

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Dutasterida Cipla 0,5 mg cápsulas blandas EFG

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada cápsula blanda contiene 0,5 mg de dutasterida.

Excipiente(s) con efecto conocido:

Cada cápsula blanda contiene Rojo Allura

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

3. FORMA FARMACÉUTICA

Cápsula blanda.

Solución transparente, aceitosa e incolora, encapsulada en cápsulas de gelatina de color amarillo, opaca y ovalada, de 19,7mm±1,5mm de largo y 6,70mm ± 1mm de ancho, con la inscripción «DU» en tinta roja a lo largo de una de las caras de la cápsula.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Indicaciones terapéuticas

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).

Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

En la sección 5.1 se puede encontrar información sobre los efectos del tratamiento y los grupos de pacientes estudiados en los ensayos clínicos.

4.2. Posología y forma de administración

Posología

Adultos (incluidos los pacientes de edad avanzada):

La dosis recomendada de dutasterida es una cápsula (0,5 mg) tomada por vía oral una vez al día. Las cápsulas deben tragarse enteras y no masticarse ni abrirse, ya que el contacto con el contenido de las cápsulas puede provocar irritación de la mucosa orofaríngea. Las cápsulas se pueden tomar con o sin alimentos. Aunque se puede observar una mejoría al principio, se puede tardar hasta 6 meses en obtener una respuesta. No es necesario realizar un ajuste de la dosis en pacientes de edad avanzada.

Insuficiencia renal

No se ha estudiado el efecto que puede ejercer la insuficiencia renal en la farmacocinética de la dutasterida. No se prevé que sea necesario el ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal (ver sección 5.2).

Insuficiencia hepática

No se ha estudiado el efecto que pueda ejercer la insuficiencia hepática en la farmacocinética de la dutasterida, por lo que esta se debe utilizar con cuidado en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada (ver sección 4.4 y sección 5.2). La dutasterida está contraindicada en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver sección 4.3).

Población pediátrica

Dutasterida está contraindicado en niños y adolescentes (ver sección 4.3 y sección 4.6).

Forma de administración

Dutasterida puede administrarse en monoterapia o en tratamiento combinado con el bloqueante de los receptores adrenérgicos α tamsulosina (0,4mg) (ver secciones 4.4, 4.8 y 5.1).

4.3. Contraindicaciones

Dutasterida está contraindicado en:

- Mujeres, niños y adolescentes (ver sección 4.6).
- Pacientes con hipersensibilidad a dutasterida, otros inhibidores de la 5-alfa reductasa o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1
- Pacientes con insuficiencia hepática grave.

4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo

El tratamiento de combinación debe prescribirse tras una cuidadosa evaluación del beneficio/riesgo, debido al potencial incremento del riesgo de reacciones adversas (como insuficiencia cardíaca) y después de haber considerado otras opciones terapéuticas, incluidas las monoterapias (ver sección 4.2).

Reacciones adversas cardiovasculares

En dos estudios clínicos de 4 años de duración, la incidencia de insuficiencia cardíaca (un término compuesto de los acontecimientos notificados, principalmente insuficiencia cardíaca e insuficiencia cardíaca congestiva) fue ligeramente mayor entre los pacientes que tomaron el tratamiento combinado con dutasterida y el alfa-bloqueante tamsulosina, que entre los que no tomaban la combinación. No obstante, en estos dos estudios, la incidencia de insuficiencia cardíaca fue baja en todos los grupos con tratamiento activo comparados con el grupo de placebo, y los otros datos disponibles para dutasterida o alfa bloqueantes no indican un riesgo cardiovascular aumentado, (ver sección 5.1).

Antígeno prostático específico (PSA)

La concentración del antígeno prostático específico en suero (PSA) es un elemento importante en la detección del cáncer de próstata. La dutasterida provoca una disminución de los niveles de PSA en suero de un 50% aproximadamente tras 6 meses de tratamiento.

En aquellos pacientes en tratamiento con dutasterida, se debe establecer un nuevo valor PSA basal tras 6 meses de tratamiento. Posteriormente, y de forma regular, se recomienda monitorizar los valores de PSA. Cualquier aumento confirmado respecto a la concentración más baja de PSA durante el tratamiento con dutasterida podría indicar la presencia de un cáncer de próstata o el incumplimiento terapéutico con dutasterida. Este aumento debe evaluarse cuidadosamente aunque los valores sigan estando comprendidos en el intervalo de normalidad establecido para los hombres que no estén tomando un inhibidor de la 5-alfa reductasa (ver sección 5.1). Para interpretar un valor del PSA de un paciente en tratamiento con dutasterida se debe disponer de los valores de PSA previos para su comparación.

El tratamiento con dutasterida no interfiere en el empleo del PSA como herramienta de apoyo en el diagnóstico del cáncer de próstata después de haber establecido un nuevo nivel basal (ver sección 5.1).

Los niveles totales de PSA vuelven al estado basal en el plazo de 6 meses después de interrumpir el tratamiento. La proporción de PSA libre/total permanece constante aunque esté bajo la influencia de la dutasterida. Si los médicos deciden emplear el porcentaje de PSA libre como indicador de la detección

del cáncer de próstata en varones tratados con dutasterida, no es necesario realizar ningún ajuste a este valor.

Debe realizarse un tacto rectal, así como otros métodos de evaluación del cáncer de próstata antes de iniciar el tratamiento con dutasterida, y posteriormente de forma periódica.

Cáncer de próstata y tumores de grado elevado

El ensayo REDUCE, un estudio multicéntrico, randomizado, doble ciego, controlado con placebo, durante 4 años, investigó el efecto de 0,5 mg diarios de dutasterida en pacientes con un alto riesgo de cáncer de próstata (incluyendo hombres con edades de 50 a 75 años) con niveles de PSA de 2,5 a 10 ng/ml y una biopsia negativa 6 meses antes del comienzo del estudio, en comparación con el placebo. Los resultados de este estudio mostraron una mayor incidencia de cánceres de próstata de grado 8-10 en la escala de Gleason en los pacientes tratados con dutasterida (n=19, 0.6%), en comparación con el placebo. La relación existente entre la dutasterida y el cáncer de próstata de Gleason 8-10 no está clara. Por lo tanto, los varones que tomen dutasterida deben someterse a evaluaciones periódicas del riesgo de cáncer de próstata (ver sección 5.1).

