

# BITERA® ACETATO DE ABIRATERONA 250 mg Comprimidos

**COMPOSICIÓN**  
Cada comprimido de BITERA® contiene: Acetato de Abiraterona 250 mg. Excipientes: Lactosa Monohidrato, Celulosa Microcristalina, Croscarmelosa Sódica, Povidona PVP K30, Lauril Sulfato Sódico, Dióxido de Silicio Coloidal, Estearato de Magnesio.

**ACCIÓN TERAPÉUTICA**  
Inhibición de la síntesis de andrógenos.  
Clasificación ATC: L02BX03

**INDICACIONES**  
BITERA® está indicado, asociado con Prednisona o Prednisolona para:  
• El tratamiento de pacientes con Cáncer de Próstata metastásico resistente a la castración que son asintomáticos o levemente sintomáticos tras el fracaso del tratamiento de la terapia de privación de andrógenos en los cuales la quimioterapia no está aún clínicamente indicada.  
• El tratamiento de pacientes con Cáncer de Próstata metastásico resistente a la castración cuya enfermedad ha progresado durante o tras un régimen de quimioterapia basado en Docetaxel.  
• El tratamiento de pacientes con Cáncer de Próstata metastásico de alto riesgo sensible a la castración.

## ACCIÓN FARMACOLÓGICA

### Mecanismo de acción

Acetato de Abiraterona se convierte *in vivo* en Abiraterona, un inhibidor de la biosíntesis de andrógenos, que inhibe selectivamente la 17 $\alpha$ -hidroxilasa/C17, 20-liasa (CYP17). Esta enzima se expresa en los tejidos tumorales testiculares, suprarrenales y de la próstata, y es necesaria para la biosíntesis de andrógenos.

La CYP17 cataliza dos reacciones secuenciales: 1) la conversión de pregnenolona y progesterona a sus derivados 17 $\alpha$ -hidroxil por la actividad de la 17 $\alpha$ -hidroxilasa y 2) la posterior formación de dehidroepiandrosterona (DHEA) y androstenediona, respectivamente, por actividad de la C17, 20-liasa. La DHEA y androstenediona son andrógenos y precursores de la testosterona. La inhibición de la CYP17 por Abiraterona también puede resultar en una mayor producción de mineralocorticoides por las glándulas suprarrenales (ver **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**). El Carcinoma de Próstata sensible a andrógenos responde al tratamiento que disminuye los niveles de andrógenos. Las terapias de privación de andrógenos, tales como el tratamiento con agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) o la orquiectomía, disminuyen la producción de andrógenos en los testículos, pero no afectan la producción de andrógenos por las glándulas suprarrenales o en el tumor.

El tratamiento con Abiraterona disminuye la testosterona sérica hasta niveles indetectables cuando se administra conjuntamente con análogos de la LHRH u orquiectomía.

### Efectos farmacodinámicos

Abiraterona reduce la concentración sérica de testosterona y otros andrógenos hasta niveles inferiores a los logrados con solo análogos de la LHRH o con orquiectomía. Esto es consecuencia de la inhibición selectiva de la enzima CYP17 necesaria para la biosíntesis de andrógenos. El antígeno prostático específico (PSA) actúa como un biomarcador en pacientes con Cáncer de Próstata. En un estudio clínico Fase III con pacientes en los que había fracasado la quimioterapia previa con taxanos, el 38% de los pacientes tratados con Abiraterona, frente al 10% de los que recibieron placebo, registraron una reducción de al menos 50% respecto a los valores basales del PSA.

### Eficacia clínica y seguridad

La eficacia quedó demostrada en tres ensayos clínicos Fase III multicéntricos, aleatorizados y controlados con placebo, realizados en pacientes con Cáncer de Próstata metastásico. Un estudio incluyó a pacientes que no habían recibido Docetaxel; mientras que otro estudio incluyó pacientes que habían recibido previamente Docetaxel. Los pacientes estaban recibiendo un análogo de la LHRH o se habían sometido previamente a una orquiectomía. En el grupo de tratamiento activo se administró Abiraterona a dosis de 1000 mg al día en combinación con 5 mg dos veces al día de Prednisona o Prednisolona. Los pacientes de grupo control recibieron placebo y 5 mg dos veces al día de Prednisona o Prednisolona.

Los cambios en la concentración sérica de PSA de forma independiente, no siempre predicen un beneficio clínico. Por lo tanto, en ambos estudios se recomendó que los pacientes siguieran tomando los tratamientos en estudio hasta que se cumplieron los criterios de suspensión.

En ambos ensayos, el uso de espirolactona no estaba permitido ya que espirolactona se une al receptor androgénico y puede elevar los niveles de PSA.

### Estudio clínico en pacientes que no habían recibido quimioterapia

Este estudio incluyó a pacientes que no habían recibido quimioterapia, que eran asintomáticos o levemente asintomáticos y en los cuales la quimioterapia no estaba aún clínicamente indicada. Se consideró asintomático una puntuación de 0-1 en la escala de dolor BPI-SF (*Brief Pain Inventory-Short Form*) del peor dolor de las últimas 24 horas, y se consideró levemente sintomático una puntuación de 2-3.

