

## FICHA TÉCNICA

### 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Fenofibrato Teva 160 mg comprimidos recubiertos con película EFG

### 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada comprimido recubierto con película contiene 160 mg de fenofibrato.

#### Excipientes con efecto conocido

Cada comprimido recubierto con película contiene 212 mg de lactosa.

Cada comprimido recubierto con película contiene 0,45 mg de lecitina de soja.

Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1.

### 3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimido recubierto con película.

Comprimido recubierto con película blanco o casi blanco, de forma ovalada, marcado con “93” en una cara y “7331” en la otra.

### 4. DATOS CLÍNICOS

#### 4.1. Indicaciones terapéuticas

Fenofibrato está indicado como adyuvante a la dieta y otros tratamientos no farmacológicos (por ejemplo, ejercicio, reducción de peso) en los casos siguientes:

- Tratamiento de la hipertrigliceridemia grave con o sin niveles bajos de colesterol HDL
- Hiperlipidemia mixta cuando el uso de estatinas está contraindicado o no bien tolerado.
  - Hiperlipidemia mixta en pacientes de elevado riesgo cardiovascular además de una estatina cuando los triglicéridos y el colesterol HDL no se controlan debidamente.

#### 4.2. Posología y forma de administración

Se deben continuar las medidas dietéticas iniciadas antes del tratamiento. La respuesta terapéutica se comprobará mediante la determinación de los valores lipídicos séricos. En caso de no alcanzar una respuesta adecuada después de varios meses de tratamiento, deben de ser previstas medidas terapéuticas complementarias o diferentes.

#### Posología

##### *Adultos*

La dosis recomendada es un comprimido de 160 mg de fenofibrato tomado una vez al día. Los pacientes que actualmente toman una cápsula de 200 mg pueden cambiar a un comprimido de 160 mg sin ajuste de dosis adicional.

#### Poblaciones especiales

##### *Pacientes de edad avanzada ( $\geq 65$ años)*

No es necesario ajuste de dosis. Se recomienda la dosis normal de adulto, excepto en pacientes con disminución de la función renal hasta tasa de filtrado glomerular  $<60\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$  (ver *Insuficiencia renal*).

### *Insuficiencia renal*

No debe usarse fenofibrato en pacientes con insuficiencia renal grave, definida por una TFGe  $<30\text{ mL/min/1.73 m}^2$ .

Para niveles de TFG entre 30 y 59 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, la dosis de fenofibrato no debe exceder los 100 mg de fenofibrato habitual o 67 mg de fenofibrato micronizado una vez al día.

La administración de fenofibrato se debe interrumpir si la TFGe disminuye de forma constante hasta  $< 30\text{ mL/min/1.73 m}^2$  durante el seguimiento.

### *Insuficiencia hepática*

Debido a la ausencia de datos no se recomienda el uso de Fenofibrato Teva 160 mg en pacientes con insuficiencia hepática.

### *Población pediátrica*

No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños y adolescentes menores de 18 años. No hay datos disponibles. Por lo tanto no se recomienda el uso de fenofibrato en pacientes menores de 18 años.

### Forma de administración

El comprimido debe ser tragado entero con alimentos.

## **4.3. Contraindicaciones**

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes enumerados en la sección 6.1.
- Insuficiencia hepática (incluyendo cirrosis biliar y una anomalía de la función hepática inexplicable persistente)
- Enfermedad de la vesícula biliar conocida
- Insuficiencia renal grave (tasa de filtración glomerular estimada  $< 30\text{ mL/min/1.73m}^2$ )
- Pancreatitis aguda o crónica, con la excepción de pancreatitis aguda debida a hipertrigliceridemia severa.
- Reacciones conocidas de fotosensibilidad o fototoxicidad durante el tratamiento con fibratos o ketoprofeno.

Además, los pacientes alérgicos al aceite de cacahuete o al aceite de arachis o a la lecitina de soja o productos relacionados no deben tomar Fenofibrato Teva 160 mg debido al riesgo de reacciones de hipersensibilidad.