Cápsulas rotas

Dutasterida se absorbe a través de la piel, por lo que las mujeres, los niños y los adolescentes deben evitar el contacto con las cápsulas rotas (ver sección 4.6). Si se produce el contacto con cápsulas rotas, la zona afectada debe lavarse inmediatamente con agua y jabón.

Insuficiencia hepática

No se ha estudiado la dutasterida en pacientes con insuficiencia hepática. La dutasterida debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada (ver secciones 4.2, 4.3 y 5.2).

Cáncer de mama

Raramente, durante los ensayos clínicos y en el periodo post-comercialización, se han notificado casos de cáncer de mama en hombres que tomaban dutasterida. No obstante, los estudios epidemiológicos mostraron que no hubo ningún incremento del riesgo de desarrollar cáncer de mama masculino con el uso de inhibidores de la 5-alfa-reductasa. Los médicos deben indicar a sus pacientes que notifiquen a la mayor brevedad cualquier cambio que perciban en el tejido mamario, como bultos o secreciones del pezón.

Excipientes

Este medicamento contiene rojo allura, que puede provocar reacciones alérgicas.

4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Para obtener información sobre el descenso de los niveles de PSA sérico durante el tratamiento con dutasterida y directrices relativas a la detección del cáncer de próstata, ver sección 4.4.

Efectos de otros fármacos sobre la farmacocinética de la dutasterida

Uso concomitante con inhibidores de CYP3A4 y/o de la glucoproteína P:

Dutasterida se elimina principalmente a través de la vía metabólica. Los estudios *in vitro* indican que su metabolismo está catalizado por las enzimas CYP3A4 y CYP3A5. No se han realizado estudios formales sobre interacciones con inhibidores potentes de la CYP3A4. No obstante, en un estudio farmacocinético poblacional, las concentraciones de dutasterida en suero fueron de 1,6 a 1,8 veces

superiores respectivamente, en un pequeño número de pacientes tratados de forma simultánea con verapamilo o diltiazem (inhibidores moderados de la CYP3A4 e inhibidores de la glucoproteína P) frente a otros pacientes.

La combinación a largo plazo de dutasterida con fármacos que son inhibidores potentes de la enzima CYP3A4 (p. ej., ritonavir, indinavir, nefazodona, itraconazol y ketoconazol, administrados por vía oral) puede aumentar las concentraciones de dutasterida en suero. No es probable que se produzca una inhibición adicional de la 5- α -reductasa durante exposiciones crecientes de dutasterida. Sin embargo, puede considerarse la posibilidad de reducir la frecuencia de administración de dutasterida si se observan efectos adversos. Debe tenerse en cuenta que, en el caso de inhibición enzimática, puede prolongarse su larga semivida y alcanzar un nuevo estado de equilibrio puede llevar más de 6 meses de tratamiento simultáneo.

La administración de 12 g de colestiramina una hora después de una dosis única de 5 mg de dutasterida no afectó a la farmacocinética de dutasterida.

Efectos de dutasterida sobre la farmacocinética de otros fármacos

Dutasterida no tiene ningún efecto en la farmacocinética de la warfarina o la digoxina. Esto indica que dutasterida no inhibe ni induce a la enzima CYP2C9 ni al transportador de la glucoproteína P. Los estudios de interacción *in vitro* indican que dutasterida no inhibe las enzimas CYP1A2, CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19, o CYP3A4.

En un pequeño estudio (n = 24) de dos semanas de duración realizado en varones sanos, dutasterida (0,5 mg al día) no afectó a la farmacocinética de la tamsulosina ni de la terazosina. En este estudio tampoco se observó ningún indicio de interacción farmacodinámica.

4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia

El uso de Dutasterida Cipla está contraindicado en mujeres.

Embarazo

Al igual que el resto de los inhibidores de la 5 alfa-reductasa, dutasterida inhibe la conversión de testosterona a dihidrotestosterona y, si se administra a una mujer que esté gestando un feto masculino, puede inhibir el desarrollo de los órganos genitales externos del feto (ver sección 4.4). Se han encontrado pequeñas cantidades de dutasterida en el semen de pacientes que recibían 0,5 mg de dutasterida diarios. Se desconoce si el feto varón se verá afectado negativamente en caso de que la madre esté expuesta al semen de un paciente en tratamiento con dutasterida (el riesgo es mayor durante las primeras 16 semanas de embarazo).

Como ocurre con todos los inhibidores de la 5 alfa-reductasa, se recomienda que el paciente evite la exposición de su pareja a al semen con el uso de un preservativo cuando su pareja esté embarazada o pueda estarlo.

Para ver más información sobre datos preclínicos, ver sección 5.3.

Lactancia

Se desconoce si la dutasterida o sus metabolitos se excretan en la leche materna.

Fertilidad

Se ha notificado que dutasterida afecta a las características del semen (disminución del recuento de espermatozoides, volumen de semen y motilidad del espermatozoide) de varones sanos (ver sección 5.1). No se puede excluir la posibilidad de que se reduzca la fertilidad masculina.

4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

De acuerdo con las propiedades farmacodinámicas de dutasterida, no se prevé que el tratamiento con dutasterida interfiera con la capacidad de conducir o de utilizar maquinaria.

4.8. Reacciones adversas

Dutasterida en monoterapia

Aproximadamente el 19 % de los 2167 pacientes que han recibido dutasterida durante 2 años en los ensayos clínicos en fase III controlados con placebo han desarrollado reacciones adversas durante el primer año de tratamiento. La mayoría de estos eventos fueron de leves a moderados y se observaron en el aparato reproductor. No hubo ningún cambio aparente en el perfil de acontecimientos adversos durante los siguientes 2 años que duraron los estudios abiertos de continuación.