La mediana de la edad de los pacientes incluidos era de 71 años en el grupo tratado con Abiraterona más Prednisona o Prednisolona y de 70 años en el grupo tratado con placebo más Prednisona o Prednisolona. El número de pacientes tratados con Abiraterona por grupo racial era de 520 de raza caucásica (95,4%), 15 de raza negra (2,8%), 4 asiáticos (0,7%) y 6 de otras razas (1,1%). El estado funcional ECOG era de 0 en el 76% de los pacientes y de 1 en el 24% de los pacientes de ambos grupos. El 50% de los pacientes tenían solo metástasis óseas, otro 31% de los pacientes presentaban metástasis óseas y de tejidos blandos o ganglios linfáticos y el 19% de los pacientes tenía únicamente metástasis de tejidos blandos o ganglios linfáticos. Se excluyó a los pacientes con metástasis viscerales.

Los objetivos primarios de eficacia fueron la supervivencia global (SG) o la supervivencia libre de progresión radiológica (SLPr). Además de los objetivos primarios, también se determinó el beneficio en base al tiempo hasta el uso de opiáceos para el dolor oncológico, el tiempo hasta el comienzo de quimioterapia citotóxica, el tiempo hasta el deterioro de la puntuación funcional ECOG en  $\geq 1$  y el tiempo hasta la progresión del PSA basado en los criterios del Prostate Cancer Working Group-2 (PCWG2). Los tratamientos en estudio se suspendieron cuando se produjo progresión clínica inequívoca, o también se podían suspender a criterio del investigador en el momento de progresión radiológica confirmada.

La supervivencia libre de progresión radiológica se evaluó mediante el uso de estudios de imagen secuenciales, definida por los criterios PCWG2 (para las lesiones óseas) y los Criterios de Evaluación de la Repuesta en Tumores Sólidos (RECIST), modificados (para las lesiones de tejidos blandos). El análisis de la SLPr se realizó mediante revisión centralizada de la determinación de progresión radiológica.

En el momento de análisis previsto de la SLPr había 401 eventos, 150 (28%) de los pacientes tratados con Abiraterona y 251 (46%) de los tratados con placebo mostraban evidencia radiológica de progresión o habían fallecido. Se observó una diferencia significativa en la SLPr entre los grupos de tratamiento.

**Tabla 1: Supervivencia libre de progresión radiológica de los pacientes tratados con Abiraterona o placebo en combinación con Prednisona o Prednisolona más análogos de la LHRH u orquiectomía previa**

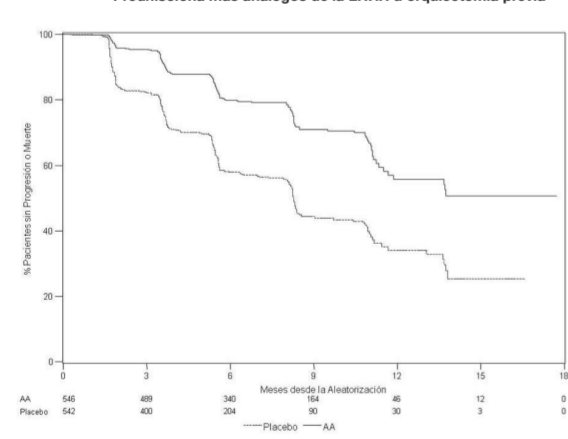
	Abiraterona (N=546)	Placebo (N=542)
<b>Supervivencia libre de progresión radiológica (SLPr)</b>		
Progresión o muerte	150 (28%)	251 (46%)
Mediana de SLPr en meses	No alcanzada	8,3
(IC 95%)	(11,66; NE)	(8,12- 8,54)
Valor p*	< 0,0001	
Hazard ratio** (IC 95%)	0,425 (0,347- 0,522)	

NE = No Estimado

\* El valor p se deriva de una prueba de rangos logarítmicos estratificada de acuerdo a la puntuación ECOG basal (0 o 1)

\*\* Un hazard ratio <1 favorece a Abiraterona

**Figura 1: Curvas de Kaplan Meier de la supervivencia libre de progresión radiológica en los pacientes tratados con Abiraterona o placebo en combinación con Prednisona o Prednisolona más análogos de la LHRH u orquiectomía previa**



AA = Abiraterona

No obstante, se continuó con la recolección de datos de los sujetos hasta la fecha del segundo análisis intermedio de la SG. En la **Tabla 2** y **Figura 2** se presenta la revisión radiológica de la SLPr realizada por el investigador como un análisis de la sensibilidad del seguimiento.

