



Gador

DESCOVY®
DESCOVY® 200/10
DESCOVY® 200/25

EMTRICITABINA 200 mg - TENOFOVIR ALAFENAMIDA FUMARATO 10 mg/25 mg

Venta bajo receta profesional
MEDICAMENTO CON VIGILANCIA ADICIONAL
Industria canadiense

Comprimidos recubiertos

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

DESCOVY® 200 mg/10 mg comprimidos recubiertos con película.
DESCOVY® 200 mg/25 mg comprimidos recubiertos con película.

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

DESCOVY® 200 mg/10mg
Cada comprimido contiene 200 mg de emtricitabina y tenofovir alafenamida fumarato equivalente a 10 mg de tenofovir alafenamida.
DESCOVY® 200 mg/25mg
Cada comprimido contiene 200 mg de emtricitabina y tenofovir alafenamida fumarato equivalente a 25 mg de tenofovir alafenamida.

3. FORMA FARMACÉUTICA

DESCOVY® 200 mg/10mg
Comprimido recubierto con película, de color gris, en forma rectangular, de dimensiones 12,5 mm x 6,4 mm, marcado en una de las caras con "GSI" y en la otra cara del comprimido con "210".
DESCOVY® 200 mg/25mg
Comprimido recubierto con película, de color azul, en forma rectangular, de dimensiones 12,5 mm x 6,4 mm, marcado en una de las caras con "GSI" y en la otra cara del comprimido con "225".

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

Tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1)
DESCOVY® está indicado en combinación con otros fármacos antirretrovirales para el tratamiento de adultos y adolescentes (de 12 años de edad o mayores con un peso corporal de 35 kg o más) infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) (ver las secciones 4.2 y 5.1).

Profilaxis preexposición (PrEP) contra el VIH-1

DESCOVY® está indicado para el tratamiento de adultos y adolescentes con riesgo y con un peso corporal de al menos 35 kg en la etapa de profilaxis preexposición (PrEP) con el objetivo de reducir el riesgo de infección por el VIH-1 por transmisión sexual, a excepción de las personas en riesgo que mantengan relaciones sexuales vaginales receptivas.

Es preciso que la prueba del VIH-1 sea negativa inmediatamente antes de iniciar la PrEP con DESCOVY® para el VIH-1 (ver la sección 4.4).

Limitaciones de uso:
En esta indicación no se contempla el uso de DESCOVY® en personas con riesgo de contraer la infección por el VIH-1 mediante relaciones sexuales vaginales receptivas porque no se ha evaluado la eficacia en esta población (ver la sección 5.1).

4.2 Posología y forma de administración

Posología

Tratamiento de la infección por el VIH-1

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

DESCOVY® se debe administrar tal como se indica en la Tabla 1.

Tabla 1: Dosis de DESCOVY® en función del tercer fármaco del régimen de tratamiento contra el VIH

Dosis de DESCOVY®	Tercer fármaco del régimen de tratamiento contra el VIH (ver sección 4.5)
DESCOVY® 200/10 mg una vez al día	Atazanavir con ritonavir o cobicistat Darunavir con ritonavir o cobicistat¹ Lopinavir con ritonavir
DESCOVY® 200/25 mg una vez al día	Dolutegravir, efavirenz, maraviroc, nevirapina, rilpivirina, raltegravir

¹ DESCOVY 200/10 mg en combinación con darunavir 800 mg y cobicistat 150 mg, administrado como comprimido de combinación a dosis fija, se estudió en sujetos que nunca habían recibido tratamiento, ver sección 5.1.

PrEP contra el VIH 1

La posología de DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 consiste en un comprimido (que contiene 200 mg de emtricitabina y 25 mg de tenofovir alafenamida) que se toma por vía oral, una vez al día con o sin alimentos en el caso de personas no infectadas con el VIH-1:

- adultos y adolescentes de al menos 35 kg de peso corporal y con un aclaramiento de creatinina $\geq$ 30 mL/min; o
- adultos con un aclaramiento de creatinina por debajo de 15 mL/min que reciben hemodiálisis crónica. Durante los días de hemodiálisis, se debe administrar la dosis diaria de DESCOVY® una vez finalizado el tratamiento de hemodiálisis (ver las secciones 4.1 y 4.4).

Omisión de dosis

Si el individuo omite una dosis de DESCOVY® en el plazo de 18 horas desde la hora normal de administración, debe tomar DESCOVY® lo antes posible y continuar la pauta habitual de administración. Si un individuo omite una dosis de DESCOVY® por más de 18 horas, no debe tomar la dosis omitida y simplemente debe continuar la pauta habitual de administración.

Si el individuo vomita en el plazo de 1 hora después de tomar DESCOVY®, debe tomar otro comprimido.

Pacientes de edad avanzada

No se requiere un ajuste de la dosis de DESCOVY® en individuos de edad avanzada (ver las secciones 5.1 y 5.2).

Insuficiencia renal

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

El tratamiento con DESCOVY® se debe suspender en los individuos cuyo ClCr estimado descienda por debajo de 30 mL/min durante el tratamiento (ver la sección 5.1).

No se requiere un ajuste de la dosis de DESCOVY® en adultos con nefropatía terminal (ClCr estimado $<$ 15 mL/min) en hemodiálisis crónica; DESCOVY® se puede utilizar en estos individuos si se considera que los posibles beneficios superan a los posibles riesgos (ver las secciones 4.4 y 5.2).

DESCOVY® se debe evitar en individuos con ClCr estimado $\geq$ 15 mL/min y $<$ 30 mL/min, o $<$ 15 mL/min que no reciben hemodiálisis crónica, ya que no se ha establecido la seguridad de DESCOVY® en estas poblaciones.

No se dispone de datos que permitan hacer recomendaciones sobre la dosis en menores de 18 años con nefropatía terminal.

Insuficiencia hepática

No se requiere un ajuste de la dosis de DESCOVY® en individuos con insuficiencia hepática

Población pediátrica

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

Forma de administración

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

4.3 Contraindicaciones

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

DESCOVY® está contraindicado para la PrEP contra el VIH-1 en el caso de personas en estado serológico con respecto al VIH-1 desconocido o positivo (ver la sección 4.4).

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

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

Individuos infectados por el virus de la hepatitis B (VHB) o C (VHC)

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

No se ha establecido la seguridad y eficacia de DESCOVY® en individuos infectados por el virus de la hepatitis C (VHC). Tenofovir alafenamida es activo contra el virus de la hepatitis B (VHB).

La interrupción del tratamiento con DESCOVY® en individuos infectados por VHB puede asociarse con exacerbaciones agudas graves de la hepatitis. En individuos infectados por VHB que interrumpen el tratamiento con DESCOVY® hay que efectuar un seguimiento estrecho, clínico y de laboratorio, durante al menos varios meses después de suspender el tratamiento. Si corresponde, puede estar justificado un tratamiento contra el VHB, sobre todo en personas con enfermedad hepática o cirrosis avanzadas, ya que la exacerbación de la hepatitis tras el tratamiento puede provocar la descompensación y la insuficiencia hepáticas. Se debe ofrecer vacunación a las personas no infectadas por el VHB.

Tratamiento integral para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-1, y el desarrollo de resistencia al VIH-1 cuando se utiliza DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1

Usar DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 con el fin de reducir el riesgo de infección por el VIH-1 como parte de una estrategia de prevención integral, en la que se incluya el cumplimiento de la administración diaria y prácticas sexuales más seguras, incluidos los preservativos, para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). Se desconoce el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento con DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 hasta obtener la protección máxima frente a la infección por el VIH-1.

El riesgo de contraer el VIH-1 implica factores conductuales, biológicos o epidemiológicos entre los que se incluyen relaciones sexuales sin protección, ITS pasadas o actuales, riesgo de VIH autoidentificado, tener parejas sexuales de estado vírico con respecto al VIH-1 desconocido o actividad sexual en una zona o red de alta prevalencia.

Se debe aconsejar a los pacientes sobre la implementación de otras medidas de prevención (por ej., uso sistemático y correcto del preservativo, conocimiento del estado serológico respecto al VIH-1 de la pareja o parejas, incluido el estado de supresión viral, realización periódica de pruebas de ITS que puedan facilitar la transmisión del VIH-1). Se debe informar a las personas no infectadas y apoyarlas en sus esfuerzos por reducir las conductas sexuales de riesgo.

Administre DESCOVY® para reducir el riesgo de contraer VIH-1 solo a personas confirmadas como VIH-1 negativo. Pueden surgir sustituciones de resistencia al VIH-1 en personas con infección por el VIH-1 no detectada que estén tomando DESCOVY® como monoterapia, ya que DESCOVY® por sí solo no constituye un régimen completo para el tratamiento del VIH-1 (ver la sección 5.1); por lo tanto, se debe tener cuidado para minimizar el riesgo de iniciar o continuar con la toma de DESCOVY® antes de confirmar que la persona es VIH-1 negativo.

• Algunas pruebas de VIH-1 solo detectan anticuerpos contra el VIH y es posible que no detecten el VIH-1 durante la etapa aguda de la infección. Antes de empezar a tomar DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1, se debe preguntar a las personas seronegativas sobre posibles eventos de exposición recientes (en el último mes) (por ej., relaciones sexuales sin protección o rotura del condón durante relaciones sexuales con una pareja de estado serológico desconocido o

estado vírémico desconocido con respecto al VIH-1, o una ITS reciente), y evaluar los signos o síntomas actuales o recientes compatibles con la infección por el VIH-1 (por ej., fiebre, fatiga, dolor muscular, erupción).

- Si se sospecha una exposición reciente (<1 mes) al VIH-1 o se presentan síntomas clínicos compatibles con infección aguda por el VIH-1, haga uso de una prueba aprobada como ayuda para el diagnóstico de la infección aguda o primaria por el VIH-1.
- Mientras se usa DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1, la prueba de VIH-1 debe repetirse al menos cada 3 meses y tras el diagnóstico de cualquier otra ITS.
- Si el resultado de la prueba de detección del VIH-1 es indicativo de una posible infección por el VIH-1, o se presentan síntomas compatibles con infección aguda por el VIH-1 tras un posible caso de exposición, cambie el régimen de PrEP contra el VIH-1 por un régimen de tratamiento contra el VIH hasta que se confirme un resultado negativo con respecto a la infección mediante una prueba aprobada como ayuda para el diagnóstico de la infección aguda o primaria por el VIH-1.

Se debe aconsejar a las personas no infectadas con VIH-1 que sigan estrictamente la pauta posológica de DESCOVY® una vez al día. La eficacia de DESCOVY® en la reducción del riesgo de contraer el VIH-1 tiene una estrecha correlación con la adherencia, tal como se demostró mediante los niveles de fármaco medibles en un ensayo clínico de DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1. Algunas personas, como los adolescentes, pueden beneficiarse de visitas y asesoramiento más frecuentes a fin de fomentar la adherencia (ver la sección 5.1).

Enfermedad hepática

No se ha establecido la seguridad y eficacia de DESCOVY® en individuos con trastornos hepáticos significativos subyacentes (ver las secciones 4.2 y 5.2).

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

Peso y parámetros metabólicos

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

Disfunción mitocondrial seguida a la exposición *in utero*

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

Síndrome de reconstitución inmune

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

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

Pacientes que albergan mutaciones del VIH-1

DESCOVY® se debe evitar en pacientes con VIH-1 previamente tratados con antirretrovirales que albergan la mutación K65R (ver sección 5.1).

Terapia triple con nucleósidos

Ha habido informes de una elevada tasa de fracaso virológico y de aparición de resistencias en una fase temprana en pacientes infectados por el VIH cuando tenofovir disoproxil fumarato se combinaba con lamivudina y abacavir, así como con lamivudina y didanosina en una pauta posológica de una vez al día. Por lo tanto, los mismos problemas pueden aparecer si DESCOVY® se administra con un tercer análogo de nucleósidos.

Infecciones oportunistas

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

Osteonecrosis

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

Nefrotoxicidad

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

Pacientes con nefropatía terminal que reciben hemodiálisis crónica

- DESCOVY® se puede utilizar en adultos con nefropatía terminal (ClCr estimado <15 ml/min) que reciben hemodiálisis crónica si los posibles beneficios superan a los posibles riesgos (ver sección 4.2). En un estudio de emtricitabina + tenofovir alafenamida en combinación con elvitegravir + cobicistat en un comprimido de combinación a dosis fija (E/C/F/TAF) en adultos infectados por el VIH-1 con nefropatía terminal (ClCr estimado <15 ml/min) en hemodiálisis crónica, la eficacia se mantuvo durante 48 semanas, pero la exposición a emtricitabina fue significativamente superior a la obtenida en pacientes con función renal normal. Aunque no se identificaron problemas de seguridad nuevos, las consecuencias del aumento de la exposición a emtricitabina continúan siendo inciertas (ver las secciones 4.8 y 5.2).

Administración concomitante de otros medicamentos

No se recomienda la administración concomitante de DESCOVY® con ciertos anticonvulsivos (por ej., carbamazepina, oxcarbazepina, fenobarbital y fenitoína), antimicobacterianos (por ej., rifampicina, rifabutina, rifapentina), boceprevir, telaprevir, hierba de San Juan e inhibidores de la proteasa (IPs) del VIH distintos de atazanavir, lopinavir y darunavir (ver sección 4.5).

DESCOVY® no se debe administrar de forma concomitante con medicamentos que contengan tenofovir alafenamida, tenofovir disoproxil (en forma de fumarato), emtricitabina, lamivudina o adefovir dipivoxil.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Los estudios de interacciones se han realizado solo en adultos.