## **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo**

### Causas secundarias de hiperlipidemia

Las hipercolesterolemias secundarias causadas por diabetes mellitus de tipo 2 no controlada, hipotiroidismo, síndrome nefrótico, disproteinemia, trastorno obstructivo hepático o alcoholismo, deben ser adecuadamente tratadas antes de considerar el tratamiento con fenofibrato. Se pueden observar hipercolesterolemias secundarias relacionadas al tratamiento farmacológico con diuréticos,  $\beta$ -bloqueantes, estrógenos, progestágenos, anticonceptivos orales combinados, inmunosupresores e inhibidores de la proteasa. En estos casos es preciso determinar si su hiperlipidemia es primaria o secundaria (los eventuales altos niveles lipídicos pueden ser causados por estos medicamentos)

### Función hepática

Al igual que con otros hipolipemiantes, se han reportado aumentos en los niveles de transaminasas en algunos pacientes. En la mayoría de los casos estos aumentos fueron transitorios, leves y asintomáticos. Se recomienda monitorizar los niveles de transaminasa cada 3 meses durante los primeros 12 meses de tratamiento. Se debe prestar atención a los pacientes que desarrollen incrementos de los niveles de transaminasa y el tratamiento debe discontinuarse si los niveles de ASAT (SGOT) y ALAT (SGPT) aumentan más de tres veces sobre el límite superior del valor normal. Si se producen síntomas

indicativos de hepatitis (p.e. ictericia, prurito), y el diagnóstico es confirmado por las pruebas de laboratorio, se debe interrumpir el tratamiento con fenofibrato.

#### Páncreas

Se ha observado la aparición de pancreatitis en pacientes en tratamiento con fenofibrato (ver sección 4.3 y 4.8). Este acontecimiento puede ser el resultado de una falta de eficacia en pacientes con una hipertrigliceridemia grave, de un efecto directo del fármaco, o de un fenómeno secundario en el cual interviene la formación de cálculos biliares o sedimentos con obstrucción del conducto biliar común.

#### Músculo

Se han notificado casos de toxicidad muscular, incluyendo raramente casos de rhabdomiolisis, en pacientes con tratamiento con fibratos y otros hipolipemiantes, con o sin insuficiencia renal. La incidencia de estos trastornos aumenta en caso de hipoalbuminemia e insuficiencia renal previa.

El riesgo de desarrollar rhabdomiolisis puede aumentar en pacientes predispuestos a miopatías y/o rhabdomiolisis, incluyendo a mayores de 70 años, historial personal o familiar de trastornos musculares hereditarios, insuficiencia renal, hipotiroidismo y a los que ingieren grandes cantidades de alcohol. Deberá tenerse especial precaución con estos pacientes y sopesar cuidadosamente la relación entre los posibles beneficios y los riesgos de la terapia con fenofibrato.

Se sospechará toxicidad muscular en pacientes que presenten mialgia difusa, miositis, calambres musculares, debilidad muscular y/o elevaciones marcadas de CPK (superiores a 5 veces el valor normal). En tales casos, se suspenderá el tratamiento con fenofibrato.

El riesgo de toxicidad muscular puede aumentar cuando el medicamento se administra en asociación con otros fibratos o con inhibidores de la HMG-CoA reductasa, especialmente en caso de existir trastornos musculares anteriores. En consecuencia, la co-prescripción de fenofibrato con inhibidores de la HMG-CoA reductasa y otros fibratos deberá reservarse a aquellos pacientes que presenten una grave dislipidemia asociada a un alto riesgo cardiovascular pero sin antecedentes de afecciones musculares y con un control estricto de la toxicidad muscular potencial.

#### Función renal

Fenofibrato Teva está contraindicado en insuficiencia renal (Ver sección 4.3).

Fenofibrato Teva debe utilizarse con cuidado en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se recomienda ajustar la dosis en pacientes con una tasa de filtración glomerular estimada de 30 a 59 mL/min/1.73m<sup>2</sup> (Ver sección 4.2)

Se han reportado aumentos reversibles en los niveles de creatinina sérica en pacientes que recibieron monoterapia con fenofibrato o coadministrado con estatinas. Los aumentos del nivel de creatinina sérica se mantuvieron generalmente estables en el tiempo, no hay evidencias de los aumentos continuados de la creatinina sérica con la terapia a largo plazo y tienden a volver al nivel basal después de la interrupción del tratamiento.

Durante los ensayos clínicos, el 10% de los pacientes tenían un aumento de la creatinina por encima de 30 mmol / L del valor basal con la administración conjunta de fenofibrato combinado con simvastatina, frente al 4,4% con la administración de estatinas en monoterapia. El 0,3% de los pacientes con tratamiento combinado tuvo aumentos clínicamente relevantes de la creatinina a los valores > 200 mmol / L.

