis(1,1-dimetiletil)-8-hidroxi-4,11-dioxo-9-(fenilmetil)-6-[[4-(2-piridinil)fenil]metil]-2,5,6,10,13-pentaazatetradecandioico, sulfato (1:1). Su fórmula molecular es $C_{38}H_{52}N_6O_7 \cdot H_2SO_4$, que corresponde a un peso molecular de 802,9 (sal del ácido sulfúrico). El peso molecular de la base libre es 704,9. El ATAZANAVIR tiene la siguiente fórmula estructural:



El ATAZANAVIR es un polvo cristalino entre blanco y amarillo pálido. Es levemente soluble en agua (4-5 mg/ml, equivalente a la base libre), y el pH de una solución saturada en agua es de aproximadamente 1,9 a $24 \pm 3^\circ \text{C}$.

FARMACOLOGÍA CLÍNICA

Mecanismo de acción

El ATAZANAVIR es un fármaco antirretroviral contra el VIH-1 [véase Microbiología].

Farmacodinamia

Electrofisiología cardíaca

Se ha observado una prolongación del intervalo PR dependiente de la concentración y de la dosis en el electrocardiograma de voluntarios sanos que recibieron ATAZANAVIR. En un estudio controlado con placebo (AI424-076), el cambio máximo promedio (\pm desviación estándar) en el intervalo PR respecto del valor previo a la dosis fue de $24 (\pm 15)$ mseg luego de la dosis oral de 400 mg de ATAZANAVIR (n=65) en comparación con $13 (\pm 11)$ mseg luego de la dosis de placebo (n=67). Las prolongaciones del intervalo PR en este estudio fueron asintomáticas. Se dispone de información limitada sobre el potencial de una interacción farmacodinámica en seres humanos entre el ATAZANAVIR y otros fármacos que prolongan el intervalo PR del electrocardiograma [véase Advertencias y Precauciones].

Se determinaron los efectos electrocardiográficos del ATAZANAVIR en un estudio de farmacología clínica efectuado en 72 individuos sanos. Se compararon dosis orales de 400 mg (dosis máxima recomendada) y 800 mg (dos veces la dosis máxima recomendada) con el placebo; el ATAZANAVIR no produjo ningún efecto dependiente de la concentración sobre el intervalo QTc (usando la corrección de Fridericia). En 1793 pacientes infectados con VIH que recibieron regímenes antirretrovirales, la prolongación del intervalo QTc fue comparable en los regímenes con ATAZANAVIR y con el control. Ningún individuo sano ni paciente infectado con VIH tratado con ATAZANAVIR en los ensayos clínicos tuvo un intervalo QTc >500 mseg [véase Advertencias y Precauciones].

Farmacocinética

La farmacocinética del ATAZANAVIR se evaluó en voluntarios adultos sanos y en pacientes infectados con VIH después de la administración de ATAZANAVIR 400 mg una vez por día y después de la administración de ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg una vez por día (véase Tabla 1).

Tabla 1: Farmacocinética del ATAZANAVIR en estado estacionario en individuos sanos o pacientes infectados con VIH después de ingerir alimentos

Parámetro	400 mg una vez por día		300 mg con ritonavir 100 mg una vez por día	
	Individuos sanos (n=14)	Pacientes infectados con VIH (n=13)	Individuos sanos (n=28)	Pacientes infectados con VIH (n=10)
C_{max} (ng/ml)				
Media geométrica (CV%)	5199 (26)	2298 (71)	6129 (31)	4422 (58)
Media (SD)	5358 (1371)	3152 (2231)	6450 (2031)	5233 (3033)
T_{max} (h)				
Mediana	2,5	2,0	2,7	3,0
ABC (ng•h/ml)				
Media geométrica (CV%)	28132 (28)	14874 (91)	57039 (37)	46073 (66)
Media (SD)	29303 (8263)	22262 (20159)	61435 (22911)	53761 (35294)
T-medio (h)				

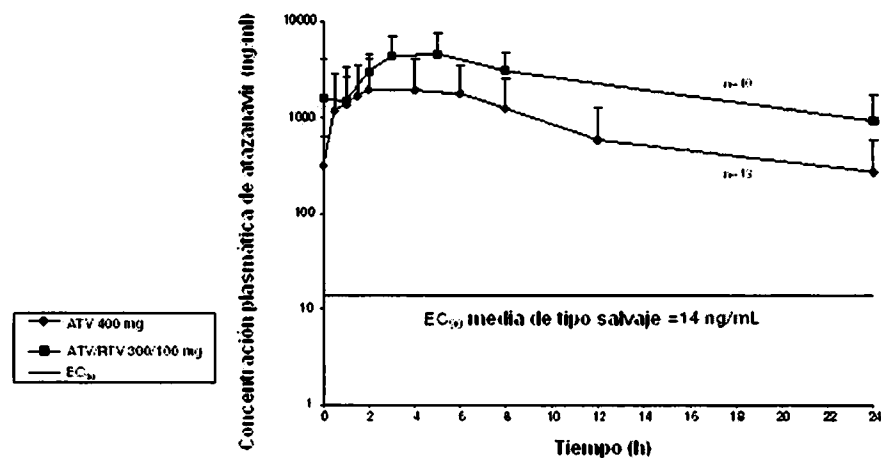
Media (SD)	7,9 (2,9)	6,5 (2,6)	18,1 (6,2) ^a	8,6 (2,3)
C_{\min} (ng/ml)				
Media geométrica (CV%)	159 (88)	120 (109)	1227 (53)	636 (97)
Media (SD)	218 (191)	273 (298) ^b	1441 (757)	862 (838)

^a n=26.

^b n=12.

La Figura 1 muestra las concentraciones plasmáticas medias de ATAZANAVIR en estado estacionario luego de la administración de ATAZANAVIR 400 mg una vez por día (en forma de dos cápsulas de 200 mg) junto con una comida liviana y luego de la administración de ATAZANAVIR 300 mg (en forma de dos cápsulas de 150 mg) junto con ritonavir 100 mg una vez por día con una comida liviana en pacientes adultos infectados con VIH.

Figura 1: Concentraciones plasmáticas medias (SD) en estado estacionario de ATAZANAVIR 400 mg (n=13) y 300 mg con ritonavir (n=10) para pacientes adultos infectados con VIH



Absorción

El ATAZANAVIR se absorbe rápidamente, con un T_{\max} de aproximadamente 2,5 horas. El ATAZANAVIR demuestra una farmacocinética no lineal con incrementos que son más que proporcionales a la dosis en los valores de ABC y C_{\max} en el rango de dosificación de 200 a 800 mg una vez por día. El estado estacionario se alcanza entre los días 4 y 8, con una acumulación de aproximadamente 2,3 veces.

Efecto de los alimentos

La administración de ATAZANAVIR junto con alimentos incrementa la biodisponibilidad y reduce la variabilidad farmacocinética. La administración de una dosis única de 400 mg de ATAZANAVIR junto con una comida liviana (357 kcal, 8,2 g de grasas, 10,6 g de proteínas) dio como resultado un aumento del 70% en ABC y un aumento del 57% en C_{\max} respecto de la administración en ayunas. La administración de una dosis única de 400 mg de ATAZANAVIR con una comida con alto contenido graso (721 kcal, 37,3 g de grasas, 29,4 g de proteínas) dio como resultado un aumento medio de ABC del 35% sin cambios en C_{\max} respecto de la administración en ayunas. La administración de ATAZANAVIR con una comida liviana o con una comida con alto contenido graso disminuyó el coeficiente de variación de ABC y C_{\max} a aproximadamente la mitad en comparación con la administración en ayunas.

La coadministración de una dosis única de 300 mg de ATAZANAVIR y una dosis de 100 mg de ritonavir con una comida liviana (336 kcal, 5,1 g de grasas, 9,3 g de proteínas) dio como resultado un aumento del 33% en el ABC y un aumento del 40% en C_{\max} y en la concentración de 24 horas de ATAZANAVIR con respecto a la administración en ayunas. La coadministración con una comida con alto contenido de grasas (951 kcal, 54,7 g de grasas, 35,9 g de

proteínas) no afectó el ABC del ATAZANAVIR con respecto a la administración en ayunas y C_{\max} estuvo dentro del 11% de los valores en estado de ayuno. La concentración de 24 horas luego de una comida con alto contenido de grasas aumentó en aproximadamente un 33% debido a la absorción retardada; el T_{\max} medio aumentó de 2,0 a 5,0 horas. La coadministración de ATAZANAVIR con ritonavir junto con una comida liviana o con alto contenido de grasas disminuyó el coeficiente de variación de ABC y C_{\max} en aproximadamente 25% en comparación con la administración en ayunas.

Distribución

El ATAZANAVIR se une en un 86% a las proteínas séricas humanas, y la unión a las proteínas es independiente de la concentración. El ATAZANAVIR se une a la alfa-1 glicoproteína ácida (AAG) y a la albúmina en grado similar (89% y 86%, respectivamente). En un estudio con dosis múltiples efectuado en pacientes infectados con VIH que recibieron una dosis diaria de 400 mg de ATAZANAVIR junto con una comida liviana durante 12 semanas, se detectó ATAZANAVIR en el líquido cefalorraquídeo y en el semen. La relación líquido cefalorraquídeo/plasma para el ATAZANAVIR (n=4) osciló entre 0,0021 y 0,0226, y la relación semen/plasma (n=5) osciló entre 0,11 y 4,42.

Metabolismo

El ATAZANAVIR es extensamente metabolizado en el ser humano. Las principales vías de biotransformación del ATAZANAVIR en el ser humano consistieron en monooxigenación y dióxigenación. Otras vías de biotransformación menores para el ATAZANAVIR o sus metabolitos consistieron en glucuronidación, N-dealquilación, hidrólisis y oxigenación con deshidrogenación. Se han caracterizado dos metabolitos menores del ATAZANAVIR en plasma. Ninguno de ellos demostró actividad antiviral *in vitro*. Los estudios *in vitro* en los que se usaron microsomas hepáticos humanos sugirieron que el ATAZANAVIR es metabolizado por CYP3A.

Eliminación

Luego de una dosis única de 400 mg de ^{14}C -ATAZANAVIR, el 79% y el 13% de la radioactividad total se recuperó en la materia fecal y la orina, respectivamente. El fármaco inalterado representó aproximadamente el 20% y el 7% de la dosis administrada en la materia fecal y la orina, respectivamente. El promedio de la vida media de eliminación del ATAZANAVIR en voluntarios sanos (n=214) y en pacientes adultos infectados con VIH (n=13) fue de aproximadamente 7 horas en estado estacionario luego de una dosis diaria de 400 mg junto con una comida liviana.

Poblaciones específicas

Deterioro renal

En individuos sanos, la eliminación renal del ATAZANAVIR inalterado fue de aproximadamente el 7% de la dosis administrada. ATAZANAVIR ha sido estudiado en sujetos adultos con deterioro renal severo (n=20), incluidos pacientes sometidos a hemodiálisis, con dosis múltiples de 400 mg una vez por día. La C_{\max} media del ATAZANAVIR fue un 9% menor, el ABC fue un 19% mayor, y la C_{\min} fue un 96% mayor en sujetos con deterioro renal severo no sometidos a hemodiálisis (n=10) que en sujetos de edad, peso y género similar con una función renal normal. En una sesión de diálisis de 4 horas, se eliminó el 2,1% de la dosis administrada. Cuando se administró ATAZANAVIR antes o después de la hemodiálisis (n=10), las medias geométricas para C_{\max} , ABC y C_{\min} fueron entre aproximadamente un 25% y un 43% menores que en los sujetos con una función renal normal. Se desconoce el mecanismo que opera detrás de esta disminución. No se recomienda usar ATAZANAVIR en pacientes previamente tratados por VIH con enfermedad renal en estadio terminal sometidos a hemodiálisis [véase Posología/Dosis y Administración].

Deterioro hepático

ATAZANAVIR ha sido estudiado en pacientes adultos con deterioro hepático moderado a severo (14 pacientes con Child-Pugh B y 2 con Child-Pugh C) luego de una única dosis de 400 mg. El $\text{AUC}_{(0-\infty)}$ media fue 42% mayor en pacientes con deterioro de la función hepática en comparación con los voluntarios sanos. La vida media promedio de ATAZANAVIR en pacientes con deterioro hepático fue de 12,1 horas en comparación con 6,4 horas en

voluntarios sanos. Se recomienda una reducción de la dosis a 300 mg para pacientes con deterioro hepático moderado (Child-Pugh Clase B) que no han experimentado fracaso virológico previo, ya que se prevén mayores concentraciones de ATAZANAVIR. No se recomienda usar ATAZANAVIR en pacientes con deterioro hepático severo. La farmacocinética de ATAZANAVIR en combinación con ritonavir no ha sido estudiada en pacientes con deterioro hepático; por lo tanto, la coadministración de ATAZANAVIR con ritonavir no se recomienda en pacientes con cualquier grado de deterioro hepático [véase Posología/Dosis y Administración].

Uso pediátrico

Los parámetros farmacocinéticos para el ATAZANAVIR en estado estacionario en pacientes pediátricos que toman la formulación en cápsulas fueron predichos por un modelo de farmacocinética poblacional y se resumen en la Tabla 2 por rangos de peso que corresponden a las dosis recomendadas [véase Posología/Dosis y Administración].

Tabla 2: Farmacocinética predicha del ATAZANAVIR en estado estacionario (formulación en cápsulas) con ritonavir en pacientes pediátricos infectados con el VIH

Peso corporal (rango en kg)	Dosis de ATAZANAVIR/ritonavir (mg)	Media geométrica de $C_{m\acute{a}x}$ (ng/ml) (CV%)	Media geométrica de ABC (ng·h/ml) (CV%)	Media geométrica de $C_{m\acute{i}n}$ (ng/ml) (CV%)
15 a <35	200/100	3303 (86%)	37235 (84%)	538 (99%)
≥35	300/100	2980 (82%)	37643 (83%)	653 (89%)

Embarazo

Los datos farmacocinéticos de mujeres embarazadas infectadas con el VIH que recibieron ATAZANAVIR Cápsulas con ritonavir se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3: Farmacocinética en estado estacionario de ATAZANAVIR con ritonavir en mujeres embarazadas infectadas con el VIH en estado alimentado

Parámetro farmacocinético	ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg		
	2do. trimestre (n=5 ^a)	3er. trimestre (n=20)	Post-parto ^b (n=34)
$C_{m\acute{a}x}$ (ng/ml)	3078,85	3291,46	5721,21
Media geométrica (CV%)	(50)	(48)	(31)
ABC (ng·h/ml)	27657,1	34251,5	61990,4
Media geométrica (CV%)	(43)	(43)	(32)
$C_{m\acute{i}n}$ (ng/ml) ^c	538,70	668,48	1462,59
Media geométrica (CV%)	(46)	(50)	(45)

^a Los datos disponibles durante el 2do. trimestre son limitados.

^b Las concentraciones máximas y las ABC del ATAZANAVIR demostraron ser aproximadamente 28–43% mayores durante el periodo post-parto (4–12 semanas) en comparación con las observadas históricamente en pacientes infectadas con el VIH no embarazadas. Las concentraciones plasmáticas mínimas del ATAZANAVIR fueron aproximadamente 2,2 veces mayores durante el periodo post-parto en comparación con aquellas observadas históricamente en pacientes infectadas con el VIH no embarazadas.

^c $C_{m\acute{i}n}$ es la concentración 24 horas después de la dosis.

Datos sobre interacción medicamentosa

El ATAZANAVIR es un inhibidor de CYP3A dependiente del metabolismo, con un valor de K_{inact} de entre 0,05 y 0,06 min^{-1} y un valor de K_i de entre 0,84 y 1,0 μM . El ATAZANAVIR también es un inhibidor directo de UGT1A1 ($K_i = 1,9 \mu\text{M}$) y CYP2C8 ($K_i = 2,1 \mu\text{M}$).

Se ha demostrado que el ATAZANAVIR no induce su propio metabolismo *in vivo*, ni aumenta la biotransformación de algunos fármacos metabolizados por CYP3A. En un estudio de dosis múltiples, ATAZANAVIR disminuyó la relación urinaria entre 6 β -OH cortisol endógeno y cortisol respecto de la condición basal, lo que indica que no se indujo la producción de CYP3A.

No se prevén interacciones clínicamente significativas entre ATAZANAVIR y sustratos de CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6, CYP2B6, CYP2A6, CYP1A2 o CYP2E1. No se prevén interacciones clínicamente significativas entre ATAZANAVIR administrado con ritonavir y sustratos de CYP2C8. Véase la información completa sobre prescripción para ritonavir a fin de obtener información sobre otras potenciales interacciones medicamentosas con ritonavir.

Sobre la base de los perfiles metabólicos conocidos, no se esperan interacciones medicamentosas clínicamente significativas entre ATAZANAVIR y dapsona, trimetoprima/ sulfametoxazol, azitromicina o eritromicina. ATAZANAVIR no interactúa con sustratos de CYP2D6 (por ejemplo, nortriptilina, desipramina, metoprolol).

Se llevaron a cabo estudios de interacciones medicamentosas con ATAZANAVIR y otros fármacos que probablemente se administren en forma concomitante y algunos fármacos que comúnmente se utilizan como sondas para determinar las interacciones farmacocinéticas. Los efectos de la coadministración de ATAZANAVIR en ABC, C_{max} y C_{min} se sintetizan en las Tablas 4 y 5. Ni la didanosina EC ni el diltiazem tuvieron un efecto significativo sobre las exposiciones a ATAZANAVIR (véase la Tabla 5 para el efecto de ATAZANAVIR sobre las exposiciones a didanosina EC o diltiazem). ATAZANAVIR no tuvo un efecto significativo sobre las exposiciones a didanosina (cuando se administró como comprimido con adición de buffer), estavudina o fluconazol. Para obtener información sobre las recomendaciones clínicas, véase *Interacciones Medicamentosas*.

Tabla 4: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para atazanavir en presencia de fármacos coadministrados*

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del atazanavir con/sin fármaco coadministrado; Sin efecto = 1,00		
			C_{max}	ABC	C_{min}
atenolol	50 mg por día, d 7-11 (n=19) y d 19-23	400 mg por día, d 1-11 (n=19)	1,00 (0,89, 1,12)	0,93 (0,85, 1,01)	0,74 (0,65, 0,86)
boceprevir	800 mg tres veces por día, d 1-6, 25-31	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 10-31	atazanavir: 0,75 (0,64-0,88) ritonavir: 0,73 (0,64-0,83)	atazanavir: 0,65 (0,55-0,78) ritonavir: 0,64 (0,58-0,72)	atazanavir: 0,51 (0,44-0,61) ritonavir: 0,55 (0,45-0,67)
claritromicina	500 mg dos veces por día, d 7-10 (n=29) y d 18-21	400 mg por día, d 1-10 (n=29)	1,06 (0,93, 1,20)	1,28 (1,16, 1,43)	1,91 (1,66, 2,21)

Tabla 4: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para atazanavir en presencia de fármacos coadministrados^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del atazanavir con/sin fármaco coadministrado; Sin efecto = 1,00		
			C _{max}	ABC	C _{min}
didanosina (ddl) (comprimidos con búfer) más stavudina (d4T) ^b	ddl: 200 mg x 1 dosis d4T: 40 mg x 1 dosis (n=31)	400 mg x 1 dosis simultáneamente con ddl y d4T (n=31)	0,11 (0,06, 0,18)	0,13 (0,08, 0,21)	0,16 (0,10, 0,27)
	ddl: 200 mg x 1 dosis d4T: 40 mg x 1 dosis (n=32)	400 mg x 1 dosis 1 h después de ddl + d4T (n=32)	1,12 (0,67, 1,18)	1,03 (0,64, 1,67)	1,03 (0,61, 1,73)
efavirenz	600 mg por día, d 7-20 (n=27)	400 mg por día, d 1-20 (n=27)	0,41 (0,33, 0,51)	0,26 (0,22, 0,32)	0,07 (0,05, 0,10)
	600 mg por día, d 7-20 (n=13)	400 mg por día, d 1-6 (n=23), luego 300 mg/ritonavir 100 mg por día, 2 h antes de efavirenz, d 7-20 (n=13)	1,14 (0,83, 1,58)	1,39 (1,02, 1,88)	1,48 (1,24, 1,76)
	600 mg por día, d 11-24 (pm) (n=14)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 1-10 (pm) (n=22), luego 400 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 11-24 (pm), (simultáneamente con efavirenz) (n=14)	1,17 (1,08, 1,27)	1,00 (0,91, 1,10)	0,58 (0,49, 0,69)
famotidina	40 mg dos veces por día, d 7-12 (n=15)	400 mg por día, d 1-6 (n=45), d 7-12 (administración simultánea) (n=15)	0,53 (0,34, 0,82)	0,59 (0,40, 0,87)	0,58 (0,37, 0,89)
	40 mg dos veces por día, d 7-12 (n=14)	400 mg por día (pm), d 1-6 (n=14), d 7-12 (10 h después, 2 h antes de la famotidina) (n=14)	1,08 (0,82, 1,41)	0,95 (0,74, 1,21)	0,79 (0,60, 1,04)
	40 mg dos veces por día, d 11-20 (n=14) ^c	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 1-10 (n=46), d 11-20 ^a (administración simultánea) (n=14)	0,86 (0,79, 0,94)	0,82 (0,75, 0,89)	0,72 (0,64, 0,81)

Tabla 4: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para atazanavir en presencia de fármacos coadministrados^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del atazanavir con/sin fármaco coadministrado; Sin efecto = 1,00		
			C _{max}	ABC	C _{min}
	20 mg dos veces por día, d 11-17 (n=18)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día/tenofovir DF 300 mg por día, d 1-10 (am) (n=39), d 11-17 (am) (administración simultánea con famotidina am) (n=18) ^{d,e}	0,91 (0,84, 0,99)	0,90 (0,82, 0,98)	0,81 (0,69, 0,94)
	40 mg por día (pm), d 18-24 (n=20)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día/tenofovir DF 300 mg por día, d 1-10 (am) (n=39), d 18-24 (am) (12 h después de famotidina pm) (n=20) ^c	0,89 (0,81, 0,97)	0,88 (0,80, 0,96)	0,77 (0,63, 0,93)
	40 mg dos veces por día, d 18-24 (n=18)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día/tenofovir DF 300 mg por día, d 1-10 (am) (n=39), d 18-24 (am) (10 h después de famotidina pm y 2 h antes de famotidina am) (n=18) ^e	0,74 (0,66, 0,84)	0,79 (0,70, 0,88)	0,72 (0,63, 0,83)
	40 mg dos veces por día, d 11-20 (n=15)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 1-10 (am) (n=46), luego 400 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 11-20 (am) (n=15)	1,02 (0,87, 1,18)	1,03 (0,86, 1,22)	0,86 (0,68, 1,08)
grazoprevir/ elbasvir	grazoprevir 200 mg QD d 1-35 (n=11)	300 mg QD/ritonavir 100 mg QD, d 1-35 (n=11)	1,12 (1,01, 1,24)	1,43 (1,30, 1,57)	1,23 (1,13, 1,34)
	elbasvir 50 mg QD d 1-35 (n=8)	300 mg QD/ritonavir 100 mg QD, d 1-35 (n=8)	1,02 (0,96, 1,08)	1,07 (0,98, 1,17)	1,15 (1,02, 1,29)
ketoconazol	200 mg por día, d 7-13 (n=14)	400 mg por día, d 1-13 (n=14)	0,99 (0,77, 1,28)	1,10 (0,89, 1,37)	1,03 (0,53, 2,01)