DESCOVY® no se debe administrar de forma concomitante con medicamentos que contengan tenofovir alafenamida, tenofovir disoproxil (en forma de fumarato), emtricitabina, lamivudina o adefovir dipivoxil.

Emtricitabina

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

Tenofovir alafenamida

Tenofovir alafenamida es transportado por la glicoproteína P (P-gp) y la proteína de resistencia de cáncer de mama (BCRP, por sus siglas en inglés). Los medicamentos que afectan notablemente a la actividad de la P-gp y de la BCRP pueden producir cambios en la absorción de tenofovir alafenamida. Se prevé que los medicamentos que inducen la actividad de la P-gp (por ej., rifampicina, rifabutina, carbamazepina, fenobarbital) reduzcan la absorción de tenofovir alafenamida, dando lugar a una concentración plasmática reducida de tenofovir alafenamida, lo que puede redundar en una pérdida del efecto terapéutico de DESCOVY® y la aparición de resistencias. Se prevé que la administración concomitante de DESCOVY® con otros medicamentos que inhiben la actividad de la P-gp y de la BCRP (por ej., cobicistat, ritonavir, ciclosporina) aumente la absorción y la concentración plasmática de tenofovir alafenamida. A partir de los datos procedentes de un estudio *in vitro*, no se espera que la administración concomitante de tenofovir alafenamida con inhibidores de la xantina oxidasa (por ej., febuxostat) aumente la exposición sistémica a tenofovir *in vivo*.

Tenofovir alafenamida no es un inhibidor de CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 o CYP2D6 *in vitro*. No es un inhibidor de CYP3A4 *in vivo*. Tenofovir alafenamida es un sustrato de OATP1B1 y de OATP1B3 *in vitro*. La distribución de tenofovir alafenamida en el organismo puede verse afectada por la actividad de OATP1B1 y de OATP1B3.

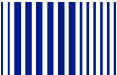
Otras interacciones

Tenofovir alafenamida no es un inhibidor de la uridina difosfato glucuroniltransferasa (UGT) 1A1 humana *in vitro*. No se sabe si tenofovir alafenamida es un inhibidor de otras enzimas UGT. Emtricitabina no inhibió la reacción de glucuronidación de un sustrato UGT no específico *in vitro*.

Las interacciones entre los componentes de DESCOVY® y los medicamentos potencialmente administrados de forma concomitante se enumeran en la Tabla 2 (el aumento está indicado como “↑”; la disminución, como “↓”; la ausencia de cambios, como “↔”). Las interacciones descritas se basan en estudios realizados con DESCOVY® o con los componentes de DESCOVY® en forma de fármacos individuales y/o en combinación, o son interacciones medicamentosas potenciales que pueden ocurrir con DESCOVY®.

Tabla 2: Interacciones entre los componentes individuales de DESCOVY® y otros medicamentos

Medicamento por áreas terapéuticas¹	Efectos sobre las concentraciones de medicamento. Cambio porcentual medio en AUC, C _{max} , C _{min} ²	Recomendación relativa a la administración concomitante con Descovy®
ANTIINFECCIOSOS		
Antifúngicos		
Ketoconazol Itraconazol	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Descovy®. Se prevé que la administración concomitante de ketoconazol o itraconazol, que son inhibidores potentes de la P-gp, aumente las concentraciones plasmáticas de tenofovir alafenamida.	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/10 mg una vez al día.
Fluconazol Isavuconazol	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Descovy®. La administración concomitante de fluconazol o isavuconazol puede aumentar las concentraciones plasmáticas de tenofovir alafenamida.	La dosis de Descovy® depende del antirretroviral que se administra de forma concomitante (ver sección 4.2).
Antimicobacterianos		
Rifabutina Rifampicina Rifapentina	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Descovy®. La administración concomitante de rifampicina, rifabutina y rifapentina, todos los cuales son inductores de la P-gp, puede reducir las concentraciones plasmáticas de tenofovir alafenamida, lo que puede provocar una pérdida del efecto terapéutico y la aparición de resistencias.	No se recomienda la administración concomitante de Descovy® y rifabutina, rifampicina o rifapentina.



Medicamentos contra el virus de la hepatitis C		
Ledipasvir (90 mg una vez al día)/ sofosbuvir (400 mg una vez al día), emtricitabina (200 mg una vez al día)/ tenofovir alafenamida (10 mg una vez al día) ³	Ledipasvir: AUC: ↑ 79% C _{max} : ↑ 65% C _{min} : ↑ 93% Sofosbuvir: AUC: ↑ 47% C _{max} : ↑ 29% Metabolito de sofosbuvir GS-331007: AUC: ↑ 48% C _{max} : ↔ C _{min} : ↑ 66% Emtricitabina: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C _{max} : ↔	No es necesario ajustar la dosis de ledipasvir o sofosbuvir. La dosis de Descovy® depende del antirretroviral que se administra de forma concomitante (ver sección 4.2).
Ledipasvir (90 mg una vez al día)/ sofosbuvir (400 mg una vez al día), emtricitabina (200 mg una vez al día)/ tenofovir alafenamida (25 mg una vez al día) ⁴	Ledipasvir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Sofosbuvir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Metabolito de sofosbuvir GS-331007: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Emtricitabina: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir alafenamida: AUC: ↑ 32% C _{max} : ↔	No es necesario ajustar la dosis de sofosbuvir, velpatasvir o voxilaprevir. La dosis de Descovy® depende del antirretroviral que se administra de forma concomitante (ver sección 4.2).
Sofosbuvir (400 mg una vez al día)/ sofosbuvir (100 mg una vez al día), emtricitabina (200 mg una vez al día) tenofovir alafenamida (10 mg una vez al día) ³	Sofosbuvir: AUC: ↑ 37% C _{max} : ↔ Metabolito de sofosbuvir GS-331007: AUC: ↑ 48% C _{max} : ↔ C _{min} : ↑ 58% Velpatasvir: AUC: ↑ 50% C _{max} : ↑ 30% C _{min} : ↑ 60% Emtricitabina: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C _{max} : ↓ 20%	No es necesario ajustar la dosis de sofosbuvir, velpatasvir o voxilaprevir. La dosis de Descovy® depende del antirretroviral que se administra de forma concomitante (ver sección 4.2).
Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (400 mg/100 mg/100 mg+100 mg una vez al día)/ emtricitabina (200 mg una vez al día)/ tenofovir alafenamida (10 mg una vez al día) ³	Sofosbuvir: AUC: ↔ C _{max} : ↑ 27% Metabolito de sofosbuvir GS-331007: AUC: ↑ 43% C _{max} : ↔ Velpatasvir: AUC: ↔ C _{min} : ↑ 46% C _{max} : ↔ Voxilaprevir: AUC: ↑ 171% C _{min} : ↑ 350% C _{max} : ↑ 92% Emtricitabina: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔ Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C _{max} : ↓ 21%	
Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (400 mg/100 mg/100 mg+100 mg una vez al día)/ emtricitabina (200 mg una vez al día)/ tenofovir alafenamida (25 mg una vez al día) ⁴	Sofosbuvir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Metabolito de sofosbuvir GS-331007: AUC: ↔ C _{min} : ↔ Velpatasvir: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔ Voxilaprevir: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔ Emtricitabina: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔ Tenofovir alafenamida: AUC: ↑ 52% C _{max} : ↑ 32%	No es necesario ajustar la dosis de sofosbuvir, velpatasvir o voxilaprevir. La dosis de Descovy® depende del antirretroviral que se administra de forma concomitante (ver sección 4.2).
ANTIRRETROVIRALES		
Inhibidores de la proteasa del VIH		
Atazanavir/cobicistat (300 mg/150 mg una vez al día), tenofovir alafenamida (10 mg)	Tenofovir alafenamida: AUC: ↑ 75% C _{max} : ↑ 80% Atazanavir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/10 mg una vez al día.
Atazanavir/ritonavir (300/100 mg una vez al día), tenofovir alafenamida (10 mg)	Tenofovir alafenamida: AUC: ↑ 91% C _{max} : ↑ 77% Atazanavir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/10 mg una vez al día.
Darunavir/cobicistat (800/150 mg una vez al día), tenofovir alafenamida (25 mg una vez al día) ⁵	Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Tenofovir: AUC: ↑ 224% C _{max} : ↑ 216% C _{min} : ↑ 221% Darunavir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/10 mg una vez al día.

Darunavir/ritonavir (800/100 mg una vez al día), tenofovir alafenamida (10 mg una vez al día)	Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Tenofovir: AUC: ↑ 105% C _{max} : ↑ 142% Darunavir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/10 mg una vez al día.
Lopinavir/ritonavir (800/200 mg una vez al día), tenofovir alafenamida (10 mg una vez al día)	Tenofovir alafenamida: AUC: ↑ 47% C _{max} : ↑ 119% Lopinavir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/10 mg una vez al día.
Tipranavir/ritonavir	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Descovy®. Tipranavir/ritonavir provoca inducción de la P-gp. Se prevé que la exposición a tenofovir alafenamida disminuya cuando tipranavir/ritonavir se administra en combinación con DESCOVY®.	No se recomienda la administración concomitante con Descovy®.
Otros inhibidores de la proteasa	Se desconocen sus efectos.	No hay datos disponibles para realizar recomendaciones de dosificación para la administración concomitante con otros inhibidores de la proteasa.
Otros antirretrovirales contra el VIH		
Dolutegravir (50 mg una vez al día), tenofovir alafenamida (10 mg una vez al día) ³	Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Dolutegravir: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/25 mg una vez al día.
Rilpivirina (25 mg una vez al día), tenofovir alafenamida (25 mg una vez al día)	Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Rilpivirina: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/25 mg una vez al día.
Efavirenz (600 mg una vez al día), tenofovir alafenamida (40 mg una vez al día) ⁴	Tenofovir alafenamida: AUC: ↓ 14% C _{max} : ↓ 22%	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/25 mg una vez al día.
Maraviroc Nevirapina Raltegravir	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Descovy®. No se prevé que la exposición a tenofovir alafenamida se vea afectada por maraviroc, nevirapina o raltegravir, ni que afecte a las rutas metabólicas y de excreción de maraviroc, nevirapina o raltegravir.	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/25 mg una vez al día.
ANTIPILEÉPTICOS		
Oxcarbazepina Fenobarbital Fenitoína	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Descovy®. La administración concomitante de oxcarbazepina, fenobarbital o fenitoína, todos los cuales son inductores de la P-gp, puede reducir las concentraciones plasmáticas de tenofovir alafenamida, lo que puede provocar una pérdida del efecto terapéutico y la aparición de resistencias.	No se recomienda la administración concomitante de Descovy® y oxcarbazepina, fenobarbital o fenitoína.
Carbamazepina (ajustada desde 100 mg hasta 300 mg dos veces al día), emtricitabina/tenofovir alafenamida (200 mg/25 mg una vez al día) ^{5,6}	Tenofovir alafenamida: AUC: ↓ 55% C _{max} : ↓ 57% La administración concomitante de carbamazepina, un inductor de la P-gp, reduce las concentraciones plasmáticas de tenofovir alafenamida, lo que puede provocar una pérdida del efecto terapéutico y la aparición de resistencias.	No se recomienda la administración concomitante de Descovy® y carbamazepina.
ANTIDEPRESIVOS		
Sertralina (50 mg una vez al día), tenofovir alafenamida (10 mg una vez al día) ³	Tenofovir alafenamida: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Sertralina: AUC: ↑ 9% C _{max} : ↑ 14%	No es necesario ajustar la dosis de sertralina. La dosis de Descovy® depende del antirretroviral que se administra de forma concomitante (ver sección 4.2).
MEDICAMENTOS A BASE DE PLANTAS		
Hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>)	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Descovy®. La administración concomitante de hierba de San Juan, un inductor de la P-gp, puede reducir las concentraciones plasmáticas de tenofovir alafenamida, lo que puede provocar una pérdida del efecto terapéutico y la aparición de resistencias.	No se recomienda la administración concomitante de Descovy® con hierba de San Juan.
INMUNOSUPRESORES		
Ciclosporina	Interacción no estudiada con ninguno de los componentes de Descovy®. Se prevé que la administración concomitante de ciclosporina, un potente inhibidor de la P-gp, aumente las concentraciones plasmáticas de tenofovir alafenamida.	La dosis recomendada de Descovy® es de 200/10 mg una vez al día.
ANTICONCEPTIVOS ORALES		
Norgestímato (0,180/0,215/0,250 mg una vez al día), etinilestradiol (0,025 mg una vez al día), emtricitabina/tenofovir alafenamida (200/25 mg una vez al día) ⁵	Norelgestromina: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Norgestrel: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Etinilestradiol: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	No es necesario ajustar la dosis de norgestímato/etinilestradiol. La dosis de Descovy® depende del antirretroviral que se administra de forma concomitante (ver sección 4.2).
SEDANTES/HIPNÓTICOS		
Midazolam administrado por vía oral (2,5 mg dosis única), tenofovir alafenamida (25 mg una vez al día)	Midazolam: AUC: ↔ C _{max} : ↔	No es necesario ajustar la dosis de midazolam. La dosis de Descovy® depende del antirretroviral que se administra de forma concomitante (ver sección 4.2).
Midazolam administrado por vía intravenosa (1 mg dosis única), tenofovir alafenamida (25 mg una vez al día)	Midazolam: AUC: ↔ C _{max} : ↔	

¹ Cuando se proporcionan dosis, se trata de las dosis utilizadas en estudios clínicos de interacciones medicamentosas.
² Cuando se dispone de datos procedentes de estudios de interacciones medicamentosas.
³ Estudio realizado con un comprimido de combinación a dosis fija de elvitegravir/cobicista/emtricitabina/tenofovir alafenamida.
⁴ Estudio realizado con un comprimido de combinación a dosis fija de emtricitabina/rilpivirina/tenofovir alafenamida.
⁵ Estudio realizado con DESCOVY®.
⁶ En este estudio emtricitabina/tenofovir alafenamida se administró con alimentos.
⁷ Estudio realizado con 100 mg adicionales de voxilaprevir para obtener las exposiciones a voxilaprevir esperadas en pacientes infectados por el VHC.