La siguiente tabla muestra las reacciones adversas observadas en los ensayos clínicos controlados así como la experiencia post-comercialización. Las reacciones adversas enumeradas de los ensayos clínicos corresponden a acontecimientos relacionados con el fármaco a juicio del investigador (con una incidencia igual o superior al 1 %) y que han sido notificados durante el primer año de tratamiento en pacientes tratados con dutasterida con una incidencia superior que en los pacientes que recibieron placebo. Los acontecimientos adversos que se han obtenido tras la comercialización se han identificado a partir de las notificaciones espontáneas post-comercialización, por lo que se desconoce la incidencia real:

Muy frecuentes ($\geq 1/10$); Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); Raros ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); Muy raros ($< 1/10.000$); Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Sistema orgánico	Reacción adversa	Incidencia a partir de los datos en ensayos clínicos	
		Incidencia durante el 1º año de tratamiento (n = 2.167)	Incidencia durante el 2º año de tratamiento (n = 1.744)
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Impotencia*	6,0%	1,7%
	Alteración (disminución) de la libido*	3,7%	0,6%
	Alteraciones de la eyaculación* [^]	1,8%	0,5%
	Trastornos mamarios ⁺	1,3%	1,3%
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones alérgicas, entre las que se incluye erupción, prurito, urticaria, edema localizado y angioedema	Incidencia estimada a partir de los datos post-comercialización	
		Frecuencia no conocida	

Trastornos psiquiátricos	Depresión	Frecuencia no conocida
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Alopecia (generalmente pérdida de pelo del cuerpo), hipertrichosis	Poco frecuentes
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Dolor e hinchazón testicular	Frecuencia no conocida

* Estos acontecimientos adversos sexuales están asociados al tratamiento con dutasterida (inclusive en monoterapia y en combinación con tamsulosina). Estos acontecimientos adversos pueden perdurar tras la interrupción del tratamiento. Se desconoce el papel que juega dutasterida es esta persistencia de los síntomas.

^ Incluye disminución del volumen de semen

+ Incluye dolor a la palpación de la mama y aumento del tamaño de la mama.

Dutasterida en combinación con el bloqueante de los receptores adrenérgicos α tamsulosina

Los resultados a 4 años del estudio CombAT, en el que se compara las dosis de 0,5 mg de dutasterida (n = 1623) y 0,4 mg de tamsulosina (n = 1611) administradas una vez al día, en monoterapia y en tratamiento combinado (n = 1610) han mostrado que la incidencia de cualquier acontecimiento adverso determinado a juicio del investigador durante el primer, segundo, tercer y cuarto año de tratamiento fue del 22 %, 6 %, 4 %

y 2 % respectivamente en el caso del tratamiento combinado de dutasterida y tamsulosina, y del 15 %, 6 %, 3 % y 2 % en el caso de la monoterapia con dutasterida y del 13 %, 5 %, 2 % y 2 % en el de la monoterapia con tamsulosina. La mayor incidencia de acontecimientos adversos observados en el grupo de tratamiento combinado el primer año de tratamiento se debió a una incidencia mayor en este grupo de los trastornos del aparato reproductor, concretamente los trastornos en la eyaculación.

Las siguientes reacciones adversas a juicio el investigador se han notificado con una incidencia igual o superior al 1 % durante el primer año de tratamiento en el estudio CombAT. La incidencia de estos acontecimientos durante los cuatro años de tratamiento se muestra en la tabla siguiente:

Clasificación por órganos y sistemas	Reacción adversa	Incidencia durante el período de tratamiento			
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	Combinación ^a (n)	(n = 1610)	(n = 1428)	(n = 1283)	(n = 1200)
	Dutasterida	(n = 1623)	(n = 1464)	(n = 1325)	(n = 1200)
	Tamsulosina	(n = 1611)	(n = 1468)	(n = 1281)	(n = 1112)
Trastornos del sistema nervioso	Mareo				
	Combinación ^a	1,4 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
	Dutasterida	0,7 %	0,1 %	< 0,1 %	< 0,1 %
	Tamsulosina	1,3 %	0,4 %	< 0,1 %	0 %

Trastornos cardíacos	Insuficiencia cardíaca (término compuesto ^b)				
	Combinación ^a	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %
	Dutasterida	< 0,1 %	0,1 %	< 0,1 %	0 %
	Tamsulosina	0,1 %	< 0,1 %	0,4 %	0,2 %
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Impotencia ^c				
	Combinación ^a	6,3 %	1,8 %	0,9 %	0,4 %
	Dutasterida	5,1 %	1,6 %	0,6 %	0,3 %
	Tamsulosina	3,3 %	1,0 %	0,6 %	1,1 %
	Alteración (disminución) de la libido ^c				
	Combinación ^a	5,3 %	0,8 %	0,2 %	0 %
	Dutasterida	3,8 %	1,0 %	0,2 %	0 %
	Tamsulosina	2,5 %	0,7 %	0,2 %	< 0,1 %
	Alteraciones de la eyaculación ^{c^}				
	Combinación ^a	9,0 %	1,0 %	0,5 %	< 0,1 %
	Dutasterida	1,5 %	0,5 %	0,2 %	0,3 %
	Tamsulosina	2,7 %	0,5 %	0,2 %	0,3 %
	Trastornos mamarios ^d				
	Combinación ^a	2,1 %	0,8 %	0,9 %	0,6 %
	Dutasterida	1,7 %	1,2 %	0,5 %	0,7 %
	Tamsulosina	0,8 %	0,4 %	0,2 %	0 %

- ^a Combinación = dutasterida 0,5 mg una vez al día y tamsulosina 0,4 mg una vez al día.
- ^b El término compuesto «insuficiencia cardíaca» incluye los siguientes trastornos: insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia cardíaca, insuficiencia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca aguda, choque cardiogénico, insuficiencia ventricular izquierda aguda, insuficiencia ventricular derecha, insuficiencia ventricular derecha aguda, insuficiencia ventricular, insuficiencia cardiopulmonar y cardiomiopatía congestiva.
- ^c Estos acontecimientos adversos sexuales están asociados al tratamiento con dutasterida (inclusive en monoterapia y en combinación con tamsulosina). Estos acontecimientos adversos pueden perdurar tras la interrupción del tratamiento. Se desconoce el papel que juega dutasterida en esta persistencia de los síntomas.
- ^d Incluye dolor a la palpación de la mama y aumento del tamaño de la mama.
- [^] Incluye disminución del volumen de semen

Otros datos

El estudio REDUCE reveló una mayor incidencia de cáncer de próstata con una puntuación de 8-10 en la escala de Gleason en los varones tratados con dutasterida, en comparación con el grupo tratado con placebo (ver secciones 4.4 y 5.1). No se ha establecido si el efecto de dutasterida para reducir el volumen de la próstata u otros factores relacionados con el estudio han influido en los resultados de este estudio.