Tabla 4: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para atazanavir en presencia de fármacos coadministrados^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (Intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del atazanavir con/sin fármaco coadministrado; Sin efecto = 1,00		
			C _{max}	ABC	C _{min}
nevirapina ^{f,g}	200 mg dos veces por día, d 1-23 (n=23)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 4-13, luego 400 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 14-23 (n=23) ^h	0,72 (0,60, 0,86)	0,58 (0,48, 0,71)	0,28 (0,20, 0,40)
			1,02 (0,85, 1,24)	0,81 (0,65, 1,02)	0,41 (0,27, 0,60)
omeprazol	40 mg por día, d 7-12 (n=16) ⁱ	400 mg por día, d 1-6 (n=48), d 7-12 (n=16)	0,04 (0,04, 0,05)	0,06 (0,05, 0,07)	0,05 (0,03, 0,07)
	40 mg por día, d 11-20 (n=15) ⁱ	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 1-20 (n=15)	0,28 (0,24, 0,32)	0,24 (0,21, 0,27)	0,22 (0,19, 0,26)
	20 mg por día, d 17-23 (am) (n=13)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 7-16 (pm) (n=27), d 17-23 (pm) (n=13) ^{j,k}	0,61 (0,46, 0,81)	0,58 (0,44, 0,75)	0,54 (0,41, 0,71)
	20 mg por día, d 17-23 (am) (n=14)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 7-16 (am) (n=27), luego 400 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 17-23 (am) (n=14) ^{l,m}	0,69 (0,58, 0,83)	0,70 (0,57, 0,86)	0,69 (0,54, 0,88)
pitavastatina	4 mg una vez por día durante 5 días	300 mg una vez por día durante 5 días	1,13 (0,96, 1,32)	1,06 (0,90, 1,26)	ND
rifabutina	150 mg por día, d 15-28 (n=7)	400 mg por día, d 1-28 (n=7)	1,34 (1,14, 1,59)	1,15 (0,98, 1,34)	1,13 (0,68, 1,87)
rifampicina	600 mg por día, d 17-26 (n=16)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 7-16 (n=48), d 17-26 (n=16)	0,47 (0,41, 0,53)	0,28 (0,25, 0,32)	0,02 (0,02, 0,03)

Tabla 4: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para atazanavir en presencia de fármacos coadministrados^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del atazanavir con/sin fármaco coadministrado; Sin efecto = 1,00		
			C _{máx}	ABC	C _{mín}
ritonavir ⁿ	100 mg por día, d 11-20 (n=28)	300 mg por día, d 1-20 (n=28)	1,86 (1,69, 2,05)	3,38 (3,13, 3,63)	11,89 (10,23, 13,82)
tenofovir DF ^o	300 mg por día, d 9-16 (n=34)	400 mg por día, d 2-16 (n=34)	0,79 (0,73, 0,86)	0,75 (0,70, 0,81)	0,60 (0,52, 0,68)
	300 mg por día, d 15-42 (n=10)	300 mg/ritonavir 100 mg por día, d 1-42 (n=10)	0,72 ^p (0,50, 1,05)	0,75 ^p (0,58, 0,97)	0,77 ^p (0,54, 1,10)
voriconazol (pacientes con al menos un alelo CYP2C19 funcional)	200 mg dos veces por día, d 2-3, 22-30; 400 mg dos veces por día, d 1, 21 (n=20)	300 mg/ritonavir 100 mg por día, d 11-30 (n=20)	0,87 (0,80, 0,96)	0,88 (0,82, 0,95)	0,80 (0,72, 0,90)
voriconazol (pacientes sin un alelo CYP2C19 funcional)	50 mg dos veces por día, d 2-3, 22-30; 100 mg dos veces por día, d 1, 21 (n=8)	300 mg/ritonavir 100 mg por día, d 11-30 (n=8)	0,81 (0,66, 1,00)	0,80 (0,65, 0,97)	0,69 (0,54, 0,87)

- ^a A menos que se indique lo contrario, datos proporcionados en condiciones de alimentación.
- ^b Todos los fármacos fueron suministrados en ayunas.
- ^c SURAVIR 300 mg más ritonavir 100 mg una vez por día coadministrados con famotidina 40 mg dos veces por día dieron como resultado una C_{máx} promedio geométrico de atazanavir que fue similar y valores de ABC y C_{mín} que fueron 1,79 y 4,46 veces mayores en comparación con ATAZANAVIR 400 mg una vez por día solo.
- ^d Se observaron resultados similares cuando se administró famotidina 20 mg dos veces por día 2 horas después y 10 horas antes de atazanavir 300 mg y ritonavir 100 mg más tenofovir DF 300 mg.
- ^e Atazanavir/ritonavir/tenofovir DF se administraron luego de una comida liviana.
- ^f El estudio se realizó en individuos infectados con VIH.
- ^g En comparación con los datos históricos de atazanavir 400 mg sin nevirapina (n=13), la relación de medias geométricas (intervalos de confianza del 90%) para C_{máx}, ABC y C_{mín} fueron de 1,42 (0,98, 2,05), 1,64 (1,11, 2,42) y 1,25 (0,66, 2,36), respectivamente, para atazanavir/ritonavir 300/100 mg; y 2,02 (1,42, 2,87), 2,28 (1,54, 3,38) y 1,80 (0,94, 3,45), respectivamente, para atazanavir/ritonavir 400/100 mg.
- ^h Diseño de grupos paralelos; n=23 para atazanavir/ritonavir más nevirapina, n=22 para atazanavir 300 mg/ritonavir 100 mg sin nevirapina. Los pacientes fueron tratados con nevirapina antes del ingreso en el estudio.
- ⁱ Omeprazol 40 mg se administró con el estómago vacío 2 horas antes de SURAVIR.

Tabla 4: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para atazanavir en presencia de fármacos coadministrados^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del atazanavir con/sin fármaco coadministrado; Sin efecto = 1,00		
			C _{máx}	ABC	C _{mín}
<p>ⁱ Omeprazol 20 mg se administró 30 minutos antes de una comida liviana por la mañana y SURAVIR 300 mg más ritonavir 100 mg por la noche luego de una comida liviana, con una separación de 12 horas respecto del omeprazol.</p> <p>^k SURAVIR 300 mg más ritonavir 100 mg una vez por día separado por 12 horas del omeprazol 20 mg diario dio como resultado aumentos en el ABC media geométrica de atazanavir (10%) y en C_{mín} (2,4 veces), con una disminución de C_{máx} (29%) respecto de ATAZANAVIR 400 mg una vez por día en ausencia de omeprazol (días del estudio 1-6).</p> <p>^l Omeprazol 20 mg se administró 30 minutos antes de una comida liviana por la mañana y ATAZANAVIR 400 mg más ritonavir 100 mg una vez por día después de una comida liviana, 1 hora después del omeprazol. Los efectos sobre las concentraciones de atazanavir fueron similares cuando ATAZANAVIR 400 mg más ritonavir 100 mg se separó de omeprazol 20 mg por un lapso de 12 horas.</p> <p>^m ATAZANAVIR 400 mg más ritonavir 100 mg una vez por día administrado con omeprazol 20 mg una vez por día dio como resultado aumentos en el ABC media geométrica de atazanavir (32%) y en C_{mín} (3,3 veces), con una disminución de C_{máx} (26%) respecto de ATAZANAVIR 400 mg una vez por día en ausencia de omeprazol (días del estudio 1-6).</p> <p>ⁿ En comparación con los datos históricos sobre atazanavir 400 mg por día, la administración de atazanavir/ritonavir 300/100 mg por día aumentó los valores promedios geométricos de C_{máx}, ABC y C_{mín} de atazanavir en 18%, 103% y 671%, respectivamente.</p> <p>^o Nótese que se observaron resultados similares en estudios en donde la administración de tenofovir DF y SURAVIR se espació 12 horas.</p> <p>^p Relación entre atazanavir más ritonavir más tenofovir DF y atazanavir más ritonavir. Atazanavir 300 mg más ritonavir 100 mg da como resultado una mayor exposición a atazanavir que atazanavir 400 mg (véase nota^o). Los valores promedios geométricos de los parámetros farmacocinéticos de atazanavir cuando se lo coadministró con ritonavir y tenofovir DF fueron: C_{máx} = 3190 ng/mL, ABC = 34459 ng·h/mL y C_{mín} = 491 ng/mL. El estudio se llevó a cabo en individuos infectados con VIH.</p> <p>ND = no disponible.</p>					

Tabla 5: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para fármacos coadministrados en presencia de ATAZANAVIR^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del fármaco coadministrado con/sin ATAZANAVIR; Sin efecto = 1,00		
			C _{máx}	ABC	C _{mín}
acetaminofeno	1 g dos veces por día, d 1-20 (n=10)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 11-20 (n=10)	0,87 (0,77, 0,99)	0,97 (0,91, 1,03)	1,26 (1,08, 1,46)

Tabla 5: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para fármacos coadministrados en presencia de ATAZANAVIR^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del fármaco coadministrado con/sin ATAZANAVIR; Sin efecto = 1,00		
			C _{max}	ABC	C _{min}
atenolol	50 mg por día, d 7-11 (n=19) y d 19-23	400 mg por día, d 1-11 (n=19)	1,34 (1,26, 1,42)	1,25 (1,16, 1,34)	1,02 (0,88, 1,19)
boceprevir	800 mg tres veces por día, d 1-6, 25-31	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 10-31	0,93 (0,80, 1,08)	0,95 (0,87, 1,05)	0,82 (0,68, 0,98)
claritromicina	500 mg dos veces por día, d 7-10 (n=21) y d 18-21	400 mg por día, d 1-10 (n=21)	1,50 (1,32, 1,71) OH-claritromicina: 0,28 (0,24, 0,33)	1,94 (1,75, 2,16) OH-claritromicina: 0,30 (0,26, 0,34)	2,60 (2,35, 2,88) OH-claritromicina: 0,38 (0,34, 0,42)
ddi (cápsulas con recubrimiento entérico [EC]) ^b	400 mg d 1 (en ayunas), d 8 (con alimento) (n=34)	400 mg por día, d 2-8 (n=34)	0,64 (0,55, 0,74)	0,66 (0,60, 0,74)	1,13 (0,91, 1,41)
	400 mg d 1 (en ayunas), d 19 (con alimento) (n=31)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 9-19 (n=31)	0,62 (0,52, 0,74)	0,66 (0,59, 0,73)	1,25 (0,92, 1,69)
diltiazem	180 mg por día, d 7-11 (n=28) y d 19-23	400 mg por día, d 1-11 (n=28)	1,98 (1,78, 2,19)	2,25 (2,09, 2,16)	2,42 (2,14, 2,73)
			desacetil-diltiazem: 2,72 (2,44, 3,03)	desacetil-diltiazem: 2,65 (2,45, 2,87)	desacetil-diltiazem: 2,21 (2,02, 2,42)

Tabla 5: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para fármacos coadministrados en presencia de ATAZANAVIR^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (Intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del fármaco coadministrado con/sin ATAZANAVIR; Sin efecto = 1,00		
			C _{max}	ABC	C _{min}
etinil estradiol y noretindrona ^c	0,035 mg/0,5 mg - 0,035 mg /0,75 mg - 0,035 mg/1 mg. 7/7/7 por día, d 1-29 (n=19)	400 mg por día, d 16-29 (n=19)	etinil estradiol: 1,15 (0,99, 1,32)	etinil estradiol: 1,48 (1,31, 1,68)	etinil estradiol: 1,91 (1,57, 2,33)
			noretindrona: 1,67 (1,42, 1,96)	noretindrona: 2,10 (1,68, 2,62)	noretindrona: 3,62 (2,57, 5,09)
etinil estradiol y norgestimato ^d	0,035 mg/0,018 mg - 0,035 mg/0,215 mg - 0,035 mg/0,225 mg por día, d 1-28 (n=18), luego 0,025 mg/0,018 mg - 0,025 mg/0,215 mg - 0,025 mg/0,225 mg por día, d 29-42 ^e (n=14)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 29-42 (n=14)	etinil estradiol: 0,84 (0,74, 0,95)	etinil estradiol: 0,81 (0,75, 0,87)	etinil estradiol: 0,63 (0,55, 0,71)
			17-desacetil norgestimato: ^f 1,68 (1,51, 1,88)	17-desacetil norgestimato: ^f 1,85 (1,67, 2,05)	17-desacetil norgestimato: ^f 2,02 (1,77, 2,31)
glecaprevir/ pibrentasvir	300 mg glecaprevir (n=12)	300 mg QD/ritonavir 100 mg QD (n=12)	≥4,06 ^g (3,15, 5,23)	≥6,53 ^g (5,24, 8,14)	≥14,3 ^g (9,85, 20,7)
	120 mg pibrentasvir (n=12)	300 mg QD/ritonavir 100 mg QD (n=12)	≥1,29 ^g (1,15, 1,45)	≥1,64 ^g (1,48, 1,82)	≥2,29 ^g (1,95, 2,68)
grazoprevir/ elbasvir	grazoprevir 200 mg QD d 1-35 (n=12)	300 mg QD/ritonavir 100 mg QD d 1-35 (n=12)	6,24 (4,42, 8,81)	10,58 (7,78, 14,39)	11,64 (7,96, 17,02)
	elbasvir 50 mg QD d 1-35 (n=10)	300 mg QD/ritonavir 100 mg QD d 1-35 (n=10)	4,15 (3,46, 4,97)	4,76 (4,07, 5,56)	6,45 (5,51, 7,54)

Tabla 5: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para fármacos coadministrados en presencia de ATAZANAVIR^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del fármaco coadministrado con/sin ATAZANAVIR; Sin efecto = 1,00		
			C _{máx}	ABC	C _{mín}
metadona	dosis de mantenimiento estable, d 1-15 (n=16)	400 mg por día, d 2-15 (n=16)	(R)-metadona ^h 0,91 (0,84, 1,0) total: 0,85 (0,78, 0,93)	(R)-metadona ^h 1,03 (0,95, 1,10) total: 0,94 (0,87, 1,02)	(R)-metadona ^h 1,11 (1,02, 1,20) total: 1,02 (0,93, 1,12)
Nevirapina ⁱⁱ	200 mg dos veces por día, d 1-23 (n=23)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 4-13, luego 400 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 14-23 (n=23)	1,17 (1,09, 1,25) 1,21 (1,11, 1,32)	1,25 (1,17, 1,34) 1,26 (1,17, 1,36)	1,32 (1,22, 1,43) 1,35 (1,25, 1,47)
Omeprazol ^k	40 mg dosis única, d 7 y d 20 (n=16)	400 mg por día, d 1-12 (n=16)	1,24 (1,04, 1,47)	1,45 (1,20, 1,76)	ND
rifabutina	300 mg por día, d 1-10, luego 150 mg por día, d 11-20 (n=3) 150 mg dos veces por semana, d 1-15 (n=7)	600 mg por día ^l , d 1-20 (n=3) 300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 1-17 (n=7)	1,18 (0,94, 1,48) 25-O-desacetil-rifabutina: 8,20 (5,90, 11,40) 2,49 ^m (2,03, 3,06) 25-O-desacetil-rifabutina: 7,77 (6,13, 9,83)	2,10 (1,57, 2,79) 25-O-desacetil-rifabutina: 22,01 (15,97, 30,34) 1,48 ^m (1,19, 1,84) 25-O-desacetil-rifabutina: 10,90 (8,14, 14,61)	3,43 (1,98, 5,96) 25-O-desacetil-rifabutina: 75,6 (30,1, 190,0) 1,40 ^m (1,05, 1,87) 25-O-desacetil-rifabutina: 11,45 (8,15, 16,10)
pitavastatina	4 mg una vez por día durante 5 días	300 mg una vez por día durante 5 días	(1,60) (1,39, 1,85)	(1,31) (1,23, 1,39)	ND

Tabla 5: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para fármacos coadministrados en presencia de ATAZANAVIR^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (Intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del fármaco coadministrado con/sin ATAZANAVIR; Sin efecto = 1,00		
			C _{max}	ABC	C _{min}
Rosiglitazona ⁿ	4 mg dosis única, d 1, 7, 17 (n=14)	400 mg por día, d 2-7, luego 300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 8-17 (n=14)	1,08 (1,03, 1,13)	1,35 (1,26, 1,44)	ND
			0,97 (0,91, 1,04)	0,83 (0,77, 0,89)	ND
rosuvastatina	Dosis única de 10 mg	300 mg una vez por día/ritonavir 100 mg una vez por día durante 7 días	1,7 veces ^o	1,3 veces ^o	ND
saquinavir ^p (cápsulas de gelatina blanda)	1200 mg por día, d 1-13 (n=7)	400 mg por día, d 7-13 (n=7)	4,39 (3,24, 5,95)	5,49 (4,04, 7,47)	6,86 (5,29, 8,91)
sofosbuvir/ velpatasvir/ voxilaprevir	sofosbuvir 400 mg en dosis única (n=15)	ritonavir 300 mg/100 mg en dosis única (n=15)	1,29 (1,09, 1,52) metabolito de sofosbuvir GS-331007 1,05 (0,99, 1,12)	1,40 (1,25, 1,57) metabolito de sofosbuvir GS-331007 1,25 (1,16, 1,36)	ND
	100 mg en dosis única (n=15)	ritonavir 300 mg/100 mg en dosis única (n=15)	1,29 (1,07, 1,56)	1,93 (1,58, 2,36)	ND
	voxilaprevir 100 mg en dosis única (n=15)	ritonavir 300 mg/100 mg en dosis única (n=15)	4,42 (3,65, 5,35)	4,31 (3,76, 4,93)	ND
tenofovir DF ^q	300 mg por día, d 9-16 (n=33) y d 24-30 (n=33)	400 mg por día, d 2-16 (n=33)	1,14 (1,08, 1,20)	1,24 (1,21, 1,28)	1,22 (1,15, 1,30)
	300 mg por día, d 1-7 (pm) (n=14), d 25-34 (pm) (n=12)	300 mg por día/ritonavir 100 mg por día, d 25-34 (am) (n=12) ^r	1,34 (1,20, 1,51)	1,37 (1,30, 1,45)	1,29 (1,21, 1,36)

Tabla 5: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para fármacos coadministrados en presencia de ATAZANAVIR^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (Intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del fármaco coadministrado con/sin ATAZANAVIR; Sin efecto = 1,00		
			C _{max}	ABC	C _{min}
voriconazol (pacientes con al menos un alelo CYP2C19 funcional)	200 mg dos veces por día, d 2-3, 22-30; 400 mg dos veces por día, d 1, 21 (n=20)	300 mg/ritonavir 100 mg por día, d 11-30 (n=20)	0,90 (0,78, 1,04)	0,67 (0,58, 0,78)	0,61 (0,51, 0,72)
voriconazol (pacientes sin un alelo CYP2C19 funcional)	50 mg dos veces por día, d 2-3, 22-30; 100 mg dos veces por día, d 1, 21 (n=8)	300 mg/ritonavir 100 mg por día, d 11-30 (n=8)	4,38 (3,55, 5,39)	5,61 (4,51, 6,99)	7,65 (5,71, 10,2)
lamivudina + zidovudina	150 mg lamivudina + 300 mg zidovudina dos veces por día, d 1-12 (n=19)	400 mg por día, d 7-12 (n=19)	lamivudina: 1,04 (0,92, 1,16) zidovudina: 1,05 (0,88, 1,24) zidovudina glucuronida: 0,95 (0,88, 1,02)	lamivudina: 1,03 (0,98, 1,08) zidovudina: 1,05 (0,96, 1,14) zidovudina glucuronida: 1,00 (0,97, 1,03)	lamivudina: 1,12 (1,04, 1,21) zidovudina: 0,69 (0,57, 0,84) zidovudina glucuronida: 0,82 (0,62, 1,08)

Tabla 5: Interacciones medicamentosas: Parámetros farmacocinéticos para fármacos coadministrados en presencia de ATAZANAVIR^a

Fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma del fármaco coadministrado	Dosis/Cronograma de ATAZANAVIR	Índice (intervalo de confianza 90%) de parámetros farmacocinéticos del fármaco coadministrado con/sin ATAZANAVIR; Sin efecto = 1,00		
			C _{máx}	ABC	C _{mín}

- ^a A menos que se indique lo contrario, datos proporcionados en condiciones de alimentación.
- ^b 400 mg ddl RE y SURAVIR se administraron juntos con alimento los días 8 y 19.
- ^c Tras la normalización adicional de la dosis de etinil estradiol 0,025 mg con atazanavir respecto de etinil estradiol 0,035 mg sin atazanavir, la relación de la media geométrica (intervalos de confianza del 90%) para C_{máx}, ABC y C_{mín} fueron de 0,82 (0,73, 0,92), 1,06 (0,95, 1,17) y 1,35 (1,11, 1,63), respectivamente.
- ^d Tras la normalización adicional de la dosis de etinil estradiol 0,035 mg con atazanavir/ritonavir respecto de etinil estradiol 0,025 mg sin atazanavir/ritonavir, la relación de la media geométrica (intervalos de confianza del 90%) para C_{máx}, ABC y C_{mín} fueron de 1,17 (1,03, 1,34), 1,13 (1,05, 1,22) y 0,88 (0,77, 1,00), respectivamente.
- ^e Todos los individuos pasaron por un período de introducción de la medicación de 28 días. Los resultados se normalizaron en función de la dosis a una dosis de etinil estradiol de 0,035 mg.
- ^f 17-desacetil norgestimato es el componente activo del norgestimato.
- ^g Se reporta el efecto de atazanavir y ritonavir sobre la primera dosis de glecaprevir y pibrentasvir.
- ^h (R)-metadona es el isómero activo de metadona.
- ⁱ El estudio se llevó a cabo en individuos infectados con VIH.
- ^j Los individuos fueron tratados con nevirapina antes de su ingreso en el estudio.
- ^k El omeprazol se usó como sonda metabólica para CYP2C19. Se administró 2 horas después de SURAVIR el día 7; y se administró solo 2 horas después de una comida liviana el día 20.
- ^l No la dosis terapéutica recomendada de atazanavir.
- ^m En comparación con 150 mg de rifabutina por día sola d1-10 (n=14). Total de rifabutina + 25-O-desacetil-rifabutina: ABC 2,19 (1,78, 2,69).
- ⁿ La rosiglitazona se usó como sustrato de sonda para CYP2C8.
- ^o Relación media (con o sin fármaco coadministrado). † indica un aumento de la exposición a la rosuvastatina.
- ^p La combinación de atazanavir y saquinavir 1200 mg por día produjo exposiciones diarias a saquinavir similares a los valores producidos por la dosificación terapéutica estándar de saquinavir a 1200 mg dos veces por día. Sin embargo, la C_{máx} es aproximadamente un 79% mayor que aquella para la dosificación estándar de saquinavir (cápsulas de gelatina blanda) solo a 1200 mg dos veces por día.
- ^q Nótese que se observaron resultados similares en un estudio en donde la administración de tenofovir DF y SURAVIR se espació 12 horas.
- ^r La administración de tenofovir DF y SURAVIR se espació 12 horas.
- ND = No disponible.