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo
No hay estudios adecuados y bien controlados de DESCOVY® o de sus componentes en mujeres embarazadas. No hay datos o estos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) en relación al uso de tenofovir alafenamida en mujeres embarazadas. No obstante, existen un elevado número de datos en mujeres embarazadas (datos en más de 1.000 embarazos expuestos) que indican que emtricitabina no produce malformaciones ni toxicidad fetal/neonatal. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos de emtricitabina en términos de parámetros de fertilidad, embarazo, desarrollo fetal, parto o desarrollo postnatal. Los estudios de tenofovir alafenamida realizados en animales no han mostrado evidencia de efectos perjudiciales en los parámetros de fertilidad, embarazo o desarrollo fetal (ver sección 5.3).
DESCOVY® solo se debe usar durante el embarazo si el beneficio potencial justifica el riesgo potencial para el feto.

Lactancia
Se desconoce si tenofovir alafenamida se excreta en la leche materna. Emtricitabina se excreta en la leche materna. En estudios en animales se ha observado que tenofovir se excreta en la leche.

No hay datos suficientes sobre los efectos de emtricitabina y tenofovir en recién nacidos/niños. Por tanto, DESCOVY® no se debe utilizar durante la lactancia. Para evitar la transmisión del VIH al niño, se recomienda que las mujeres que presentan infección por VIH no amamenten a sus hijos bajo ningún concepto.

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

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas
Los individuos deben saber que se ha notificado mareo durante el tratamiento con DESCOVY®.

4.8 Reacciones adversas

Resumen del perfil de seguridad
Tratamiento de la infección por el VIH-1: La evaluación de las reacciones adversas se basa en los datos de seguridad de todos los estudios de fase 2 y 3 en los que 112 pacientes infectados por el virus del VIH-1 recibieron medicamentos que contenían emtricitabina y tenofovir alafenamida y en la experiencia post-comercialización. En los estudios clínicos con 866 pacientes adultos que nunca habían recibido tratamiento y que fueron tratados con emtricitabina y tenofovir alafenamida junto con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija de elvitegravir 150 mg/cobicistat 150 mg/emtricitabina 200 mg/tenofovir alafenamida (en forma de fumarato) 10 mg (E/C/F/TAF) a lo largo de 144 semanas, las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia fueron diarrea (7%), náuseas (11%), y cefalea (6%).

Tabla de reacciones adversas
Las reacciones adversas de la Tabla 3 se muestran según el sistema de clasificación de órganos y frecuencia. Las frecuencias se definen como sigue: muy frecuentes (≥1/10), frecuentes (≥1/100 a <1/10) y poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100).

Tabla 3: Tabla de reacciones adversas¹

Frecuencia	Reacción adversa
<i>Trastornos de la sangre y del sistema linfático</i>	
Poco frecuentes:	anemia²
<i>Trastornos psiquiátricos</i>	
Frecuentes:	sueños anormales
<i>Trastornos del sistema nervioso</i>	
Frecuentes:	cefalea, mareo
<i>Trastornos gastrointestinales</i>	
Muy frecuentes:	náuseas
Frecuentes:	diarrea, vómitos, dolor abdominal, flatulencia
Poco frecuentes:	dispepsia
<i>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo</i>	
Frecuentes:	erupción
Poco frecuentes:	angioedema³⁴, prurito, urticaria⁴
<i>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo</i>	
Poco frecuentes:	artralgia
<i>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración</i>	
Frecuentes:	fatiga

¹ Exceptuando el angioedema, anemia y la urticaria (ver las notas al pie 2, 3 y 4), todas las reacciones adversas fueron identificadas a partir de estudios clínicos de productos que contenían F/TAF. Las frecuencias se obtuvieron a partir de estudios clínicos de fase 3 con E/C/F/TAF en 866 pacientes adultos que nunca habían recibido tratamiento a lo largo de 48 semanas de tratamiento (GS-US-292-0104 y GS-US-292-0111).

² Esta reacción adversa no se observó en los estudios clínicos de productos que contenían F/TAF, pero fue identificada a partir de estudios clínicos o de la experiencia poscomercialización para emtricitabina cuando se utilizó con otros antirretrovirales.

³ Esta reacción adversa fue identificada mediante la vigilancia poscomercialización para emtricitabina.

⁴ Esta reacción adversa fue identificada mediante la vigilancia poscomercialización para productos que contenían tenofovir alafenamida.

Descripción de las reacciones adversas seleccionadas

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

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

Cambios en las pruebas de laboratorio de lípidos
En los estudios realizados con pacientes sin tratamiento previo, tanto en el grupo de tratamiento que contenía tenofovir alafenamida fumarato como en el que contenía tenofovir disoproxil fumarato se observaron aumentos, con respecto a los valores basales en ayunas, de colesterol total, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL), colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL) y triglicéridos en la semana 144. La mediana del aumento con respecto al valor basal de dichos parámetros fue mayor en el grupo tratado con E/C/F/TAF que en el tratado con elvitegravir 150 mg/cobicistat 150 mg/emtricitabina 200 mg/tenofovir disoproxil (en forma de fumarato) 245 mg (E/C/F/TDF) en la semana 144 (p <0,001 para la diferencia entre los grupos de tratamiento para el colesterol total en condiciones de ayuno, el colesterol directo ligado a LDL y HDL y los triglicéridos). La mediana (Q1, Q3) del cambio con respecto al valor basal en el cociente colesterol total/colesterol HDL en la semana 144 fue de 0,1 (-0,3; 0,7) en el grupo tratado con E/C/F/TAF y de 0,1 (-0,4; 0,6) en el grupo tratado con E/C/F/TDF (p <0,006 para la diferencia entre los grupos de tratamiento).

En un estudio de pacientes virológicamente suprimidos que cambiaron de emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato a DESCOVY® manteniendo el tercer fármaco antirretroviral (Estudio GS-US-311-1089), se observaron aumentos respecto al valor basal en los parámetros lipídicos en ayunas de colesterol total, colesterol LDL directo y triglicéridos en el grupo DESCOVY® comparado con la escasa variación en el grupo de emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (p ≤0,009 para la diferencia entre los grupos en los cambios respecto al valor basal). En la semana 96 en ambos grupos de tratamiento se observó escasa variación respecto a los valores basales en la mediana de colesterol HDL y glucosa en ayunas, así como en el cociente de colesterol total en ayunas y colesterol HDL. Ninguno de estos cambios se consideró de interés clínico.

En un estudio de pacientes adultos virológicamente suprimidos que cambiaron de abacavir/lamivudina a DESCOVY® manteniendo el tercer fármaco antirretroviral (estudio GS-US-311-1717), se observaron variaciones mínimas en los valores de los lípidos.

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

Población pediátrica
La seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida fue evaluada a lo largo de 48 semanas en un estudio clínico abierto (GS-US-292-0106) en el que pacientes pediátricos infectados por el VIH-1 de 12 a <18 años de edad que nunca habían recibido tratamiento recibieron emtricitabina y tenofovir alafenamida en combinación con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija. El perfil de seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida administrado con elvitegravir y cobicistat en 50 pacientes adolescentes fue similar al de los adultos (ver sección 5.1).

Otras poblaciones especiales

Pacientes con insuficiencia renal
La seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida fue evaluada a lo largo de 144 semanas en un estudio clínico abierto (GS-US-292-0112) en el que 248 pacientes infectados por el VIH-1 que nunca habían recibido tratamiento (n = 6), o eran pacientes suprimidos virológicamente (n = 242), con insuficiencia renal leve o moderada (tasa de filtración glomerular estimada mediante el método de Cockcroft-Gault [eTFG_{CG}]: 30-69 mL/min) recibieron emtricitabina y tenofovir alafenamida en combinación con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija. El perfil de seguridad en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada fue similar al de los pacientes con función renal normal (ver sección 5.1).

La seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida se evaluó durante 48 semanas en un estudio clínico abierto, de un solo brazo (GS-US-292-1825) en el que 55 pacientes infectados por VIH-1, virológicamente suprimidos y con nefropatía terminal (eTFG_{CG} <15 mL/min) en hemodiálisis crónica recibieron emtricitabina y tenofovir alafenamida en combinación con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija. No se identificaron problemas de seguridad nuevos en pacientes con nefropatía terminal en hemodiálisis crónica tratados con emtricitabina y tenofovir alafenamida en combinación con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija (ver sección 5.2).

Pacientes coinfectados por el VIH y el VHB

La seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida en combinación con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija (elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida [E/C/F/TAF]) fue evaluada en 72 pacientes coinfectados por VIH/VHB que recibieron tratamiento para el VIH en un estudio clínico abierto (GS-US-292-1249), hasta la semana 48, en el que los pacientes cambiaron de una pauta antirretroviral (que incluía tenofovir disoproxil fumarato [TDF] en 69 de 72 pacientes) a E/C/F/TAF. Según estos datos limitados, el perfil de seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida en combinación con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija en pacientes coinfectados por VIH/VHB fue similar al de los pacientes monoinfectados por el VIH-1 (ver sección 4.4).

Reacciones adversas a partir de la experiencia en ensayos clínicos de personas no infectadas por el VIH-1 que tomaron DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1
El perfil de seguridad de DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 fue comparable al observado en ensayos clínicos de sujetos infectados por el VIH basados en un estudio aleatorizado doble ciego y con control activo (estudio DISCOVER 2055), en el que participaron un total de 5.387 varones adultos no infectados por el VIH-1 y mujeres transgénero que tenían relaciones sexuales con varones y recibieron DESCOVY® (N=2.694) o emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato (N=2.693) una vez al día para la PrEP contra el VIH-1 (ver la sección 5.1). La mediana de la duración de la exposición fue de 86 y 87 semanas, respectivamente. La reacción adversa más frecuente en los participantes que recibieron DESCOVY® (incidencia igual o mayor al 5%, todos los grados) fue la diarrea (5%). En la Tabla 4 se enumeran las reacciones adversas más frecuentes que se produjeron en el 2% o más de los participantes de cualquiera de los grupos de tratamiento. La proporción de participantes que interrumpieron el tratamiento con DESCOVY® o emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato debido a acontecimientos adversos, independientemente de la gravedad, fue del 1,3% y el 1,8%, respectivamente.

Tabla 4: Reacciones adversas (todos los grados) que se informaron en ≥2% en cualquiera de los grupos del estudio DISCOVER (estudio 2055) de participantes no infectados por el VIH-1

	Pauta con DESCOVY® (N=2.694)	Pauta con emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (N=2.693)
Diarrea	5%	6%
Náuseas	4%	5%
Cefalea	2%	2%
Fatiga	2%	3%
Dolor abdominal¹	2%	3%

¹ Abarca los términos siguientes: dolor abdominal, dolor en la zona superior del abdomen, dolor en la zona inferior del abdomen, dolor gastrointestinal y molestia abdominal

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación riesgo/beneficio del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Departamento de Farmacovigilancia de GADOR SA, enviando un correo electrónico a **farmacovigilancia@gador.com**.

4.9 Sobredosis

En caso de sobredosis, se debe vigilar al individuo por si hay evidencia de toxicidad (ver sección 4.8). El tratamiento de la sobredosis de DESCOVY® consiste en medidas generales de apoyo, incluyendo la monitorización de los signos vitales así como la observación del estado clínico del individuo. Emtricitabina se puede eliminar mediante hemodíálisis, que elimina aproximadamente el 30% de la dosis de emtricitabina en un periodo de diálisis de 3 horas iniciado en un plazo de 15 horas después de la administración de emtricitabina. Tenofovir se elimina eficazmente mediante hemodíálisis con un coeficiente de extracción de aproximadamente el 54%. Se desconoce si emtricitabina o tenofovir se pueden eliminar con diálisis peritoneal.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Antiviral para uso sistémico; antivirales para el tratamiento de infecciones por VIH y combinaciones. Código ATC: J05AR17.

Mecanismo de acción

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

Tenofovir alafenamida es un inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleótidos (ITIAN) y un profármaco fosfonoamido de tenofovir (análogo de 2'-desoxiadenosina monofosfato). Tenofovir alafenamida es permeable en las células y, debido a su mayor estabilidad plasmática y activación intracelular mediante hidrólisis por la catepsina A, tenofovir alafenamida es más eficaz que tenofovir disoproxil fumarato a la hora de concentrar tenofovir en las células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) o las células diana del VIH incluyendo los linfocitos y los macrófagos. Tenofovir intracelular es fosforilado a continuación al metabolito farmacológicamente activo tenofovir difosfato. Tenofovir difosfato inhibe la replicación del VIH mediante su incorporación en el ADN viral por la TI del VIH, lo que produce la interrupción de la cadena de ADN.