Seiscientos siete (607) sujetos mostraban progresión radiológica o habían fallecido: 271 (50%) en el grupo Abiraterona y 336 (62%) en el grupo placebo. El tratamiento con Abiraterona disminuyó el riesgo de progresión radiológica o de muerte en un 47% en comparación con el placebo (HR=0,530; IC 95%: 0,451- 0,623; p< 0,0001). La mediana de la SLPr fue de 16,5 meses en el grupo de Abiraterona y de 8,3 meses en el grupo placebo.

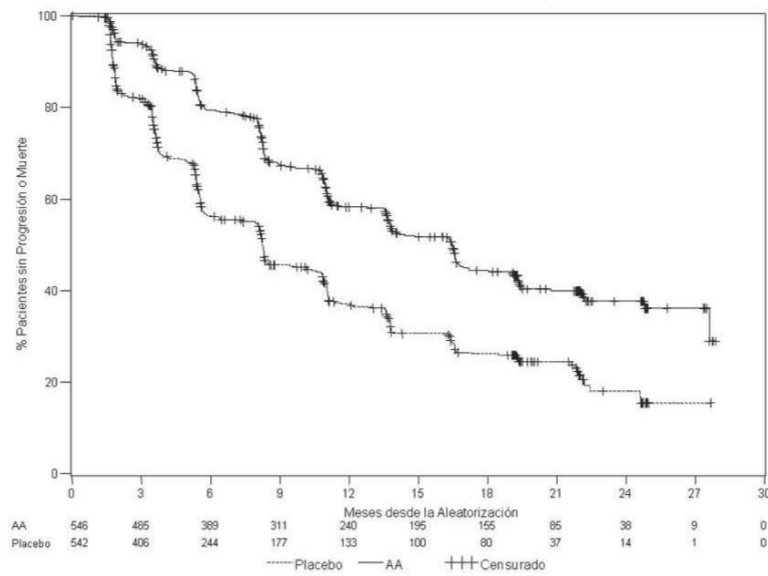
**Tabla 2: Supervivencia libre de progresión radiológica de pacientes tratados con Abiraterona o placebo en combinación con Prednisona o Prednisolona más análogos de la LHRH u orquiectomía previa (En el segundo análisis intermedio de la SG-revisión del investigador)**

	Abiraterona (N=546)	Placebo (N=542)
<b>Supervivencia libre de progresión radiológica (SLPr)</b>		
Progresión o muerte	271 (50%)	336 (62%)
Mediana de SLPr en meses	16,5	8,3
(IC 95%)	(13,80- 16,79)	(8,05- 9,43)
Valor p*	< 0,0001	
Hazard ratio** (IC 95%)	0,530 (0,451- 0,623)	

\* El valor p se deriva de una prueba de rangos logarítmicos estratificada de acuerdo a la puntuación ECOG basal (0 o 1)

\*\* Un hazard ratio < 1 favorece a Abiraterona

**Figura 2: Curvas de Kaplan Meier de la supervivencia libre de progresión radiológica en los pacientes tratados con Abiraterona o placebo en combinación con Prednisona o Prednisolona más análogos de la LHRH u orquiectomía previa (En el segundo análisis intermedio de la SG -revisión del investigador)**



AA = Abiraterona

Se llevó a cabo el análisis planeado de la SG tras observarse 333 muertes. Se procedió a la apertura del estudio debido a la magnitud del beneficio clínico observado. El 27% (147 de 546) de los pacientes tratados con Abiraterona habían fallecido, en comparación con el 34% (186 de 542) de los tratados con placebo. La SG fue más prolongada con Abiraterona que con el placebo, con una reducción del 25% en el riesgo de muerte (HR=0,752; IC 95%: 0,606- 0,934). El valor p fue de 0,0097 y no cumplió el valor prespecificado para la significación estadística. Después de este AI se continuó realizando seguimiento de la supervivencia.

Se llevó a cabo el análisis final planeado de la SG tras observarse 741 muertes (mediana de seguimiento de 49 meses). El 65% (354 de 546) de los pacientes tratados con Acetato de Abiraterona, en comparación con el 71% (387 de 542) de los pacientes tratados con placebo, habían fallecido. Se demostró un beneficio estadísticamente significativo en la SG a favor del grupo tratado con Acetato de Abiraterona con una reducción del riesgo de muerte del 19,4% (HR=0,806; IC 95%: 0,697- 0,931, p=0,0033) y una mejora en la mediana de la SG de 4,4 meses (Acetato de Abiraterona 34,7 meses, placebo 30,3 meses). Esta mejora se demostró a pesar de que el 44% de los pacientes en el grupo placebo recibieron Acetato de Abiraterona como terapia posterior.