El tratamiento debe ser interrumpido cuando el nivel de creatinina es de 50% por encima del límite superior normal. Se recomienda monitorizar los niveles de creatinina durante los 3 primeros meses del tratamiento y periódicamente a partir de entonces.

#### Excipiente(s)

##### *Lactosa*

Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, deficiencia total de lactasa o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento.

#### *Sodio*

Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por comprimido; esto es, esencialmente “exento de sodio”.

### **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción**

#### Anticoagulantes orales:

El fenofibrato potencia el efecto de los anticoagulantes orales y puede incrementar el riesgo de hemorragia. En pacientes que están recibiendo terapia anticoagulante, la dosis de anticoagulante deberá ser reducida un tercio al comienzo del tratamiento y después si es necesario ajustarla gradualmente en función de los controles INR (International Normalised Ratio).

#### Ciclosporina

Se han observado algunos casos graves reversibles de deterioro de la función renal, durante el tratamiento concomitante de fenofibrato y ciclosporina. Se controlará pues con especial atención la función renal de estos pacientes y se suspenderá el tratamiento con fenofibrato en caso de grave alteración de los parámetros biológicos.

#### Inhibidores de la HMG-CoA reductasa y otros fibratos

El riesgo de toxicidad muscular grave aumenta cuando el fenofibrato es utilizado en asociación con inhibidores de la HMG-CoA reductasa o con otros fibratos. Esta asociación terapéutica debe utilizarse con precaución y se vigilará atentamente cualquier signo de toxicidad muscular (ver sección 4.4.)

#### Glitazonas

Se han comunicado casos de reducción paradójica reversible de colesterol HDL durante la administración concomitante de fenofibrato y glitazonas. Por lo tanto, se recomienda monitorizar el colesterol HDL si se añade uno de estos tratamientos al otro e interrumpir el tratamiento si el colesterol HDL es demasiado bajo.

#### Enzimas del P450 citocromo

Estudios in vitro con microsomas de hígado humano indican que tanto el fenofibrato como el ácido fenofibrato no son inhibidores del citocromo (CYP) P 450 isoformas CYP3A4, CYP2D6, CYP2E1 o CYP1A2. Son inhibidores con baja intensidad del CYP2C19 y del CYP2A6, inhibidores con baja a moderada intensidad del CYP2C9 a concentraciones terapéuticas.

Los pacientes a los que se administró conjuntamente fenofibrato y medicamentos con un estrecho índice terapéutico metabolizados por CYP2C19, CYP2A6, y en especial CYP2C9 deberían controlarse estrechamente y, si fuera necesario, se recomienda ajustar la dosis de estos medicamentos.

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

#### Embarazo

No se dispone de datos sobre el uso del fenofibrato en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no demostraron ningún efecto teratogénico. Los efectos embriotóxicos aparecen a las dosis de toxicidad materna (ver 5.3). El riesgo potencial para los humanos no es conocido. Por lo tanto, fenofibrato deberá ser administrado durante el embarazo sólo tras una cuidadosa valoración de la relación beneficio / riesgo.

#### Lactancia

No hay datos sobre la excreción del fenofibrato o de sus metabolitos en la leche materna. Por lo tanto, no se empleará en madres en periodo de lactancia.

### Fertilidad

Se han observado efectos reversibles sobre la fertilidad en animales (ver sección 5.3). No hay datos clínicos sobre la fertilidad por el uso de fenofibrato.

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

Fenofibrato no influye sobre la capacidad para conducir vehículos ni utilizar maquinaria.

### **4.8. Reacciones adversas**

Las reacciones adversas que con mayor frecuencia se han notificado durante la terapia con fenofibrato son trastornos digestivos, gástricos o intestinales. Las siguientes reacciones adversas se han observado durante los ensayos clínicos controlados con placebo (n=2344) y tras comercialización con las frecuencias que se indican a continuación:

<i>Clasificación de órganos – sistema MedDRA</i>	Frecuentes ≥1/100, < 1/10	Poco frecuentes ≥1/1.000, < 1/100	Raras ≥1/10.000, <1/1.000	Muy raras < 1/10.000 incluyendo o casos aislados	Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles) <sup>a</sup>
Trastornos de la sangre y del sistema linfático			Disminución de hemoglobina Disminución del recuento de leucocitos		
Trastornos del sistema inmunológico			Hipersensibilidad		
Trastornos del sistema nervioso		Cefalea			
Trastornos vasculares		Tromboembolismo o (tromboembolismo o pulmonar, trombosis venosa profunda)*			
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos					Enfermedad pulmonar intersticial <sup>a</sup>
Trastornos gastrointestinales	Sígnos y síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, flatulencia) de gravedad moderada	Pancreatitis*			
Trastornos hepato biliares	Aumento de transaminasas	Colelitiasis (ver sección 4.4)	Hepatitis		Ictericia, complicaciones

	(ver sección 4.4)				s de colelitiasis (p.ej. colecistitis, colangitis, cólico biliar)
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo		Hipersensibilidad cutánea (p.ej. rash, prurito, urticaria)	Alopecia Reacciones de fotosensibilidad		Reacciones cutáneas graves (p.ej. eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica.
Trastornos músculoesqueléticos, del tejido conjuntivo y de los huesos		Trastornos musculares (p.ej. mialgia, miositis, espasmos y debilidad musculares)			Rabdomiolisis <sup>a</sup>
Trastornos del aparato reproductor y de la mama		Disfunción sexual			
Trastornos generales y de las condiciones del lugar de administración					Fatiga <sup>a</sup>
Exploraciones complementarias	Aumento de los niveles de homocisteína en sangre**	Aumento de creatinina en sangre	Aumento de urea en sangre		

\* En el estudio FIELD, ensayo controlado aleatorio con placebo realizado con 9795 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se observó un aumento de casos de pancreatitis, estadísticamente significativo, en los pacientes tratados con fenofibrato *versus* los pacientes tratados con placebo (0,8% versus 0,5%; p = 0,031). En el mismo estudio, se observó un aumento en la incidencia de embolismo pulmonar, estadísticamente significativo (0,7% en el grupo placebo versus 1,1% en el grupo fenofibrato; p = 0,022) y un aumento de trombosis venosa profunda, estadísticamente no significativo (placebo: 1,0 % [48/4900 pacientes] versus fenofibrato 1.4% [67/4895 pacientes]; p = 0,074).

\*\* En el estudio FIELD, el aumento promedio en el nivel de homocisteína sanguínea en los pacientes tratados con fenofibrato fue de 6,5 µmol / l, y fue reversible al suspender el tratamiento con fenofibrato. El aumento del riesgo de eventos trombóticos venosos puede estar relacionado con el aumento del nivel de homocisteína. El significado clínico de esto no está claro.

#### Notificación de sospechas de reacciones adversas:

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales

sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>.

#### 4.9. Sobredosis

Sólo se han recibido casos anecdóticos de sobredosis de fenofibrato. En la mayoría de los casos no se registraron síntomas de sobredosis.

No se conoce ningún antídoto específico. En caso de sobredosis, recurrir al tratamiento sintomático e instaurar las medidas de soporte necesarias. El fenofibrato no puede ser eliminado por hemodiálisis.

### 5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

#### 5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: agentes hipolipemiantes/Reductores de las tasas de colesterol y triglicéridos / fibratos, Código ATC: C10AB05

El fenofibrato es un derivado del ácido fibrótico cuyo efecto sobre los lípidos en humanos se realiza mediante la activación del receptor de la actividad proliferativa de los peroxisomas “Peroxisome proliferator Activated Receptor type  $\alpha$  (PPAR $\alpha$ )”.

Gracias a la activación del PPAR $\alpha$ , el fenofibrato hace aumentar la lipólisis y la eliminación de las partículas aterogénicas ricas en triglicéridos del plasma, activando la lipoproteína lipasa y reduciendo la producción de la apoproteína CIII. La activación del PPAR  $\alpha$  favorece también el aumento de la síntesis de apoproteínas AI y AII.

Ambos efectos del fenofibrato sobre las lipoproteínas conducen a la reducción de las fracciones de baja y muy baja densidad (VLDL y LDL) que contienen la apoproteína B y a un aumento de la fracción lipoproteínica de alta densidad (HDL) que contiene las apoproteínas AI y AII.