Tenofovir muestra actividad frente al VIH-1, el VIH-2 y el VHB.

Actividad antiviral *in vitro*

Emtricitabina y tenofovir alafenamida demuestran actividad antiviral sinérgica en los cultivos celulares. No se observó antagonismo con emtricitabina o tenofovir alafenamida cuando se combinaron con otros fármacos antirretrovirales.

La actividad antiviral de emtricitabina frente a aislamientos clínicos y de laboratorio del VIH-1 se evaluó en líneas celulares linfoblastoides, en la línea celular MA-GI-CRCS y en PBMCs. Los valores de la concentración efectiva al 50% (CE₅₀) para emtricitabina oscilaron entre 0,0013 y 0,64 µM. Emtricitabina mostró actividad antiviral en cultivos celulares frente a los clados del VIH-1 A, B, C, D, E, F y G (con valores de CE₅₀ de 0,007 a 0,075 µM) y presentó actividad específica de cepa frente al VIH-2 (con valores de CE₅₀ de 0,007 a 1,5 µM).

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

Actividad profiláctica en un modelo de primate no humano de transmisión del VIH-1

La actividad profiláctica de la combinación de emtricitabina oral y tenofovir alafenamida se evaluó en un estudio controlado de macacos a los que se administraron inyecciones intrarrectales una vez por semana de la vacuna de virus quimérico de la inmunodeficiencia humana-símio tipo 1 (VISH) durante un máximo de 19 semanas (n = 6). Los 6 macacos que recibieron emtricitabina y tenofovir alafenamida a dosis que resultaron en exposiciones en las células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) compatibles con las alcanzadas en humanos a los que se administró una dosis de emtricitabina/tenofovir alafenamida de 200/25 mg no fueron infectados por el VISH.

Resistencia

In vitro

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

Los aislados del VIH-1 con sensibilidad reducida a tenofovir alafenamida expresan una mutación K65R en la TI del VIH-1; además, se ha observado de forma transitoria una mutación K70E en la TI del VIH-1.

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

En un análisis combinado de pacientes sin tratamiento previo antirretroviral tratados con emtricitabina y tenofovir alafenamida (10 mg) administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija en los estudios de fase 3 GS-US-292-0104 y GS-US-292-0111, se realizó un genotipo en los aislados del VIH-1 del plasma de todos los pacientes con ARN del VIH-1 ≥400 copias/ml en el momento del fracaso virológico confirmado, en la semana 144 o en el momento en el que se interrumpió de forma temprana la medicación del estudio. Hasta la semana 144, el desarrollo de una o más mutaciones asociadas a resistencia primarias a emtricitabina, tenofovir alafenamida o elvitegravir fue observado en aislados del VIH-1 de 12 de 22 pacientes con datos genotípicos evaluables de aislados emparejados de fracaso del tratamiento basales y de E/C/F/TAf (12 de 866 pacientes (1,4%)) comparado con 12 de 20 aislados de fracaso del tratamiento de los pacientes con datos genotípicos evaluables del grupo de E/C/F/TDF (12 de 867 pacientes (1,4%)). En el grupo tratado con E/C/F/TAf, las mutaciones que surgieron fueron M184V/I (n = 11) y K65R/N (n = 2) en la TI y T66T/A/I/V (n = 2), E92Q (n = 4), Q148Q/R (n = 1) y N155H (n = 2) en la integrasa. De los aislados del VIH-1 de 12 pacientes con desarrollo de resistencias en el grupo tratado con E/C/F/TDF, las mutaciones que surgieron fueron M184V/I (n = 9), K65R/N (n = 4) y L210W (n = 1) en la TI y E92Q/V (n = 4) y Q148R (n = 2) y N155H/S (n = 3) en la integrasa. La mayoría de los aislados del VIH-1 de los pacientes de ambos grupos de tratamiento que desarrollaron mutaciones de resistencia a elvitegravir en la integrasa también desarrollaron mutaciones de resistencia a emtricitabina en la TI.

Pacientes coinfectados por el VIH y el VHB

En un estudio clínico en pacientes coinfectados por el VIH virológicamente suprimidos y hepatitis B crónica, tratados con emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija (E/C/F/TAf) durante 48 semanas (GS-US-292-1249, n = 72), 2 pacientes cumplieron las condiciones para un análisis de resistencia. En estos 2 pacientes, no se identificaron en el VIH-1 o el VHB sustituciones de aminoácidos asociadas a resistencia a alguno de los componentes de E/C/F/TAf.

En adultos no infectados por el VIH-1 con riesgo de contraer la infección por el VIH-1

En el ensayo DISCOVER (estudio 2055) de varones y mujeres transgénero que tenían relaciones sexuales con varones no infectados por el VIH-1 que estaban en riesgo de infección por el VIH-1 y recibieron DESCOVY® o emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato para la PrEP contra el VIH-1, se realizó el genotipo en los participantes que resultaron infectados durante el estudio y que tenían ≥400 copias/mL de ARN del VIH-1 (6 de 7 participantes que recibieron DESCOVY® y 13 de 15 participantes que recibieron emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato). Se observó el desarrollo de sustituciones asociadas a la resistencia a la emtricitabina, M184I o M184V, en 4 participantes infectados por el VIH-1 en el grupo de emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato que presentaban sospechas de infecciones basales.

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

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

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

El VIH-1 resistente a multinucleósidos con una mutación de inserción doble T69S o con un complejo de mutación Q151M incluyendo K65R mostró una sensibilidad reducida a tenofovir alafenamida.

Datos clínicos

No se han realizado estudios de eficacia y seguridad con DESCOVY® en pacientes que no han recibido tratamiento previo.

La eficacia clínica de DESCOVY® fue establecida en pacientes infectados por el VIH-1 a partir de estudios realizados con emtricitabina y tenofovir alafenamida cuando se administraban con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija E/C/F/TAf.

La eficacia y la seguridad clínicas de DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 se establecieron en varones no infectados por el VIH-1 o en mujeres transgénero que tenían relaciones sexuales con varones a partir de un estudio en el que se comparó DESCOVY® una vez al día con emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato (F/TDF).

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

En los estudios GS-US-292-0104 y GS-US-292-0111, los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 a recibir emtricitabina 200 mg y tenofovir alafenamida 10 mg (n = 866) una vez al día o emtricitabina 200 mg/tenofovir disoproxil (en forma de fumarato) 245 mg (n = 867) una vez al día, ambos administrados con elvitegravir 150 mg + cobicistat 150 mg como comprimido de combinación a dosis fija. La media de edad fue de 36 años (intervalo: 18-76), el 85% eran hombres, el 57% blancos, el 25% negros y el 10% asiáticos. El 19% de los pacientes fueron identificados como hispanos/latinos. La media del ARN del VIH-1 plasmático basal fue de 4,5 log₁₀ copias/mL (intervalo: 1,3-7,0) y el 23% tenía cargas virales basales de >100.000 copias/mL. La media del recuento basal de células CD4+ fue de 427 células/mm³ (intervalo: 0-1.360) y el 13% tenía un recuento de células CD4+ <200 células/mm³. E/C/F/TAf cumplió los criterios de no inferioridad en cuanto a la consecución de un ARN del VIH-1 <50 copias/mL al compararlo con E/C/F/TDF en la semana 144. La diferencia en porcentaje fue de 4,2% (IC del 95%: 0,6% a 7,8%). Los resultados combinados de los tratamientos a las 44 y 144 semanas se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5: Resultados virológicos combinados de los estudios GS-US-292-0104 y GS-US-292-0111 en la semana 48 y 144^{a,b}

	Semana 48		Semana 144	
	E/C/F/TAf (n = 866)	E/C/F/TDF ^a (n = 867)	E/C/F/TAf (n = 866)	E/C/F/TDF (n = 867)
ARN del VIH-1 < 50 copias/ml	92%	90%	84%	80%
Diferencia entre tratamientos	2,0% (IC del 95%: -0,7% a 4,7%)		4,2% (IC del 95%: 0,6% a 7,8%)	
ARN del VIH-1 ≥ 50 copias/ml^c	4%	4%	5%	4%
Ausencia de datos virológicos en la ventana de la semana 48 o 144	4%	6%	11%	16%
Interrumpieron la medicación del estudio debido a acontecimiento adverso o muerte ^d	1%	2%	1%	3%
Interrumpieron la medicación del estudio debido a otros motivos y último ARN del VIH-1 disponible < 50 copias/ml ^e	2%	4%	9%	11%
Datos ausentes (missing data) durante la ventana pero en tratamiento con la medicación del estudio	1%	< 1%	1%	1%
Proporción (%) de pacientes con ARN del VIH-1 < 50 copias/ml por subgrupo				
Edad				
< 50 años	716/777 (92%)	680/753 (90%)	647/777 (83%)	602/753 (80%)
≥ 50 años	84/89 (94%)	104/114 (91%)	82/89 (92%)	92/114 (81%)
Sexo				
Hombres	674/733 (92%)	673/740 (91%)	616/733 (84%)	603/740 (81%)
Mujeres	126/133 (95%)	111/127 (87%)	113/133 (85%)	91/127 (72%)
Raza				
Negra	197/223 (88%)	177/213 (83%)	168/223 (75%)	152/213 (71%)
Distinta de la negra	603/643 (94%)	607/654 (93%)	561/643 (87%)	542/654 (83%)

Carga viral basal ≤ 100.000 copias/ml > 100.000 copias/ml	629/670 (94%) 171/196 (87%)	610/672 (91%) 174/195 (89%)	567/670 (85%) 162/196 (83%)	537/672 (80%) 157/195 (81%)
Recuento basal de células CD4+ < 200 células/mm ³ ≥ 200 células/mm ³	96/112 (86%) 703/753 (93%)	104/117 (89%) 680/750 (91%)	93/112 (83%) 635/753 (84%)	94/117 (80%) 600/750 (80%)
ARN del VIH-1 < 20 copias/ml	84,4%	84,0%	81,1%	75,8%
Diferencia entre tratamientos	0,4% (IC del 95%: -3,0% a 3,8%)		5,4% (IC del 95%: 1,5% a 9,2%)	

E/C/F/TAF = elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida
E/C/F/TDF = elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato
a La ventana de la semana 48 fue entre los días 294 y 377 (ambos inclusive), la ventana de la semana 144 fue entre los días 966 y 1.049 (ambos inclusive).
b En ambos estudios se estratificó a los pacientes según su ARN del VIH-1 basal (≤100.000 copias/mL, >100.000 copias/mL o >400.000 copias/mL), según el recuento de células CD4+ (<50 células/μl, 50-199 células/μl o ≥200 células/μl) y según la región (EEUU o fuera de EEUU).
c Incluye a los pacientes que tenían ≥50 copias/mL en la ventana de la semana 48 o 144, los pacientes que abandonaron precozmente debido a ausencia o pérdida de la eficacia, los pacientes que abandonaron por motivos distintos de un acontecimiento adverso (AA), muerte o ausencia o pérdida de la eficacia y que en el momento del abandono tenían un valor viral ≥50 copias/mL.
d Incluye a los pacientes que abandonaron debido a un AA o a la muerte en cualquier momento desde el día 1 hasta la ventana temporal, si esto dio lugar a una ausencia de datos virológicos sobre el tratamiento durante la ventana especificada.
e Incluye a los pacientes que abandonaron por motivos distintos de un AA, muerte o ausencia o pérdida de la eficacia, por ej., que retiraron el consentimiento, se perdieron para el seguimiento, etc.

El incremento medio con respecto a la situación basal en el recuento de células CD4+ fue de 230 células/mm³ en los pacientes que recibieron E/C/F/TAF y de 211 células/mm³ en los pacientes que recibieron E/C/F/TDF (p = 0,024) en la semana 48, y de 326 células/mm³ en los pacientes que recibieron E/C/F/TAF y 305 células/mm³ en los pacientes que recibieron E/C/F/TDF (p = 0,06) en la semana 144.
La eficacia clínica de DESCOVY® en pacientes que no han recibido tratamiento previo también fue establecida a partir de un estudio realizado con emtricitabina y tenofovir alafenamida (10 mg) cuando se administraban con darunavir (800 mg) y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija (D/C/F/TAF). En el estudio GS-US-299-0102, los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 2:1 a recibir la combinación a dosis fija D/C/F/TAF una vez al día (n = 103) o darunavir y cobicistat y emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato una vez al día (n = 50). Las proporciones de pacientes con ARN del VIH-1 en plasma <50 copias/mL y <20 copias/mL se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6: Resultados virológicos del estudio GS-US-299-0102 en la semana 24 y 48*

	Semana 24		Semana 48	
	D/C/F/TAF (n = 103)	Darunavir, cobicistat y emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (n = 50)	D/C/F/TAF (n = 103)	Darunavir, cobicistat y emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (n = 50)
ARN del VIH-1 < 50 copias/mL	75%	74%	77%	84%
Diferencia entre tratamientos	3,3% (IC del 95%: -11,4% a 18,1%)		-6,2% (IC del 95%: -19,9% a 7,4%)	
ARN del VIH-1 ≥ 50 copias/mL^a	20%	24%	16%	12%
Ausencia de datos virológicos en la ventana de la semana 48	5%	2%	8%	4%
Abandonaron la medicación del estudio debido a AA o muerte ^c	1%	0	1%	2%
Abandonaron la medicación del estudio debido a otros motivos y último ARN del VIH-1 disponible < 50 copias/mL ^d	4%	2%	7%	2%
Datos ausentes durante la ventana pero en tratamiento con la medicación del estudio	0	0	0	0
ARN del VIH-1 < 20 copias/mL	55%	62%	63%	76%
Diferencia entre tratamientos	-3,5% (IC del 95%: -19,8% a 12,7%)		-10,7% (IC del 95%: -26,3% a 4,8%)	

D/C/F/TAF = darunavir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida
a La ventana de la semana 48 fue entre los días 294 y 377 (ambos inclusive).
b Incluye a los pacientes que tenían ≥50 copias/mL en la ventana de la semana 48, los pacientes que abandonaron precozmente debido a ausencia o pérdida de la eficacia, los pacientes que abandonaron por motivos distintos de un acontecimiento adverso (AA), muerte, ausencia o pérdida de la eficacia y que en el momento del abandono tenían un valor viral ≥50 copias/mL.
c Incluye a los pacientes que abandonaron debido a un AA o a la muerte en cualquier momento desde el día 1 hasta la ventana temporal, si esto dio lugar a una ausencia de datos virológicos sobre el tratamiento durante la ventana especificada.
d Incluye a los pacientes que abandonaron por motivos distintos de un AA, muerte, ausencia o pérdida de la eficacia, por ej., que retiraron el consentimiento, se perdieron para el seguimiento, etc.