Microbiología

Mecanismo de acción

El ATAZANAVIR (ATV) es un inhibidor azapéptido de la proteasa (PI) del VIH-1. El compuesto inhibe selectivamente el procesamiento específico del virus de las poliproteínas virales Gag y Gag-Pol en las células infectadas con VIH-1, con lo que evita la formación de viriones maduros.

Actividad antiviral en cultivos celulares

El ATAZANAVIR exhibe actividad anti-VIH-1 con una concentración efectiva media al 50% (CE₅₀) en ausencia de suero humano de entre 2 y 5 nM contra varios subtipos del VIH-1 aislados en laboratorio y clínicos, cultivados en células mononucleares de sangre periférica, macrófagos, células CEM-SS y células MT-2. El ATAZANAVIR posee actividad contra los subtipos virales A, B, C, D, AE, AG, F, G y J del Grupo M del VIH-1 en cultivos celulares. El ATAZANAVIR presenta actividad variable contra los subtipos del VIH-2 (1,9 - 32 nM), con valores de CE₅₀ por sobre los valores de CE₅₀ para los subtipos en casos de fracaso. Los estudios de la actividad antiviral con una combinación de dos fármacos con ATAZANAVIR no demostraron antagonismo en cultivos celulares con PI (amprenavir, indinavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir y saquinavir), NNRTI (delavirdina, efavirenz y nevirapina), NRTI (abacavir, didanosina, emtricitabina, lamivudina, estavudina, tenofovir DF, y zidovudina), el inhibidor de fusión del VIH-1 enfuvirtida y dos compuestos usados en el tratamiento de la hepatitis viral, adefovir y ribavirina, sin un aumento de la citotoxicidad.

Resistencia

En cultivos celulares: Se seleccionaron subtipos del VIH-1 con una menor susceptibilidad al ATAZANAVIR en cultivos celulares y se obtuvieron de pacientes tratados con ATAZANAVIR o ATAZANAVIR/ritonavir. A los 5 meses se seleccionaron en cultivos celulares subtipos de VIH-1 con una susceptibilidad entre 93 y 183 veces menor al ATAZANAVIR de tres subtipos virales diferentes. Las sustituciones en estos virus VIH-1 que contribuyeron a la resistencia al ATAZANAVIR incluyen I50L, N88S, I84V, A71V y M46I. También se observaron cambios en los sitios de escisión de la proteasa luego de la selección del fármaco. Los virus recombinantes que contenían la sustitución I50L sin otras sustituciones de PI mayores tuvieron un crecimiento retardado y mostraron una mayor susceptibilidad en cultivo celular a otros PI (amprenavir, indinavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir y saquinavir). Las sustituciones I50L e I50V produjeron una resistencia selectiva a ATAZANAVIR y amprenavir, respectivamente, y aparentemente no mostraron resistencia cruzada.

Estudios clínicos de pacientes sin tratamiento previo: Comparación de ATAZANAVIR reforzado con ritonavir vs. ATAZANAVIR solo: El estudio AI424-089 comparó ATAZANAVIR 300 mg una vez por día con ritonavir 100 mg vs. ATAZANAVIR 400 mg una vez por día cuando se administra con lamivudina y estavudina de liberación prolongada a pacientes infectados con el VIH que no fueron tratados previamente. En la Tabla 6 se muestra una síntesis del número de fracasos virológicos y subtipos de fracasos virológicos con resistencia al ATAZANAVIR en cada rama de tratamiento.

Tabla 6: Síntesis de fracasos virológicos^a a la Semana 96 en el Estudio AI424-089: Comparación de ATAZANAVIR mejorado con ritonavir vs. ATAZANAVIR solo: Pacientes randomizados

	ATAZANAVIR 300 mg + ritonavir 100 mg (n=95)	ATAZANAVIR 400 mg (n=105)
Fracaso virológico (≥50 copias/ml) a la Semana 96	15 (16%)	34 (32%)
Fracaso virológico con datos de genotipos y fenotipos	5	17
Subtipos de fracaso virológico con resistencia a ATAZANAVIR a la Semana 96	0/5 (0%) ^b	4/17 (24%) ^b
Subtipos de fracaso virológico con aparición de I50L a la Semana 96 ^c	0/5 (0%) ^b	2/17 (12%) ^b
Subtipos de fracaso virológico con resistencia a lamivudina a la Semana 96	2/5 (40%) ^b	11/17 (65%) ^b

Tabla 6: Síntesis de fracasos virológicos^a a la Semana 96 en el Estudio AI424-089: Comparación de ATAZANAVIR mejorado con ritonavir vs. ATAZANAVIR solo: Pacientes randomizados

^a El fracaso virológico incluye pacientes que nunca mostraron supresión hasta la Semana 96 y durante el estudio a la Semana 96, tuvieron rebote virológico o discontinuaron el tratamiento debido a una respuesta insuficiente de la carga viral.

^b Porcentaje de subtipos de fracaso virológico con datos de genotipo y fenotipo.

^c Mezcla de I50L/L surgida en otros 2 pacientes tratados con ATAZANAVIR 400 mg. Ningún aislado fue fenotípicamente resistente a ATAZANAVIR.

Estudios clínicos de pacientes sin tratamiento previo que recibieron ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg: En el estudio de fase III AI424-138, se realizó un análisis genotípico y fenotípico según fármaco recibido (según tratados) en muestras de pacientes que experimentaron fracaso virológico (ARN del VIH-1 ≥ 400 copias/ml) o discontinuaron el tratamiento antes de lograr la supresión viral con ATAZANAVIR/ritonavir (ATV/RTV) (n=39; 9%) y lopinavir/ritonavir (LPV/RTV) (n=39; 9%) durante 96 semanas de tratamiento. En la rama de ATV/RTV, uno de los subtipos de fracaso virológico tuvo una disminución de 56 veces en la susceptibilidad al ATAZANAVIR que surgió durante la terapia con el desarrollo de las sustituciones asociadas con resistencia a PI, L10F, V32I, K43T, M46I, A71I, G73S, I85I/V y L90M. La sustitución M184V asociada con resistencia a los NRTI también surgió durante el tratamiento en este de fracaso confirmando resistencia a la emtricitabina. Dos subtipos de fracaso virológico en la rama de ATV/RTV presentaron en condición basal resistencia fenotípica al ATV y sustituciones mayores asociadas a PI definidas según la IAS. La sustitución I50L surgió durante el estudio en uno de estos subtipos de fracaso y estuvo asociada con una disminución de 17 veces en la susceptibilidad al ATV respecto de la condición basal; el otro subtipo de fracaso con resistencia al ATV y sustituciones de PI (M46M/I e I84I/V) en condición basal presentó sustituciones adicionales de PI mayores definidas según la IAS (V32I, M46I e I84V) que surgieron durante el tratamiento con ATV asociadas con una disminución de 3 veces en la susceptibilidad al ATV respecto de la condición basal. Cinco de los subtipos de fracaso del tratamiento en la rama de ATV/RTV desarrollaron resistencia fenotípica a emtricitabina con surgimiento de las sustituciones M184I (n=1) o M184V (n=4) durante la terapia, y ninguno desarrolló resistencia fenotípica a tenofovir disoproxil. En la rama de LPV/RTV, uno de los subtipos de pacientes con fracaso virológico tuvo una disminución de 69 veces en la susceptibilidad a lopinavir que surgió durante la terapia, con el desarrollo de las sustituciones de PI L10V, V11I, I54V, G73S y V82A, además de las sustituciones de PI basales L10L/I, V32I, I54I/V, A71I, G73G/S, V82V/A, L89V y L90M. Seis subtipos de fracaso virológico en la rama de LPV/RTV desarrollaron la sustitución M184V y resistencia fenotípica a la emtricitabina, y dos desarrollaron resistencia fenotípica a tenofovir disoproxil.

Estudios clínicos de pacientes sin tratamiento previo que recibieron ATAZANAVIR 400 mg sin ritonavir: Los subtipos clínicos resistentes al ATAZANAVIR de pacientes sin tratamiento previo que experimentaron fracaso virológico con el tratamiento con ATAZANAVIR 400 mg sin ritonavir con frecuencia desarrollaron una sustitución I50L (después de un promedio de 50 semanas de terapia con ATAZANAVIR), a menudo en combinación con una sustitución A71V, pero también desarrollaron una o más sustituciones de PI (por ejemplo, V32I, L33F, G73S, V82A, I85V o N88S) con o sin la sustitución I50L. En los pacientes sin tratamiento previo, los subtipos virales que desarrollaron la sustitución I50L, sin otras sustituciones de PI mayores, mostraron resistencia fenotípica al ATAZANAVIR pero conservaron en cultivos celulares la susceptibilidad a otros PI (amprenavir, indinavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir y saquinavir); sin embargo, no se dispone de datos clínicos para demostrar el efecto de la sustitución I50L sobre la eficacia de los PI administrados con posterioridad.

Estudios clínicos de pacientes previamente tratados: En estudios de pacientes previamente tratados con ATAZANAVIR o ATAZANAVIR/ritonavir, la mayoría de los subtipos resistentes a ATAZANAVIR de los pacientes que experimentaron fracaso virológico desarrollaron sustituciones que se asociaron con resistencia a múltiples PI y mostraron una menor susceptibilidad a múltiples PI. Las sustituciones de proteasa más comunes que se desarrollaron en los subtipos virales de los pacientes que fracasaron en el tratamiento con ATAZANAVIR 300

mg una vez por día y ritonavir 100 mg una vez por día (junto con tenofovir DF y un NRTI) incluyeron V32I, L33F/V/I, E35D/G, M46I/L, I50L, F53L/V, I54V, A71V/T/I, G73S/T/C, V82A/T/L, I85V y L89V/Q/M/T. Otras sustituciones que se desarrollaron durante el tratamiento con ATAZANAVIR/ritonavir, que incluyeron E34K/A/Q, G48V, I84V, N88S/D/T y L90M, se produjeron en menos del 10% de los subtipos de los pacientes. En general, si había múltiples sustituciones resistentes a PI en el virus del VIH-1 del paciente en condición basal, se desarrolló resistencia a ATAZANAVIR a través de sustituciones asociadas con resistencia a otros PI y ésta pudo incluir el desarrollo de la sustitución I50L. Se ha detectado la sustitución I50L en pacientes previamente tratados que experimentaron fracaso virológico luego del tratamiento a largo plazo. También surgieron cambios en el sitio de escisión de la proteasa en el tratamiento con ATAZANAVIR, pero su presencia no se correlacionó con el nivel de resistencia a ATAZANAVIR.

Resistencia cruzada

Se ha observado resistencia cruzada entre PI. Los análisis fenotípicos y genotípicos basales de los subtipos clínicos obtenidos en ensayos clínicos con ATAZANAVIR de pacientes con experiencia en PI demostraron que los subtipos con resistencia cruzada a múltiples PI tenían resistencia cruzada al ATAZANAVIR. Más del 90% de los subtipos con sustituciones que incluían I84V o G48V fueron resistentes al ATAZANAVIR. Más del 60% de los subtipos que contenían L90M, G73S/T/C, A71V/T, I54V, M46I/L o una modificación en V82 fueron resistentes al ATAZANAVIR, y el 38% de los subtipos que contenían una sustitución D30N, además de otras modificaciones, fueron resistentes al ATAZANAVIR. Los subtipos resistentes al ATAZANAVIR también presentaron resistencia cruzada a otros PI, y más del 90% de los subtipos fueron resistentes a indinavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir y saquinavir, y el 80% fue resistente a amprenavir. En los pacientes previamente tratados, los subtipos virales resistentes a PI que desarrollaron la sustitución I50L, además de otras sustituciones asociadas con resistencia a PI, también demostraron resistencia cruzada a otros PI.

Análisis genotípicos y fenotípicos basales y análisis del resultado virológico

El análisis genotípico y/o fenotípico del virus en condición basal puede ayudar a determinar la susceptibilidad al ATAZANAVIR antes de iniciar la terapia con ATAZANAVIR/ritonavir. En la Tabla 7 se muestra una asociación entre la respuesta virológica a las 48 semanas y la cantidad y el tipo de sustituciones primarias asociadas con resistencia a PI detectadas en subtipos de VIH-1 basales obtenidos de pacientes con experiencia en antirretrovirales que recibieron ATAZANAVIR/ritonavir una vez por día o lopinavir/ritonavir dos veces por día en el Estudio AI424-045.

En general, tanto la cantidad como el tipo de sustituciones de PI basales afectaron los índices de respuesta en pacientes previamente tratados. En el grupo de ATAZANAVIR/ritonavir, los pacientes tuvieron menores índices de respuesta cuando hubo 3 o más sustituciones de PI basales, incluida una sustitución en la posición 36, 71, 77, 82 ó 90, en comparación con los pacientes con 1 ó 2 sustituciones de PI, incluida una de estas sustituciones.

Tabla 7: Respuesta del ARN del VIH por cantidad y tipo de sustitución de PI basal, pacientes con experiencia en antirretrovirales del Estudio AI424-045, análisis realizado según fármaco recibido (según tratados)

Cantidad y tipo de sustituciones de PI basales ^a	Respuesta virológica = ARN del VIH <400 copias/ml ^b	
	ATAZANAVIR/ritonavir (n=110)	lopinavir/ritonavir (n=113)
3 o más sustituciones primarias de PI que incluyen:^c		
D30N	75% (6/8)	50% (3/6)
M36I/V	19% (3/16)	33% (6/18)
M46I/L/T	24% (4/17)	23% (5/22)
I54V/L/T/M/A	31% (5/16)	31% (5/16)

A71V/T/I/G	34% (10/29)	39% (12/31)
G73S/A/C/T	14% (1/7)	38% (3/8)
V77I	47% (7/15)	44% (7/16)
V82A/F/T/S/I	29% (6/21)	27% (7/26)
I84V/A	11% (1/9)	33% (2/6)
N88D	63% (5/8)	67% (4/6)
L90M	10% (2/21)	44% (11/25)
Cantidad de sustituciones primarias basales de PI^a		
Todos los pacientes, según fármaco		
recibido (<i>según tratados</i>)	58% (64/110)	59% (67/113)
0-2 sustituciones de PI	75% (50/67)	75% (50/67)
3-4 sustituciones de PI	41% (14/34)	43% (12/28)
5 sustituciones de PI o más	0% (0/9)	28% (5/18)
^a Las sustituciones primarias incluyen cualquier cambio en D30, V32, M36, M46, I47, G48, I50, I54, A71, G73, V77, V82, I84, N88 y L90.		
^b Los resultados deben interpretarse con precaución porque los subgrupos eran pequeños.		
^c Había una cantidad insuficiente de datos (n<3) para las sustituciones de PI V32I, I47V, G48V, I50V y F53L.		

Los índices de respuesta de los pacientes previamente tratados con antirretrovirales en el Estudio AI424-045 fueron analizados por fenotipo basal (cambio en la susceptibilidad en cultivo celular respecto de la referencia, Tabla 8). Los análisis se basan en una población selecta de pacientes, en donde el 62% de los pacientes recibió un régimen basado en NNRTI antes del ingreso en el estudio en comparación con el 35% que recibió un régimen basado en PI. Se necesitan más datos para determinar puntos de inflexión clínicamente relevantes para ATAZANAVIR.

Tabla 8: Fenotipo basal por resultado, pacientes previamente tratados con antirretrovirales en el Estudio AI424-045, análisis realizado según fármaco recibido (*según tratados*)

Fenotipo basal ^a	Respuesta virológica = ARN del VIH <400 copias/ml ^b	
	ATAZANAVIR/ritonavir (n=111)	lopinavir/ritonavir (n=111)
0-2	71% (55/78)	70% (56/80)
>2-5	53% (8/15)	44% (4/9)
>5-10	13% (1/8)	33% (3/9)
>10	10% (1/10)	23% (3/13)
^a Cantidad de veces que cambió la susceptibilidad en cultivo celular respecto de la referencia de tipo salvaje.		
^b Los resultados deben interpretarse con precaución porque los subgrupos eran pequeños.		

TOXICOLOGÍA NO CLÍNICA

Carcinogénesis, mutagénesis y deterioro de la fertilidad

Carcinogénesis

Se realizaron estudios de carcinogenicidad a largo plazo en ratones y ratas con ATAZANAVIR durante dos años. En el estudio con ratones, se hallaron aumentos relacionados con el fármaco en los adenomas hepatocelulares en las hembras que recibieron 360 mg/kg/día. La exposición sistémica al fármaco (ABC) en el NOAEL (nivel en el que no

se observan efectos adversos) en las hembras (120 mg/kg/día) fue 2,8 veces y en los machos (80 mg/kg/día) fue 2,9 veces mayor que la exposición en humanos con la dosis clínica (300 mg/día de ATAZANAVIR reforzado con 100 mg/día de ritonavir, pacientes no embarazadas). En el estudio con ratas, no se observó un aumento relacionado con el fármaco en la incidencia de tumores con dosis de hasta 1200 mg/kg/día, para las cuales las ABC fueron 1,1 veces (machos) o 3,9 veces (hembras) aquellas medidas en humanos con la dosis clínica.

Mutagénesis

El ATAZANAVIR obtuvo un resultado positivo en un ensayo de clastogenicidad *in vitro* usando linfocitos humanos primarios, en ausencia y en presencia de activación metabólica. El ATAZANAVIR obtuvo un resultado negativo en el ensayo de mutación reversa Ames *in vitro*, en los ensayos de reparación de ADN y de micronúcleos *in vivo* en ratas, y en el ensayo de daño del ADN *in vivo* en duodeno de ratas (ensayo comet).

Deterioro de la fertilidad

A niveles de exposición sistémica al fármaco (ABC) 0,9 veces (en ratas machos) o 2,3 veces (en ratas hembras) superiores a aquellos alcanzados con la dosis clínica humana (300 mg/día de ATAZANAVIR reforzado con 100 mg/día de ritonavir), no se observaron efectos significativos sobre el apareamiento, la fertilidad o el desarrollo embrionario temprano.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Pacientes adultos sin terapia antirretroviral previa

Estudio AI424-138: Estudio de 96 semanas para comparar la eficacia antiviral y la seguridad de ATAZANAVIR/ritonavir con lopinavir/ritonavir, cada uno en combinación con una dosis fija de tenofovir DF/emtricitabina en pacientes infectados con VIH-1 sin tratamiento previo. El Estudio AI424-138 fue un estudio multicéntrico, abierto, randomizado y 96 semanas de duración, que comparó ATAZANAVIR (300 mg una vez por día) más ritonavir (100 mg una vez por día) con lopinavir más ritonavir (400 mg/100 mg dos veces por día), cada uno en combinación con una dosis fija de tenofovir DF con emtricitabina (300 mg/200 mg una vez por día), en 878 pacientes no tratados previamente con antirretrovirales. Los pacientes tenían una edad promedio de 36 años (rango: 19–72), el 49% era caucásico, el 18% negro, el 9% asiático, el 23% hispano/mestizo/raza mixta, y el 68% era de sexo masculino. El recuento promedio basal de células CD4+ en plasma era de 204 células/mm³ (rango: 2 a 810 células/mm³), y el nivel promedio basal de ARN del VIH-1 en plasma era de 4,94 log₁₀ copias/ml (rango: 2,60 a 5,88 log₁₀ copias/ml). La respuesta al tratamiento y los resultados hasta la Semana 96 se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9: Resultados del tratamiento a la Semana 96 en adultos no sometidos a tratamiento previo (Estudio AI424-138)

Resultado	ATAZANAVIR 300 mg + ritonavir 100 mg (una vez por día) con tenofovir DF/emtricitabina (una vez por día)* (n=441) 96 Semanas	lopinavir 400 mg + ritonavir 100 mg (dos veces por día) con tenofovir DF/emtricitabina (una vez por día)* (n=437) 96 Semanas
	Respondió ^{b, c, d}	75%
Fracaso virológico ^e	17%	19%
Rebote	8%	10%
Nunca suprimió a la Semana 96	9%	9%
Muerte	1%	1%
Discontinúo debido a evento adverso	3%	5%

Tabla 9: Resultados del tratamiento a la Semana 96 en adultos no sometidos a tratamiento previo (Estudio AI424-138)

Resultado	ATAZANAVIR 300 mg + ritonavir 100 mg (una vez por día) con tenofovir DF/emtricitabina (una vez por día) ^a (n=441) 96 Semanas	lopinavir 400 mg + ritonavir 100 mg (dos veces por día) con tenofovir DF/emtricitabina (una vez por día) ^a (n=437) 96 Semanas
	Discontinúo por otros motivos ^f	4%

^a Como combinación de dosis fija: 300 mg de tenofovir DF, 200 mg de emtricitabina una vez por día.
^b Los pacientes alcanzaron un nivel de ARN del VIH <50 copias/ml a la Semana 96. Ensayo Roche Amplicor® v1.5 ultra-sensible.
^c Análisis ITT preespecificado a la Semana 48 usando grupo según randomización: ATV/RTV 78% y LPV/RTV 76% [diferencia estimada: 1,7% (intervalo de confianza del 95%: -3,8%, 7,1%)].
^d Análisis ITT preespecificado a la Semana 96 usando grupo según randomización: ATV/RTV 74% y LPV/RTV 68% [diferencia estimada: 6,1% (intervalo de confianza del 95%: 0,3%, 12,0%)].
^e Incluye rebote viral y fracaso para lograr un nivel confirmado de ARN del VIH <50 copias/ml a la Semana 96.
^f Incluye pacientes perdidos durante el seguimiento, retiro del paciente, falta de cumplimiento, violación del protocolo y otros motivos.

A lo largo de 96 semanas de terapia, la proporción de pacientes que respondieron entre los pacientes con una carga viral alta (es decir, un valor basal de ARN del VIH ≥ 100.000 copias/ml) fue comparable para las ramas de ATAZANAVIR/ritonavir (165 de 223 pacientes, 74%) y lopinavir/ritonavir (148 de 222 pacientes, 67%). A las 96 semanas, el incremento promedio en el recuento de células CD4+ desde la línea basal fue de 261 células/mm³ para la rama de ATAZANAVIR/ritonavir y de 273 células/mm³ para la rama de lopinavir/ritonavir.