Además, mediante la modulación de la síntesis y del catabolismo de las VLDL, el fenofibrato aumenta el aclaramiento de las LDL, reduciendo los niveles de partículas pequeñas y densas de las LDL, que suelen estar elevados en los fenotipos de lipoproteínas aterogénicas, trastorno común en los pacientes con riesgo cardiovascular. Durante los ensayos clínicos llevados a cabo con fenofibrato, el nivel de colesterol total disminuyó entre el 20 y el 25%, el de los triglicéridos entre un 40 y un 55% y el del HDL-colesterol aumentó entre un 10 y un 30%.

En los pacientes hipercolesterolémicos, donde los niveles de LDL-colesterol disminuyeron entre un 20 y un 35%, el efecto global sobre el colesterol dio como resultado una disminución de los cocientes colesterol total / colesterol HDL, LDL-colesterol / HDL-colesterol, o Apo B / Apo AI, todos ellos indicadores del riesgo aterógeno.

Existen evidencias de que el tratamiento con fibratos puede reducir los episodios de cardiopatía coronaria pero no se ha demostrado que reduzca la mortalidad por cualquier causa en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular.

El estudio de lípidos ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) fue un estudio aleatorizado y controlado por placebo de 5518 enfermos de diabetes mellitus tipo 2 tratados con fenofibrato además de simvastatina. El tratamiento de fenofibrato más simvastatina no mostró ninguna diferencia significativa comparado con la monoterapia de simvastatina en los resultados primarios compuestos de infarto de miocardio no mortal, ictus no mortal y muerte cardiovascular (índice de riesgo [HR] 0,92, 95% IC 0,79-1,08,  $p = 0,32$ ; reducción absoluta de riesgo: 0,74%). En el subgrupo previamente especificado de enfermos dislipidémicos, definidos como los pertenecientes al tercio inferior de HDL-C ( $\leq 34$  mg/dl ó 0,88 mmol/L) y el tercio superior de TG ( $\geq 204$  mg/dl ó 2,3 mmol/L) al inicio, el tratamiento de fenofibrato más

simvastatina demostró una reducción relativa del 31% comparado con la monoterapia de simvastatina en el resultado primario compuesto (índice de riesgo [HR] 0,69, 95% IC 0,49-0,97,  $p = 0,03$  ; reducción de riesgo absoluto: 4,95%). En el análisis de otro subgrupo previamente especificado se identificó una interacción del tratamiento-porgénero estadísticamente significativa ( $p = 0,01$ ) que indica una posible ventaja de la politerapia en hombres ( $p = 0,037$ ) pero un riesgo potencialmente mayor en los resultados primarios en las mujeres tratadas con politerapia comparado con la monoterapia de simvastatina ( $p = 0,069$ ). Esto no se observó en el antedicho subgrupo de dislipidémicos pero tampoco hubo muestras claras de ventajas para las mujeres dislipidémicas tratadas con fenofibrato más simvastatina, y no se puede excluir un posible efecto nocivo en este subgrupo.

Los depósitos de colesterol extravasculares (xantomas tendinosos y tuberosos) pueden sufrir, bajo tratamiento con fenofibrato, una reducción importante e incluso una desaparición total.

Pacientes con elevados niveles de fibrinógeno tratados con fenofibrato presentaron una reducción significativa de este parámetro, igual que aquellos que tenían una elevada tasa de Lp(a). Otros marcadores de la inflamación como la Proteína C Reactiva disminuyeron con el tratamiento con fenofibrato.

El efecto uricosúrico del fenofibrato conduce a la reducción en un 25% aproximadamente del nivel de ácido úrico, reducción que puede beneficiar a los pacientes dislipidémicos con hiperuricemia.

Se ha demostrado un efecto antiagregante plaquetario del fenofibrato en animales, también en el hombre en el curso de un estudio clínico. Se manifiesta por una disminución de la agregación plaquetaria inducida por ADP, ácido araquidónico y epinefrina.

## **5.2. Propiedades farmacocinéticas**

Este medicamento contiene 160 mg de fenofibrato micronizado, y es suprabiodisponible (biodisponibilidad superior) comparado con otras formulaciones previas.

### Absorción

La concentración plasmática máxima (C<sub>max</sub>) se alcanza entre las 4 y 5 horas después de la administración oral. Para un mismo individuo, las concentraciones plasmáticas permanecen estables en tratamientos continuos.

La absorción del fenofibrato aumenta cuando se administra con alimentos.

### Distribución

El ácido fenofibrato está fuertemente asociado a la albúmina plasmática (más del 99%).