Durante los ensayos clínicos y en el uso durante el período post-comercialización se ha notificado cáncer de mama en varones (ver sección 4.4).

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaRAM.es

4.9. Sobredosis

En los estudios realizados con dutasterida en voluntarios se han administrado dosis únicas diarias de dutasterida de hasta 40 mg/día (80 veces la dosis terapéutica) durante 7 días, sin que hayan surgido problemas significativos de seguridad. En los estudios clínicos se han administrado dosis diarias de 5 mg a los pacientes durante 6 meses sin la aparición de efectos adversos adicionales a los observados con la dosis terapéutica de 0,5 mg. No existe un antídoto para dutasterida, por lo que ante una sospecha de sobredosis se debe administrar un tratamiento sintomático y de soporte adecuado.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Inhibidores de la testosterona 5 alfa-reductasa, código ATC: G04CB02

Dutasterida reduce los niveles circulantes de dihidrotestosterona (DHT) al inhibir las isoenzimas de tipo 1 y tipo 2 de la 5- α -reductasa, que son las responsables de la conversión de la testosterona en DHT.

Dutasterida en monoterapia

Efectos sobre la DHT/Testosterona

El efecto de las dosis diarias de dutasterida en la disminución de la DHT es dosis dependiente y se observa en el plazo 1-2 semanas (reducción del 85 % y el 90 %, respectivamente).

En los pacientes con HPB tratados con 0,5 mg de dutasterida al día, el descenso medio de los niveles de DHT en suero fue del 94% al año y del 93% a los 2 años; y el aumento de los niveles medios de testosterona en suero fue del 19%, en los años 1 y 2.

Efecto en el volumen prostático

Se han detectado disminuciones significativas del volumen prostático ya en el primer mes tras el inicio del tratamiento y estas reducciones continuaron hasta el mes 24 ($p < 0,001$). Dutasterida produjo una reducción media del volumen prostático total del 23,6% (de un valor inicial de 54,9 ml a 42,1 ml) en el Mes 12, en comparación con una disminución media del 0,5 % (de 54,0 ml a 53,7 ml) en el grupo tratado con placebo.

También se observaron reducciones significativas ($p < 0,001$) en el volumen prostático de la zona de transición ya en el primer mes y hasta el mes 24, con una reducción media del volumen prostático de la zona de transición del 17,8 % (de 26,8 ml al inicio a 21,4 ml) en el grupo de dutasterida, en comparación con un aumento medio del 7,9 % (de 26,8 ml a 27,5 ml) en el grupo de placebo en el mes 12. La disminución del volumen prostático observada durante los 2 primeros años de tratamiento con enmascaramiento doble se mantuvo durante los 2 años siguientes de los estudios de extensión en abierto. La reducción del tamaño de la próstata conlleva una mejoría de los síntomas y una disminución del riesgo de RUA e intervención quirúrgica relacionada con la HPB.

Eficacia clínica y seguridad

Se ha evaluado la administración de 0,5 mg/día de dutasterida o placebo a 4.325 pacientes varones con síntomas de moderados a graves de HPB, con volúmenes prostáticos ≥ 30 ml y un valor de APE de entre 1,5 y 10 ng/ml en tres estudios principales, multicéntricos, multinacionales, controlados con placebo, con enmascaramiento doble, de 2 años de duración sobre la eficacia. Los estudios continuaron con un estudio de extensión en abierto de hasta 4 años de duración, en la que todos los pacientes que permanecieron en el estudio recibiendo la misma dosis de 0,5 mg de dutasterida. El 37 % de los pacientes aleatorizados desde el principio al grupo tratado con placebo y el 40 % de los aleatorizados al grupo de tratamiento con dutasterida finalizaron el estudio a los 4 años. La mayoría (71 %) de los 2340 pacientes de los estudios de extensión en abierto finalizaron los 2 años adicionales del tratamiento.

Los parámetros de la eficacia clínica más importantes fueron el índice de síntomas de la *American Urological Association* (asociación norteamericana de urología) (IS-AUA), el flujo urinario máximo ($Q_{\text{máx}}$) y la incidencia de retención urinaria aguda y de intervención quirúrgica relacionada con la HPB.

El IS-AUA es un cuestionario de siete preguntas sobre síntomas relacionados con la HPB, con una puntuación máxima de 35 puntos. Al inicio, la puntuación media fue aproximadamente de 17. Después de 6 meses, un año y dos años de tratamiento, el grupo tratado con placebo presentó una mejoría media de 2,5, y 2,3 puntos respectivamente, mientras que el grupo tratado con dutasterida mejoró 3,2, 3,8 y 4,5 puntos respectivamente. Las diferencias observadas entre los grupos fueron estadísticamente significativas. La mejoría del IS-AUA observada durante los 2 primeros años de tratamiento con enmascaramiento doble se mantuvo durante los 2 años siguientes de los estudios de extensión en abierto.

$Q_{\text{máx}}$ (flujo urinario máximo):

En los estudios, el $Q_{\text{máx}}$ medio en el periodo basal fue de 10 ml/s aproximadamente ($Q_{\text{máx}}$ normal ≥ 15 ml/s). Al año y a los dos años de tratamiento, el flujo en el grupo tratado con placebo había mejorado en 0,8 y 0,9 ml/s respectivamente, y en el grupo tratado con dutasterida, en 1,7 y 2,0 ml/s respectivamente. La diferencia observada entre los grupos fue estadísticamente significativas del mes 1 al mes 24. El aumento de la tasa de flujo máximo urinario observada durante los 2 primeros años de tratamiento con enmascaramiento doble se mantuvo durante los 2 años siguientes de los estudios de extensión en abierto.