Estudio AI424-034: ATAZANAVIR una vez por día en comparación con efavirenz una vez por día, cada uno en combinación con una dosis fija de lamivudina + zidovudina dos veces por día. El Estudio AI424-034 fue un ensayo multicéntrico, randomizado, a doble ciego, en el que se comparó ATAZANAVIR (400 mg una vez por día) con efavirenz (600 mg una vez por día), cada uno en combinación con una dosis fija de lamivudina (3TC) (150 mg) y zidovudina (ZDV) (300 mg) administrada dos veces por día, en 810 pacientes sin tratamiento antirretroviral previo. Los pacientes tenían una edad promedio de 34 años (rango: 18 a 73), el 36% era hispano, el 33% era caucásico y el 65% era de sexo masculino. El recuento promedio basal de células CD4+ era de 321 células/mm³ (rango: 64 a 1424 células/mm³), y el nivel promedio basal de ARN del VIH-1 en plasma era de 4,8 log₁₀ copias/ml (rango: 2,2 a 5,9 log₁₀ copias/ml). La respuesta al tratamiento y los resultados hasta la Semana 48 se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10: Resultados del tratamiento randomizado a la Semana 48 en adultos no sometidos a tratamiento previo (Estudio AI424-034)

Resultado	ATAZANAVIR 400 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^d (n=405)	efavirenz 600 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^d (n=405)
Respondió ^a	67% (32%)	62% (37%)

Fracaso virológico ^b	20%	21%
Rebote	17%	16%
Nunca suprimió a la Semana 48	3%	5%
Muerte	-	<1%
Discontinúo debido a evento adverso	5%	7%
Discontinúo por otros motivos ^c	8%	10%

^a Los pacientes alcanzaron y mantuvieron un nivel confirmado de ARN del VIH <400 copias/ml (<50 copias/ml) a la Semana 48. Ensayo Roche Amplicor HIV-1 Monitor[†], versión de ensayo 1.0 o 1.5 según fuera geográficamente apropiado.

^b Incluye rebote viral y fracaso para lograr un nivel confirmado de ARN del VIH <400 copias/ml a la Semana 48.

^c Incluye pacientes perdidos durante el seguimiento, retiro del paciente, falta de cumplimiento, violación del protocolo y otros motivos.

^d Como combinación de dosis fija: 150 mg de lamivudina, 300 mg de zidovudina dos veces por día.

A lo largo de 48 semanas de terapia, la proporción de pacientes que respondieron entre los pacientes con una carga viral alta (es decir, un valor basal de ARN del VIH ≥ 100.000 copias/ml) fue comparable para las ramas de ATAZANAVIR y efavirenz. El incremento promedio en el recuento de células CD4+ desde la línea basal fue de 176 células/mm³ para la rama de ATAZANAVIR y de 160 células/mm³ para la rama de efavirenz.

Estudio AI424-008: ATAZANAVIR 400 mg una vez por día en comparación con ATAZANAVIR 600 mg una vez por día y en comparación con nelfinavir 1250 mg dos veces por día, cada uno en combinación con estavudina y lamivudina dos veces por día. El Estudio AI424-008 fue un ensayo randomizado, multicéntrico, de 48 semanas de duración, con ciego respecto de la dosis de ATAZANAVIR, en el que se comparó ATAZANAVIR a dos niveles de dosis (400 mg y 600 mg una vez por día) con nelfinavir (1250 mg dos veces por día), cada uno en combinación con estavudina (40 mg) y lamivudina (150 mg) administradas dos veces por día a 467 pacientes sin experiencia en el tratamiento con antirretrovirales. Los pacientes tenían una edad promedio de 35 años (rango: 18 a 69), el 55% era caucásico y el 63% era de sexo masculino. El recuento promedio basal de células CD4+ era de 295 células/mm³ (rango: 4 a 1003 células/mm³), y el nivel promedio basal de ARN del VIH-1 en plasma era de 4,7 log₁₀ copias/ml (rango: 1,8 a 5,9 log₁₀ copias/ml). La respuesta al tratamiento y los resultados a la Semana 48 se presentan en la Tabla 11.

Tabla 11: Resultados del tratamiento randomizado a la Semana 48 en adultos no sometidos a tratamiento previo (Estudio AI424-008)

Resultado	ATAZANAVIR	nelfinavir 1250 mg dos
	400 mg una vez por día + lamivudina + estavudina (n=181)	veces por día + lamivudina + estavudina (n=91)
Respondió ^a	67% (33%)	59% (38%)
Fracaso virológico ^b	24%	27%
Rebote	14%	14%
Nunca suprimió a la Semana 48	10%	13%
Muerte	<1%	-
Discontinúo debido a evento adverso	1%	3%
Discontinúo por otros motivos ^c	7%	10%

^a Los pacientes alcanzaron y mantuvieron un nivel confirmado de ARN del VIH <400 copias/ml (<50 copias/ml) a la Semana 48. Ensayo Roche Amplicor HIV-1 Monitor[†], versión de ensayo 1.0 o 1.5 según fuera geográficamente apropiado.

^b Incluye rebote viral y fracaso para lograr un nivel confirmado de ARN del VIH <400 copias/ml a la Semana 48.

^c Incluye pacientes perdidos durante el seguimiento, retiro del paciente, falta de cumplimiento, violación del protocolo y otros motivos.

A lo largo de 48 semanas de terapia, el incremento promedio desde la condición basal en el recuento de células CD4+ fue de 234 células/mm³ para la rama de ATAZANAVIR 400 mg y de 211 células/mm³ para la rama de nelfinavir.

Pacientes adultos sometidos a terapia antirretroviral previa

Estudio AI424-045: ATAZANAVIR una vez por día + ritonavir una vez por día en comparación con ATAZANAVIR una vez por día + saquinavir (cápsulas de gelatina blanda) una vez por día, y en comparación con lopinavir + ritonavir dos veces por día, cada uno en combinación con tenofovir DF + un NRTI. El Estudio AI424-045 fue un ensayo randomizado y multicéntrico, en el que se compara ATAZANAVIR (300 mg una vez por día) más ritonavir (100 mg una vez por día) con ATAZANAVIR (400 mg una vez por día) más saquinavir cápsulas de gelatina blanda (1200 mg una vez por día), y con lopinavir + ritonavir (400 mg/100 mg dos veces por día), cada uno en combinación con tenofovir DF y un NRTI, en 347 pacientes (de 358 pacientes randomizados) que experimentaron un fracaso virológico en regímenes HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – Terapia antirretroviral muy activa) que contenían PI, NNRTI y NRTI. El tiempo promedio de exposición previa a los antirretrovirales fue de 139 semanas para los PI, de 85 semanas para los NNRTI y de 283 semanas para los NRTI. La edad promedio fue de 41 años (rango: 24 a 74); el 60% era caucásico y el 78% era de sexo masculino. El recuento promedio basal de células CD4+ era de 338 células/mm³ (rango: 14 a 1543 células/mm³), y el nivel promedio basal de ARN del VIH-1 en plasma era de 4,4 log₁₀ copias/ml (rango: 2,6 a 5,88 log₁₀ copias/ml).

Los resultados del tratamiento a la Semana 48 para las ramas de tratamiento con ATAZANAVIR/ritonavir y lopinavir/ritonavir se presentan en la Tabla 12. ATAZANAVIR/ritonavir y lopinavir/ritonavir fueron similares para la medición del resultado de eficacia primaria de la diferencia promediada en el tiempo del cambio en el nivel de ARN del VIH desde la línea basal. El Estudio AI424-045 no fue lo suficientemente grande como para permitir arribar a la conclusión definitiva de que ATAZANAVIR/ritonavir y lopinavir/ritonavir son equivalentes en cuanto a la medición del resultado de eficacia secundaria de las proporciones por debajo del límite inferior de cuantificación de ARN del VIH [véase *Microbiología, Tablas 7 y 8*].

Tabla 12: Resultados del tratamiento a la Semana 48 en el Estudio AI424-045 (pacientes con experiencia previa con antirretrovirales)

Resultado	ATAZANAVIR	lopinavir/ritonavir	Diferencia ^a
	300 mg + ritonavir 100 mg una vez por día + tenofovir DF + 1 NRTI (n=119)	(400/100 mg) dos veces por día + tenofovir DF + 1 NRTI (n=118)	(ATAZANAVIR- lopinavir/ritonavir) (IC)
Cambio en el ARN del VIH desde la línea basal (log ₁₀ copias/ml) ^b	-1,58	-1,70	+0,12 ^c (-0,17, 0,41)
Cambio en CD4+ desde la línea basal (células/mm ³) ^d	116	123	-7 (-67, 52)
Porcentaje de pacientes que			

respondieron^c

ARN del VIH <400 copias/ml ^b	55%	57%	-2,2% (-14,8%, 10,5%)
ARN del VIH <50 copias/ml ^b	38%	45%	-7,1% (-19,6%, 5,4%)

^a Diferencia promediada en el tiempo a la Semana 48 para ARN del VIH; diferencia a la Semana 48 en los porcentajes de ARN del VIH y cambios promedio en CD4+, ATAZANAVIR/ritonavir vs. lopinavir/ritonavir; IC = intervalo de confianza del 97,5% para el cambio en ARN del VIH; intervalo de confianza del 95% para otros.

^b Ensayo Roche Amplicor HIV-1 Monitor[†], versión de ensayo 1.5.

^c Medición del resultado de eficacia primaria definida por el protocolo.

^d Basado en los pacientes con mediciones del recuento de células CD4+ en la línea basal y a la Semana 48 (ATAZANAVIR/ritonavir, n=85; lopinavir/ritonavir, n=93).

^e Los pacientes alcanzaron y mantuvieron un nivel confirmado de ARN del VIH-1 <400 copias/ml (<50 copias/ml) a la Semana 48.

Ningún paciente en la rama de tratamiento con ATAZANAVIR/ritonavir y tres pacientes en la rama de tratamiento con lopinavir/ritonavir experimentaron un evento de Categoría C (según la clasificación de CDC) nuevo durante el estudio.

En el Estudio AI424-045, el cambio promedio desde la línea basal en el ARN del VIH-1 plasmático para ATAZANAVIR 400 mg con saquinavir (n=115) fue de $-1,55 \log_{10}$ copias/ml, y la diferencia promediada en el tiempo del cambio de los niveles de ARN del VIH-1 versus lopinavir/ritonavir fue de 0,33. El correspondiente incremento promedio en el recuento de células CD4+ fue de 72 células/mm³. A las 48 semanas de tratamiento, la proporción de pacientes de esta rama de tratamiento con niveles plasmáticos de ARN del VIH-1 <400 (<50) copias/ml fue del 38% (26%). En este estudio, la coadministración de ATAZANAVIR y saquinavir no proporcionó una eficacia adecuada [véase *Interacciones Medicamentosas*].

El Estudio AI424-045 también comparó los cambios desde la línea basal en los valores de lípidos [Véase *Reacciones Adversas*].

Estudio AI424-043: El Estudio AI424-043 fue un ensayo randomizado, de diseño abierto y multicéntrico en el que se comparó ATAZANAVIR (400 mg una vez por día) con lopinavir/ritonavir (400 mg/100 mg dos veces por día), cada uno en combinación con dos NRTI, en 300 pacientes que experimentaron fracaso virológico a sólo un régimen previo que contenía PI. A lo largo de 48 semanas, la proporción de pacientes con niveles plasmáticos de ARN del VIH-1 <400 (<50) copias/ml fue del 49% (35%) para los pacientes randomizados a ATAZANAVIR (n=144) y del 69% (53%) para los pacientes randomizados a lopinavir/ritonavir (n=146). El cambio promedio desde la línea basal fue de $-1,59 \log_{10}$ copias/ml en la rama de tratamiento con ATAZANAVIR y de $-2,02 \log_{10}$ copias/ml en la rama de tratamiento con lopinavir/ritonavir. Sobre la base de los resultados de este estudio, se puede afirmar que ATAZANAVIR sin ritonavir fue inferior a lopinavir/ritonavir en pacientes con experiencia en PI con fracaso virológico previo, y por lo tanto no se recomienda para estos pacientes.

Pacientes pediátricos

Ensayos pediátricos con ATAZANAVIR Cápsulas

La evaluación de la farmacocinética, la seguridad, la tolerabilidad y la respuesta virológica de ATAZANAVIR Cápsulas se basó en datos del ensayo clínico multicéntrico de diseño abierto PACTG 1020A, que incluyó pacientes de 6 años a 21 años de edad. En este estudio, 105 pacientes (43 sin experiencia previa con antirretrovirales y 62 con experiencia con antirretrovirales) recibieron ATAZANAVIR Cápsulas una vez por día, con o sin ritonavir, en combinación con dos NRTI.

Se evaluó a 105 pacientes (de 6 a menos de 18 años de edad) tratados con la formulación en cápsulas de ATAZANAVIR, con o sin ritonavir. Usando un análisis ITT, las proporciones generales de pacientes sin y con experiencia con antirretrovirales, con un ARN del VIH <400 copias/ml en la Semana 96, fueron 51% (22/43) y 34% (21/62), respectivamente. Las proporciones globales de pacientes sin y con experiencia con antirretrovirales, con un ARN del VIH <50 copias/ml en la Semana 96, fueron 47% (20/43) y 24% (15/62), respectivamente. El aumento de la mediana respecto de la condición basal en el recuento absoluto de CD4 a las 96 semanas de terapia fue de 335 células/mm³ en pacientes sin experiencia con antirretrovirales y de 220 células/mm³ en pacientes con experiencia con antirretrovirales.

POSOLOGÍA/DOSIS Y ADMINISTRACIÓN

Descripción general

- SURAVIR Cápsulas debe ingerirse con alimento.
- No abrir las cápsulas.
- La dosis oral recomendada de SURAVIR depende del tratamiento previo del paciente y del uso concomitante de otros fármacos. Cuando se coadministra con antagonistas del receptor H₂ o inhibidores de la bomba de protones, puede ser necesario separar dichas dosis [véase *Posología/Dosis y Administración e Interacciones Medicamentosas*].
- No se recomienda la administración de SURAVIR Cápsulas sin ritonavir en pacientes adultos o pediátricos previamente tratados con falla virológica previa [véase *Estudios Clínicos*].
- No se ha establecido la eficacia y la seguridad de SURAVIR con ritonavir cuando el ritonavir se administra en dosis superiores a 100 mg una vez por día. El uso de dosis mayores de ritonavir puede alterar el perfil de seguridad del ATAZANAVIR (efectos cardíacos, hiperbilirrubinemia), por lo que no se recomienda. Los médicos deben consultar la información completa de prescripción para ritonavir cuando utilizan este agente.

Análisis previos al inicio y durante el tratamiento con SURAVIR

Se deben realizar análisis de laboratorio renales en todos los pacientes antes del inicio de SURAVIR y continuar con ellos durante el tratamiento. Los análisis de laboratorio renales deben incluir creatinina sérica, depuración de creatinina estimada y análisis de orina con examen microscópico [véase *Advertencias y Precauciones*].

Se deben realizar análisis de laboratorio hepáticos en pacientes con enfermedad hepática subyacente antes de iniciar SURAVIR y continuar con ellos durante el tratamiento [véase *Advertencias y Precauciones*].

Dosis de SURAVIR en pacientes adultos

La Tabla 13 muestra la dosis recomendada de SURAVIR Cápsulas en adultos no tratados previamente y adultos con experiencia en el tratamiento. La Tabla 13 también muestra la dosis recomendada de SURAVIR y ritonavir cuando se administran en forma concomitante con otros fármacos antirretrovirales y antagonistas del receptor H₂ (H2RA). Se utiliza ritonavir en varios regímenes posológicos de SURAVIR (véase la información completa sobre prescripción de ritonavir respecto del uso seguro y efectivo de dicho fármaco). No se recomienda el uso de SURAVIR sin ritonavir en pacientes adultos con experiencia en el tratamiento.

Tabla 13: Dosis recomendada de SURAVIR y ritonavir en adultos*

	Dosis de SURAVIR una vez por día	Dosis de ritonavir una vez por día
Pacientes adultos sin tratamiento previo		
Régimen recomendado	300 mg	100 mg
Incapaces de tolerar ritonavir	400 mg	N/A
En combinación con efavirenz	400 mg	100 mg
Pacientes adultos con tratamiento previo		
Régimen recomendado	300 mg	100 mg
En combinación con H2RA y	400 mg	100 mg

Tabla 13: Dosis recomendada de SURAVIR y ritonavir en adultos^a

	Dosis de SURAVIR una vez por día	Dosis de ritonavir una vez por día
tenofovir DF		

^a Véase *Interacciones Medicamentosas* para obtener instrucciones sobre la coadministración de antiácidos (por ejemplo, H2RA o inhibidores de la bomba de protones [PPI]), y otros fármacos antirretrovirales (por ejemplo, efavirenz, tenofovir DF y didanosina).

Dosis de SURAVIR Cápsulas en pacientes pediátricos

La dosis diaria recomendada de SURAVIR Cápsulas y ritonavir en pacientes pediátricos (de 6 años a menos de 18 años de edad) se basa en el peso corporal (véase la Tabla 14).

Tabla 14: Dosis recomendada de SURAVIR Cápsulas y ritonavir en pacientes pediátricos (de 6 a menos de 18 años de edad)^{a,b}

Peso corporal	Dosis diaria de SURAVIR	Dosis diaria de ritonavir
Pacientes sin tratamiento previo y con experiencia en el tratamiento^c		
Menos de 15 kg	No se recomiendan las cápsulas	N/A
Al menos 15 kg a 35 kg	200 mg	100 mg
Al menos 35 kg	300 mg	100 mg
Pacientes no tratados previamente, de al menos 13 años de edad y que no puedan tolerar ritonavir^c		
Al menos 40 kg	400 mg	N/A

^a Administrar SURAVIR Cápsulas y ritonavir simultáneamente con alimento.

^b Las mismas recomendaciones respecto del cronograma y las dosis máximas de PPI y H2RA concomitantes en adultos también se aplican a los pacientes pediátricos. Véase *Interacciones Medicamentosas* para obtener instrucciones sobre la coadministración de antiácidos (por ejemplo, H2RA o PPI), y otros fármacos antirretrovirales (por ejemplo, efavirenz, tenofovir DF y didanosina).

^c En pacientes con experiencia en el tratamiento, SURAVIR Cápsulas deben administrarse con ritonavir.

Ajustes de dosis en pacientes embarazadas

La Tabla 15 incluye la dosis recomendada de SURAVIR Cápsulas y ritonavir en pacientes embarazadas con y sin tratamiento previo. En estas pacientes, SURAVIR debe ser administrado con ritonavir. No hay ajuste de dosis para las pacientes en el período post-parto (véase la Tabla 13 para obtener la dosis recomendada de SURAVIR en adultos) [véase *Uso en Poblaciones Específicas*].

Tabla 15: Dosis recomendada de SURAVIR y ritonavir en pacientes embarazadas^a

	SURAVIR Dosis una vez por día	Ritonavir Dosis una vez por día
Pacientes sin tratamiento y con experiencia en el tratamiento		
Régimen recomendado	300 mg	100 mg
Pacientes con experiencia en el tratamiento durante el segundo o tercer trimestre, cuando se coadministra con H2RA o Tenofovir DF^b		
En combinación con H2RA o tenofovir DF	400 mg	100 mg

^a Véase *Interacciones Medicamentosas* para obtener instrucciones sobre la coadministración de antiácidos (por ejemplo, H2RA o PPI), y otros fármacos antirretrovirales (por ejemplo, efavirenz, tenofovir DF y didanosina).

^b SURAVIR no se recomienda en pacientes embarazadas y anteriormente tratadas durante el segundo y tercer trimestre que toman SURAVIR junto con tenofovir DF y H2RA.

Dosis en pacientes con deterioro renal

Para los pacientes con deterioro renal, incluidos aquellos con deterioro renal severo que no reciben hemodiálisis, no se requiere ajuste de la dosis de SURAVIR. Los pacientes sin tratamiento previo, con enfermedad renal en estadio final sometidos a hemodiálisis deben recibir SURAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg. No se recomienda SURAVIR

en pacientes con HIV previamente tratados y con enfermedad renal en estadio final sometidos a hemodiálisis [véase Uso en Poblaciones Específicas].

Ajustes de dosis en pacientes con deterioro hepático

La Tabla 16 muestra la dosis recomendada de SURAVIR en pacientes sin tratamiento previo que presentan deterioro hepático. No se recomienda el uso de SURAVIR en pacientes con deterioro hepático severo (Child-Pugh Clase C). No se recomienda la coadministración de SURAVIR con ritonavir en pacientes con cualquier grado de deterioro hepático.

Tabla 16: Dosis recomendada de SURAVIR Cápsulas en adultos no tratados anteriormente que presentan deterioro hepático

	Dosis de SURAVIR una vez por día
Deterioro hepático leve (Child-Pugh Clase A)	400 mg
Deterioro hepático moderado (Child-Pugh Clase B)	300 mg
Deterioro hepático severo (Child-Pugh Clase C)	No se recomienda SURAVIR con o sin ritonavir

FORMAS DE DOSIFICACIÓN Y CONCENTRACIONES

SURAVIR Cápsulas:

- Cápsulas de 300 mg con tapa roja y cuerpo azul, con “BMS 300 mg” impreso en tinta blanca en la tapa y “3622” en tinta blanca en el cuerpo.

CONTRAINDICACIONES

SURAVIR está contraindicado:

- en pacientes con hipersensibilidad clínicamente significativa y previamente demostrada (por ejemplo, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme o erupciones cutáneas tóxicas) a cualquiera de los componentes de SURAVIR Cápsulas [véase *Advertencias y Precauciones*].
- cuando se coadministra con fármacos que son altamente dependientes de CYP3A o UGT1A1 para el *clearance* y para los cuales las elevadas concentraciones plasmáticas de los fármacos interactuantes se asocian con eventos serios y/o eventos que ponen en riesgo la vida (véase la Tabla 17).
- cuando se coadministra con fármacos que son inductores potentes de CYP3A y pueden conducir a una menor exposición y pérdida de eficacia de SURAVIR (véase la Tabla 17).

La Tabla 17 muestra los fármacos que están contraindicados con SURAVIR.

Tabla 17: Fármacos que están contraindicados con SURAVIR (La información contenida en la tabla es aplicable a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

Clase de fármaco	Fármacos dentro de la clase que están contraindicados con SURAVIR	Comentario clínico
Antagonista del adreno-receptor alfa 1	Alfuzosina	Potencial de elevadas concentraciones de alfuzosina, lo que puede resultar en hipotensión.
Antimicobacterianos	Rifampicina	La rifampicina disminuye sustancialmente las concentraciones plasmáticas de atazanavir, lo que puede ocasionar una pérdida del efecto terapéutico y el desarrollo de resistencia.

Antineoplásicos	Irinotecán	El atazanavir inhibe UGT1A1 y puede interferir con el metabolismo del irinotecán, lo que da como resultado un aumento de la toxicidad del irinotecán.
Antipsicóticos	Lurasidona	Potencial de reacciones serias y/o potencialmente mortales si se coadministra SURAVIR con ritonavir.
	Pimozida	Potencial de reacciones serias y/o potencialmente mortales tales como arritmias cardíacas.
Benzodiazepinas	Triazolam, midazolam administrado por vía oral ^a	El triazolam y el midazolam administrado por vía oral son extensamente metabolizados por CYP3A4. La coadministración de triazolam o midazolam por vía oral con SURAVIR puede causar grandes aumentos de la concentración de estas benzodiazepinas. Potencial de eventos serios y/o mortales, tales como sedación prolongada o aumentada o depresión respiratoria.
Derivados del ergot	Dihidroergotamina, ergotamina, ergonovina, metilergonovina	Potencial de eventos serios y/o mortales, tales como toxicidad aguda por ergot caracterizada por vasoespasmio periférico e isquemia de las extremidades y otros tejidos.
Agente de motilidad GI	Cisaprida	Potencial de reacciones serias y/o mortales, tales como arritmias cardíacas.
Antivirales de acción directa contra la hepatitis C	Elbasvir/grazoprevir	Pueden aumentar el riesgo de elevaciones de ALT debido a un significativo aumento de las concentraciones plasmáticas de grazoprevir.
	Glecaprevir/pibrentasvir	Puede aumentar el riesgo de elevaciones de ALT debido a un incremento de las concentraciones de glecaprevir y pibrentasvir.
Productos a base de plantas medicinales	Hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>)	La coadministración de hierba de San Juan y SURAVIR puede resultar en pérdida del efecto terapéutico y desarrollo de resistencia.
Inhibidores de la HMG-CoA reductasa	Lovastatina, simvastatina	Potencial de reacciones serias, tales como miopatía, incluida rabdomiólisis.