**Tabla 3: Supervivencia global de los pacientes tratados con Abiraterona o placebo en combinación con Prednisona o Prednisolona más análogos de la LHRH u orquiectomía previa.**

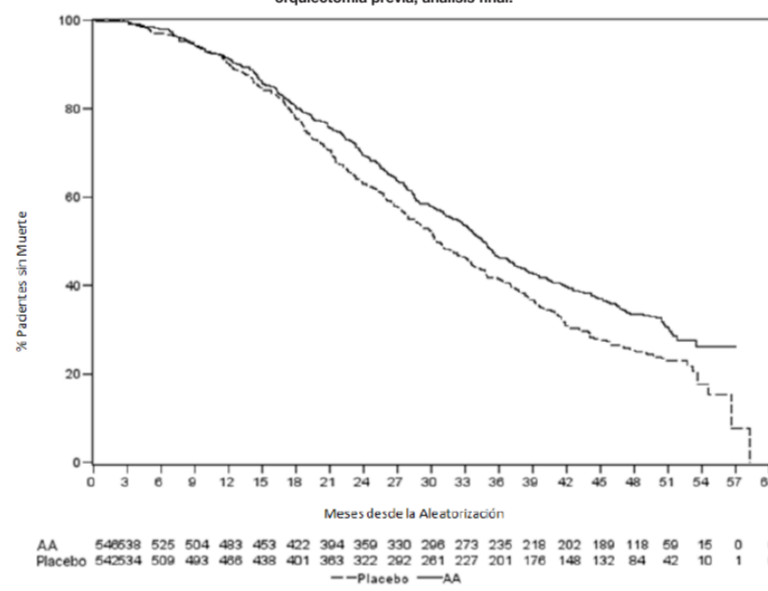
	Abiraterona (N=546)	Placebo (N=542)
<b>Análisis intermedio de la supervivencia</b>		
Muerte (%)	147 (27%)	186 (34%)
Mediana de la supervivencia (meses)	No alcanzada	27,2
(IC 95%)	(NE; NE)	(25,95; NE)
Valor p*	0,0097	
Hazard ratio** (IC 95%)	0,752 (0,606- 0,934)	
<b>Análisis final de la supervivencia</b>		
Muerte (%)	354 (65%)	387 (71%)
Mediana de la supervivencia global en meses (IC 95%)	34,7 (32,7- 36,8)	30,3 (28,7- 33,3)
Valor p*	0,0033	
Hazard ratio** (IC 95%)	0,806 (0,697- 0,931)	

NE=No Estimado

\* El valor p se deriva de una prueba de rangos logarítmicos estratificada de acuerdo a la puntuación ECOG basal (0 o 1)

\*\* Un hazard ratio < 1 favorece a Abiraterona

**Figura 3: Curvas de Kaplan Meier de los pacientes tratados con Abiraterona o placebo en combinación con prednisona o prednisolona más análogos de la LHRH u orquiectomía previa, análisis final.**



AA = Abiraterona

Además de las mejoras observadas en SG y SLPr, se demostró un beneficio con el tratamiento con Abiraterona frente a placebo en todos los objetivos secundarios, como se muestra a continuación.

**Tiempo hasta la progresión del PSA basado en los criterios PCWG2:** La mediana del tiempo hasta la progresión del PSA fue de 11,1 meses en los pacientes tratados con Abiraterona y de 5,6 meses en los tratados con placebo (HR=0,488, IC 95%: 0,420- 0,568, p<0,0001). El tiempo hasta la progresión del PSA fue de aproximadamente el doble con el tratamiento con Abiraterona (HR=0,488). La proporción de sujetos con una respuesta confirmada del PSA fue mayor en el grupo de Abiraterona que en el grupo placebo (62% frente al 24%; p<0,0001). En los sujetos con enfermedad en tejidos blandos medible, se observaron cifras significativamente mayores de respuestas tumorales completas y parciales con el tratamiento con Abiraterona.

**Tiempo hasta el uso de opiáceos para el dolor oncológico:** La mediana del tiempo hasta el uso de opiáceos para el dolor asociado al Cáncer de Próstata en el momento del análisis final fue de 33,4 meses en los pacientes tratados con Acetato de Abiraterona y fue de 23,4 meses en los que recibieron placebo (HR=0,721; IC 95%: 0,614- 0,846, p<0,0001).

**Tiempo hasta el comienzo de quimioterapia citotóxica:** La mediana del tiempo hasta el comienzo de quimioterapia citotóxica fue de 25,2 meses en los pacientes tratados con Abiraterona y de 16,8 meses en los tratados con placebo (HR=0,580; IC 95%: 0,487- 0,691, p<0,0001).

**Tiempo hasta el deterioro de la valoración funcional del ECOG en  $\geq 1$  punto:** La mediana del tiempo hasta el deterioro de la valoración funcional del ECOG en  $\geq 1$  punto fue de 12,3 meses en los pacientes tratados con Abiraterona y de 10,9 meses en los que recibieron placebo (HR=0,821; IC 95%: 0,714- 0,943, p = 0,0053).

Los siguientes criterios de valoración demostraron una superioridad estadísticamente significativa a favor del tratamiento con Abiraterona.