Retención urinaria aguda e intervención quirúrgica

A los dos años de tratamiento, la incidencia de RUA fue del 4,2 % en el grupo con placebo, en comparación con el 1,8 % en el grupo tratado con dutasterida (reducción del riesgo del 57 %). Esta diferencia es estadísticamente significativa e indica que es necesario tratar a 42 pacientes (IC del 95 %: 30-73) durante dos años para evitar un caso de RUA.

La incidencia de intervenciones quirúrgicas relacionadas con la HPB después de dos años fue del 4,1 % en el grupo tratado con placebo y del 2,2 % en el grupo tratado con dutasterida (reducción del riesgo del 48 %). Esta diferencia es estadísticamente significativa e indica que es necesario tratar a 51 pacientes (IC del 95 %: 33-109) durante dos años para evitar un caso de intervención quirúrgica.

Distribución del pelo

Durante el programa en fase III no se estudió formalmente el efecto de dutasterida en la distribución del pelo. No obstante, los inhibidores de la 5- α -reductasa podrían reducir la pérdida de pelo e inducir el crecimiento de este en los pacientes con un patrón masculino de alopecia (alopecia androgénica masculina).

Función tiroidea

La función tiroidea se evaluó en un estudio de un año de duración en pacientes varones sanos. Las concentraciones de tiroxina libre se mantuvieron estables durante el tratamiento con dutasterida, pero los niveles de TSH disminuyeron ligeramente (unos 0,4 μ UI/ml), en comparación con el placebo después de un año de tratamiento. Sin embargo, como las concentraciones de TSH fueron variables, la mediana de los intervalos de TSH (1,4-1,9 μ UI/ml) se mantuvieron dentro de los límites de normalidad (0,5 5/6 μ UI/ml), las concentraciones de tiroxina libre fueron estables dentro del intervalo de normalidad y fueron similares tanto en el grupo tratado con placebo como en el de dutasterida y las variaciones de las concentraciones de TSH no se consideraron clínicamente significativas. En ningún ensayo clínico se ha observado algún indicio de que dutasterida afecte negativamente a la función tiroidea.

Cáncer de mama

En los ensayos clínicos de 2 años de duración, que proporcionan una exposición a dutasterida de 3.374 pacientes-año, y en el momento del registro en el estudio de extensión en abierto de 2 años de duración, se notificaron 2 casos de cáncer de mama masculino en pacientes tratados con dutasterida y 1 caso en un paciente que recibió placebo. En los ensayos clínicos de 4 años de duración, CombAT y REDUCE, que han proporcionado una exposición a dutasterida de 17 489 pacientes-año y una exposición a la combinación de dutasterida y tamsulosina de 5027 pacientes- año, no se notificaron casos de cáncer de mama en ninguno de los grupos de tratamiento.

En dos estudios epidemiológicos de casos control, de las bases de datos sanitarias, uno realizado en EEUU (n=339 casos de cáncer de mama y n=6.780 casos control) y el otro en el Reino Unido (n=398 casos de cáncer de mama y n=3.930 casos control), no mostraron un incremento en el riesgo de desarrollar cáncer de mama masculino con el uso de inhibidores de la 5-alfa-reductasa (ver sección 4.4). Los resultados del primer estudio no identificaron una asociación positiva para el cáncer masculino (riesgo relativo ≥ 1 al año de uso previo al diagnóstico del cáncer de mama comparado con ≤ 1 al año de uso: IC 95% 0,70, 0,34, 1,45). En el segundo estudio, el ratio estimado de odds para el cancer de mama asociado con el uso de inhibidores de la 5-alfa-reductasa comparado con el no-uso, fue de 1,08, IC 95% de 90,62, 1,87).

No se ha establecido una relación causal entre la incidencia de cáncer de mama en varones y el uso prolongado de dutasterida.

Efectos sobre la fertilidad masculina

Se han estudiado los efectos de la dosis de 0,5 mg/día de dutasterida en las características del semen de voluntarios sanos con edades comprendidas entre 18 y 52 años (dutasterida: n = 27, placebo: n = 23) durante 52 semanas de tratamiento y un período de seguimiento posterior al tratamiento de 24 semanas. A las 52 semanas se observó una reducción porcentual media del recuento total de espermatozoides, el volumen de semen y la motilidad de los espermatozoides respecto al valor inicial de un 23 %, un 26 % y un 18 % respectivamente en el grupo tratado con dutasterida, tras el ajuste para tener en cuenta las variaciones en los valores iniciales del grupo placebo. Ni la concentración de espermatozoides ni la morfología del espermatozoide se vieron afectadas. Después de 24 semanas de seguimiento, el recuento total medio de espermatozoides en el grupo tratado con dutasterida siguió siendo un 23 % más bajo que al inicio. Aunque los valores medios de todos los parámetros se mantuvieron dentro de los intervalos de normalidad en todos los puntos temporales y no cumplieron los criterios definidos previamente para considerar que se había producido una variación clínicamente significativa (30 %), dos pacientes del grupo con dutasterida presentaron una disminución del recuento de espermatozoides superior al 90 % desde el inicio hasta las 52 semanas y experimentaron una recuperación parcial en el seguimiento de 24 semanas. No se puede excluir la posibilidad de que se reduzca la fertilidad masculina.