Inhibidor de la PDE5	Sildenafil ^b cuando se administra para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar	Probabilidad de sufrir eventos adversos asociados a sildenafil (los que incluyen trastornos visuales, hipotensión, priapismo y síncope).
Inhibidores de la proteasa	Indinavir	Tanto SURAVIR como indinavir están asociados con hiperbilirrubinemia indirecta (no conjugada).
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa	Nevirapina	La nevirapina disminuye sustancialmente la exposición a atazanavir, lo que puede causar pérdida del efecto terapéutico y desarrollo de resistencia. Potencial riesgo de reacciones adversas asociadas con nevirapina debido a las mayores exposiciones a nevirapina.

^a Véase *Interacciones Medicamentosas, Tabla 18* para el midazolam administrado por vía parenteral.

^b Véase *Interacciones Medicamentosas, Tabla 18* para el sildenafil cuando se administra para la disfunción eréctil.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

Anormalidades en la conducción cardíaca

Se ha demostrado que el ATAZANAVIR prolonga el intervalo PR del electrocardiograma en algunos pacientes. En voluntarios sanos y en pacientes, las anomalías en la conducción aurículoventricular (AV) fueron asintomáticas y generalmente se limitaron a un bloqueo AV de primer grado. Ha habido informes de bloqueo AV de segundo grado y otras anomalías de conducción [véase *Reacciones Adversas y Sobredosis*]. En los ensayos clínicos que incluyeron electrocardiogramas, se observó bloqueo AV de primer grado asintomático en el 5,9% de los pacientes tratados con ATAZANAVIR (n=920), en el 5,2% de los pacientes tratados con lopinavir/ritonavir (n=252), en el 10,4% de los pacientes tratados con nelfinavir (n=48), y en el 3,0% de los pacientes tratados con efavirenz (n=329). En el Estudio AI424-045, se observó bloqueo AV de primer grado asintomático en el 5% (6/118) de los pacientes tratados con ATAZANAVIR/ritonavir y en el 5% (6/116) de los pacientes tratados con lopinavir/ritonavir que tenían mediciones de electrocardiograma durante el estudio. Debido a la limitada experiencia clínica en pacientes con enfermedad preexistente del sistema de conducción (por ejemplo, marcado bloqueo AV de primer grado o bloqueo AV de segundo o tercer grado), se debe considerar el monitoreo por ECG en estos pacientes [véase *Farmacología Clínica*].

Reacciones dérmicas severas

En ensayos clínicos controlados, se presentó erupción (todos los grados, independientemente de la causalidad) en aproximadamente el 20% de los pacientes tratados con ATAZANAVIR. El tiempo promedio hasta el inicio de la erupción en los estudios clínicos fue de 7,3 semanas, y la duración promedio de la erupción fue de 1,4 semanas. Los casos de erupción fueron generalmente erupciones dérmicas máculopapulares de leves a moderadas. Se presentan las reacciones adversas emergentes del tratamiento de erupción moderada o severa (que ocurrieron con una frecuencia $\geq 2\%$) para los estudios clínicos individuales [véase *Reacciones Adversas*]. El régimen con ATAZANAVIR con frecuencia continuó sin interrupción en los pacientes que desarrollaron erupción. El índice de discontinuación debido a la erupción en los ensayos clínicos fue <1%. Se ha informado acerca de casos de síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme y erupciones cutáneas tóxicas, incluido síndrome DRESS (erupción medicamentosa, eosinofilia y síntomas sistémicos), en pacientes que recibieron ATAZANAVIR [véase *Contraindicaciones y Reacciones Adversas*]. Se sugiere discontinuar SURAVIR si se desarrolla erupción dérmica severa.

Hiperbilirrubinemia

La mayoría de los pacientes que toman ATAZANAVIR experimentan elevaciones asintomáticas de la bilirrubina indirecta (no conjugada) relacionadas con la inhibición de la UDP-glucuronosil transferasa (UGT). Esta hiperbilirrubinemia es reversible cuando se suspende la administración de ATAZANAVIR. Las elevaciones de transaminasas hepáticas que se producen con la hiperbilirrubinemia deben ser evaluadas para detectar etiologías alternativas. No se dispone de información sobre seguridad a largo plazo para los pacientes que experimentan elevaciones persistentes de la bilirrubina total >5 veces el límite superior de la normal (LSN). Puede considerarse una terapia antirretroviral alternativa a ATAZANAVIR en el caso de que la ictericia o la ictericia esclerótica asociada con los aumentos de bilirrubina presente inconvenientes de tipo estético para los pacientes. No se recomienda reducir la dosis de ATAZANAVIR, ya que no se ha establecido la eficacia a largo plazo de dosis reducidas [véase *Reacciones Adversas*].

Hepatotoxicidad

Los pacientes con infecciones virales subyacentes por hepatitis B o C o con marcadas elevaciones de las transaminasas previas al tratamiento pueden tener un mayor riesgo de sufrir una elevación adicional de las transaminasas o una descompensación hepática. En estos pacientes, se deben realizar análisis hepáticos de laboratorio antes de iniciar el tratamiento con SURAVIR y durante dicho tratamiento [véase *Reacciones Adversas y Uso en Poblaciones Específicas*].

Enfermedad renal crónica

Se ha reportado enfermedad renal crónica en pacientes infectados por el VIH y tratados con atazanavir, con o sin ritonavir, durante la vigilancia posterior a la comercialización. Los informes incluyeron casos demostrados por biopsia de nefritis intersticial granulomatosa asociada con la deposición de cristales del fármaco atazanavir en el parénquima renal. Considerar alternativas a SURAVIR en pacientes con alto riesgo de enfermedad renal o con enfermedad renal preexistente. Se deben realizar análisis de laboratorio renales (que incluyen creatinina sérica, depuración de creatinina estimada y análisis de orina con examen microscópico) en todos los pacientes antes de iniciar el tratamiento con SURAVIR y continuar con ellos durante el tratamiento con SURAVIR. Se recomienda la consulta con un especialista para pacientes que presenten anomalías de laboratorio renal confirmadas mientras reciben SURAVIR. En pacientes con enfermedad renal progresiva, se puede considerar la suspensión de SURAVIR [véase *Posología y Administración y Reacciones Adversas*].

Nefrolitiasis y colelitiasis

Se han informado casos de nefrolitiasis y/o colelitiasis durante el período de farmacovigilancia posterior a la comercialización del producto en pacientes infectados con el VIH que recibían tratamiento con ATAZANAVIR. Algunos pacientes debieron ser internados para recibir tratamiento adicional, y algunos presentaron complicaciones. Dado que estos eventos fueron informados de manera voluntaria durante la práctica clínica, no se pueden realizar estimaciones acerca de su frecuencia. Si se presentan signos o síntomas de nefrolitiasis y/o colelitiasis, quizá se deba considerar la posibilidad de interrumpir temporalmente o suspender el tratamiento [véase *Reacciones Adversas*].

Riesgo de reacciones adversas serias debido a interacciones medicamentosas

El inicio de tratamiento con ATAZANAVIR con ritonavir, un inhibidor de CYP3A, en pacientes que reciben medicamentos metabolizados por CYP3A, o el inicio de medicamentos metabolizados por CYP3A en pacientes que ya reciben ATAZANAVIR con ritonavir, puede aumentar las concentraciones plasmáticas de los medicamentos metabolizados por CYP3A. El inicio de medicamentos que inhiben o inducen CYP3A puede aumentar o disminuir las concentraciones de ATAZANAVIR con ritonavir respectivamente. Estas interacciones pueden conducir a:

- Reacciones adversas clínicamente significativas que pueden llevar a eventos severos, potencialmente mortales o mortales a raíz de las mayores exposiciones a los medicamentos concomitantes.
- Reacciones adversas clínicamente significativas a raíz de las mayores exposiciones a ATAZANAVIR con ritonavir.
- Pérdida del efecto terapéutico de ATAZANAVIR con ritonavir y posible desarrollo de resistencia.

Véase la Tabla 18 para obtener los pasos para prevenir o manejar estas interacciones medicamentosas significativas posibles y conocidas, incluidas recomendaciones de dosis [véase *Interacciones Medicamentosas*]. Considerar el potencial de interacciones medicamentosas antes y durante la terapia con ATAZANAVIR/ritonavir; revisar las medicaciones concomitantes durante la terapia con ATAZANAVIR/ritonavir; y monitorear en busca de reacciones adversas asociadas con las medicaciones concomitantes [véase *Contraindicaciones e Interacciones Medicamentosas*].

Diabetes Mellitus/Hiperglucemia

Se ha informado sobre la aparición de nuevos casos de diabetes mellitus, exacerbación de diabetes mellitus preexistente e hiperglucemia durante el período de farmacovigilancia posterior a la comercialización del producto en pacientes infectados con VIH que recibieron una terapia con inhibidores de proteasa. Algunos pacientes requirieron de iniciación o ajustes de la dosis de insulina o agentes hipoglucemiantes orales para el tratamiento de estos eventos. En algunos casos, se produjo cetoacidosis diabética. En aquellos pacientes que discontinuaron la terapia con inhibidores de proteasa, la hiperglucemia persistió en algunos casos. Debido a que estos eventos han sido informados de manera voluntaria durante la práctica clínica, no se pueden hacer estimaciones de la frecuencia, y no se ha establecido una relación causal entre la terapia con inhibidores de proteasa y estos eventos [véase *Reacciones Adversas*].

Síndrome de reconstitución inmune

Se han reportado casos de síndrome de reconstitución inmune en pacientes tratados con terapia antirretroviral combinada, incluido ATAZANAVIR. Durante la fase inicial del tratamiento antirretroviral combinado, los pacientes cuyo sistema inmune responde pueden desarrollar una respuesta inflamatoria a infecciones oportunistas indolentes o residuales (como la infección por *Mycobacterium avium*, citomegalovirus, neumonía por *Pneumocystis jirovecii* o tuberculosis), que pueden requerir de evaluación y tratamiento adicionales.

También se ha informado acerca de la aparición de enfermedades autoinmunes (tales como enfermedad de Graves, polimiositis y síndrome de Guillain-Barré) en el contexto de la reconstitución inmune; sin embargo, el tiempo hasta el inicio es más variable, y dichas enfermedades se pueden producir varios meses después de iniciado el tratamiento.

Redistribución de grasa

Se ha observado redistribución/acumulación de grasa corporal, incluida obesidad central, crecimiento del tejido graso dorsocervical (joroba de búfalo), emaciación periférica y facial, agrandamiento de mamas y "aspecto cushingoides" en pacientes que reciben terapia antirretroviral. El mecanismo y las consecuencias a largo plazo de estos eventos aún son desconocidos. No se ha establecido una relación causal.

Hemofilia

Ha habido informes de un aumento de las hemorragias, incluidos hematomas espontáneos en la piel y hemartrosis, en pacientes con hemofilia tipo A y B tratados con inhibidores de proteasa. En algunos pacientes, se administró factor VIII adicional. En más de la mitad de los casos informados, el tratamiento con inhibidores de proteasa continuó o se volvió a implementar. No se ha establecido una relación causal entre el tratamiento con inhibidores de proteasa y estos eventos.

Resistencia/Resistencia cruzada

Se han observado diversos grados de resistencia cruzada entre inhibidores de proteasa. La resistencia al ATAZANAVIR podría no impedir el uso posterior de otros inhibidores de proteasa [véase *Microbiología*].

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Potencial de SURAVIR para afectar otros fármacos

El ATAZANAVIR es un inhibidor de CYP3A y UGT1A1. La coadministración de SURAVIR y otros fármacos que son metabolizados principalmente por CYP3A o UGT1A1 puede ocasionar mayores concentraciones plasmáticas del otro fármaco que podrían aumentar o prolongar sus efectos terapéuticos y adversos.

El ATAZANAVIR es un inhibidor débil de CYP2C8. No se recomienda el uso de SURAVIR sin ritonavir cuando se coadministra junto con fármacos altamente dependientes de CYP2C8 con estrechos índices terapéuticos (por ejemplo, paclitaxel, repaglinida). Cuando se coadministra SURAVIR con ritonavir junto con sustratos de CYP2C8, no se esperan interacciones clínicamente significativas [véase *Farmacología Clínica, Tabla 5*].

La magnitud de las interacciones medicamentosas mediadas por CYP3A en el fármaco coadministrado puede cambiar cuando se coadministra SURAVIR con ritonavir. Véase la información completa sobre prescripción para ritonavir a fin de obtener información sobre las interacciones medicamentosas con ritonavir.

Potencial de otros fármacos para afectar a SURAVIR

El ATAZANAVIR es un sustrato de CYP3A4; por lo tanto, los fármacos que inducen CYP3A4 pueden disminuir las concentraciones plasmáticas ATAZANAVIR y reducir el efecto terapéutico de SURAVIR.

La solubilidad del ATAZANAVIR disminuye a medida que aumenta el pH. Cabe esperar menores concentraciones plasmáticas de ATAZANAVIR si se administran inhibidores de la bomba de protones, antiácidos, medicaciones con adición de buffer o antagonistas del receptor H₂ junto con SURAVIR [véase *Posología/Dosis y Administración*].

Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas

La Tabla 18 proporciona recomendaciones de dosis en adultos como resultado de las interacciones medicamentosas con SURAVIR. Estas recomendaciones se basan en estudios de interacciones medicamentosas o en las interacciones esperadas debido a la magnitud de la interacción prevista y al potencial de eventos serios o pérdida de eficacia.

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

Clase de fármaco concomitante:	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
Fármacos específicos		
<i>Agentes antivirales contra el VIH</i>		
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (NRTI): Formulaciones de didanosina con buffer Cápsulas con recubrimiento entérico (EC)	↓ atazanavir ↓ didanosina	La coadministración de SURAVIR con comprimidos de didanosina con buffer dio como resultado una marcada disminución de la exposición al atazanavir. Se recomienda tomar SURAVIR (con alimento) 2 hs. antes o 1 h. después de las formulaciones de didanosina con buffer. La administración simultánea de didanosina RE y SURAVIR con alimento disminuye la exposición a la didanosina. Por lo tanto, SURAVIR y didanosina RE deben administrarse en momentos distintos.

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

<i>Clase de fármaco concomitante:</i> Fármacos específicos	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
<i>Inhibidores nucleótidos de la transcriptasa reversa: tenofovir disoproxil fumarato (DF)</i>	↓ atazanavir ↑ tenofovir	El tenofovir DF puede disminuir el ABC (área bajo la curva) y la C_{min} del atazanavir. Cuando se coadministra con tenofovir DF en adultos, se recomienda administrar SURAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg y tenofovir DF 300 mg (todos en forma de una dosis diaria única con alimento). SURAVIR aumenta las concentraciones de tenofovir. Se desconoce el mecanismo de esta interacción. Las mayores concentraciones de tenofovir podrían potenciar las reacciones adversas asociadas con el tenofovir, incluidos los trastornos renales. Los pacientes que reciben SURAVIR y tenofovir DF deben ser monitoreados para detectar reacciones adversas asociadas con el tenofovir. Para las mujeres embarazadas que toman SURAVIR con ritonavir y tenofovir DF, véase <i>Posología/Dosis y Administración</i> .
<i>Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (NNRTI): efavirenz</i>	↓ atazanavir	El efavirenz disminuye la exposición al atazanavir. En pacientes adultos sin tratamiento previo: Si se combina ATAZANAVIR con efavirenz, ATAZANAVIR 400 mg (2 cápsulas de 200 mg) se deben administrar con ritonavir 100 mg simultáneamente una vez por día con alimento, y el efavirenz 600 mg se debe administrar una vez por día con el estómago vacío, preferentemente antes de acostarse. En pacientes adultos previamente tratados: No se recomienda la coadministración de ATAZANAVIR con efavirenz a pacientes previamente tratados debido a la disminución de la exposición al atazanavir.
<i>Inhibidores de la proteasa: saquinavir (cápsulas de gelatina blanda)</i>	↑ saquinavir	No se han establecido recomendaciones apropiadas de dosificación para esta combinación, con o sin ritonavir, con respecto a la eficacia y la seguridad. En un estudio clínico, saquinavir 1200 mg coadministrado con ATAZANAVIR 400 mg y tenofovir DF 300 mg (todos administrados una vez por día) más inhibidores análogos nucleósidos de la transcriptasa reversa no proporcionó la eficacia adecuada [véase <i>Estudios Clínicos</i>].
Ritonavir	↑ atazanavir	Si se coadministra ATAZANAVIR con ritonavir, se recomienda administrar SURAVIR 300 mg una vez por día con ritonavir 100 mg una vez por día con alimento en adultos. Véase la información completa sobre prescripción para ritonavir a fin de obtener información sobre las interacciones medicamentosas con ritonavir.
Otros	↑ otro inhibidor de proteasa	Aunque no ha sido estudiada, se esperaría que la coadministración de SURAVIR/ritonavir y un inhibidor de la proteasa adicional aumente la exposición al otro inhibidor de proteasa. No se

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

<i>Clase de fármaco concomitante:</i>	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
Fármacos específicos		
		recomienda esta coadministración.
Agentes antivirales contra el VHC		
<i>Inhibidores de la proteasa: boceprevir</i>	↓ atazanavir ↓ ritonavir	La administración concomitante de boceprevir y atazanavir/ritonavir dio como resultado una reducción de la exposición a atazanavir y ritonavir en estado estacionario. No se recomienda la coadministración de SURAVIR/ritonavir y boceprevir.
sofosbuvir, velpatasvir, voxilaprevir	↑ voxilaprevir	No se recomienda la coadministración con SURAVIR.
Otros agentes		
<i>Antiácidos y medicamentos con adición de buffer</i>	↓ atazanavir	Se esperan menores concentraciones plasmáticas de atazanavir si se administran antiácidos, incluidos los medicamentos con adición de buffer, junto con SURAVIR. SURAVIR debe administrarse 2 hs. antes o 1 h. después de estos fármacos.
<i>Antiarrítmicos: amiodarona, bepridilo, lidocaína (sistémica), quinidina</i>	↑ amiodarona, bepridilo, lidocaína (sistémica), quinidina	La coadministración con SURAVIR tiene el potencial de producir eventos adversos serios y/o mortales, y no ha sido estudiada. Es necesario tener precaución, y se recomienda monitorear la concentración terapéutica de estos fármacos si se usan de manera concomitante con SURAVIR.
<i>Anticoagulantes: warfarina</i>	↑ warfarina	La coadministración con SURAVIR tiene el potencial de producir hemorragias serias y/o mortales, y no ha sido estudiada. Se recomienda monitorear la INR (<i>International Normalized Ratio - Relación Normalizada Internacional</i>).
<i>Antidepresivos: antidepresivos tricíclicos</i>	↑ antidepresivos tricíclicos	La coadministración con SURAVIR tiene el potencial de producir eventos adversos serios y/o mortales, y no ha sido estudiada. Se recomienda monitorear la concentración de estos fármacos si se usan de manera concomitante con SURAVIR.
Trazodona	↑ trazodona	El uso concomitante de trazodona y SURAVIR, con o sin ritonavir, puede incrementar las concentraciones plasmáticas de trazodona. Se han observado náuseas, mareos, hipotensión y síncope luego de la administración de trazodona y ritonavir. Si se usa trazodona con un inhibidor de CYP3A4 tal como SURAVIR, la combinación debe usarse con precaución y se debe considerar una disminución de la dosis de trazodona.
<i>Antiepilépticos: carbamazepina</i>	↓ atazanavir ↑ carbamazepina	Las concentraciones plasmáticas de atazanavir pueden disminuir cuando se administra carbamazepina junto con SURAVIR sin ritonavir. No se recomienda la coadministración de carbamazepina y SURAVIR sin ritonavir. El ritonavir puede aumentar los niveles

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

<i>Clase de fármaco concomitante:</i> Fármacos específicos	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
		plasmáticos de carbamazepina. Si al paciente que inicia tratamiento con SURAVIR/ritonavir se le ha aumentado gradualmente la dosis de carbamazepina hasta alcanzar una dosis estable, quizá sea necesario reducir la dosis de carbamazepina.
fenitoína, fenobarbital	↓ atazanavir ↓ fenitoína ↓ fenobarbital	Las concentraciones plasmáticas de atazanavir pueden disminuir cuando se administra fenitoína o fenobarbital junto con SURAVIR sin ritonavir. No se recomienda la coadministración de fenitoína o fenobarbital y SURAVIR sin ritonavir. El ritonavir puede disminuir los niveles plasmáticos de fenitoína y fenobarbital. Cuando SURAVIR con ritonavir se coadministra con fenitoína o fenobarbital, se puede requerir un ajuste de la dosis de fenitoína o fenobarbital.
Lamotrigina	↓ lamotrigina	La coadministración de lamotrigina y SURAVIR <i>con</i> ritonavir puede disminuir las concentraciones plasmáticas de lamotrigina. Se puede requerir un ajuste de la dosis de lamotrigina cuando se coadministra con SURAVIR y ritonavir. No se prevé que la coadministración de lamotrigina y SURAVIR <i>sin</i> ritonavir disminuya las concentraciones plasmáticas de lamotrigina. No se requiere un ajuste de la dosis de lamotrigina cuando se coadministra con SURAVIR sin ritonavir.
<i>Antifúngicos:</i> ketoconazol, itraconazol	SURAVIR/ ritonavir: ↑ ketoconazol ↑ itraconazol	La coadministración de ketoconazol sólo ha sido estudiada con SURAVIR sin ritonavir (aumento insignificante del ABC y la C _{max} del atazanavir). Debido al efecto del ritonavir sobre el ketoconazol, las dosis altas de ketoconazol e itraconazol (>200 mg/día) deben ser usadas con precaución con SURAVIR /ritonavir.
Voriconazol	SURAVIR/ritonavir en pacientes con un alelo CYP2C19 funcional: ↓ voriconazol ↓ atazanavir SURAVIR/ritonavir en pacientes sin un alelo CYP2C19 funcional: ↑ voriconazol ↓ atazanavir	No se recomienda el uso de voriconazol en pacientes que reciben SURAVIR /ritonavir, a menos que una evaluación de la relación riesgo/beneficio para el paciente lo justifique. Los pacientes deben ser cuidadosamente monitoreados para detectar reacciones adversas asociadas con voriconazol y pérdida de eficacia de voriconazol o atazanavir durante la coadministración de voriconazol y SURAVIR /ritonavir. La coadministración de voriconazol con SURAVIR (sin ritonavir) puede afectar las concentraciones de atazanavir; sin embargo, no hay datos disponibles.
<i>Antigotosos:</i> colchicina	↑ colchicina	No se recomienda la coadministración de SURAVIR con colchicina en pacientes con deterioro de la función renal o hepática. Posología recomendada en adultos de colchicina cuando se administra con SURAVIR: Tratamiento de exacerbaciones de la gota:

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

<i>Clase de fármaco concomitante:</i> Fármacos específicos	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
<i>Antimicrobianos:</i> rifabutina	↑ rifabutina	<p>0,6 mg (1 tableta/comprimido) para 1 dosis, seguido de 0,3 mg (media tableta/comprimido) 1 hora después. No se debe repetir hasta transcurridos 3 días.</p> <p><i>Profilaxis de exacerbaciones de la gota:</i></p> <p>Si el régimen original era de 0,6 mg <i>dos veces al día</i>, se debe ajustar el régimen a 0,3 mg <i>una vez al día</i>.</p> <p>Si el régimen original era de 0,6 mg <i>una vez al día</i>, se debe ajustar el régimen a 0,3 mg <i>una vez día de por medio</i>.</p> <p><i>Tratamiento de la fiebre mediterránea familiar (FMF):</i></p> <p>Dosis diaria máxima de 0,6 mg (puede administrarse como 0,3 mg dos veces al día).</p> <p>Se recomienda una reducción de la dosis de rifabutina de hasta el 75% (por ejemplo, 150 mg día por medio o 3 veces por semana). Se requiere aumentar el monitoreo para detectar reacciones adversas asociadas con la rifabutina, incluida la neutropenia.</p>
<i>Antipsicóticos:</i> quetiapina y lurasidona	↑ quetiapina	<p><i>Inicio de SURAVIR con ritonavir en pacientes que toman quetiapina:</i> Considerar una terapia antirretroviral alternativa para evitar aumentos en las exposiciones a quetiapina. Si es necesaria la coadministración, reducir la dosis de quetiapina a 1/6 de la dosis actual y monitorear al paciente para detectar reacciones adversas asociadas con quetiapina. Remitirse a la información sobre prescripción de quetiapina para obtener recomendaciones sobre el monitoreo de las reacciones adversas.</p> <p><i>Inicio de quetiapina en pacientes que toman SURAVIR con ritonavir:</i> Remitirse a la información sobre prescripción de quetiapina para acceder a la dosis inicial y a la titulación de dosis de quetiapina.</p>
	<i>SURAVIR</i> ↑ lurasidona	<i>SURAVIR sin ritonavir</i> Si es necesaria la coadministración, reducir la dosis de lurasidona. Remitirse a la información sobre prescripción de lurasidona para el uso concomitante con inhibidores moderados de CYP3A4.
	<i>SURAVIR/ritonavir</i> ↑ lurasidona	<i>SURAVIR/ritonavir</i> El uso de lurasidona está contraindicado.
<i>Benzodiazepinas:</i> midazolam administrado por vía parenteral ^b	↑ midazolam	El uso concomitante de midazolam parenteral con SURAVIR puede aumentar las concentraciones plasmáticas de midazolam. La coadministración debe efectuarse en un entorno que asegure un estrecho monitoreo clínico y un adecuado manejo médico en caso de depresión respiratoria y/o sedación prolongada. Deberá considerarse una reducción de la dosis de midazolam, en especial si se administra más de una dosis única de midazolam. La coadministración de midazolam oral con SURAVIR está

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

<i>Clase de fármaco concomitante:</i> Fármacos específicos	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
		CONTRAINDICADA.
<i>Bloqueadores del canal de calcio:</i> diltiazem	↑ diltiazem y desacetil-diltiazem	Es necesario tener precaución. Se debe considerar una reducción de la dosis de diltiazem del 50%, y se recomienda efectuar un monitoreo por electrocardiograma. La coadministración de SURAVIR /ritonavir con diltiazem no ha sido estudiada.
felodipina, nifedipina, nicardipina y verapamilo	↑ bloqueador del canal de calcio	Es necesario tener precaución. Se debe considerar titular la dosis del bloqueador del canal de calcio. Se recomienda efectuar un monitoreo por electrocardiograma.
<i>Antagonistas de los receptores de endotelina:</i> Bosentan	↓ atazanavir ↑ bosentan	Las concentraciones plasmáticas de atazanavir pueden reducirse cuando se administra bosentan con SURAVIR sin ritonavir. No se recomienda la coadministración de bosentan y SURAVIR sin ritonavir. <i>Coadministración de bosentan en pacientes adultos que reciben SURAVIR/ritonavir:</i> Para los pacientes que han recibido SURAVIR /ritonavir durante al menos 10 días, comenzar el bosentan con una dosis de 62,5 mg una vez al día o día de por medio, en base a la tolerabilidad individual. <i>Coadministración de SURAVIR/ritonavir en pacientes adultos que reciben bosentan:</i> Discontinuar el bosentan al menos 36 horas antes de comenzar SURAVIR /ritonavir. Al menos 10 días después de comenzar SURAVIR /ritonavir, reanudar el bosentan con una dosis de 62,5 mg una vez al día o día de por medio, según la tolerabilidad individual.
<i>Inhibidores de HMG-CoA reductasa:</i> atorvastatina, rosuvastatina	↑ atorvastatina ↑ rosuvastatina	Titular cuidadosamente la dosis de atorvastatina y usar la menor dosis necesaria. La dosis de rosuvastatina no debe superar los 10 mg/día. El riesgo de miopatía, incluida rabdomiólisis, puede incrementarse cuando se usan Inhibidores de la proteasa del VIH, incluido SURAVIR, en combinación con estos fármacos.
<i>Antagonistas del receptor H₂</i>	↓ atazanavir	Las concentraciones plasmáticas de atazanavir disminuyeron sustancialmente cuando se administró ATAZANAVIR 400 mg una vez por día simultáneamente con famotidina 40 mg dos veces por día en adultos, lo que puede ocasionar la pérdida del efecto terapéutico y el desarrollo de resistencia. <i>En pacientes adultos sin tratamiento previo:</i> SURAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg una vez por día con alimento debe administrarse simultáneamente y/o al menos 10 horas

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

Clase de fármaco concomitante: Fármacos específicos	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
		<p>después de la dosis del antagonista del receptor H₂ (H2RA). Se puede usar una dosis de H2RA comparable con famotidina 20 mg una vez por día hasta una dosis comparable con famotidina 40 mg dos veces por día junto con SURAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg en pacientes no tratados previamente.</p> <p style="text-align: center;">0</p> <p>Para los pacientes que no toleran ritonavir, se debe administrar ATAZANAVIR 400 mg una vez por día con alimento al menos 2 horas antes y al menos 10 horas después de la dosis del H2RA. Ninguna dosis única del H2RA debe exceder una dosis equivalente a famotidina 20 mg, y la dosis diaria total no deberá exceder una dosis equivalente a famotidina 40 mg. No se recomienda el uso de SURAVIR sin ritonavir en mujeres embarazadas.</p> <p>En pacientes adultos previamente tratados:</p> <p>Cuando se administra un H2RA a un paciente que recibe SURAVIR con ritonavir, la dosis del H2RA no debe exceder una dosis equivalente a 20 mg de famotidina dos veces por día, y las dosis de SURAVIR y ritonavir deben administrarse simultáneamente y/o al menos 10 horas después de la dosis del H2RA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg una vez por día (todo como dosis única con alimento) si se administra con un H2RA. ● ATAZANAVIR 400 mg con ritonavir 100 mg una vez por día (todo como dosis única con alimento) si se administra con tenofovir DF y un H2RA. ● ATAZANAVIR 400 mg con ritonavir 100 mg una vez por día (todo como dosis única con alimento) si se administra con tenofovir DF o un H2RA para mujeres embarazadas durante el segundo y tercer trimestre. No se recomienda ATAZANAVIR para mujeres embarazadas durante el segundo y tercer trimestre que toman ATAZANAVIR con tenofovir DF y un H2RA.
<p>Anticonceptivos hormonales: etinil estradiol y norgestimato o noretindrona</p>	<p>↓ etinil estradiol</p> <p>↑ norgestimato^c</p>	<p>Usar con precaución si se considera la coadministración de SURAVIR o SURAVIR /ritonavir con anticonceptivos orales. Si se administra un anticonceptivo oral con SURAVIR más ritonavir, se recomienda que el anticonceptivo oral contenga al menos 35 mcg de etinil estradiol. Si se administra SURAVIR sin ritonavir, el anticonceptivo oral no debe contener más de 30 mcg de etinil estradiol.</p> <p>Los potenciales riesgos en materia de seguridad incluyen sustanciales aumentos de la exposición a la progesterona. Se desconocen los efectos a largo plazo de los aumentos en la concentración del agente progestacional y podrían incrementar el</p>

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

<i>Clase de fármaco concomitante:</i> Fármacos específicos	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
	<p>↑ etinil estradiol</p> <p>↑ noretindrona^d</p>	<p>riesgo de resistencia a la insulina, dislipidemia y acné.</p> <p>La coadministración de SURAVIR o SURAVIR /ritonavir con otros anticonceptivos hormonales (por ejemplo, parche anticonceptivo, anillo vaginal anticonceptivo o anticonceptivos inyectables) o anticonceptivos orales que contienen progestágenos distintos de noretindrona o norgestimato, o menos de 25 mcg de etinil estradiol, no ha sido estudiada; por lo tanto, se recomienda utilizar métodos alternativos de anticoncepción.</p>
<i>Inmunosupresores:</i> ciclosporina, sirolimus, tacrolimus	↑ inmunosupresores	Se recomienda monitorear la concentración terapéutica de estos inmunosupresores cuando se los coadministra con SURAVIR.
<i>Beta-agonistas inhalados:</i> Salmeterol	↑ salmeterol	No se recomienda la coadministración de salmeterol con SURAVIR. El uso concomitante de salmeterol y SURAVIR puede causar un mayor riesgo de reacciones cardiovasculares adversas asociadas con salmeterol, incluyendo la prolongación del intervalo QT, palpitaciones y taquicardia sinusal.
<i>Esteroides inhalatorio/nasal:</i> fluticasona	<p>SURAVIR</p> <p>↑ fluticasona</p>	El uso concomitante de propionato de fluticasona y SURAVIR (sin ritonavir) puede aumentar las concentraciones plasmáticas del propionato de fluticasona. Usar con precaución. Considerar alternativas para el propionato de fluticasona, en particular en los casos de uso prolongado.
	<p>SURAVIR/ ritonavir</p> <p>↑ fluticasona</p>	El uso concomitante de propionato de fluticasona y SURAVIR /ritonavir puede aumentar las concentraciones plasmáticas del propionato de fluticasona, lo que ocasiona concentraciones séricas significativamente reducidas de cortisol. Se han reportado efectos corticosteroides sistémicos, incluidos síndrome de Cushing y supresión adrenal, durante el uso posterior a la comercialización del producto en pacientes que recibían ritonavir y propionato de fluticasona administrado por inhalación o por vía intranasal. La coadministración de propionato de fluticasona y SURAVIR /ritonavir no se recomienda a menos que el beneficio potencial para el paciente supere el riesgo de efectos colaterales corticosteroides sistémicos [véase Advertencias y Precauciones].
<i>Antibióticos macrólidos:</i> claritromicina	<p>↑ claritromicina</p> <p>↓ 14-OH claritromicina</p> <p>↑ atazanavir</p>	Las mayores concentraciones de claritromicina pueden causar prolongaciones de QTc; por consiguiente, se debe considerar una reducción de la dosis de claritromicina del 50% cuando se la coadministra con SURAVIR. Así mismo, las concentraciones del metabolito activo 14-OH claritromicina se ven significativamente reducidas; considerar una terapia alternativa para las indicaciones distintas de infecciones debidas al complejo <i>Mycobacterium avium</i> . La coadministración de SURAVIR /ritonavir con claritromicina no se

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

<i>Clase de fármaco concomitante:</i> Fármacos específicos	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
		ha estudiado.
<i>Opioides:</i> buprenorfina	↑ buprenorfina ↑ norbuprenorfina	La coadministración de buprenorfina y SURAVIR con o sin ritonavir aumenta la concentración plasmática de buprenorfina y norbuprenorfina. La coadministración de SURAVIR más ritonavir con buprenorfina requiere el monitoreo clínico de la sedación y los efectos cognitivos. Podrá considerarse una reducción de la dosis de buprenorfina. No se prevé que la coadministración de buprenorfina y SURAVIR con ritonavir disminuya las concentraciones plasmáticas de atazanavir. La coadministración de buprenorfina y SURAVIR sin ritonavir puede disminuir las concentraciones plasmáticas de atazanavir. No se recomienda la coadministración de SURAVIR y buprenorfina sin ritonavir.
<i>Inhibidores de PDES:</i> sildenafil, tadalafilo, vardenafil	↑ sildenafil ↑ tadalafilo ↑ vardenafil	La coadministración con SURAVIR no ha sido estudiada pero puede ocasionar un aumento en las reacciones adversas asociadas con el inhibidor de PDES, que incluyen hipotensión, síncope, trastornos visuales y priapismo. Uso de inhibidores de PDES para la hipertensión arterial pulmonar (HAP): El uso de sildenafil para el tratamiento de la hipertensión pulmonar (HAP) está contraindicado con SURAVIR [véase <i>Contraindicaciones</i>]. Se recomiendan los siguientes ajustes de la dosis para el uso de tadalafilo con SURAVIR: Coadministración de tadalafilo en pacientes que reciben SURAVIR (con o sin ritonavir): <ul style="list-style-type: none"> • Para los pacientes que han recibido SURAVIR (con o sin ritonavir) durante al menos una semana, comenzar tadalafilo con 20 mg una vez al día. Aumentar a 40 mg una vez al día en base a la tolerabilidad individual. Coadministración de SURAVIR (con o sin ritonavir) en pacientes que reciben tadalafilo: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el uso de tadalafilo cuando se comienza SURAVIR (con o sin ritonavir). Dejar de usar tadalafilo al menos 24 horas antes de comenzar SURAVIR (con o sin ritonavir). Al menos una semana después de comenzar SURAVIR (con o sin ritonavir), reanudar tadalafilo con 20 mg una vez al día. Aumentar a 40 mg una vez al día en base a la tolerabilidad individual. Uso de inhibidores de PDES para la disfunción eréctil: Usar sildenafil con precaución en dosis reducidas de 25 mg cada 48 horas con un mayor monitoreo de eventos adversos. Usar tadalafilo con precaución en dosis reducidas de 10 mg cada 72

Tabla 18: Interacciones medicamentosas establecidas y otras potencialmente significativas: Se puede recomendar una alteración de la dosis o del régimen sobre la base de estudios de interacciones medicamentosas o interacciones esperadas (la información de la tabla se aplica a SURAVIR con o sin ritonavir, a menos que se indique lo contrario)

Clase de fármaco concomitante: Fármacos específicos	Efecto sobre la concentración de atazanavir o el fármaco concomitante	Comentario clínico
		<p>horas con un mayor monitoreo de eventos adversos.</p> <p>SURAVIR/ritonavir: Usar vardenafil con precaución en dosis reducidas de no más de 2,5 mg cada 72 horas con un mayor monitoreo de reacciones adversas.</p> <p>SURAVIR: Usar vardenafil con precaución en dosis reducidas de no más de 2,5 mg cada 24 horas con un mayor monitoreo de reacciones adversas.</p>
<p><i>Inhibidores de la bomba de protones:</i> omeprazol</p>	<p>↓ atazanavir</p>	<p>Las concentraciones plasmáticas de atazanavir disminuyeron sustancialmente cuando se administró ATAZANAVIR 400 mg o SURAVIR 300 mg/ritonavir 100 mg una vez por día junto con omeprazol 40 mg una vez por día en adultos, lo cual puede ocasionar la pérdida del efecto terapéutico y el desarrollo de resistencia.</p> <p>En pacientes adultos sin tratamiento previo:</p> <p>La dosis del inhibidor de la bomba de protones (PPI) no debe exceder el equivalente a una dosis de 20 mg de omeprazol y debe administrarse aproximadamente 12 horas antes de la dosis de SURAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg.</p> <p>En pacientes adultos previamente tratados:</p> <p>No se recomienda el uso de PPI en pacientes previamente tratados que reciben SURAVIR.</p>

^a Para conocer la magnitud de las interacciones, véase *Farmacología Clínica, Tablas 4 y 5*.

^b Véase *Contraindicaciones, Tabla 17*, para midazolam administrado por vía oral.

^c En combinación con atazanavir 300 mg y ritonavir 100 mg una vez por día.

^d En combinación con atazanavir 400 mg una vez por día.

Fármacos sin interacciones observadas con ATAZANAVIR

No se observó ninguna interacción medicamentosa clínicamente significativa cuando se coadministró ATAZANAVIR con metadona, fluconazol, paracetamol, atenolol, o los inhibidores nucleósidos de transcriptasa inversa lamivudina o zidovudina. [véase *Farmacología Clínica, Tablas 4 y 5*].

USO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

Embarazo

Síntesis de riesgos

El ATAZANAVIR ha sido evaluado en una limitada cantidad de mujeres durante el embarazo. Los datos disponibles sobre humanos y animales sugieren que el ATAZANAVIR no aumenta el riesgo de defectos graves de

nacimiento en general, en comparación con el índice habitual [véase Datos]. En la población general de EE.UU., el riesgo de base estimado de defectos de nacimiento graves y aborto espontáneo en embarazos clínicamente reconocidos es del 2-4% y del 15-20%, respectivamente. No se observaron malformaciones relacionadas con el tratamiento en ratas y conejos, en los cuales las exposiciones a ATAZANAVIR fueron 0,7-1,2 veces aquellas alcanzadas con la dosis clínica en humanos (300 mg/día de ATAZANAVIR potenciado con 100 mg/día de ritonavir). Cuando ATAZANAVIR se administró a ratas preñadas y durante toda la lactancia, se observó un retardo reversible del crecimiento neonatal [véase Datos].

Consideraciones clínicas

Ajustes de dosis durante el embarazo y el período post-parto:

- SURAVIR debe administrarse con ritonavir en mujeres embarazadas.
- Para las mujeres embarazadas, no se requiere ajuste de la dosis de SURAVIR, con las siguientes excepciones:
 - Para mujeres embarazadas previamente tratadas durante el segundo o el tercer trimestre, cuando se coadministra SURAVIR con un antagonista del receptor H₂ o tenofovir DF, se recomienda ATAZANAVIR 400 mg con ritonavir 100 mg una vez al día. No se cuenta con datos suficientes para recomendar una dosis de ATAZANAVIR para usar con un antagonista del receptor H₂ y tenofovir DF en mujeres embarazadas que han sido previamente tratadas.
- No se requiere ajuste de la dosis para las pacientes en el período post-parto. Sin embargo, las pacientes deben ser estrechamente monitoreadas para detectar eventos adversos, debido a que las exposiciones a ATAZANAVIR pueden ser más altas durante los primeros 2 meses luego del parto [Véase Posología/Dosis y Administración y Farmacología Clínica].

Reacciones adversas maternas:

Se han producido casos de síndrome de acidosis láctica, en ocasiones mortal, e hiperlactatemia sintomática en mujeres embarazadas que usaban ATAZANAVIR en combinación con análogos nucleósidos, los cuales se asocian con un mayor riesgo de síndrome de acidosis láctica.

La hiperbilirrubinemia es frecuente en pacientes que toman ATAZANAVIR [véase Advertencias y Precauciones], incluidas las mujeres embarazadas [véase Datos].

Advertir a las mujeres embarazadas sobre los potenciales riesgos de síndrome de acidosis láctica e hiperbilirrubinemia.

Reacciones adversas fetales/neonatales:

Todos los lactantes, incluidos los neonatos expuestos a ATAZANAVIR en el útero, deben ser monitoreados para detectar el desarrollo de hiperbilirrubinemia severa durante los primeros días de vida [véase Datos].

Datos en humanos

En el ensayo clínico A1424-182, se administró ATAZANAVIR/ritonavir (300 mg/100 mg o 400 mg/100 mg) en combinación con zidovudina/lamivudina a 41 mujeres embarazadas infectadas con el VIH durante el segundo o el tercer trimestre. Entre las 39 mujeres que completaron el estudio, 38 alcanzaron un nivel de ARN del VIH menor a 50 copias/ml en el momento del parto. Seis de 20 mujeres (30%) que tomaban ATAZANAVIR/ritonavir 300 mg/100 mg y 13 de 21 mujeres (62%) que tomaban ATAZANAVIR/ritonavir 400 mg/100 mg experimentaron hiperbilirrubinemia (bilirrubina total mayor o igual a 2,6 veces el límite superior del rango normal (LSN)). No se observaron casos de acidosis láctica en el ensayo clínico A1424-182.

Las concentraciones de ATAZANAVIR en la sangre del cordón umbilical fetal fueron aproximadamente 12% a 19% de las concentraciones maternas. Entre los 40 lactantes nacidos de 40 madres infectadas con el VIH, todos tuvieron resultados de ensayo negativos para ADN del VIH-1 en el momento del parto y/o durante los primeros 6 meses post-parto. Los 40 lactantes recibieron tratamiento antirretroviral profiláctico que contenía zidovudina. No se

observó evidencia de hiperbilirrubinemia severa (niveles de bilirrubina total superiores a 20 mg/dL) ni encefalopatía bilirrubínica aguda o crónica entre los neonatos en este estudio. Sin embargo, 10/36 lactantes (28%) (6 de 38 semanas de gestación o más, y 4 de 38 semanas de gestación o menos) tuvieron niveles de bilirrubina de 4 mg/dL o más dentro del primer día de vida.

La falta de diversidad étnica constituyó una limitación para el estudio. En la población del estudio, 33/40 lactantes (83%) eran negros/afroamericanos, quienes tienen menor incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal que los caucásicos y asiáticos. Asimismo, las mujeres con incompatibilidad de Rh fueron excluidas, así como aquellas que tenían un bebé anterior que había desarrollado enfermedad hemolítica y/o ictericia patológica neonatal (que requería fototerapia).

Además, de los 38 lactantes que tuvieron muestras de glucosa recolectadas el primer día de vida, 3 tuvieron muestras de glucosa sérica adecuadamente recolectadas con valores menores a 40 mg/dL que no podían atribuirse a intolerancia a la glucosa materna, a un parto difícil o a sepsis.

Sobre la base de reportes prospectivos a partir del Registro de Embarazos durante el uso de Antirretrovirales (APR) de aproximadamente 1600 nacimientos vivos tras la exposición a regímenes que contienen ATAZANAVIR (incluidos 1037 nacimientos vivos de bebés expuestos durante el primer trimestre y 569 expuestos durante el segundo o tercer trimestre), no hubo diferencia en cuanto a los defectos de nacimiento entre ATAZANAVIR y la tasa de defectos de nacimiento de referencia. En la población general de EE.UU., el riesgo de base estimado de defectos de nacimiento graves en embarazos clínicamente reconocidos es del 2-4%.