**Respuesta Objetiva:** La respuesta objetiva se definió como la proporción de sujetos con enfermedad medible que logran una respuesta completa o parcial según los criterios RECIST (el tamaño basal de los ganglios linfáticos debía ser  $\geq 2$  cm para que se considerara una lesión diana). La proporción de sujetos con enfermedad medible basal que lograron una respuesta objetiva fue del 36% en el grupo de Abiraterona y del 16% en el grupo placebo (p < 0,0001).

**Dolor:** El tratamiento con Abiraterona redujo significativamente el riesgo de progresión de la intensidad media del dolor en un 18% en comparación con el placebo (p=0,0490). La mediana del tiempo hasta la progresión fue de 26,7 meses en el grupo de Abiraterona y de 18,4 meses en el grupo placebo.

**Tiempo hasta el empeoramiento de la escala FACT-P (Puntuación Total):** El tratamiento con Abiraterona disminuyó el riesgo de empeoramiento de la FACT-P (Puntuación Total) en un 22% en comparación con el placebo (p=0,0028). La mediana del tiempo hasta el empeoramiento de la FACT-P (Puntuación Total) fue de 12,7 meses en el grupo de Abiraterona y de 8,3 meses en el grupo placebo.

### Estudio clínico en pacientes que habían recibido quimioterapia previa

En el estudio participaron pacientes que habían recibido Docetaxel previamente. No fue necesario que los pacientes mostraran progresión de la enfermedad durante el tratamiento con Docetaxel, ya que la toxicidad debida a esta quimioterapia podría haber conducido a la suspensión del tratamiento. Se mantuvo a los pacientes con los tratamientos en estudio hasta la progresión del PSA (aumento confirmado del 25% con respecto al valor basal/mínimo del paciente) conjuntamente con progresión radiológica y progresión sintomática o clínica según definición del protocolo.

En este ensayo se excluyó a los pacientes que ya habían recibido tratamiento previo con Ketoconazol para el Cáncer de Próstata. La variable principal de eficacia fue la SG. La mediana de edad de los pacientes seleccionados fue de 69 años (intervalo de 39-95). El número de pacientes tratados con Abiraterona por distribución de raza fue 737 caucásicos (93,2%), 28 de raza negra (3,5%), 11 asiáticos (1,4%) y 14 de otras razas (1,8%). El 11% de los pacientes seleccionados obtuvieron una valoración del estado funcional del ECOG de 2; el 70% presentaron signos radiológicos de progresión de la enfermedad con o sin progresión del PSA; el 70% habían recibido una quimioterapia citotóxica previa y 30% habían recibido dos. El 11% de los pacientes tratados con Abiraterona presentaban metástasis hepáticas.

En un análisis previo realizado después de observar 552 fallecimientos, el 42% (533 de 797) de los pacientes tratados con Abiraterona, en comparación con el 55% (219 de 398) de los pacientes tratados con placebo, habían fallecido. En los pacientes tratados con Abiraterona se observó una mejora estadísticamente significativa de la mediana de la supervivencia global (ver **Tabla 4**).

**Tabla 4: Supervivencia global de los pacientes tratados con Abiraterona o placebo en combinación con Prednisona o Prednisolona más análogos de la LHRH u orquiectomía previa.**

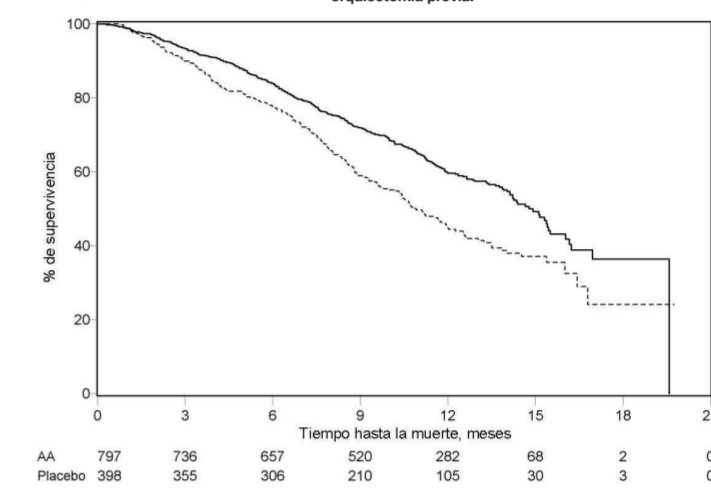
	Abiraterona (N=797)	Placebo (N=398)
<b>Análisis Principal de la Supervivencia</b>		
Muerte (%)	333 (42%)	219 (55%)
Mediana de la supervivencia (meses)	14,8 (14,1- 15,4)	10,9 (10,2- 12,0)
(IC 95%)		
Valor p*	< 0,0001	
Hazard ratio (IC 95%) <sup>2</sup>	0,646 (0,543- 0,768)	
<b>Análisis Actualizado de la supervivencia</b>		
Muerte (%)	501 (63%)	274 (69%)
Mediana de la supervivencia (meses)	15,8 (14,8- 17,0)	11,2 (10,4- 13,1)
(IC 95%)		
Hazard ratio (IC 95%) <sup>2</sup>	0,740 (0,638- 0,859)	

<sup>1</sup> El valor-p se deriva de una prueba de rangos logarítmicos estratificada según el índice del estado funcional ECOG (0-1 vs 2), la valoración del dolor (ausente vs presente), el número de esquemas previos de quimioterapia (1 vs 2) y el tipo de progresión de la enfermedad (PSA solo vs radiológica).