Dutasterida en combinación con el bloqueante de los receptores adrenérgicos α tamsulosina

En un estudio multicéntrico, multinacional, aleatorizado, con enmascaramiento doble y de grupos paralelos (estudio CombAT) se estudió la pauta posológica de 0,5 mg/día de dutasterida (n = 1623), 0,4 mg/día de tamsulosina (n = 1611) o la combinación de 0,5 mg de dutasterida y 0,4 mg de tamsulosina (n = 1610) en pacientes varones con síntomas de moderados a graves de HPB, con un volumen prostático ≥ 30 ml y valores de PSA comprendidos en el intervalo de 1,5-10 ng/ml. Un 53 % aproximadamente de los pacientes había estado expuesto previamente a un tratamiento con un inhibidor de la 5- α -reductasa o un bloqueante de los receptores adrenérgicos α .

El criterio de valoración principal de la eficacia durante los dos primeros años de tratamiento fue el cambio en la puntuación internacional de síntomas prostáticos (IPSS, International Prostate Symptom Score), un cuestionario compuesto por 8 apartados y basado en el IS-AUA, con una pregunta adicional sobre calidad de vida.

Los criterios de valoración secundarios de la eficacia a los 2 años incluían el flujo máximo urinario (Q_{\max}) y el volumen prostático.

La combinación consiguió una significación estadística en la IPSS desde el mes 3, en comparación con dutasterida, y desde el mes 9 en comparación con la tamsulosina. En cuanto al Q_{\max} , la combinación obtuvo significación estadística a partir del mes 6, respecto tanto a dutasterida como a la tamsulosina.

El criterio de valoración principal de la eficacia a los 4 años de tratamiento fue el tiempo transcurrido hasta la aparición del primer episodio de RUA o intervención quirúrgica relacionada con la HPB. Después de 4 años de tratamiento, el tratamiento combinado redujo de forma estadísticamente significativa el riesgo de RUA o intervención quirúrgica relacionada con la HPB (un 65,8 % de reducción del riesgo $p < 0,001$ [IC del 95 %: de 54,7 % a 74,1 %]) en comparación con la administración de tamsulosina en monoterapia. La incidencia de RUA o intervención quirúrgica relacionada con la HPB en el año 4 fue del 4,2 % en el caso del tratamiento combinado y del 11,9 % en el de tamsulosina ($p < 0,001$). En comparación con dutasterida en monoterapia, el tratamiento combinado redujo el riesgo de RUA o intervención quirúrgica relacionada con la HPB en un 19,6 % ($p = 0,18$ [IC del 95 %: del 10,9 % al 41,7 %]). La incidencia de RUA o intervención quirúrgica relacionada con la HPB en el año 4 fue del 4,2 % en el caso del tratamiento combinado y del 5,2 % en el de dutasterida.

Los criterios de valoración secundarios de la eficacia después de 4 años de tratamiento fueron el tiempo transcurrido hasta la progresión clínica (definida como una combinación de: deterioro del IPSS de ≥ 4 puntos, episodios de RUA asociados a la HPB, incontinencia, infección de las vías urinarias [IVU] e insuficiencia renal), la variación de la puntuación internacional de síntomas prostáticos (IPSS), el flujo

urinario máximo (Q_{máx.}) y el volumen prostático. A continuación se muestran los resultados obtenidos tras los 4 años de tratamiento:

Parámetro	Punto temporal	Combinación	Dutasterida	Tamsulosina
RUA o intervención quirúrgica relacionada con la HPB (%)	Incidencia en el Mes 48	4,2	5,2	11,9 ^a
Progresión clínica* (%)	Mes 48	12,6	17,8 ^b	21,5 ^a
IPSS (unidades)	[Inicio] Mes 48 (variación respecto al inicio)	[16,6] -6,3	[16,4] -5,3 ^b	[16,4] -3,8 ^a
Q _{máx.} (ml/s)	[Inicio] Mes 48 (variación respecto al inicio)	[10,9] 2,4	[10,6] 2,0	[10,7] 0,7 ^a
Volumen prostático (ml)	[Inicio] Mes 48 (variación porcentual respecto al inicio)	[54,7] -27,3	[54,6] -28,0	[55,8] +4,6 ^a
Volumen prostático en la zona de transición (ml) [#]	[Inicio] Mes 48 (variación porcentual respecto al inicio)	[27,7] -17,9	[30,3] -26,5	[30,5] 18,2 ^a
Índice de impacto de la HPB (IIB) (unidades)	[Inicio] Mes 48 (variación respecto al inicio)	[5,3] -2,2	[5,3] -1,8 ^b	[5,3] -1,2 ^a
Pregunta 8 del IPSS (estado de salud relacionado con la HPB) (unidades)	[Inicio] Mes 48 (variación respecto al inicio)	[3,6] -1,5	[3,6] -1,3 ^b	[3,6] -1,1 ^a

Los valores iniciales son valores medios, y las variaciones respecto al inicio son variaciones medias ajustadas.

* La progresión clínica se define como una combinación de: deterioro del IPSS de ≥ 4 puntos, episodios de RUA asociados a la HPB, incontinencia, IVU e insuficiencia renal.

[#] Medido en los centros seleccionados (un 13 % de los pacientes aleatorizados).

^a La combinación alcanzó la significación estadística ($p < 0,001$), en comparación con la tamsulosina en el Mes 48.

^b La combinación alcanzó la significación estadística ($p < 0,001$), en comparación con dutasterida en el mes 48.

Reacciones adversas cardiovasculares

En un estudio de 4 años de duración del tratamiento combinado de dutasterida y tamsulosina en la HPB en el que participaron 4844 pacientes (el estudio CombAT), la incidencia del término compuesto «insuficiencia cardíaca» fue mayor en el grupo de tratamiento combinado (14/1610; 0,9 %) que en los grupos de monoterapia: dutasterida (4/1623; 0,2 %) y tamsulosina (10/1611; 0,6 %).