Datos en animales

En estudios de reproducción realizados en animales, no se observó evidencia de mortalidad o teratogenicidad en la cría de animales a niveles de exposición sistémica al fármaco (ABC) de 0,7 veces (en conejos) a 1,2 veces (en ratas) superiores a aquellas observadas con la dosis clínica humana (300 mg/día de ATAZANAVIR reforzado con 100 mg/día de ritonavir). En los estudios de desarrollo pre- y post-natal realizados en ratas, el ATAZANAVIR causó retardo del crecimiento neonatal durante la lactancia, que se revirtió tras el destete. La exposición materna al fármaco con esta dosis fue 1,3 veces mayor a la exposición humana con la dosis clínica recomendada. Se produjo toxicidad materna mínima a este nivel de exposición.

Lactancia

Síntesis del riesgo

Los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades recomiendan a las mujeres infectadas con VIH-1 no amamantar a sus hijos a fin de evitar el riesgo de transmisión post-natal del VIH-1. ATAZANAVIR ha sido detectado en la leche materna humana. No se dispone de datos sobre los efectos de ATAZANAVIR sobre la producción de leche. ATAZANAVIR se detectó en la leche de ratas en período de lactancia y se asoció con un retardo del crecimiento neonatal, que se revirtió tras el destete. Tanto por el riesgo de transmitir el VIH-1 como por el potencial de reacciones adversas serias en bebés en etapa de lactancia, se les debe indicar a las madres que no amamanten a sus hijos.

Uso pediátrico

SURAVIR cápsulas está indicado en combinación con otros agentes antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH 1 en pacientes pediátricos de 6 años de edad y mayores que pesen al menos 15 Kg. ATAZANAVIR no se recomienda en pacientes pediátricos de menos de 3 meses debido al riesgo de kernicterus [véase Indicaciones y Uso]. Todas las contraindicaciones, advertencias y precauciones de ATAZANAVIR se aplican a los pacientes pediátricos [Véase Contraindicaciones y Advertencias y Precauciones].

No existe dosis recomendada para SURAVIR cápsulas en pacientes pediátricos menores de 6 años de edad.

La seguridad, el perfil farmacocinético y la respuesta virológica de ATAZANAVIR se evaluaron en pacientes pediátricos en un ensayo clínico multicéntrico de diseño abierto PACTG 1020A [véase Farmacología Clínica y Estudios Clínicos]. El perfil de seguridad en pacientes pediátricos fue en general similar al observado en adultos

[véase Reacciones Adversas]. Véase Posología/Dosis y Administración) para obtener las recomendaciones posológicas para pacientes pediátricos.

Uso geriátrico

Los estudios clínicos realizados con ATAZANAVIR no incluyeron una cantidad suficiente de pacientes de 65 años de edad en adelante para determinar si responden de manera diferente a los pacientes más jóvenes. Teniendo en cuenta una comparación de valores farmacocinéticos medios luego de una dosis única para C_{max} y ABC, no se recomienda un ajuste de la dosis sobre la base de la edad. En general, se debe tener una precaución adecuada en la administración y el monitoreo de ATAZANAVIR en pacientes geriátricos que refleje la mayor frecuencia de deterioro de la función hepática, renal o cardíaca, y de enfermedades concomitantes u otra terapia con fármacos.

Edad/Género

Se llevó a cabo un estudio de la farmacocinética del ATAZANAVIR en individuos sanos jóvenes ($n=29$; 18-40 años de edad) y geriátricos ($n=30$; ≥ 65 años de edad). No se observaron diferencias farmacocinéticas clínicamente significativas debido a la edad o al género.

Deterioro de la función renal

No se recomienda usar SURAVIR en pacientes previamente tratados por VIH con enfermedad renal en estadio terminal sometidos a hemodiálisis [véase Posología/Dosis y Administración y Farmacología Clínica].

Deterioro de la función hepática

No se recomienda usar SURAVIR en pacientes con deterioro hepático severo. No se recomienda usar SURAVIR/ritonavir en pacientes con cualquier grado de deterioro hepático [véase Posología/Dosis y Administración y Farmacología Clínica].

REACCIONES ADVERSAS

Las siguientes reacciones adversas se analizan en mayor detalle en otras secciones del prospecto:

- Anormalidades en la conducción cardíaca [véase Advertencias y Precauciones].
- Erupción [véase Advertencias y Precauciones].
- Hiperbilirrubinemia [véase Advertencias y Precauciones].
- Enfermedad renal crónica [véase Advertencias y Precauciones].
- Nefrolitiasis y coleditiasis [véase Advertencias y Precauciones].

Dado que los ensayos clínicos se llevan a cabo en condiciones muy variadas, los índices de reacciones adversas observados en los ensayos clínicos de un fármaco no se pueden comparar directamente con los índices de los ensayos clínicos de otro fármaco, y pueden no reflejar los índices observados en la práctica.

Experiencia de ensayos clínicos

Reacciones adversas en pacientes adultos sin tratamiento previo

El perfil de seguridad de ATAZANAVIR en adultos sin tratamiento previo se basa en 1625 pacientes infectados con VIH-1 en ensayos clínicos. 536 pacientes recibieron ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg, y 1089 pacientes recibieron ATAZANAVIR 400 mg o más (sin ritonavir).

Las reacciones adversas más comunes incluyeron náuseas, ictericia/ictericia esclerótica y erupción.

En las Tablas 19 y 20, respectivamente, se presentan las reacciones adversas clínicas de intensidad moderada o severa, informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes sin tratamiento previo que recibieron una terapia combinada que incluía ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg y ATAZANAVIR 400 mg (sin ritonavir).

Tabla 19: Reacciones adversas ^a de intensidad moderada o severa informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes adultos sin tratamiento previo^b, Estudio AI424-138

	96 semanas ^c ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg (una vez por día) y tenofovir DF con emtricitabina ^d (n=441)	96 semanas ^c lopinavir 400 mg con ritonavir 100 mg (dos veces por día) y tenofovir DF con emtricitabina ^d (n=437)
Sistema digestivo		
Náuseas	4%	8%
Ictericia/ictericia esclerótica	5%	*
Diarrea	2%	12%
Piel y apéndices		
Erupción	3%	2%

* Ninguna informada en esta rama de tratamiento.
^a Incluye eventos de relación posible, probable, segura o desconocida con el régimen de tratamiento.
^b Basado en el régimen que contenía ATAZANAVIR.
^c Tiempo promedio durante la terapia.
^d Como combinación de dosis fija: 300 mg de tenofovir DF, 200 mg de emtricitabina una vez por día.

Tabla 20: Reacciones adversas ^a de intensidad moderada o severa informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes adultos sin tratamiento previo^b, Estudios AI424-034, AI424-007 y AI424-008

	Estudio AI424-034		Estudios AI424-007, -008	
	64 semanas ^c ATAZANAVIR 400 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^e (n=404)	64 semanas ^c efavirenz 600 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^e (n=401)	120 semanas ^{c,d} ATAZANAVIR 400 mg una vez por día + estavudina + lamivudina o didanosina (n=279)	73 semanas ^{c,d} nelfinavir 750 mg tres veces por día o 1250 mg dos veces por día + estavudina + lamivudina o didanosina (n=191)
Cuerpo en general				
Cefalea	6%	6%	1%	2%
Sistema digestivo				
Náuseas	14%	12%	6%	4%
Ictericia/ictericia esclerótica	7%	*	7%	*
Vómitos	4%	7%	3%	3%
Dolor abdominal	4%	4%	4%	2%
Diarrea	1%	2%	3%	16%
Sistema nervioso				
Insomnio	3%	3%	<1%	*

Tabla 20: Reacciones adversas ^a de intensidad moderada o severa informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes adultos sin tratamiento previo^b, Estudios AI424-034, AI424-007 y AI424-008

	Estudio AI424-034		Estudios AI424-007, -008	
	64 semanas ^c ATAZANAVIR 400 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^e (n=404)	64 semanas ^c efavirenz 600 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^e (n=401)	120 semanas ^{c,d} ATAZANAVIR 400 mg una vez por día + estavudina + lamivudina o didanosina (n=279)	73 semanas ^{c,d} nelfinavir 750 mg tres veces por día o 1250 mg dos veces por día + estavudina + lamivudina o didanosina (n=191)
Mareos	2%	7%	<1%	*
Síntomas neurológicos periféricos	<1%	1%	4%	3%
Piel y apéndices				
Erupción	7%	10%	5%	1%

* Ninguna informada en esta rama de tratamiento.

^a Incluye eventos de relación posible, probable, segura o desconocida con el régimen de tratamiento.

^b Basado en regímenes que contenían ATAZANAVIR.

^c Tiempo promedio durante la terapia

^d Incluye seguimiento a largo plazo.

^e Como combinación de dosis fija: 150 mg de lamivudina, 300 mg de zidovudina dos veces por día.

Reacciones adversas en pacientes adultos previamente tratados

El perfil de seguridad de ATAZANAVIR en adultos previamente tratados se basa en 119 pacientes infectados con VIH-1 en ensayos clínicos.

Las reacciones adversas más comunes incluyen ictericia/ictericia esclerótica y mialgia.

En la Tabla 21 se presentan las reacciones adversas clínicas de intensidad moderada o severa, informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes previamente tratados que recibieron ATAZANAVIR/ritonavir.

Tabla 21: Reacciones adversas ^a de intensidad moderada o severa informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes adultos previamente tratados^b, Estudio AI424-045

	48 semanas ^c ATAZANAVIR/ritonavir 300 mg/100 mg una vez por día + tenofovir DF + NRTI (n=119)	48 semanas ^c lopinavir/ritonavir 400 mg/100 mg dos veces por día ^d + tenofovir DF + NRTI (n=118)
Cuerpo en general		
Fiebre	2%	*
Sistema digestivo		
Ictericia/ictericia esclerótica	9%	*
Diarrea	3%	11%
Náuseas	3%	2%
Sistema nervioso		
Depresión	2%	<1%
Sistema músculo-esquelético		

Mialgia 4% *

* Ninguna informada en esta rama de tratamiento.

^a Incluye eventos de relación posible, probable, segura o desconocida con el régimen de tratamiento.

^b Basado en el régimen que contenía ATAZANAVIR.

^c Tiempo promedio durante la terapia.

^d Como combinación de dosis fija.

Anormalidades en los valores de laboratorio en pacientes sin tratamiento previo

En las Tablas 22 y 23, respectivamente, se presentan los porcentajes de pacientes adultos sin tratamiento previo que recibieron una terapia combinada que incluía ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg y ATAZANAVIR 400 mg (sin ritonavir) con anomalías en los valores de laboratorio de grados 3-4.

Tabla 22: Anormalidades en los valores de laboratorio de grados 3-4 informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes adultos sin tratamiento previo^a, Estudio AI424-138

Variable	Límite ^d	96 semanas ^b	96 semanas ^b
		ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg (una vez por día) y tenofovir DF con emtricitabina ^c (n=441)	lopinavir 400 mg con ritonavir 100 mg (dos veces por día) y tenofovir DF con emtricitabina ^c (n=437)
Química Alto			
SGOT/AST	$\geq 5,1 \times \text{LSN}$	3%	1%
SGPT/ALT	$\geq 5,1 \times \text{LSN}$	3%	2%
Bilirrubina total	$\geq 2,6 \times \text{LSN}$	44%	<1%
Lipasa	$\geq 2,1 \times \text{LSN}$	2%	2%
Creatina quinasa	$\geq 5,1 \times \text{LSN}$	8%	7%
Colesterol total	$\geq 240 \text{ mg/dL}$	11%	25%
Hematología Bajo			
Neutrófilos	$< 750 \text{ células/mm}^3$	5%	2%

^a Basado en el régimen que contenía ATAZANAVIR.

^b Tiempo promedio durante la terapia.

^c Como combinación de dosis fija: 300 mg de tenofovir DF, 200 mg de emtricitabina una vez por día.

^d LSN = límite superior normal

Tabla 23: Anormalidades en los valores de laboratorio de grados 3-4 informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes adultos sin tratamiento previo^a, Estudios AI424-034, AI424-007 y AI424-008

Variable	Límite ^d	Estudio AI424-034		Estudios AI424-007, -008	
		64 semanas ^b ATAZANAVIR 400 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^c (n=404)	64 semanas ^b efavirenz 600 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^c (n=401)	120 semanas ^{b,c} ATAZANAVIR 400 mg una vez por día + estavudina + lamivudina o + didanosina (n=279)	73 semanas ^{b,c} nelfinavir 750 mg tres veces por día o 1250 mg dos veces por día + estavudina + lamivudina o + estavudina + didanosina (n=191)
Química Alto					

Tabla 23: Anormalidades en los valores de laboratorio de grados 3-4 informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes adultos sin tratamiento previo^a, Estudios AI424-034, AI424-007 y AI424-008

Variable	Límite ^d	Estudio AI424-034		Estudios AI424-007, -008	
		64 semanas ^b ATAZANAVIR 400 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^c (n=404)	64 semanas ^b efavirenz 600 mg una vez por día + lamivudina + zidovudina ^c (n=401)	120 semanas ^{b,c} ATAZANAVIR 400 mg una vez por día + estavudina + lamivudina o + didanosina (n=279)	73 semanas ^{b,c} nelfinavir 750 mg tres veces por día o 1250 mg dos veces por día + estavudina + lamivudina o + estavudina + didanosina (n=191)
SGOT/AST	$\geq 5,1 \times \text{LSN}$	2%	2%	7%	5%
SGPT/ALT	$\geq 5,1 \times \text{LSN}$	4%	3%	9%	7%
Bilirrubina total	$\geq 2,6 \times \text{LSN}$	35%	<1%	47%	3%
Amilasa	$\geq 2,1 \times \text{LSN}$	*	*	14%	10%
Lipasa	$\geq 2,1 \times \text{LSN}$	<1%	1%	4%	5%
Creatina quinasa	$\geq 5,1 \times \text{LSN}$	6%	6%	11%	9%
Colesterol total	$\geq 240 \text{ mg/dL}$	6%	24%	19%	48%
Triglicéridos	$\geq 751 \text{ mg/dL}$	<1%	3%	4%	2%
Hematología <i>Bajo</i>					
Hemoglobina	<8,0 g/dL	5%	3%	<1%	4%
Neutrófilos	<750 células/mm ³	7%	9%	3%	7%

* Ninguna informada en esta rama de tratamiento.

^a Basado en el/los regímenes que contenían ATAZANAVIR.

^b Tiempo promedio durante la terapia.

^c Incluye seguimiento a largo plazo.

^d LSN = límite superior normal.

^e Como combinación de dosis fija: 150 mg de lamivudina, 300 mg de zidovudina dos veces por día.

Cambio en los lípidos desde la línea basal en pacientes sin tratamiento previo

Para el Estudio AI424-138 y el Estudio AI424-034, los cambios desde la línea basal en los niveles de colesterol LDL, colesterol HDL, colesterol total y triglicéridos se muestran en las Tablas 24 y 25, respectivamente.

Tabla 24: Valores de lípidos, cambio promedio desde la línea basal, Estudio AI424-138

	ATAZANAVIR/ritonavir ^{a,b}					lopinavir/ritonavir ^{b,c}				
	Línea basal mg/dL (n=428 ^e)	Semana 48 mg/dL (n=372 ^e)		Semana 96 mg/dL (n=342 ^e)		Línea basal mg/dL (n=424 ^e)	Semana 48 mg/dL (n=335 ^e)		Semana 96 mg/dL (n=291 ^e)	
			Cambio ^d		Cambio ^d			Cambio ^d		Cambio ^d
Colesterol LDL ^f	92	105	+14%	105	+14%	93	111	+19%	110	+17%
Colesterol HDL ^f	37	46	+29%	44	-21%	36	48	+37%	46	+29%
Colesterol total ^f	149	169	+13%	169	+13%	150	187	+25%	186	+25%
Triglicéridos ^f	126	145	+15%	140	-13%	129	194	+52%	184	+50%

^a ATAZANAVIR 300 mg con ritonavir 100 mg una vez por día con la combinación de dosis fija: 300 mg de tenofovir DF, 200 mg de emtricitabina una vez por día.

^b Los valores obtenidos tras la iniciación de agentes reductores de lípidos en suero no se incluyeron en estos análisis. En la línea basal, se usaron agentes reductores de lípidos en suero en el 1% de la rama de tratamiento con lopinavir/ritonavir y en el 1% de la rama de tratamiento con ATAZANAVIR/ritonavir. Hasta la Semana 48, se usaron agentes reductores de lípidos en suero en el 8% de la rama de tratamiento con lopinavir/ritonavir y en el 2% de la rama de ATAZANAVIR/ritonavir. Hasta la Semana 96, se usaron agentes reductores de lípidos en suero en el 10% de la rama de tratamiento con lopinavir/ritonavir y en el 3% de la rama de ATAZANAVIR/ritonavir.

^c Lopinavir 400 mg con ritonavir 100 mg dos veces por día con la combinación de dosis fija: 300 mg de tenofovir DF, 200 mg de emtricitabina una vez por día.

^d El cambio desde la línea basal es el promedio de los cambios en un mismo paciente desde la línea basal para los pacientes con valores tomados en la línea basal y a la Semana 48 o a la Semana 96, y no una simple diferencia entre los valores medios de la línea basal y de la Semana 48 o de la Semana 96, respectivamente.

^e Cantidad de pacientes con colesterol LDL medido.

^f En ayunas.

Tabla 25: Valores de lípidos, cambio promedio desde la línea basal, Estudio AI424-034

	ATAZANAVIR ^{a,b}			efavirenz ^{b,c}		
	Línea basal mg/dL (n=383 ^e)	Semana 48 mg/dL (n=283 ^e)	Semana 48 Cambio ^d (n=272 ^e)	Línea basal mg/dL (n=378 ^e)	Semana 48 mg/dL (n=264 ^e)	Semana 48 Cambio ^d (n=253 ^e)
Colesterol LDL ^f	98	98	+1%	98	114	+18%
Colesterol HDL	39	43	+13%	38	46	+24%
Colesterol total	164	168	+2%	162	195	+21%
Triglicéridos ^f	138	124	-9%	129	168	+23%

^a ATAZANAVIR 400 mg una vez por día con la combinación de dosis fija: 150 mg de lamivudina, 300 mg de zidovudina dos veces por día.

^b Los valores obtenidos tras la iniciación de agentes reductores de lípidos en suero no se incluyeron en estos análisis. En la línea basal, se usaron agentes reductores de lípidos en suero en el 0% de la rama de tratamiento con efavirenz y en <1% de la rama de tratamiento con ATAZANAVIR. Hasta la Semana 48, se usaron agentes reductores de lípidos en suero en el 3% de la rama de tratamiento con efavirenz y en el 1% de la rama de ATAZANAVIR.

^c Efavirenz 600 mg una vez por día con la combinación de dosis fija: 150 mg de lamivudina, 300 mg de zidovudina dos veces por día.

^d El cambio desde la línea basal es el promedio de los cambios en un mismo paciente desde la línea basal para los pacientes con valores tomados en la línea basal y a la Semana 48, y no una simple diferencia entre los valores medios de la línea basal y de la Semana 48.

^e Cantidad de pacientes con colesterol LDL medido.

^f En ayunas.

Anormalidades en los valores de laboratorio en pacientes previamente tratados

En la Tabla 26, se presentan los porcentajes de pacientes adultos previamente tratados que recibieron una terapia combinada que incluía ATAZANAVIR/ritonavir con anomalías en los valores de laboratorio de grados 3-4.

Tabla 26: Anormalidades en los valores de laboratorio de grados 3-4 informadas en $\geq 2\%$ de los pacientes adultos previamente tratados, Estudio AI424-045^a

Variable	Límite ^e	48 semanas ^b	48 semanas ^b
		ATAZANAVIR/ritonavir 300 mg/100 mg una vez por día + tenofovir DF + NRTI (n=119)	lopinavir/ritonavir 400 mg/100 mg dos veces por día ^d + tenofovir DF + NRTI (n=118)
Química			
<u>Alto</u>			
SGOT/AST	$\geq 5.1 \times \text{LSN}$	3%	3%
SGPT/ALT	$\geq 5.1 \times \text{LSN}$	4%	3%
Bilirrubina total	$\geq 2.6 \times \text{LSN}$	49%	<1%
Lipasa	$\geq 2.1 \times \text{LSN}$	5%	6%
Creatina quinasa	$\geq 5.1 \times \text{LSN}$	8%	8%
Colesterol total	$\geq 240 \text{ mg/dL}$	25%	26%
Triglicéridos	$\geq 751 \text{ mg/dL}$	8%	12%
Glucosa	$\geq 251 \text{ mg/dL}$	5%	<1%
Hematología			
<u>Bajo</u>			
Plaquetas	$< 50.000 \text{ células/mm}^3$	2%	3%
Neutrófilos	$< 750 \text{ células/mm}^3$	7%	8%

^a Basado en el/los regímenes que contenían ATAZANAVIR.

^b Tiempo promedio durante la terapia.

^c LSN = límite superior normal.

^d Como combinación de dosis fija.

Cambio en los lípidos desde la línea basal en pacientes previamente tratados

Para el Estudio AI424-045, los cambios desde la línea basal en los niveles de colesterol LDL, colesterol HDL, colesterol total y triglicéridos se muestran en la Tabla 27. La magnitud de dislipidemia observada fue menor con ATAZANAVIR/ritonavir que con lopinavir/ritonavir. Sin embargo, no se ha demostrado el impacto clínico de tales hallazgos.

Tabla 27: Valores de lípidos, cambio promedio desde la línea basal, Estudio AI424-045

	ATAZANAVIR/ritonavir ^{a,b}			lopinavir/ritonavir ^{b,c}		
	Línea basal mg/dL (n=111 ^e)	Semana 48 mg/dL (n=75 ^e)	Semana 48 Cambio ^d (n=74 ^e)	Línea basal mg/dL (n=108 ^e)	Semana 48 mg/dL (n=76 ^e)	Semana 48 Cambio ^d (n=73 ^e)
Colesterol LDL ^f	108	98	-10%	104	103	+1%
Colesterol HDL	40	39	-7%	39	41	+2%
Colesterol total	188	170	-8%	181	187	+6%
Triglicéridos ^f	215	161	-4%	196	224	+30%

^a ATAZANAVIR 300 mg una vez por día + ritonavir + tenofovir DF + 1 NRTI.

^b Los valores obtenidos tras la iniciación de agentes reductores de lípidos en suero no se incluyeron en estos análisis. En la línea basal, se usaron agentes reductores de lípidos en suero en el 4% de la rama de tratamiento con lopinavir/ritonavir y en el 4% de la rama de tratamiento con ATAZANAVIR/ritonavir. Hasta la Semana 48, se usaron agentes reductores de lípidos en suero en el 19% de la rama de tratamiento con lopinavir/ritonavir y en el 8% de la rama de ATAZANAVIR/ritonavir.

^c Lopinavir/ritonavir (400 mg/100 mg) dos veces por día + tenofovir DF + 1 NRTI.

^d El cambio desde la línea basal es el promedio de los cambios en un mismo paciente desde la línea basal para los pacientes con valores tomados en la línea basal y a la Semana 48, y no una simple diferencia entre los valores medios de la línea basal y de la Semana 48.

^e Cantidad de pacientes con colesterol LDL medido.

^f En ayunas.