Pacientes infectados por el VIH-1 suprimidos virológicamente
En el estudio GS-US-311-1089, se evaluaron la eficacia y la seguridad de cambiar desde emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato a DESCOVY® mientras se mantenía el tercer fármaco antirretroviral en un estudio aleatorizado doble ciego de adultos infectados por el VIH-1 suprimidos virológicamente (n = 663). Los pacientes debían haber estado suprimidos de forma estable (ARN del VIH-1 <50 copias/mL) con su régimen basal durante al menos 6 meses y tenían un VIH-1 sin mutaciones de resistencia a emtricitabina o tenofovir alafenamida antes de incorporarse al estudio. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 a cambiar desde su tratamiento basal a DESCOVY® (n = 333), o a permanecer con su régimen basal de emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (n = 330). Los pacientes fueron estratificados según la clase del tercer fármaco de su régimen de tratamiento previo. En el momento basal, el 46% de los pacientes recibían emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato en combinación con un IP potenciado y el 54% de los pacientes recibían emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato en combinación con un tercer fármaco no potenciado.
En la Tabla 7 se muestran los resultados terapéuticos del estudio GS-US-311-1089 a lo largo de 48 y 96 semanas.

Tabla 7: Resultados virológicos del estudio GS-US-311-1089 en la semana 48^a y 96

	Semana 48		Semana 96	
	Pauta con Descovy (n = 333)	Pauta con emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (n = 330)	Pauta con Descovy® (n = 333)	Pauta con emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (n = 330)
ARN del VIH-1 < 50 copias/ml	94%	93%	89%	89%
Diferencia entre tratamientos	1,3% (IC del 95%: -2,5% a 5,1%)		-0,5% (IC del 95%: -5,3% a 4,4%)	
ARN del VIH-1 ≥ 50 copias/ml^b	< 1%	2%	2%	1%
Ausencia de datos virológicos en la ventana de la semana 48 o 96	5%	5%	9%	10%
Interrumpieron la medicación del estudio debido a AA o muerte ^d	2%	1%	2%	2%
Interrumpieron la medicación del estudio debido a otros motivos y último ARN del VIH-1 disponible < 50 copias/ml ^c	3%	5%	7%	9%
Datos ausentes (missing data) durante la ventana pero en tratamiento con la medicación del estudio	< 1%	0	0	<1%
Proporción (%) de pacientes con ARN del VIH-1 < 50 copias/ml con la pauta de tratamiento previo				
IPs potenciados	142/155 (92%)	140/151 (93%)	133/155 (86%)	133/151 (88%)
Otros terceros fármacos	172/178 (97%)	167/179 (93%)	162/178 (91%)	161/179 (90%)

IP = inhibidor de la proteasa
a La ventana de la semana 48 fue entre los días 294 y 377 (ambos inclusive).
b La ventana de la semana 96 fue entre los días 630 y 713 (ambos inclusive).
c Incluye a pacientes que tenían ≥50 copias/ml en la ventana de la semana 48 o la semana 96, pacientes que interrumpieron precozmente debido a ausencia o pérdida de la eficacia, pacientes que interrumpieron por motivos distintos de un acontecimiento adverso (AA), muerte o ausencia o pérdida de la eficacia y que en el momento del abandono tenían un valor viral ≥50 copias/ml.
d Incluye a pacientes que interrumpieron debido a un AA o muerte en cualquier momento desde el día 1 hasta la ventana temporal, si esto dio lugar a una ausencia de datos virológicos sobre el tratamiento durante la ventana especificada.
e Incluye a pacientes que interrumpieron por motivos distintos de un AA, muerte o ausencia o pérdida de la eficacia, por ej., que retiraron el consentimiento, se perdieron para el seguimiento, etc.

En el estudio GS-US-311-1717, los pacientes que estaban virológicamente suprimidos (ARN del VIH-1 <50 copias/ml) con su pauta que contiene abacavir/lamivudina durante al menos 6 meses, fueron aleatorizados en una proporción 1:1 para cambiar a DESCOVY® (N=280) mientras mantenían el tercer fármaco basal o permanecer con su pauta basal que contiene abacavir/lamivudina (N=276).
Los pacientes fueron estratificados según la clase del tercer fármaco en su pauta de tratamiento previo. En el momento basal, el 30% de los pacientes recibían abacavir/lamivudina en combinación con un inhibidor de la proteasa potenciado y el 70% de los pacientes recibían abacavir/lamivudina en combinación con un tercer fármaco no potenciado. Las tasas de éxito virológico en la semana 48 fueron: pauta que contiene DESCOVY®: 89,7% (227 de 253 sujetos); pauta que contiene abacavir/lamivudina: 92,7% (230 de 248 sujetos). En la semana 48, cambiar a una pauta que contiene DESCOVY® fue no inferior a permanecer en la pauta basal que contiene abacavir/lamivudina para mantener un ARN del VIH-1 <50 copias/ml.
Pacientes infectados por el VIH-1 con insuficiencia renal leve o moderada
En el estudio GS-US-292-0112, se evaluaron la eficacia y la seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida en un estudio clínico abierto en el que se cambió a 242 pacientes infectados por el VIH-1 con insuficiencia renal leve o moderada (eTFG_{CrCl}: 30-69 mL/min) a emtricitabina y tenofovir alafenamida (10 mg) administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija. Los pacientes habían estado suprimidos virológicamente (ARN del VIH-1 <50 copias/mL) durante al menos 6 meses antes de cambiar.
La media de la edad fue de 58 años (intervalo: 24-82), con 63 pacientes (26%) ≥65 años. El 79% eran hombres, el 63% blancos, el 18% negros y el 14% asiá-

ticos. El 13% de los pacientes fueron identificados como hispanos/latinos. La mediana de la eTFG basal fue de 56 mL/min y el 33% de los pacientes tenía una eTFG entre 30 y 49 mL/min. La media del recuento basal de células CD4+ fue de 664 células/mm³ (intervalo: 126-1.813). En la semana 144, el 83.1% (197/237 pacientes) mantenía un ARN del VIH-1 <50 copias/mL después de cambiar a emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija.

En el estudio GS-US-292-1825 se evaluaron la eficacia y seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija en un estudio clínico abierto, de un solo brazo en el que 55 adultos infectados por el VIH-1 con nefropatía terminal (eTFG<15 mL/min) en hemodiálisis crónica durante al menos 6 meses antes de cambiar a emtricitabina y tenofovir alafenamida, administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija. Los pacientes estaban virológicamente suprimidos (ARN del VIH-1 <50 copias/mL) durante al menos 6 meses antes del cambio.

La media de la edad fue de 48 años (rango 23-64). El 76% eran hombres, el 82% negros y el 18% blancos. El 15% de los pacientes se identificaron como hispanos/latinos. La media del recuento basal de células CD4+ fue de 545 células/mm³ (rango 205-1473). En la semana 48, el 81,8% (45/55 pacientes) seguían con ARN del VIH-1 <50 copias/mL tras cambiar a emtricitabina y tenofovir alafenamida, administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija. No hubo cambios clínicamente significativos en los resultados de laboratorio de los lípidos en los pacientes en ayunas que cambiaron de tratamiento.

Pacientes coinfectados por el VIH y el VHB

En el estudio abierto GS-US-292-1249 se evaluaron la eficacia y la seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija (E/C/F/TAF) en pacientes adultos coinfectados por el VIH-1 y hepatitis B crónica. Sesenta y nueve de los 72 pacientes recibieron una terapia antirretroviral previa que contenía TDF. Al comienzo del tratamiento con E/C/F/TAF, los 72 pacientes presentaron supresión del VIH (ARN del VIH-1 <50 copias/mL) durante al menos 6 meses, con o sin supresión del ADN del VHB, y tenían la función hepática compensada. La media de edad era de 50 años (rango 28-67), el 92% de los pacientes eran varones, el 69% eran blancos, el 18%, negros y el 10%, asiáticos. La media del recuento basal de células CD4+ fue de 636 células/mm³ (rango 263-1.498). El 86% de los pacientes (62/72) presentaron supresión del VIH (ADN del VHB <29 UI/mL) y el 42% (30/72) fueron HBsAg positivo en el momento basal.

De los pacientes que eran HBsAg positivo en el momento basal, 1/30 (3,3%) presentó seroconversión a anti-HBe en la semana 48. De los pacientes que eran HBsAg positivo en el momento basal, 3/70 (4,3%) presentaron seroconversión a anti-HBs en la semana 48.

En la semana 48 el 92% de los pacientes (66/72) mantenía un ARN del VIH-1 <50 copias/mL después de cambiar a emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija. El cambio medio del recuento de células CD4+ en la semana 48 con respecto al momento basal fue de -2 células/mm³. El 92% de los pacientes (66/72) tenía ADN del VHB <29 UI/mL en la semana 48, usando un método de análisis "datos ausentes = fracasado". De los 62 pacientes con supresión del VHB en el momento basal, la supresión se mantuvo en 59 y en 3 hubo ausencia de datos. De los 10 pacientes que no presentaron supresión del VHB en el momento basal (ADN del VHB ≥29 UI/mL), 7 pacientes lograron supresión, el ADN del VHB se mantuvo detectable en 2 pacientes y hubo ausencia de datos en 1 paciente.

Existen datos clínicos limitados sobre el uso de E/C/F/TAF en pacientes coinfectados por VIH/VHB sin tratamiento previo.

Cambios en las mediciones de la densidad mineral ósea

En los estudios realizados con pacientes sin tratamiento previo, emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija, se asoció con reducciones más bajas de la DMO comparado con E/C/F/TDF a lo largo de 144 semanas de tratamiento medida mediante análisis de absorciometría con rayos X de doble energía (DEXA) de la cadera (cambio medio: -0,8% comparado con -3,4%, p < 0,001) y de la columna lumbar (cambio medio: -0,9% comparado con -3,0%, p < 0,001). En un estudio aparte, emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con darunavir y cobicistat, como comprimido de combinación a dosis fija, también se asoció con reducciones más bajas de la DMO (mediana mediante análisis DEXA de la cadera y la columna lumbar) a lo largo de 48 semanas de tratamiento comparado con darunavir, cobicistat, emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato.

En un estudio con pacientes adultos virológicamente suprimidos, se observaron mejoras en la DMO a lo largo de 96 semanas después de cambiar a DESCOVY® desde una pauta que contiene TDF, comparado con cambios mínimos al mantener la pauta que contiene TDF, evaluado mediante análisis DEXA de la cadera (cambio medio respecto al valor basal del 1,9% comparado con -0,3%, p < 0,001) y la columna lumbar (cambio medio respecto al nivel basal de 2,2% comparado con -0,2%, p < 0,001).

En un estudio con pacientes adultos virológicamente suprimidos, la DMO no cambió de forma significativa a lo largo de 48 semanas después de cambiar a DESCOVY® desde una pauta que contiene abacavir/lamivudina comparado con mantener la pauta que contiene abacavir/lamivudina, evaluado mediante análisis DEXA de la cadera (cambio medio respecto al valor basal de 0,3% comparado con 0,2%, p = 0,55) y la columna lumbar (cambio medio respecto al valor basal de 0,1% comparado con < 0,1%, p = 0,78).

Cambios en las mediciones de la función renal

En los estudios realizados con pacientes sin tratamiento previo, emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija a lo largo de 144 semanas se asociaron con un menor impacto sobre los parámetros de seguridad renal (medidos después de 144 semanas de tratamiento por la eTFG_{cre} y el cociente proteína/creatinina en orina y después de 96 semanas de tratamiento por el cociente albúmina/creatinina en orina) comparado con E/C/F/TDF. A lo largo de 144 semanas de tratamiento, ningún sujeto interrumpió el tratamiento con E/C/F/TAF debido a un acontecimiento adverso renal aparecido durante el tratamiento comparado con 12 sujetos que interrumpieron el tratamiento con E/C/F/TDF (p < 0,001).

En un estudio aparte con pacientes sin tratamiento previo, se asoció emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con darunavir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija con un menor impacto sobre los parámetros de seguridad renal a lo largo de 48 semanas de tratamiento comparado con darunavir y cobicistat administrados con emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (ver también sección 4.4).