En otro estudio de 4 años de duración, llevado a cabo en 8231 varones con edades comprendidas entre 50 y 75 años, con una biopsia previa negativa para el cáncer de próstata y con un PSA inicial de 2,5-10,0 ng/ml en el caso de los pacientes de entre 50 y 60 años de edad o de 3-10,0 ng/ml en el de los pacientes mayores de 60 años (estudio REDUCE), se observó una incidencia más elevada del término compuesto «insuficiencia cardíaca» en los pacientes que tomaron 0,5 mg de dutasterida una vez al día (30/4105; 0,7 %) que en los que tomaron placebo (16/4126; 0,4 %). Un análisis retrospectivo de este estudio mostró una incidencia mayor del término compuesto «insuficiencia cardíaca» en pacientes que tomaron dutasterida y bloqueante de los receptores adrenérgicos α de forma simultánea (12/1152; 1,0 %), que en aquellos que

estaban tomando dutasterida sin un bloqueante de los receptores adrenérgicos α (18/2953; 0,6 %), placebo con un bloqueante de los receptores adrenérgicos α (1/1399; < 0,1 %) o placebo sin un bloqueante de los receptores adrenérgicos α (15/2727; 0,6 %). (Ver sección 4.4).

Un metaanálisis de 12 ensayos clínicos randomizados, controlados, con placebo o con comparador (n=18.802) que evaluó los riesgos de desarrollar reacciones adversas cardiovasculares, derivadas del uso de dutasterida (por comparación con los controles), no mostraron un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca estadísticamente significativo, se encontraron (RR 1,05; IC 95% 0,71, 1,57), para infarto agudo de miocardio (RR1,00; IC 95% 0,77, 1,30) o accidente cerebrovascular (RR 1,20; IC 95% 0,88, 1,64).

Cáncer de próstata y tumores de grado elevado

En un estudio comparativo de 4 años de duración de placebo y dutasterida, llevado a cabo en 8.231 varones con edades comprendidas entre 50 y 75 años de edad, con una biopsia previa negativa para el cáncer de próstata y un PSA inicial de 2,5-10,0 ng/ml en el caso de los pacientes con edades de 50-60 años y de 3-10,0 ng/ml en el de los pacientes mayores de 60 años (estudio REDUCE), se obtuvieron datos de la biopsia de próstata con aguja (requerida por el protocolo principal) de 6.706 pacientes, para determinar las puntuaciones de Gleason. En el estudio había 1517 pacientes con un diagnóstico de cáncer de próstata. En los dos grupos de tratamiento, la mayoría de los cánceres de próstata detectables mediante biopsia se diagnosticaron como de grado bajo (grado 5-6 en la escala de Gleason, 70 %).

En el grupo de tratamiento con dutasterida hubo una mayor incidencia de cáncer de próstata con un puntuación de Gleason de 8-10 (n = 29; 0,9 %) que en el grupo con placebo (n = 19; 0,6 %) ($p = 0,15$). En los años 1-2, el número de pacientes con cáncer de grado 8-10 en la escala de Gleason fue similar en el grupo tratado con dutasterida (n = 17; 0,5 %) y en el grupo con placebo (n = 18; 0,5 %). En los años 3-4, en el grupo de tratamiento con dutasterida se diagnosticaron más cánceres de próstata de grado 8-10 de Gleason (n = 12; 0,5 %) que en el grupo con placebo (n = 1; < 0,1 %) ($p = 0,0035$). No se dispone de datos sobre el efecto de dutasterida después de 4 años de tratamiento en varones con riesgo de cáncer de próstata. El porcentaje de pacientes diagnosticados con una puntuación Gleason de 8-10 fue coherente a lo largo de los puntos temporales del estudio (Años 1-2 y Años 3-4) en el grupo tratado con dutasterida (0,5 % en cada punto temporal), mientras que en el grupo con placebo, el porcentaje de pacientes con un diagnóstico de cáncer con una puntuación Gleason de 8-10 fue más bajo durante los Años 3-4 que en los años 1-2 (< 0,1 %, en comparación con el 0,5 %, respectivamente) (ver sección 4.4). No hubo ninguna diferencia en la incidencia de los cánceres con una puntuación de Gleason de 7-10 ($p = 0,81$).

El seguimiento adicional durante 2 años del ensayo REDUCE no identificó nuevos casos de cáncer de próstata Gleason 8-10.

En un estudio de HPB de 4 años de duración (CombAT), donde el protocolo no exigía ninguna biopsia y con una puntuación de Gleason de 8-10 fueron de (n = 8; 0,5 %) en el caso de dutasterida, (n = 11; 0,7 %) en el de tamsulosina y (n = 5; 0,3 %) en el del tratamiento combinado.

Cuatro estudios epidemiológicos poblacionales (dos de los cuales estaban basados en una población total de 174.895, uno en una población de 13.892, y otro en una población de 38.058 mostraron que el uso de inhibidores de la 5-alfa reductasa no se asociaba con la aparición de cancer de próstata de grado mayor, ni con cáncer de próstata, ni con una mortalidad mayor.

La relación existente entre dutasterida y el cáncer de próstata de grado elevado no está clara.

Efectos sobre la función sexual

Los efectos de la combinación dutasterida-tamsulosina a dosis fija sobre la función sexual fueron evaluados en un estudio doble ciego, controlado con placebo en hombres sexualmente activos con HBP (n=243 combinación dutasterida-tamsulosina, n=246 placebo). Se observó una reducción mayor (empeoramiento)

estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en la puntuación del Cuestionario de Salud Sexual para Hombres (MSHQ) a los 12 meses en el grupo de la combinación. La reducción se relacionó principalmente con un empeoramiento de los dominios de la eyaculación y de la satisfacción global más que en el dominio de la erección. Estos efectos no afectaron a la percepción de la combinación de los participantes del estudio, la cual fue calificada con un aumento estadísticamente significativo de la satisfacción a lo largo de 12 meses en comparación con placebo ($p < 0,05$). En este estudio, los eventos adversos sexuales tuvieron lugar durante los 12 meses de tratamiento y aproximadamente la mitad de estos se resolvieron en los 6 meses posteriores al tratamiento.

Se sabe que la combinación dutasterida-tamsulosina y dutasterida en monoterapia causan efectos adversos de la función sexual (ver sección 4.8).

Como se observa en otros estudios clínicos, incluyendo CombAt y REDUCE, la incidencia de eventos adversos relacionados con la función sexual disminuye a lo largo del tratamiento continuado.