Reacciones adversas en pacientes pediátricos: ATAZANAVIR Cápsulas

La seguridad y la tolerabilidad de ATAZANAVIR Cápsulas con y sin ritonavir se ha establecido en pacientes pediátricos de al menos 6 años de edad a partir del ensayo clínico multicéntrico de diseño abierto PACTG 1020A.

El perfil de seguridad de ATAZANAVIR en pacientes pediátricos (de 6 a menos de 18 años de edad) que toman la formulación en cápsulas fue en general similar al observado en los estudios clínicos realizados con ATAZANAVIR en adultos. Los eventos adversos de Grado 2-4 más comunes ($\geq 5\%$, independientemente de la causalidad) reportados en pacientes pediátricos fueron tos (21%), fiebre (18%), ictericia/ictericia esclerótica (15%), erupción (14%), vómitos (12%), diarrea (9%), cefalea (8%), edema periférico (7%), dolor de extremidades (6%), congestión nasal (6%), dolor orofaríngeo (6%), sibilancias (6%) y rinorrea (6%). Se reportó bloqueo aurículoventricular de segundo grado asintomático en $<2\%$ de los pacientes. Las anomalías de laboratorio de Grado 3-4 más comunes que ocurrieron en pacientes pediátricos que toman la formulación en cápsulas fueron aumento de la bilirrubina total ($\geq 3,2$ mg/dL, 58%), neutropenia (9%) e hipoglucemia (4%). Todas las demás anomalías de laboratorio de Grado 3-4 se produjeron con una frecuencia menor al 3%.

Reacciones adversas en pacientes coinfectados con el virus de la hepatitis B y/o hepatitis C

En el Estudio AI424-138, 60 pacientes tratados con ATAZANAVIR/ritonavir 300 mg/100 mg una vez por día, y 51 pacientes tratados con lopinavir/ritonavir 400 mg/100 mg dos veces por día, cada uno con una dosis fija de tenofovir DF-emtricitabina, resultaron seropositivos para hepatitis B y/o C en el ingreso al estudio. Se desarrollaron niveles de ALT >5 veces por sobre el límite superior normal (LSN) en el 10% (6/60) de los pacientes tratados con ATAZANAVIR/ritonavir y en el 8% (4/50) de los pacientes tratados con lopinavir/ritonavir. Se desarrollaron niveles de AST >5 veces el LSN en el 10% (6/60) de los pacientes tratados con ATAZANAVIR/ritonavir y en ninguno (0/50) de los pacientes tratados con lopinavir/ritonavir.

En el Estudio AI424-045, 20 pacientes tratados con ATAZANAVIR/ritonavir 300 mg/100 mg una vez por día, y 18 pacientes tratados con lopinavir/ritonavir 400 mg/100 mg dos veces por día resultaron seropositivos para hepatitis B y/o C en el ingreso al estudio. Se desarrollaron niveles de ALT >5 veces el LSN en el 25% (5/20) de los pacientes

tratados con ATAZANAVIR/ritonavir y en el 6% (1/18) de los pacientes tratados con lopinavir/ritonavir. Se desarrollaron niveles de AST >5 veces el LSN en el 10% (2/20) de los pacientes tratados con ATAZANAVIR/ritonavir y en el 6% (1/18) de los pacientes tratados con lopinavir/ritonavir.

En los Estudios AI424-008 y AI424-034, 74 pacientes tratados con 400 mg de ATAZANAVIR una vez por día, 58 que recibieron efavirenz y 12 que recibieron nelfinavir resultaron seropositivos para hepatitis B y/o C en el ingreso al estudio. Se desarrollaron niveles de ALT >5 veces el LSN en el 15% de los pacientes tratados con ATAZANAVIR, en el 14% de los pacientes tratados con efavirenz y en el 17% de los pacientes tratados con nelfinavir. Se desarrollaron niveles de AST >5 veces el LSN en el 9% de los pacientes tratados con ATAZANAVIR, en el 5% de los pacientes tratados con efavirenz y en el 17% de los pacientes tratados con nelfinavir. Dentro de los regímenes de ATAZANAVIR y de control, no se observaron diferencias en la frecuencia de las elevaciones de bilirrubina entre los pacientes seropositivos y seronegativos [véase *Advertencias y Precauciones*].

Experiencia posterior a la comercialización del producto

Se han identificado los siguientes eventos durante el uso de ATAZANAVIR posterior a la comercialización. Debido a que estas reacciones son informadas de manera voluntaria por una población de tamaño desconocido, no siempre es posible estimar de modo confiable la frecuencia ni establecer una relación causal con la exposición al fármaco.

Cuerpo en general: edema

Sistema cardiovascular: bloqueo aurículoventricular de segundo grado, bloqueo aurículoventricular de tercer grado, bloqueo de rama izquierda, prolongación del intervalo QTc [véase *Advertencias y Precauciones*]

Sistema gastrointestinal: pancreatitis

Sistema hepático: anomalías en la función hepática

Trastornos hepatobiliares: colestasis [véase *Advertencias y Precauciones*], colecistitis, colestasis

Sistema metabólico y trastornos de la nutrición: diabetes mellitus, hiperglucemia [véase *Advertencias y Precauciones*]

Sistema musculoesquelético: artralgia

Sistema renal: nefrolitiasis [véase *Advertencias y Precauciones*], nefritis intersticial

Piel y apéndices: alopecia, erupción máculopapular [véase *Contraindicaciones y Advertencias y Precauciones*], prurito, angioedema

SOBREDOSIS

La experiencia acerca de sobredosis aguda de ATAZANAVIR en humanos es limitada. Se ha administrado dosis únicas de hasta 1200 mg (tres veces la dosis máxima recomendada de 400 mg) a voluntarios sanos sin que sufrieran efectos adversos sintomáticos. Una única sobredosis auto-administrada de 29,2 g de ATAZANAVIR en un paciente infectado con VIH (73 veces la dosis recomendada de 400 mg) se asoció con bloqueo bifascicular asintomático y prolongación del intervalo PR. Estos eventos se resolvieron espontáneamente. A dosis de SURAVIR que causan elevadas exposiciones a ATAZANAVIR, se puede observar ictericia debido a la hiperbilirrubinemia indirecta (no conjugada) (sin cambios asociados en la función hepática en los ensayos) o prolongación del intervalo PR [véase *Advertencias y Precauciones y Farmacología Clínica*].

El tratamiento de la sobredosis con SURAVIR debe consistir en medidas generales de apoyo, que incluyen el monitoreo de los signos vitales y electrocardiograma, y la observación del estado clínico del paciente. Si está indicado, se debe proceder a la eliminación del ATAZANAVIR no absorbido por emesis o lavado gástrico. También se puede administrar carbón activado para ayudar a eliminar el fármaco no absorbido. No existe un antídoto específico para la sobredosis con SURAVIR. Debido a que el ATAZANAVIR es metabolizado extensamente por el hígado y su unión a las proteínas es muy alta, la diálisis no suele ser beneficiosa para eliminar significativamente este medicamento.

Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al Hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología:

Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez: (011) 4962-6666/2247.

Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648/4658-7777.

PRESENTACIÓN/CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO Y MANIPULACIÓN

SURAVIR (Atazanavir) Cápsulas está disponible en la siguiente concentración y configuración de frasco plástico con tapa a prueba de niños.

Concentración del producto*	Color de la cápsula (tapa/cuerpo)	Marcas en la cápsula (color de tinta)		Cápsulas por frasco
		Tapa	Cuerpo	
300 mg	Rojo/azul	BMS 300 mg (blanco)	3622 (blanco)	30

Conservar SURAVIR a temperatura ambiente entre 15°C a 30°C.

INFORMACIÓN DE ASESORAMIENTO PARA EL PACIENTE

Indicar al paciente que lea la información para el paciente.

SURAVIR no es una cura para la infección por VIH. Advertir a los pacientes que deben permanecer bajo la supervisión de un médico mientras reciben SURAVIR.

Anormalidades en la conducción cardíaca

Informar a los pacientes que el ATAZANAVIR puede producir cambios en el electrocardiograma (por ejemplo, prolongación de PR). Indicar a los pacientes que deben consultar a su médico si experimentan síntomas tales como mareos o aturdimiento [véase Advertencias y Precauciones].

Reacción dérmica severa

Se les debe informar a los pacientes que ha habido reportes de reacciones dérmicas graves (por ejemplo, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme y erupciones cutáneas tóxicas) con el uso de ATAZANAVIR. Advertir a los pacientes que, si desarrollan signos o síntomas de reacciones dérmicas graves o reacciones de hipersensibilidad, deben discontinuar el uso de SURAVIR y someterse de inmediato a una evaluación médica [véase Advertencias y Precauciones y Reacciones Adversas].

Hiperbilirrubinemia

Informar a los pacientes que se han producido elevaciones asintomáticas de la bilirrubina indirecta en pacientes que recibían ATAZANAVIR. Esto puede ir acompañado de coloración amarillenta de la piel o la parte blanca del ojo, por lo que se puede considerar una terapia antirretroviral alternativa si el paciente siente preocupaciones de tipo estético [véase Advertencias y Precauciones].

Enfermedad renal crónica

Se debe informar a los pacientes que el tratamiento con SURAVIR puede conducir al desarrollo de enfermedad renal crónica, y se debe mantener una hidratación adecuada mientras se toma SURAVIR [véase *Advertencias y Precauciones*].

Nefrolitiasis y colelitiasis

Informar a los pacientes que se han reportado casos de cálculos renales y/o cálculos biliares con el uso de ATAZANAVIR. Algunos pacientes con cálculos renales y/o cálculos biliares tuvieron que ser internados para recibir tratamiento adicional, y algunos presentaron complicaciones. Puede ser necesario discontinuar la administración de SURAVIR como parte del manejo clínico de estos eventos adversos [véase *Advertencias y Precauciones*].

Interacciones medicamentosas

SURAVIR puede conducir a interacciones significativas con algunos fármacos; por lo tanto, se les debe indicar a los pacientes que, antes de usar el producto, le informen al médico sobre el uso de cualquier otro medicamento de venta bajo receta, de venta libre o productos de origen vegetal, en particular la hierba de San Juan [véase *Contraindicaciones, Advertencias y Precauciones*].

Síndrome de Reconstitución Inmune

Aconsejar a los pacientes que informen inmediatamente a su médico de cualquier síntoma de infección, ya que en algunos pacientes con infección avanzada por el VIH (SIDA), pueden producirse signos y síntomas de inflamación producida por infecciones previas luego de iniciado el tratamiento anti-VIH [véase *Advertencias y Precauciones*].

Redistribución de grasa

Informar a los pacientes de que puede producirse redistribución o acumulación de grasa corporal en los individuos que reciben terapia antirretroviral, la cual incluye inhibidores de proteasa, y que en la actualidad se desconoce la causa y los efectos a largo plazo sobre la salud de estas afecciones [véase *Advertencias y Precauciones*].

Instrucciones de dosificación

Indicar a los pacientes que tomen SURAVIR con alimento todos los días y que tomen el otro tratamiento antirretroviral concomitante según se prescribió. SURAVIR siempre debe usarse en combinación con otros fármacos antirretrovirales. Advertir a los pacientes que no deben alterar la dosis ni discontinuar la terapia sin consultar con su médico. Informar a los pacientes que si se saltea una dosis de SURAVIR, deben tomarla lo antes posible y luego volver a su cronograma normal; sin embargo, si se saltó una dosis, el paciente no debe duplicar la dosis siguiente.

Lactancia

Instruir a las mujeres con infección por VIH-1 a que no amamenten ya que el VIH-1 puede transmitirse al bebé a través de la leche materna. SURAVIR también puede pasar al bebé a través de la leche materna y no se sabe si podría dañar al bebé [véase *Uso en Poblaciones Específicas*].

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud.

Certificado N°:

Elaborador y acondicionador primario: AstraZeneca Pharmaceuticals LP, 4601 Highway 62 East Mt. Vernon, Indiana 47620 EEUU.

Importador y acondicionador secundario: Laboratorio del Fin del Mundo SAPEM- Rio Grande 9, Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Director Técnico: Mauricio Ezequiel Aput, Farmacéutico.

Acondicionador secundario alternativo: Transfarmaco S.A.- Marcos Sastre 1002/1034/1088, El Talar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.



ESTE MEDICAMENTO DEBE SER USADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCIÓN Y VIGILANCIA MÉDICA Y NO PUEDE REPETIRSE SIN NUEVA RECETA MÉDICA.
MANTENER ESTE Y TODOS LOS MEDICAMENTOS EN SU ENVASE ORIGINAL Y FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.
ESTE MEDICAMENTO HA SIDO PRESCRIPTO PARA SU PROBLEMA MÉDICO ACTUAL. NO LO RECOMIENDE A OTRAS PERSONAS.

Disp. N°
Fecha de última revisión: Mayo 2018



anmat
APUT Mauricio Ezequiel
CUIL 20304702657



anmat
LOPEZ Carlos Alberto
CUIL 20142272912



anmat
CHIALE Carlos Alberto
CUIL 20120911113

info@anmat.gub.uy www.anmat.gub.uy | Islaata, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina

PROYECTO DE RÓTULO – ETIQUETA

300 mg
SURAVIR®
ATAZANAVIR
30 Cápsulas
Para uso oral
VENTA BAJO RECETA ARCHIVADA

AVISO: Consulte a su médico o farmacéutico sobre los medicamentos que no deben ser administrados con SURAVIR®.

300mg
No utilizar si el sello interno de seguridad del envase está roto o falta.

Cada cápsula contiene sulfato de atazanavir equivalente a 300 mg de atazanavir base y excipientes c.s.

Conservar a temperatura ambiente entre 15°C y 30°C.
Posología, Contraindicaciones, Advertencias e Información Adicional: Ver prospecto.

Mantener este y todos los medicamentos en su envase original y fuera del alcance de los niños.

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N° .

Importador y acondicionador secundario: Laboratorio del Fin del Mundo SAPEM- Rio Grande 9, Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina. Director Técnico: Mauricio Ezequiel Aput, Farmacéutico.

Acondicionador secundario alternativo: Transfarmaco S.A.- Marcos Sastre 1002/1034/1088, El Talar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Elaborador y acondicionador primario:
AstraZeneca Pharmaceuticals LP – 4601 Highway 62 East, Mt. Vernon, Indiana, EE.UU.
Para: Bristol-Myers Squibb Company Princeton, New Jersey 08543 EE.UU.

Lte.:
Vto.:



anmat

APUT Mauricio Ezequiel
CUIL 20304702657

aput@labdelmundomundo.com.ar www.labdelmundomundo.com.ar Ushuaia - Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina



anmat

LOPEZ Carlos Alberto
CUIL 20142272912



anmat

CHIALE Carlos Alberto
CUIL 20120911113

PROYECTO DE ROTULO - ESTUCHE

300mg
SURAVIR®
ATAZANAVIR
30 Cápsulas
Para uso oral
VENTA BAJO RECETA ARCHIVADA

AVISO: Consulte a su médico o farmacéutico sobre los medicamentos que no deben ser administrados con SURAVIR®.

300mg
No utilizar si el sello interno de seguridad del envase está roto o falta.

Cada cápsula contiene sulfato de atazanavir equivalente a 300 mg de atazanavir base y excipientes: crospovidona, monohidrato de lactosa, estearato de magnesio. (Las cascarillas de la cápsula contienen: gelatina, FD&C azul Nro. 2, dióxido de titanio, *shellac*, óxido de hierro rojo, óxido de hierro negro, óxido de hierro amarillo, alcohol isopropílico, hidróxido de amonio, propilenglicol, alcohol n-butílico y simeticona.)

Conservar a temperatura ambiente entre 15°C y 30°C.
Mantener este y todos los medicamentos en su envase original y fuera del alcance de los niños.

Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N° . Este medicamento debe ser usado bajo prescripción y vigilancia médica y no puede repetirse sin nueva receta médica.

Importador y acondicionador secundario: Laboratorio del Fin del Mundo SAPEM- Rio Grande 9, Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina. Director Técnico: Mauricio Ezequiel Aput, Farmacéutico. **No utilizar si el sello de seguridad del estuche falta o está roto.**

Acondicionador secundario alternativo: Transfarmaco S.A.- Marcos Sastre 1002/1034/1088, El Talar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Posología, Contraindicaciones, Advertencias e Información Adicional: Ver prospecto.

Elaborador y acondicionador primario: AstraZeneca Pharmaceuticals LP – 4601 Highway 62 East, Mt. Vernon, Indiana, EE.UU.
Para: Bristol-Myers Squibb Company Princeton, New Jersey 08543 EE.UU.

Lte.:
Vto.:



anmat

APUT Mauricio Ezequiel
CUIL 20304702657

info@labfinelmundo.com.ar www.labfinelmundo.com.ar Ushuaia, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina



anmat

LOPEZ Carlos Alberto
CUIL 20142272912



anmat

CHIALE Carlos Alberto
CUIL 20120911113



Buenos Aires, 02 DE JULIO DE 2018.-

DISPOSICIÓN N° 6725

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO
DE ESPECIALIDADES MEDICINALES (REM)**

CERTIFICADO N° 58748

El Administrador Nacional de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) certifica que se autorizó la inscripción en el Registro de Especialidades Medicinales (REM), de un nuevo producto con los siguientes datos identificatorios característicos:

1. DATOS DE LA EMPRESA TITULAR DEL CERTIFICADO

Titular de especialidad medicinal: LABORATORIO DEL FIN DEL MUNDO
SAPEM

Representante en el país: NO CORRESPONDE

N° de Legajo de la empresa: 7485

2. DATOS DE LA ESPECIALIDAD MEDICINAL

Nombre comercial: SURAVIR

Nombre Genérico (IFA/s): ATAZANAVIR

Concentración: 300 mg

Forma farmacéutica: CAPSULA

Tel.: (+54-11) 4340-0600 - <http://www.anmat.gov.ar> - República Argentina

Productos Médicos
Av. Belgrano 1480
(C1093AAP), CABA

INAME
Av. Caseros 2161
(C1264AAD), CABA

INAL
Estados Unidos 25
(C1101AAA), CABA

Sede Alsina
Alsina 665/671
(C1087AA1), CABA

Sede Central
Av. de Mayo 869
(C1034AAD), CABA



Fórmula Cualitativa y Cuantitativa por unidad de forma farmacéutica o porcentual

Ingrediente (s) Farmacéutico (s) Activo (s) (IFA)
ATAZANAVIR 300 mg COMO ATAZANAVIR SULFATO 341,69 mg

Excipiente (s)
GELATINA CSP
COLORANTE AZUL FDC NRO 2 LACA ALUMINICA CSP
DIOXIDO DE TITANIO CSP
OXIDO DE HIERRO NEGRO (CI N°77499) CSP
OXIDO DE HIERRO ROJO (CI 77491) CSP
OXIDO DE HIERRO AMARILLO (CI N°77492) CSP
LACTOSA MONOHIDRATO 164,36 mg POLVO
CROSPVIDONA 32,44 mg POLVO
ESTEARATO DE MAGNESIO 2,16 mg POLVO

Origen y fuente del/de los Ingrediente/s Farmacéutico/s Activo/s: SINTÉTICO O SEMISINTÉTICO

Envase Primario: FRASCO PEAD CON TAPA

Contenido por envase primario: 30 CÁPSULAS

Contenido por envase secundario: UN FRASCO

Presentaciones: 30

Período de vida útil: 24 MESES

Forma de conservación: Desde 15° C hasta 30° C

Otras condiciones de conservación: No corresponde

FORMA RECONSTITUIDA

Tiempo de conservación: No corresponde

Conservación a temperatura ambiente: Hasta No corresponde

Otras condiciones de conservación: No corresponde

Condición de expendio: BAJO RECETA ARCHIVADA

Código ATC: J05AE08

Tel.: +54-11-4340-0500 - <http://www.anmat.gov.ar> - República Argentina

Productos Médicos
Av. Beirano 1450
(C1093AAP), CABA

INAME
Av. Caseros 2161
(C1254AAD), CABA

INAL
Estados Unidos 25
(C1101AAA), CABA

Sede Alsina
Alsina 865/671
(C1087AA1), CABA

Sede Central
Av. de Mayo 869
(C1084AAD), CABA



Acción terapéutica: Antirretroviral, antiVIH.

Vía/s de administración: ORAL

Indicaciones: SURAVIR (atazanavir) está indicado, en combinación con otros agentes antirretrovirales, para el tratamiento de la infección por VIH-1, para pacientes a partir de los 6 años de edad.

3. DATOS DEL ELABORADOR/ES AUTORIZADO/S

Etapas de elaboración de la Especialidad Medicinal:

a) Elaboración hasta el granel y/o semielaborado:

Razón Social	Domicilio de la planta	Localidad	País
ASTRAZENECA PHARMACEUTICALS LP	4601 HIGHWAY 62 EAST, MT. VERNON	INDIANA	ESTADOS UNIDOS (ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

b) Acondicionamiento primario:

Razón Social	Domicilio de la planta	Localidad	País
ASTRAZENECA PHARMACEUTICALS LP	4601 HIGHWAY 62 EAST, MT. VERNON	INDIANA	ESTADOS UNIDOS (ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

c) Acondicionamiento secundario:

Razón Social	Domicilio de la planta	Localidad	País
LABORATORIO DEL FIN DEL MUNDO SAPEM	VITO DUMAS 140	USHUAIA - TIERRA DEL FUEGO	REPÚBLICA ARGENTINA
TRANSFARMACO SA	MARCOS SASTRE 1002/1034/1088	EL TALAR - BUENOS AIRES	REPÚBLICA ARGENTINA

d) Control de calidad:

Razón Social	Número de Disposición autorizante	Domicilio de la planta	Localidad	País
--------------	-----------------------------------	------------------------	-----------	------

Tel.: + 54 (11) 4340-0500 <http://www.anmat.gov.ar> República Argentina

Productos Médicos
Av. Beirano 1480
(C1093AAP), CABA

INAME
Av. Caseros 2181
(C1264AAD), CABA

INAL
Estados Unidos 25
(C1101AAA), CABA

Sede Alsina
Alsina 665/671
(C1087AA1), CABA

Sede Central
Av. de Mayo 869
(C1084AAD), CABA



LABORATORIO DEL FIN DEL MUNDO SAPEM	3601/18	VITO DUMAS 140	USHUAIA - TIERRA DEL FUEGO	ARGENTINA
-------------------------------------	---------	----------------	----------------------------	-----------

País de elaboración: ESTADOS UNIDOS (ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

País de origen: ESTADOS UNIDOS (ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

País de procedencia del producto: ESTADOS UNIDOS (ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

El presente Certificado tendrá una validez de cinco (5) años a partir de la fecha del mismo.

Expediente Nº: 1-0047-2001-000100-18-4



CHIALE Carlos Alberto
CUIL 20120911113

Tel. (+54-1) 4340-0500 <http://www.anmat.gov.ar> - República Argentina

Productos Médicos
Av. Belgrano 1480
(C1093AAP), CABA

INAME
Av. Caseros 2161
(C1264AAD), CABA

INAL
Estados Unidos 25
(C1101AAA), CABA

Sede Alsina
Alsina 665/671
(C1087AAI), CABA

Sede Central
Av. de Mayo 869
(C1084AAD), CABA