### Metabolismo y excreción

Tras administración oral, fenofibrato se hidroliza rápidamente por esterasas al metabolito activo ácido fenofibrato. Se puede detectar en el plasma fenofibrato sin cambios.

Fenofibrato no es un sustrato de la CYP3A4. Ningún metabolismo microsomal hepático está involucrado.

### Eliminación

La eliminación se realiza esencialmente por vía urinaria. La casi totalidad del producto se elimina en 6 días. Fenofibrato se elimina principalmente en forma de ácido fenofibrato y de su derivado glucuroconjugado.

### Pacientes de edad avanzada

En pacientes de avanzada edad, no se ha modificado el aclaramiento del plasma total aparente del ácido fenofibrato. Estudios farmacocinéticos, después de la administración de dosis única y tratamiento continuo,

indican una ausencia de acumulación. El ácido fenofibrico no se elimina por hemodiálisis. La semivida plasmática de eliminación del ácido fenofibrico es del orden de 20 horas.

### 5.3. Datos preclínicos sobre seguridad

En un estudio no clínico en ratas, la administración oral durante tres meses de ácido fenofibrico, el metabolito activo del fenofibrato, produjo toxicidad en los músculos esqueléticos (particularmente aquellos ricos en miofibras oxidativas de tipo I), degeneración cardiaca, anemia y disminución del peso corporal. No se observó toxicidad esquelética a dosis de hasta 30 mg/kg (aproximadamente 17 veces la exposición en humanos a la dosis máxima recomendada (MRHD). No se observó ningún signo de cardiomiotoxicidad en una exposición de aproximadamente 3 veces la exposición a la MRHD. En perros tratados durante 3 meses se produjeron erosiones y úlceras reversibles en el tracto gastrointestinal; en este estudio no se observaron lesiones gastrointestinales con una exposición de aproximadamente 5 veces la exposición a la MRHD.

Los estudios de mutagenicidad del fenofibrato fueron negativos

Se han observado a altas dosis, en ratas y ratones, tumores hepáticos atribuibles a la proliferación de peroxisomas. Estos cambios son específicos de los pequeños roedores, no habiéndose observado éstos en otras especies animales. No tienen relevancia para su uso terapéutico en humanos.

Estudios realizados en ratones, ratas y conejos no han puesto en evidencia ningún efecto teratogénico. Se han observado efectos de embriotoxicidad a las dosis de toxicidad materna. A altas dosis se observaron una prolongación del periodo de gestación y dificultades en el parto.

En un estudio de toxicidad de dosis repetidas con ácido fenofibrico en perros jóvenes, se observó hipospermia reversible y vacuolización testicular así como inmadurez de los ovarios. Sin embargo, no se detectaron efectos sobre la fertilidad en estudios no clínicos de toxicidad reproductiva realizados con fenofibrato.

## 6. DATOS FARMACÉUTICOS

### 6.1. Lista de excipientes

*Núcleo:* Celulosa microcristalina  
Povidona K-30  
Povidona K-25  
Croscarmelosa sódica  
Crospovidona  
Almidón glicolato sódico (tipo A)  
Laurilsulfato sódico  
Lactosa monohidrato  
Sílice coloidal anhidra  
Estearil fumarato sódico

*Recubrimiento:* Opadry AMB White OY-B-28920 que contiene:  
Polivinil alcohol, parcialmente hidrolizado  
Dióxido de titanio (E171)  
Talco  
Lecitina (de soja)  
Goma de xantan

### 6.2. Incompatibilidades

No procede.

### **6.3. Periodo de validez**

2 años

### **6.4. Precauciones especiales de conservación**

No conservar a temperatura superior a 25°C. Conservar en el embalaje original. Conservar los blisters en la caja exterior.

### **6.5. Naturaleza y contenido del envase**

Envases con blister transparente PVC/PVdC – aluminio:

Formatos de envases de 1, 10, 14, 15, 28, 30, 50, 56, 60, 84, 90 ó 100 comprimidos recubiertos con película.

Puede que no todos los formatos estén comercializados.

### **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones**

Ninguna especial.

## **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN**

Teva Pharma, S.L.U.

C/Anabel Segura 11, Edificio Albatros B, 1ª Planta

28108 Alcobendas, Madrid

## **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN**

72.706

## **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN**

16/05/2011

## **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO**

01/2022

La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (<http://www.aemps.gob.es/>)