En un estudio con pacientes adultos virológicamente suprimidos, las mediciones de proteína/urina tubular fueron similares en los pacientes que cambiaron a una pauta que contiene DESCOVY® comparado con los pacientes que mantuvieron la pauta basal que contiene abacavir/lamivudina. En la semana 48, la mediana del cambio porcentual en el cociente proteína de unión al retinol/creatinina en orina fue del 4% en el grupo de DESCOVY® y del 16% en los pacientes que seguían recibiendo la pauta que contiene abacavir/lamivudina; y en el cociente beta-2 microglobulina/creatinina en orina fue del 4% comparado con el 5%.

Población pediátrica infectada por el VIH-1

En el estudio GS-US-292-0106, se evaluaron la eficacia, la seguridad y la farmacocinética de emtricitabina y tenofovir alafenamida en un estudio abierto con 50 adolescentes infectados por el VIH-1 que no habían recibido antes tratamiento y que recibieron emtricitabina y tenofovir alafenamida (10 mg) administrados con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija. Los pacientes tenían una media de edad de 15 años (intervalo: 12-17) y el 56% eran mujeres, el 12% eran asiáticos y el 88% eran negros. En el momento basal, la mediana del ARN del VIH-1 plasmático fue de 4,7 log₁₀ copias/mL, la mediana del recuento de células CD4+ fue de 456 células/mm³ (intervalo: 95-1.110) y la mediana de CD4+ fue del 23% (intervalo: 7-45%). En conjunto, el 22% tenía un ARN del VIH-1 plasmático basal >100.000 copias/mL. A las 48 semanas, el 92% (46/50) alcanzaron un ARN del VIH-1 <50 copias/mL, de forma similar a las tasas de respuesta en los estudios con adultos infectados por el VIH-1 que nunca habían recibido tratamiento. El aumento medio con respecto al valor basal en el recuento de células CD4+ en la semana 48 fue de 224 células/mm³. No se detectaron resistencias emergentes a E/C/F/TAF hasta la semana 48.

Adultos no infectados por el VIH-1 con riesgo de contraer la infección por el VIH-1

La eficacia y la seguridad de DESCOVY® para reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH-1 se evaluaron en un estudio aleatorizado, doble ciego y multinacional (estudio DISCOVER 2055) en varones seronegativos (N=5.262) o mujeres transgénero (N=73) que tenían relaciones sexuales con varones y estaban en riesgo de contraer la infección por el VIH-1, mediante la comparación de DESCOVY® una vez al día (N=2.670) con emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (F/TDF 200 mg/300 mg; N=2.665). Entre las pruebas de conducta de riesgo al entrar en el estudio se incluían al menos una de las siguientes: dos o más parejas sexuales por vía anal únicas sin protección en las últimas 12 semanas o un diagnóstico de gonorea/clamidia rectal o sífilis en las últimas 24 semanas. La mediana de la edad de los participantes era de 34 años (rango: de 18 a 76); el 84% eran blancos, el 9% negros/mestizos, el 4% asiáticos y el 24% hispanos/latinos. Al inicio del estudio, 897 participantes (17%) afirmaron haber recibido emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato como PREP.

En las semanas 4 y 12, y a partir de entonces cada 12 semanas, todos los participantes recibieron servicios locales estándar de prevención del VIH-1, incluidas pruebas de detección del VIH-1, evaluación de la adherencia, evaluaciones de seguridad, asesoramiento sobre reducción de riesgos, preservativos, tratamiento de infecciones de transmisión sexual y evaluación de las conductas sexuales.

Los participantes del estudio mantuvieron un alto riesgo de contraer el VIH-1 por vía sexual, con tasas elevadas de gonoreas rectales (DESCOVY®, 24%; emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato, 25%), clamidia rectal (DESCOVY®, 30%; emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato, 31%) y sífilis (14% en ambos grupos de tratamiento) durante el estudio.

El resultado primario fue la incidencia de infección por el VIH-1 documentada por cada 100 personas-año en participantes aleatorizados a DESCOVY® y emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (con un seguimiento mínimo de 48 semanas y al menos el 50% de los participantes con 96 semanas de seguimiento). DESCOVY® cumplió los criterios de no inferioridad en cuanto a emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato en la reducción del riesgo de contraer la infección por VIH-1 (Tabla 8). Los resultados fueron similares en los subgrupos de edad, raza, identidad de género y emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato basal para el uso de PREP.

Tabla 8: Resultados de infección por el VIH-1 en el estudio DISCOVER (estudio 2055): conjunto de análisis completo

	DESCOVY® (N=2.670)	Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (N=2.665)	Razón de tasas (IC del 95%)
	4.370 personas-años	4.386 personas-años	
Infecciones por el VIH-1, n	7	15	
Tasa de infecciones por el VIH-1 por 100 personas-años	0,16	0,34	0,468 (0,19; 1,15)

IC = intervalo de confianza

De los 22 participantes diagnosticados con varones seronegativos por el VIH-1 en el estudio, cinco tenían sospecha de infección basal antes del ingreso al estudio (DESCOVY®, 1; emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato, 4). En un subestudio de control de casos de niveles de fármaco intracelulares y el número estimado de dosis diarias medidas mediante pruebas de gotas de sangre seca, la mediana de las concentraciones intracelulares de tenofovir difosfato fueron sustancialmente más bajas en los participantes infectados por el VIH-1 en el momento del diagnóstico, en comparación con los participantes de control emparejados no infectados. Por lo tanto, tanto para DESCOVY® como para emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato, la eficacia estuvo estrechamente relacionada con el cumplimiento de la dosis diaria.

Pruebas renales de laboratorio

En la Tabla 9 se presentan los cambios con respecto a la situación basal hasta la semana 48 en los datos renales de laboratorio. Se desconoce la importancia clínica a largo plazo de estos cambios de laboratorio renal en las frecuencias de las reacciones adversas entre DESCOVY® y emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato.

Tabla 9: Evaluaciones de laboratorio de la función renal informadas en participantes no infectados por el VIH-1 que recibieron DESCOVY® o emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato en el ensayo DISCOVER (estudio 2055)

	Pauta con DESCOVY® (N=2.694)	Pauta con emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (N=2.693)
Creatinina en suero (mg/dL) Cambio en la semana 48	-0,01 (0,107)	0,01 (0,111)
eTFG _{cre} (mL/min) Cambio en la semana 48	1,8 (-7,2; 11,1)	-2,3 (-10,8; 7,2)
Porcentaje de participantes que desarrollaron UPCR >200 mg/g ¹ en la semana 48	0,7%	1,5%

eTFG_{cre}=tasa de filtración glomerular estimada mediante el método de Cockcroft-Gault; UPCR=cociente proteína/creatinina en orina

¹ Media (DE).

² Mediana (Q1, Q3).

³ Según el N con un UPCR basal normal (≤200 mg/g).

Efectos en la densidad mineral ósea

En el estudio DISCOVER (estudio 2055), se observaron aumentos medios desde la situación basal hasta la semana 48 del 0,5% en la columna lumbar (N=159) y del 0,2% en la cadera (N=158) en los participantes que recibieron DESCOVY®, en comparación con reducciones medias del 1,1% en la columna lumbar (N=160) y del 1,0% en la cadera (N=158) en participantes que recibieron emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato. En ambos grupos de tratamiento, el 4% y el 1% de los participantes, respectivamente, experimentaron reducciones de la densidad mineral ósea (DMO) del 5% o más en la columna lumbar y del 7% o más en la cadera en la semana 48. Se desconoce la importancia clínica a largo plazo de estos cambios en la DMO.

Lípidos en suero

Los cambios desde la situación basal hasta la semana 48 en el colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos y el cociente de colesterol total y colesterol HDL se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10: Cambio medio de los valores de lípidos en ayunas con respecto a la situación basal informado en participantes no infectados por el VIH-1 que recibieron DESCOVY® o emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato en el ensayo DISCOVER (estudio 2055)¹

	DESCOVY® (N=2.694)		Pauta con emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (N=2.693)	
	Basal	Semana 48	Basal	Semana 48
	mg/dL	Cambio ²	mg/dL	Cambio ²
Colesterol total (en ayunas)	176 ³	0 ³	176 ⁴	-12 ⁴
Colesterol HDL (en ayunas)	51 ³	-2 ³	51 ⁴	-5 ⁴
Colesterol LDL (en ayunas)	103 ³	0 ⁵	103 ⁶	-7 ⁶
Triglicéridos (en ayunas)	109 ³	+9 ³	111 ⁴	-1 ⁴
Cociente de colesterol total y colesterol HDL	3,7 ³	0,2 ³	3,7 ⁴	0,1 ⁴

¹ Se excluye a los sujetos que recibieron agentes hipolipemiantes durante el período de tratamiento.
² La situación basal y el cambio desde la situación basal para sus sujetos con valores tanto basales como de la semana 48.
³ N=1,098
⁴ N=1,124
⁵ N=1,079
⁶ N=1,107

Población pediátrica no infectada por el VIH-1

La seguridad y eficacia de DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 en adolescentes en riesgo que pesan al menos 35 kg, excluyendo a las personas en riesgo de tener sexo vaginal receptivo, está respaldada por datos de un estudio adecuado y bien controlado de DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 en adultos con datos adicionales de estudios de seguridad y farmacocinética en ensayos realizados previamente con los medicamentos individuales, emtricitabina y tenofovir alafenamida, con elvitegravir+cobicistat, en adultos y sujetos pediátricos infectados por el VIH-1 (ver secciones 4.2, 4.8 y 5.2). Mientras se usa DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1, la prueba de VIH-1 debe repetirse al menos cada 3 meses y tras el diagnóstico de cualquier otra ITS. Estudios anteriores en adolescentes en riesgo indicaron una menor adherencia al régimen diario de PrEP oral una vez que las visitas cambiaron de mensuales a trimestrales. Por lo tanto, los adolescentes pueden beneficiarse de visitas y asesoramiento más frecuentes (ver sección 4.4). No se ha establecido la seguridad y eficacia de DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 en pacientes pediátricos que pesan menos de 35 kg.

5.2 Propiedades farmacocinéticas

El estado del VIH no tiene ningún efecto sobre la farmacocinética de emtricitabina y tenofovir alafenamida en adultos.

Absorción

Emtricitabina se absorbe de forma rápida y extensa después de la administración oral con unas concentraciones plasmáticas máximas de 1 a 2 horas después de la dosis. Después de la administración oral de dosis múltiples de emtricitabina a 20 sujetos infectados por el VIH-1, las concentraciones plasmáticas máximas (C_{max}) en estado estacionario de emtricitabina (media ± DE) fueron de 1,8 ± 0,7 µg/mL y el área bajo la curva de la concentración plasmática frente al tiempo durante un intervalo de dosificación de 24 horas (AUC) fue de 10,0 ± 3,1 µg•h/mL. La media de la concentración plasmática valle en estado estacionario a las 24 horas de la dosis fue igual o mayor que la media del valor IC90 *in vitro* para la actividad anti-VIH-1. La exposición sistémica a emtricitabina no se vio afectada cuando emtricitabina fue administrada con alimentos. Después de la administración de alimentos a sujetos sanos, las concentraciones plasmáticas máximas se observaron aproximadamente 1 hora después de la dosis para tenofovir alafenamida administrado como F/TAF (25 mg) o E/C/F/TAF (10 mg). Las medias de la C_{max} y la AUC_{0-24h} (media ± DE) después de una dosis única de 25 mg de tenofovir alafenamida administrada en DESCOVY® con alimentos fueron de 0,21 ± 0,13 µg/mL y de 0,25 ± 0,11 µg•h/mL, respectivamente. Las medias de la C_{max} y la AUC_{0-24h} después de una dosis única de 10 mg de tenofovir alafenamida administrado en E/C/F/TAF fueron de 0,21 ± 0,10 µg/mL y de 0,25 ± 0,08 µg•h/mL, respectivamente.

Con respecto a las condiciones de ayuno, la administración de tenofovir alafenamida con una comida de alto contenido graso (~800 kcal, 50% de grasa) dio lugar a una disminución de la C_{max} de tenofovir alafenamida (15-37%) y a un aumento del AUC_{0-24h} (17-77%).

Distribución

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

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

Biotransformación

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

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

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

Eliminación

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

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

Farmacocinética en poblaciones especiales

Edad, sexo y raza

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

Población pediátrica infectada por el VIH-1

Las exposiciones a emtricitabina y tenofovir alafenamida (administrados con elvitegravir y cobicistat) alcanzadas en 24 pacientes pediátricos de 12 a <18 años de edad que recibieron emtricitabina y tenofovir alafenamida administrados con elvitegravir y cobicistat en el estudio GS-US-292-0106 fueron similares a las exposiciones alcanzadas en adultos que nunca habían recibido tratamiento (Tabla 11).