<sup>2</sup> El hazard ratio se deriva de un modelo proporcional estratificado de riesgos. Hazard ratio < 1 favorece a Abiraterona.

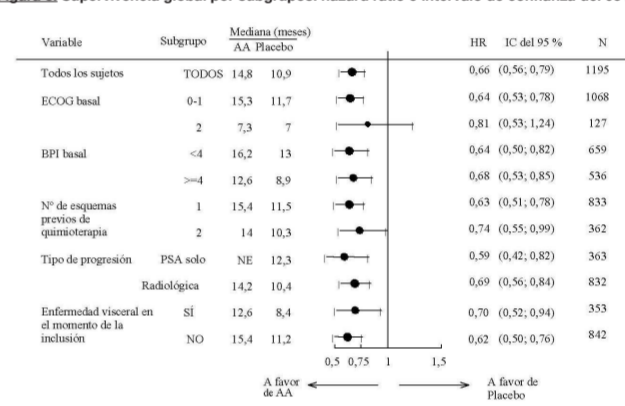
En todos los puntos temporales evaluados después de los primeros meses de tratamiento, una mayor proporción de los pacientes tratados con Abiraterona seguían vivos, en comparación con los pacientes que recibieron placebo (ver **Figura 4**).

**Figura 4: Curvas de supervivencia de Kaplan Meier de los pacientes tratados con Abiraterona o placebo en combinación con Prednisona o Prednisolona más análogos de la LHRH u orquiectomía previa.**



Los análisis de supervivencia por subgrupos revelaron un efecto beneficioso constante en la supervivencia con el tratamiento con Abiraterona (ver **Figura 5**).

**Figura 5: Supervivencia global por subgrupos: hazard ratio e intervalo de confianza del 95%**



AA = Abiraterona; BPI = Cuestionario de dolor abreviado; IC = Intervalo de Confianza; ECOG = Valoración del estado funcional del *Eastern Cooperative Oncology Group*; HR= hazard ratio; NE = no evaluable.

Además de la mejoría observada en la SG, todos los criterios de valoración secundarios del estudio favorecieron a Abiraterona y fueron estadísticamente significativos después de realizar los ajustes necesarios para los distintos análisis tal y como se describe a continuación:

Los pacientes tratados con Abiraterona obtuvieron una tasa de respuesta del PSA total significativamente mayor (definida como una reducción  $\geq 50\%$  con respecto al valor basal), en comparación con los que recibieron placebo, 38% frente al 10%, p < 0,0001.

La mediana del tiempo hasta la progresión del PSA fue de 10,2 meses en los pacientes tratados con Abiraterona y de 6,6 meses en los pacientes tratados con placebo (HR = 0,580; IC 95%: 0,462- 0,728, p< 0,0001).

La mediana de la supervivencia libre de progresión radiológica fue de 5,6 meses en los pacientes tratados con Abiraterona y de 3,6 meses en los pacientes que recibieron placebo (HR= 0,673; IC 95%: 0,585- 0,776, p < 0,0001).

**Estudio clínico en pacientes con Cáncer de Próstata metastásico de alto riesgo sensible a la castración**  
En este estudio, 1193 pacientes con Cáncer de Próstata metastásico de alto riesgo sensible a la castración fueron aleatorizados 1:1 para recibir Abiraterona por vía oral a una dosis de 1.000 mg una vez al día con 5 mg de prednisona una vez al día (N=597) o placebos por vía oral una vez al día (N=602). La enfermedad de alto riesgo fue definida con la presencia de al menos dos de los siguientes tres factores de riesgo al inicio: una puntuación total de Gleason  $\geq 8$ , presencia de  $\geq 3$  lesiones en gammagrafía ósea, y evidencia de metástasis visceral medible. Los pacientes con disfunción cardíaca, adrenal o hepática significativa fueron excluidos. Los pacientes continuaron el tratamiento hasta progresión de la enfermedad clínica o radiográfica, toxicidad inaceptable, retiro del estudio o muerte. La progresión clínica fue definida como la necesidad de quimioterapia citotóxica, radioterapia o intervención quirúrgica para el cáncer, dolor que requiere opiáceos crónicos o disminución del estado de funcionamiento del ECOG  $\geq 3$ .