5.2. Propiedades farmacocinéticas

Absorción

Tras la administración oral de una dosis única de 0,5 mg de dutasterida, el tiempo transcurrido hasta alcanzar las concentraciones séricas máximas de dutasterida es de 1-3 horas. La biodisponibilidad absoluta es del 60%. La biodisponibilidad de dutasterida no se ve afectada por su administración conjunta con los alimentos.

Distribución

Dutasterida tiene un gran volumen de distribución (300-500 l) y se une con gran afinidad a las proteínas plasmáticas (> 99,5 %). Tras administrar la dosis diaria, las concentraciones séricas de dutasterida alcanzan el 65 % de la concentración en el estado de equilibrio después de 1 mes y aproximadamente el 90 % después de 3 meses.

Las concentraciones séricas en el estado de equilibrio (C_{ss}) de unos 40 ng/ml se consiguen después de 6 meses con una pauta posológica de 0,5 mg una vez al día. El promedio de partición de dutasterida de suero a semen fue de 11,5 % de media.

Biotransformación

Dutasterida se metaboliza ampliamente *in vivo*. *In vitro*, dutasterida es metabolizada por la CYP3A4 y CYP3A5 del citocromo P450 a tres metabolitos monohidroxilados y un metabolito dihidroxilado.

Tras la administración por vía oral de 0,5 mg/día de dutasterida hasta alcanzar el estado de equilibrio, del 1,0 % al 15,4 % (media de 5,4 %) de la dosis administrada se excreta en forma de dutasterida sin modificar en las heces. El resto se excreta en las heces en forma de los 4 metabolitos principales, que contienen cada uno el 39 %, 21 %, 7 % y 7 % del material relacionado con el fármaco y 6 metabolitos secundarios (que contienen menos del 5 % cada uno). En la orina humana solo se detectan trazas de dutasterida sin modificar (menos del 0,1 % de la dosis).

Eliminación

La eliminación de dutasterida es dependiente de la dosis, y el proceso parece realizarse por dos vías de eliminación paralelas, una saturable en las concentraciones clínicamente importantes y otra que no es saturable.

Con concentraciones séricas bajas (menos de 3 ng/ml), dutasterida se elimina rápidamente por las vías de eliminación que dependen de la concentración y por las que no dependen de ella. Las dosis únicas de 5 mg o inferiores mostraron un aclaramiento rápido y una semivida breve de 3-9 días.

Con las concentraciones terapéuticas, tras la administración repetida de 0,5 mg/día, la vía de eliminación más lenta y lineal es la dominante y la semivida es de unas 3-5 semanas.

Pacientes de edad avanzada

La farmacocinética de dutasterida se evaluó en 36 varones sanos con edades comprendidas entre 24 y 87 años tras la administración de una dosis única de 5 mg de dutasterida. No se observó ninguna influencia significativa de la edad sobre la exposición a dutasterida, pero la semivida fue más breve en los varones menores de 50 años. La semivida no difirió desde el punto de vista estadístico cuando se comparó el grupo de 50-69 años con el grupo de mayores de 70 años.

Insuficiencia renal

No se ha estudiado el efecto de la insuficiencia renal en la farmacocinética de dutasterida. No obstante, en la orina humana se recupera menos del 0,1 % de una dosis de 0,5 mg en el estado de equilibrio de dutasterida, por lo que no se prevé ningún aumento clínicamente significativo de las concentraciones plasmáticas de dutasterida en los pacientes con insuficiencia renal (ver sección 4.2).

Insuficiencia hepática

No se ha estudiado el efecto de la insuficiencia hepática en la farmacocinética de dutasterida (ver sección 4.3). Como dutasterida se elimina principalmente a través de la vía metabólica, se espera que las concentraciones plasmáticas de dutasterida sean elevadas en esta población de pacientes y la semivida de dutasterida se prolongue (ver secciones 4.2 y 4.4).

5.3. Datos preclínicos sobre seguridad

Los estudios actuales de toxicidad general, genotoxicidad y carcinogenicidad no mostraron ningún riesgo particular para humanos.

Los estudios de toxicidad en la reproducción en ratas macho han mostrado una disminución del peso de la próstata y de las vesículas seminales, una disminución de la secreción de las glándulas genitales accesorias y una reducción de los índices de fertilidad (provocadas por el efecto farmacológico de dutasterida). Se desconoce la importancia clínica de estos resultados.

Como ocurre con otros inhibidores de la 5 alfa-reductasa, se ha observado feminización de los fetos macho en ratas y conejos cuando se administró dutasterida durante la gestación. Se ha detectado dutasterida en sangre de ratas hembra después de la cópula con machos tratados con dutasterida. Cuando se administró dutasterida a primates durante la gestación, no se observó feminización de los fetos macho durante exposiciones a niveles en sangre suficientemente superiores a los niveles esperados en semen humano. Es poco probable que los fetos macho se vean negativamente afectados por una transferencia seminal de dutasterida.

6 . DATOS FARMACÉUTICOS

6.1. Lista de excipientes

Contenido de la cápsula:

Butilhidroxitolueno (E-321)

Monoglicéridos y diglicéridos de los ácidos caprílico/cáprico

Cubierta de la cápsula:

Gelatina, glicerol
Dióxido de titanio (E-171)
Óxido de hierro amarillo (E-172)

Tinta de impresión:

Rojo allura AC laca (E-129).
Propilenglicol (E-1520)
Hipromelosa (E-464)
Dióxido de titanio (E-171)

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.

6.5. Naturaleza y contenido del envase

Blíster de PVC/PVDC/aluminio blanco y opaco, que contiene 10 cápsulas blandas de gelatina, envasado en cajas con 10, 30, 50, 60 y 90 cápsulas.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

Dutasterida se absorbe a través de la piel, por lo que se debe evitar el contacto con las cápsulas que estén rotas. Si se produce el contacto con cápsulas rotas, la zona afectada debe lavarse inmediatamente con agua y jabón (ver sección 4.4).

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

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Cipla Europe NV
De Keyserlei, 58-60, Box-19, 2818
Amberes
Bélgica

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

79628

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

Marzo 2015

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

Mayo 2018

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/>”