Tabla 11: Farmacocinética de emtricitabina y tenofovir alafenamida en adolescentes y adultos que nunca habían recibido tratamiento con antirretrovirales

	Adolescentes			Adultos		
	FTC ^a	TAF ^b	TFV ^b	FTC ^a	TAF ^c	TFV ^c
AUC _{0-24h} (ng•h/mL)	14.424,4 (23,9)	242,8 (57,8)	275,8 (18,4)	11.714,1 (16,6)	206,4 (71,8)	292,6 (27,4)
C _{max} (ng/mL)	2.265,0 (22,5)	121,7 (46,2)	14,6 (20,0)	2.056,3 (20,2)	162,2 (51,1)	15,2 (26,1)
C _{24h} (ng/mL)	102,4 (38,9) ^b	N/A	10,0 (19,6)	95,2 (46,7)	N/A	10,6 (28,5)

E/C/F/TAF = elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida fumarato
FTC = emtricitabina; TAF = tenofovir alafenamida fumarato; TFV = tenofovir
N/A = no aplicable
Los datos se presentan como medias (%CV).
^a n = 24 adolescentes (GS-US-292-0106); n = 19 adultos (GS-US-292-0102)
^b n = 23 adolescentes (GS-US-292-0106, análisis PK poblacional)
^c n = 539 (TAF) u 841 (TFV) adultos (GS-US-292-0111 y GS-US-292-0104, análisis PK poblacional)

Población pediátrica no infectada por el VIH-1

No están disponibles los datos farmacocinéticos de emtricitabina y tenofovir alafenamida después de la administración de DESCOVY® en adolescentes no infectados por el VIH-1 que pesen 35 kg o más. Las recomendaciones posológicas de DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 en esta población se basan en información farmacocinética conocida en adolescentes infectados por el VIH que toman emtricitabina y tenofovir alafenamida como tratamiento.

Insuficiencia renal

No se observaron diferencias clínicamente relevantes en la farmacocinética de tenofovir alafenamida o tenofovir entre los individuos sanos y los pacientes con insuficiencia renal grave (ClCr estimado ≥15 mL/min y <30 mL/min) en un estudio de fase I de tenofovir alafenamida. En otro estudio de fase I aparte de emtricitabina sola, la exposición sistémica media a emtricitabina fue mayor en pacientes con insuficiencia renal grave (ClCr estimado <30 mL/min) (33,7 µg•h/mL) que en sujetos con función renal normal (11,8 µg•h/mL). No se ha establecido la seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida en pacientes con insuficiencia renal grave (ClCr estimado ≥15 mL/min y <30 mL/min).

En el estudio GS-US-292-1825, la exposición a emtricitabina y tenofovir en 12 pacientes con nefropatía terminal (ClCr estimado <15 mL/min) en hemodiálisis crónica que recibieron emtricitabina y tenofovir alafenamida en combinación con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija (E/C/F/TAF) fue significativamente mayor que en pacientes con función renal normal. No se observaron diferencias clínicamente relevantes en la farmacocinética de tenofovir alafenamida en pacientes con nefropatía terminal en hemodiálisis crónica, en comparación con los sujetos con función renal normal. No se identificaron problemas de seguridad nuevos en los pacientes con nefropatía terminal en hemodiálisis crónica tratados con emtricitabina y tenofovir alafenamida en combinación con elvitegravir y cobicistat como comprimido de combinación a dosis fija (ver sección 4.8).

No se dispone de datos farmacocinéticos de emtricitabina ni de tenofovir alafenamida en pacientes con nefropatía terminal (ClCr estimado <15 mL/min) que no reciben hemodiálisis crónica. No se ha establecido la seguridad de emtricitabina y tenofovir alafenamida en estos pacientes.

Insuficiencia hepática

La farmacocinética de emtricitabina no se ha estudiado en sujetos con insuficiencia hepática; sin embargo, emtricitabina no sufre un metabolismo significativo a través de las enzimas hepáticas, por lo que la repercusión de la insuficiencia hepática debería ser escasa.

No se observaron cambios clínicamente relevantes en la farmacocinética de tenofovir alafenamida o su metabolito tenofovir en los pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. En pacientes con insuficiencia hepática grave, las concentraciones plasmáticas totales de tenofovir alafenamida y tenofovir son más bajas que las observadas en sujetos con función hepática normal. Cuando se corrigen por la unión a proteínas, las concentraciones plasmáticas de tenofovir alafenamida no unido a proteínas (libre) son similares en pacientes con insuficiencia hepática grave y en sujetos con función hepática normal.

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

No se ha evaluado por completo la farmacocinética de emtricitabina y tenofovir alafenamida en los pacientes con infección concomitante por el VHB y/o el VHC.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

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

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

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

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

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1 Lista de excipientes

- DESCOVY® 200 mg/10 mg
- Núcleo
 - Celulosa microcristalina
 - Croscarmelosa sódica
 - Estearato magnésico
 - Cubierta pelicular
 - Alcohol polivinílico
 - Dióxido de titanio
 - Macrogo 3350
 - Talco
 - Óxido de hierro negro (E172)
- DESCOVY® 200 mg/25 mg
- Núcleo
 - Celulosa microcristalina
 - Croscarmelosa sódica
 - Estearato magnésico
 - Cubierta pelicular
 - Alcohol polivinílico
 - Dióxido de titanio
 - Macrogo 3350
 - Talco
 - Laca de aluminio indigo carmin (E132)

6.2 Precauciones especiales de conservación

Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. Mantener el frasco perfectamente cerrado. Almacenar a temperatura ambiente por debajo de 30 °C.

6.3 Naturaleza y contenido del envase

Frasco de polietileno de alta densidad (HDPE), con una cápsula de cierre de seguridad de polipropileno y rosca continua, a prueba de niños, recubierto con una funda de lámina de aluminio activado por inducción que contiene 30 comprimidos recubiertos con película. Cada frasco contiene un desecante de gel de sílice y un relleno de políéster.

Cajas con 1 frasco de 30 comprimidos recubiertos con película.

6.4 Precauciones especiales de eliminación

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

Elaborado por Patheon Inc., Mississauga, Ontario, Canadá, para Gilead Sciences International Ltd., Reino Unido. En Uruguay; representado, acondicionado y distribuido por LABORATORIO GADOR S.A. N°259.

La Paz 2257, Montevideo - Tel. 2401 64 44 - Email: uy-info@gador.com

D.T. Quím. Farm. Christian Díaz.
Descovy® 200/10 Registro M.S.P. N° 45443
Descovy® 200/25 Registro M.S.P. N° 45444
Ley 15443

UY-AGO23-EU-JUN19-US-ENE22(PrEP)

PROSPECTO

DESCOVY® 200 mg/10 mg comprimidos recubiertos con película

DESCOVY® 200 mg/25 mg comprimidos recubiertos con película

Emtricitabina/Tenofovir alafenamida

Lea todo el prospecto detenidamente antes de empezar a tomar este medicamento, porque contiene información importante para usted.

- Conserve este prospecto, ya que puede tener que volver a leerlo.
- Si tiene alguna duda, consulte a su médico o farmacéutico.
- Este medicamento se le ha recetado solamente a usted, y no debe dárselo a otras personas aunque tengan los mismos síntomas que usted, ya que puede perjudicarles.
- Si experimenta efectos adversos, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de efectos adversos que no aparecen en este prospecto. Ver sección 4.

CONTENIDO DEL PROSPECTO

1. Qué es DESCOVY® y para qué se utiliza
2. Qué necesita saber antes de empezar a tomar DESCOVY®
3. Cómo tomar DESCOVY®
4. Posibles efectos adversos
5. Conservación de DESCOVY®
6. Contenido del envase e información adicional

1. QUÉ ES DESCOVY® Y PARA QUÉ SE UTILIZA

DESCOVY® contiene dos principios activos:

- **emtricitabina**, un medicamento antirretroviral de un tipo conocido como nucleósido inhibidor de la transcriptasa inversa (ITIAN)
 - **tenofovir alafenamida**, un medicamento antirretroviral de un tipo conocido como nucleótido inhibidor de la transcriptasa inversa (ITIAN)
- DESCOVY® bloquea la acción de la enzima transcriptasa inversa, que es esencial para la multiplicación del virus. Por tanto, DESCOVY® reduce la cantidad de VIH presente en el organismo.
- DESCOVY® en combinación con otros medicamentos se usa para el **tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana 1 (VIH-1)** en adultos y adolescentes de 12 años de edad o mayores, que pesen 35 kg o más.
 - DESCOVY® también se utiliza **para reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH-1** en adultos y adolescentes que pesan al menos 35 kg.

No se sabe si DESCOVY® es eficaz para reducir el riesgo de contraer el VIH-1 a través de ciertos tipos de relaciones sexuales. DESCOVY® no se debe utilizar en personas nacidas con sexo femenino (asignadas con sexo femenino al nacer) que corren el riesgo de contraer la infección por el VIH-1 a través del sexo vaginal, porque no se ha estudiado su eficacia.

2. QUÉ NECESITA SABER ANTES DE EMPEZAR A TOMAR DESCOVY®

No tome DESCOVY®:

- **Si es alérgico a emtricitabina, tenofovir alafenamida** o a alguno de los demás componentes de este medicamento (incluidos en la sección 6 de este prospecto).

En el caso de las personas que toman DESCOVY® para reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH-1, también llamada profilaxis previa a la exposición o “PrEP”:

No tome DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 en los siguientes casos:

- **Si ya tiene la infección por el VIH-1.** Si usted es VIH-1 positivo, necesita tomar otros medicamentos con DESCOVY® para tratar el VIH-1. DESCOVY® por sí solo no es un tratamiento completo para el VIH-1.
- **Si no conoce el estado de la infección por el VIH-1.** Es posible que ya sea VIH-1 positivo. Necesita tomar otros medicamentos contra el VIH-1 con DESCOVY® para tratar la infección por el VIH-1.

DESCOVY® sólo puede ayudar a reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH-1 antes de infectarse.

Advertencias y precauciones

Tiene que permanecer bajo supervisión de su médico mientras esté tomando DESCOVY®.

Mientras esté tomando este medicamento **aún puede transmitir el VIH a los demás**, aunque el tratamiento antirretroviral eficaz reduzca el riesgo. Consulte a su médico sobre qué precauciones son necesarias para no infectar a otras personas. Este medicamento no es una cura para la infección por el VIH. Mientras usted esté tomando DESCOVY® podrá seguir padeciendo infecciones u otras enfermedades asociadas con la infección por el VIH.

Información importante para las personas que toman DESCOVY® para ayudar a reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH-1:

- **Debe ser VIH-1 negativo para comenzar a tomar DESCOVY®.** Debe hacerse la prueba para asegurarse de que no tenga ya la infección por el VIH-1.
- **No tome DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 a menos que se confirme que es VIH-1 negativo.**

Algunas pruebas de VIH-1 pueden no detectar la infección por el VIH-1 en una persona que se ha infectado recientemente. Si tiene síntomas tipo gripal, es posible que se haya infectado recientemente con el VIH-1. Informe a su médico si tuvo una enfermedad tipo gripal en el último mes antes de comenzar a usar DESCOVY® o en cualquier momento mientras tomaba DESCOVY®. Los síntomas de una nueva infección por el VIH-1 incluyen los siguientes:

- o cansancio
- o vómitos o diarrea
- o fiebre
- o erupción
- o dolores articulares o musculares
- o sudores nocturnos
- o dolor de cabeza
- o ganglios linfáticos agrandados en el cuello o la ingle
- o garganta irritada

Consulte a su médico antes de empezar a tomar DESCOVY®:

- **Si tiene problemas hepáticos o ha padecido enfermedad hepática, incluyendo hepatitis.** Los pacientes con enfermedad hepática incluyendo hepatitis crónica B o C, tratados con antirretrovirales, tienen un riesgo mayor de complicaciones hepáticas graves y potencialmente mortales. Si padece infección por hepatitis B, su médico considerará cuidadosamente el mejor régimen de tratamiento para usted. Si padece hepatitis B, los problemas hepáticos pueden empeorar después de interrumpir la administración de DESCOVY®. No deje de tomar DESCOVY® sin hablar antes con su médico: ver sección 3, No interrumpa el tratamiento con DESCOVY®.
- Su medico puede no prescribirle DESCOVY® si el virus tiene una mutación K65R.

Mientras esté tomando DESCOVY®

Una vez que empiece a tomar DESCOVY®, esté atento a:

- **Signos de inflamación o infección**
- **Dolor articular, rigidez o problemas óseos**
- Si nota cualquier de estos síntomas, informe a su médico inmediatamente. Para más información, ver sección 4, Posibles efectos adversos.

Aunque no se han observado problemas renales con DESCOVY®, existe la posibilidad de que pueda experimentar problemas renales si toma DESCOVY® durante un período de tiempo prolongado.

Mientras toma DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1:

- DESCOVY® no previene otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Practique relaciones sexuales más seguras utilizando un condón de látex o poliuretano para reducir el riesgo de contraer ITS.
- Debe permanecer VIH-1 negativo para seguir tomando DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1.
- Conozca su estado de VIH-1 y el estado de VIH-1 de sus parejas.
- Pregúntele a sus parejas con VIH-1 si están tomando medicamentos contra el VIH-1 y tienen una carga viral no detectable. Una carga viral no detectable se produce cuando la cantidad de virus en la sangre es demasiado baja para medirla en un análisis de laboratorio. Para mantener una carga viral no detectable, sus parejas deben seguir tomando medicamentos contra el VIH-1 todos los días. Su riesgo de contraer el VIH-1 es menor si sus parejas con VIH-1 reciben un tratamiento eficaz.
- Hágase la prueba del VIH-1 al menos cada 3 meses o cuando su médico se lo indique.
- Hágase pruebas para detectar otras ITS, como sífilis, clamidia y gonorrea. Estas infecciones facilitan que se infecte con el VIH-1.
- Si cree que estuvo expuesto al VIH-1, informe a su médico de inmediato. Es posible que quieran hacerle más pruebas para asegurarse de que sigue siendo VIH-1 negativo.
- Obtenga información y apoyo para reducir las conductas sexuales de riesgo.
- No olvide ninguna dosis de DESCOVY®. Omitir dosis aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH-1.
- Si resulta VIH-1 positivo, necesitará más medicamentos además de DESCOVY® solo para tratar el VIH-1. DESCOVY® por sí solo no es un tratamiento completo para el VIH-1.