La demografía de los pacientes se equilibró entre los grupos de tratamiento. La edad promedio fue 67 años. La distribución racial de los pacientes tratados con Abiraterona fue 69% caucásica, 2,5% raza negra, 21% asiática y 8,1% otra. El estado funcional del ECOG fue 0 para 55%, 1 para 42% y 2 para 3,5% de los pacientes. La evaluación basal del dolor fue de 0-1 (asintomática) en 50% de los pacientes, 2-3 (levemente asintomática) en 23% de los pacientes, y  $\geq 4$  en 28% de los pacientes según BPI-SF (peor dolor en las últimas 24 horas).

El resultado principal de eficacia fue la SG (SG). El análisis intermedio prespecificado se realizó después de 406 muertes y mostró una mejoría estadísticamente significativa en la SG en pacientes tratados con Abiraterona y prednisona en comparación con pacientes tratados con placebo (ver **Tabla 5** y **Figura 6**). El 21% de los pacientes del grupo de Abiraterona y 41% de los pacientes del grupo de placebo recibieron tratamientos posteriores que pueden haber prolongado la SG en pacientes con Cáncer de Próstata metastásico resistente a la castración, incluyendo quimioterapia citotóxica, acetato de abiraterona, enzalutamina y radioterapia sistémica.

**Tabla 5: Sobrevida Global de pacientes tratados con Abiraterona en combinación con prednisona o placebo (Población por intención de tratar)**

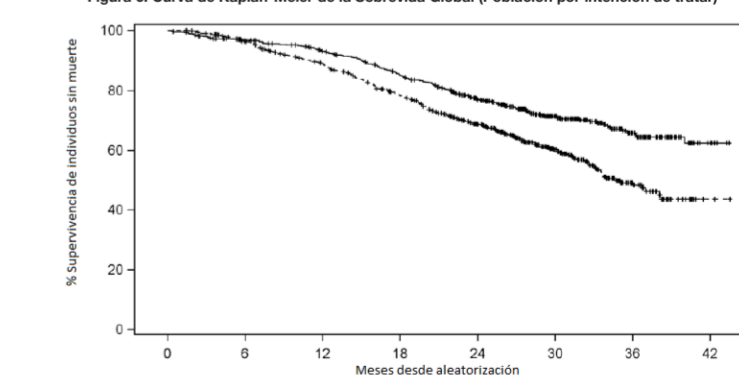
Sobrevida Global	Abiraterona con prednisona (N=597)	Placebo (N=602)
Muertes	169 (28%)	237 (39%)
Sobrevida Media (meses) (IC 95%)	NE	34,7 (33,1, NE)
Valor-p <sup>1</sup>	< 0,0001	
Hazard ratio (IC 95%) <sup>2</sup>	0,621 (0,509- 0,756)	

NE= No estimado

<sup>1</sup> El valor-p se obtiene de una prueba de rangos logarítmicos estratificada según la puntuación del estado funcional ECOG (0/1 o 2) y de la afectación visceral (ausente o presente)

<sup>2</sup> El hazard ratio se obtiene de un modelo proporcional estratificado de riesgos. Hazard ratio < 1 favorece a Abiraterona con prednisona.

**Figura 6: Curva de Kaplan-Meier de la Sobrevida Global (Población por intención de tratar)**



El resultado principal de la eficacia fue respaldado por un retraso estadísticamente significativo en el tiempo hasta el inicio de la quimioterapia para los pacientes en el grupo de Abiraterona en comparación con aquellos en el grupo de placebo. La mediana del tiempo hasta el inicio de la quimioterapia no se alcanzó en los pacientes tratados con Abiraterona en combinación con prednisona y fue de 38,9 meses en los pacientes que recibieron placebos (HR= 0,44; IC 95%: 0,35-0,56, p<0,0001).

**Dolor**  
La proporción de pacientes con alivio del dolor fue significativamente mayor en el grupo de Abiraterona que en el grupo de placebo (44% frente al 27%; p=0,0002). La respuesta de alivio del dolor se definió como una reducción de al menos un 30% con respecto al valor basal de la puntuación BPI-SF de la intensidad del peor dolor experimentado en las últimas 24 horas, sin un aumento de la puntuación del uso de analgésicos observado en dos evaluaciones consec

pacientes tratados con placebo al cabo de 6 meses (22% frente al 28 %) ,12 meses (30% frente al 38%) y 18 meses (35% frente al 46%). La progresión del dolor se definió como un aumento con respecto al valor basal  $\geq$  30% en la puntuación BPI-SF de la intensidad del peor dolor experimentado en las últimas 24 horas así una disminución de la puntuación de uso de analgésicos observado en dos visitas consecutivas, o un aumento  $\geq$  30% en la puntuación del uso de analgésicos observado en dos visitas consecutivas. El tiempo hasta la progresión del dolor en el percentil 25 fue de 7,4 meses en el grupo de Abiraterona y de 4,7 meses en el grupo placebo.