Si tiene VIH-1 y toma solo DESCOVY®, con el tiempo su VIH-1 puede volverse más difícil de tratar.

Niños y adolescentes

No administre este medicamento a niños de 11 años de edad o menores o que pesen menos de 35 kg. No se ha estudiado todavía el uso de DESCOVY® en niños de 11 años de edad o menores.

Otros medicamentos y DESCOVY®

Informe a su médico o farmacéutico si está tomando, ha tomado recientemente o pudiera tener que tomar cualquier otro medicamento. DESCOVY® puede interaccionar con otros medicamentos. Como consecuencia, los niveles sanguíneos de DESCOVY® o de otros medicamentos pueden cambiar. Esto puede impedir que sus medicamentos funcionen correctamente o empeorar sus posibles efectos adversos. En algunos casos, su médico puede tener que ajustar la dosis o comprobar sus concentraciones sanguíneas.

Medicamentos utilizados para tratar la infección por el virus de la hepatitis B:

No debe tomar DESCOVY® con medicamentos que contengan:

- **tenofovir alafenamida**
- **tenofovir disoproxil fumarato**
- **lamivudina**
- **adefovir dipivoxil**

→ Consulte con su médico si está tomando alguno de estos medicamentos.

Otros tipos de medicamentos:

Consulte con su médico si está tomando:

- **antibióticos**, utilizados para tratar las infecciones bacterianas incluyendo la tuberculosis, que contengan:
 - rifabutin, rifampicina y rifapentina
- **medicamentos antivirales utilizados para tratar el VIH:**
 - entricitabina y tipranavir
- **anticonvulsivos**, utilizados para tratar la epilepsia, como por ejemplo:
 - carbamazepina, oxcarbazepina, fenobarbital y fenitoína
- **medicamentos a base de plantas** utilizados para tratar la depresión y la ansiedad que contengan:
 - hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*)

→ Informe a su médico si está tomando estos u otros medicamentos. No interrumpa su tratamiento sin consultar con su médico.

Embarazo y lactancia

- Si está embarazada o en periodo de lactancia, cree que podría estar embarazada o tiene intención de quedarse embarazada, consulte a su médico antes de utilizar este medicamento.
- **Utilice un método eficaz de contracepción** mientras esté tomando DESCOVY®.

Consulte a su médico o farmacéutico antes de utilizar cualquier medicamento si está embarazada.

Si ha tomado DESCOVY® durante su embarazo, su médico puede solicitar que se haga análisis de sangre periódicos y otras pruebas diagnósticas para controlar el desarrollo de su niño. En niños cuyas madres tomaron ITIAN durante el embarazo, el beneficio de la protección frente al VIH fue mayor que el riesgo de que se produjeran efectos adversos.

No dé el pecho a su hijo durante el tratamiento con DESCOVY®. Esto se debe a que uno de los principios activos de este medicamento pasa a la leche materna. Se recomienda que no dé el pecho para evitar que transmita el virus al niño a través de la leche materna.

Conducción y uso de máquinas

DESCOVY® puede causar mareo. Si nota mareo durante el tratamiento con DESCOVY®, no conduzca ni maneje herramientas o máquinas.

3. CÓMO TOMAR DESCOVY®

Signa exactamente las instrucciones de administración de este medicamento indicadas por su médico. En caso de duda, consulte de nuevo a su médico o farmacéutico.

La dosis recomendada es:

Adultos: un comprimido al día, con o sin alimentos

Adolescentes de 12 años de edad o mayores, que pesen 35 kg o más: un comprimido al día con o sin alimentos

No mastique, triture ni divida el comprimido.

Tome siempre la dosis recomendada por su médico. Esto es para asegurar que su medicamento sea completamente efectivo, y para reducir el riesgo de desarrollo de resistencia al tratamiento. No cambie la dosis salvo que su médico le diga que lo haga.

Si recibe diálisis, tome la dosis diaria de DESCOVY® una vez finalizada la diálisis.

Si toma más DESCOVY® del que debe

Si toma más de la dosis recomendada de DESCOVY®, puede correr mayor riesgo de efectos adversos de este medicamento (ver sección 4, Posibles efectos adversos).

Consulte inmediatamente a su médico o acuda al servicio de urgencias más cercano. Lleve consigo el frasco de comprimidos para que pueda mostrar qué ha tomado.

Si olvidó tomar DESCOVY®

Es importante que no olvide una dosis de DESCOVY®.

Si olvida una dosis:

- **Si se da cuenta en las 18 horas** posteriores a la hora a la que normalmente toma DESCOVY®, tiene que tomar el comprimido tan pronto como sea posible. Luego tome la dosis siguiente de la forma habitual.
- **Si se da cuenta 18 horas o más** después de la hora a la que normalmente toma DESCOVY®, no tome la dosis olvidada. Espere y tome la siguiente dosis a la hora habitual.

Si vomita antes de que transcurra 1 hora tras haber tomado DESCOVY®, tome otro comprimido.

No interrumpa el tratamiento con DESCOVY®

No interrumpa el tratamiento con DESCOVY® sin hablar antes con su médico. Interrumpir DESCOVY® puede afectar gravemente al correcto funcionamiento de tratamientos futuros. Si se interrumpe DESCOVY® por algún motivo, consulte con su médico antes de reiniciar la toma de comprimidos de DESCOVY®.

Cuando vea que le queda poca cantidad de DESCOVY®, acuda a su médico o farmacéutico para que le proporcione más. **Si está tomando DESCOVY® para tratar el VIH-1,** la cantidad de virus puede empezar a aumentar si el medicamento se interrumpe incluso durante un corto periodo de tiempo. Es posible que entonces la enfermedad se vuelva más difícil de tratar. **Si está tomando DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1,** omitir dosis aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH-1.

Si tiene una infección por hepatitis B, es muy importante no dejar de tomar DESCOVY® sin antes hablar con su médico. Puede necesitar hacerse análisis de sangre durante varios meses tras suspender el tratamiento. En algunos pacientes con enfermedad hepática avanzada o cirrosis, suspender el tratamiento puede producir un empeoramiento de la hepatitis, situación que puede ser potencialmente mortal.

→ **Hable con su médico inmediatamente** acerca de síntomas nuevos o inusuales tras suspender su tratamiento, particularmente síntomas que asocie con la infección por el virus de la hepatitis B.

Si tiene cualquier otra duda sobre el uso de este medicamento, pregunte a su médico o farmacéutico.

4. POSIBLES EFECTOS ADVERSOS

Al igual que todos los medicamentos, este medicamento puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los sufran.

Posibles efectos adversos graves: informe a un médico inmediatamente

- **Cualquier signo de inflamación o infección.** En algunos pacientes con infección avanzada por el VIH (SIDA) y que han sufrido infecciones oportunistas en el pasado (infecciones que ocurren en personas con un sistema inmunitario débil), se pueden producir signos y síntomas de inflamación por infecciones previas poco después de iniciar el tratamiento antirretroviral. Se cree que estos síntomas se deben a una mejoría de la respuesta inmunitaria del organismo, que le permite combatir infecciones que podrían haber estado presentes sin síntomas obvios.
- Se pueden producir también **trastornos autoinmunitarios** (el sistema inmunitario ataca a los tejidos sanos del organismo), después de que empiece a tomar medicamentos para la infección por el VIH. Los trastornos autoinmunitarios se pueden producir muchos meses después del inicio del tratamiento. Esté atento a cualquier síntoma de infección u otros síntomas, como:
 - debilidad muscular
 - debilidad que se inicia en las manos y los pies y se desplaza hacia el tronco
 - palpitaciones, temblor o hiperactividad

→ Si nota cualquiera de los efectos adversos descritos más arriba, informe a su médico inmediatamente.

Efectos adversos muy frecuentes

(pueden afectar a más de 1 de cada 10 personas)

- ganas de vomitar (náuseas)

Efectos adversos frecuentes

(pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas)

- sueños anormales
- dolor de cabeza
- mareo

- náuseas
- diarrea
- vómitos
- dolor de estómago
- gases (*flatulencia*)
- erupción
- cansancio (*fatiga*)

Efectos adversos poco frecuentes

(*pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas*)

- baja cantidad de glóbulos rojos (*anemia*)
- problemas digestivos que generan molestias después de las comidas (*dispepsia*)
- hinchazón de la cara, labios, lengua o garganta (*angioedema*)
- picazón (*prurito*)
- habones (*urticaria*)
- dolor en las articulaciones (*artralgia*)

→ **Si considera que alguno de los efectos adversos que sufre es grave, informe a su médico.**

El efecto secundario más común de DESCOVY® para el tratamiento del VIH-1 son las náuseas.

El efecto secundario más común de DESCOVY® para la PrEP contra el VIH-1 es la diarrea.

Otros efectos que se pueden observar

La frecuencia de los siguientes efectos adversos no es conocida (la frecuencia no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

- **Problemas óseos.** Algunos pacientes tratados con medicamentos antirretrovirales combinados como DESCOVY pueden desarrollar una enfermedad de los huesos llamada *osteonecrosis* (muerte del tejido óseo debida a una pérdida del suministro de sangre al hueso). Tomar este tipo de medicamentos durante un tiempo prolongado, tomar corticosteroides, beber alcohol, tener un sistema inmunitario muy débil y tener sobrepeso pueden ser algunos de los muchos factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad. Los signos de osteonecrosis son:
 - rigidez articular
 - molestias y dolor articular (especialmente de la cadera, la rodilla y el hombro)
 - dificultades para moverse

→ **Si nota cualquiera de estos síntomas, informe a su médico.**

Durante el tratamiento del VIH puede haber un aumento en el peso y en los niveles de glucosa y lípidos en la sangre. Esto puede estar en parte relacionado con la recuperación de la salud y con el estilo de vida y en el caso de los lípidos en la sangre, algunas veces con los medicamentos para el VIH por sí mismos. Su médico le controlará estos cambios.

Comunicación de efectos adversos

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de posibles efectos adversos que no aparecen en este prospecto. También puede comunicarlos directamente a través del Departamento de Farmacovigilancia de GADOR SA, enviando un correo electrónico a farmacovigilancia@gador.com.

Mediante la comunicación de efectos adversos usted puede contribuir a proporcionar más información sobre la seguridad de este medicamento.

5. CONSERVACIÓN DE DESCOVY®

Mantener este medicamento fuera de la vista y del alcance de los niños.

No utilice este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en la caja y en el frasco. La fecha de caducidad es el último día del mes que se indica.

Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. Mantener el frasco perfectamente cerrado.

Los medicamentos no se deben tirar por los desagües ni a la basura. Pregunte a su farmacéutico cómo deshacerse de los envases y de los medicamentos que ya no necesita. De esta forma, ayudará a proteger el medio ambiente.

6. CONTENIDO DEL ENVASE E INFORMACIÓN ADICIONAL

Composición de DESCOVY® 200 mg/10 mg

Los principios activos son emtricitabina y tenofovir alafenamida. Cada comprimido recubierto con película de DESCOVY® contiene 200 mg de emtricitabina y tenofovir alafenamida fumarato equivalente a 10 mg de tenofovir alafenamida.

Los demás componentes son

Núcleo: Celulosa microcristalina, croscarmelosa sódica, estearato magnésico.

Cubierta pelicular: Alcohol polivinílico, dióxido de titanio, macrogol 3350, talco, óxido de hierro negro (E172).

Composición de DESCOVY® 200 mg/25 mg

Los principios activos son emtricitabina y tenofovir alafenamida. Cada comprimido recubierto con película de DESCOVY® contiene 200 mg de emtricitabina y tenofovir alafenamida fumarato equivalente a 25 mg de tenofovir alafenamida.

Los demás componentes son

Núcleo: Celulosa microcristalina, croscarmelosa sódica, estearato magnésico.

Cubierta pelicular: Alcohol polivinílico, dióxido de titanio, macrogol 3350, talco laca de aluminio índigo carmin (E132).

Aspecto del producto y contenido del envase

DESCOVY® 200 mg/10 mg

Los comprimidos recubiertos con película de DESCOVY®, son comprimidos de color gris, en forma rectangular, marcados en una de las caras con "GSI" y en la otra con el número "210".

DESCOVY® 200 mg/25 mg

Los comprimidos recubiertos con película de DESCOVY®, son comprimidos de color azul, en forma rectangular, marcados en una de las caras con "GSI" y en la otra con el número "225".

DESCOVY® se presenta en frascos de 30 comprimidos (con un desecante de gel de sílice que debe conservarse en el frasco para ayudar a proteger los comprimidos). El desecante de gel de sílice está contenido en un sobre o recipiente separado, y no se debe tragar.

Cajas con 1 frasco de 30 comprimidos recubiertos con película.



Elaborado por Patheon Inc., Mississauga, Ontario, Canadá, para Gilead Sciences International Ltd., Reino Unido.

En Uruguay; representado, acondicionado y distribuido por LABORATORIO GADOR S.A. N°259.

La Paz 2257, Montevideo - Tel. 2401 64 44 - Email: uy-info@gador.com

D.T. Quím. Farm. Christian Díaz.

Descovy® 200/10 Registro M.S.P. N° 45443

Descovy® 200/25 Registro M.S.P. N° 45444

Ley 15443

UY-AGO23-EU-JUN19-US-ENE22(PrEP)