#### Eventos relacionados con el esqueleto

Un menor porcentaje de pacientes del grupo de Abiraterona presentaron eventos relacionados con el esqueleto en comparación con el grupo placebo a los 6 meses (18% frente al 28%), 12 meses (30% frente al 40%) y 18 meses (35% frente al 40%). El tiempo transcurrido hasta el primer evento relacionado con el esqueleto en el percentil 25 fue el doble en el grupo de Abiraterona que en el grupo control, con 9,9 meses frente a 4,9 meses. Un evento relacionado con el esqueleto se definió como una fractura patológica, compresión medular, radioterapia paliativa ósea o cirugía ósea.

#### FARMACOCINÉTICA

Tras la administración de acetato de Abiraterona, se ha estudiado la farmacocinética de Abiraterona y del acetato de Abiraterona en sujetos sanos, pacientes con Cáncer de Próstata avanzado metastásico y sujetos sin cáncer con insuficiencia hepática o renal. El acetato de Abiraterona se convierte rápidamente *in vivo* a Abiraterona, un inhibidor de la biosíntesis de andrógenos (ver **ACCIÓN FARMACOLÓGICA**).

#### Absorción

Tras la administración oral de acetato de Abiraterona en ayunas, se tarda aproximadamente 2 horas en alcanzar la concentración plasmática máxima de Abiraterona.

La administración de acetato de Abiraterona con alimentos, en comparación con la administración en ayunas, aumenta hasta en 10 veces (AUC) y hasta en 17 veces ( $C_{max}$ ) la exposición sistémica media de Abiraterona, dependiendo del contenido graso de la comida. Si se considera la variación normal en el contenido y la composición de las comidas, la administración de Abiraterona con las comidas puede dar lugar a exposiciones muy variables. Por lo tanto, Abiraterona no se debe tomar con alimentos. Se debe tomar en ayunas, 30 minutos después de las comidas y no se debe ingerir ningún alimento por lo menos hasta una hora después de su administración. Los comprimidos se deben tragar enteros con agua (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN**).

#### Distribución

La unión a proteínas plasmáticas de  $^{14}C$ -abiraterona en el plasma humano es del 99,8%. El volumen aparente de distribución es de aproximadamente 5630 L, lo que indica que Abiraterona se distribuye ampliamente a los tejidos periféricos.

#### Biotransformación

Tras la administración oral de acetato de  $^{14}C$ -abiraterona, el acetato de Abiraterona se hidroliza a Abiraterona, que experimenta un metabolismo que incluye sulfatación, hidroxilación y oxidación principalmente en el hígado. La mayor parte de la radiactividad circulante (aproximadamente el 92%) se encuentra en forma de metabolitos de Abiraterona. De los 15 metabolitos detectables, los dos metabolitos principales son el sulfato de Abiraterona y el N-óxido de sulfato de Abiraterona que representan cada uno de ellos aproximadamente el 43% de la radiactividad total.

#### Eliminación

La semivida media de Abiraterona en el plasma es de aproximadamente 15 horas, según los datos obtenidos en sujetos sanos. Tras la administración oral de 1.000 mg de acetato de  $^{14}C$ -abiraterona, aproximadamente el 88% de la dosis radiactiva se recupera en las heces y el 5% aproximadamente en la orina. Los principales compuestos presentes en las heces son acetato de Abiraterona inalterado y Abiraterona (aproximadamente el 55% y el 22% de la dosis administrada, respectivamente).

#### Farmacocinética poblacional

##### Pacientes con insuficiencia hepática

La farmacocinética del acetato de Abiraterona se ha evaluado en pacientes con insuficiencia hepática preexistente leve o moderada (Clases A y B de Child-Pugh, respectivamente) y en sujetos sanos control. La exposición sistémica a Abiraterona después de una dosis oral única de 1.000 mg aumentó en aproximadamente un 11% y un 260% en pacientes con insuficiencia hepática preexistente leve y moderada, respectivamente. La semivida media de Abiraterona se prolonga a aproximadamente 18 horas en pacientes con insuficiencia hepática leve y a aproximadamente 19 horas en pacientes con insuficiencia hepática moderada.

En otro ensayo, se evaluó la farmacocinética de Abiraterona en pacientes (n=8) con insuficiencia hepática preexistente grave (Clase C de Child-Pugh) y en 8 sujetos control sanos con función hepática normal. El AUC a la Abiraterona aumentó en aproximadamente un 600% y la fracción libre del medicamento aumentó en un 80% en los pacientes con insuficiencia hepática grave en comparación con los sujetos con función hepática normal.

No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática preexistente leve. Se debe evaluar con precaución el uso de Abiraterona en pacientes con insuficiencia hepática moderada en los cuales el beneficio debe superar claramente el posible riesgo (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN Y ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**). Abiraterona no se debe utilizar en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN, CONTRAINDICACIONES Y ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**).

En los pacientes que desarrollan hepatotoxicidad durante el tratamiento, es posible que haya que interrumpir el mismo y ajustar la dosis (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN Y ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**).

##### Pacientes con insuficiencia renal

Se comparó la farmacocinética del acetato de Abiraterona en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento estable con hemodilísis con sujetos control pareados que tenían una función renal normal. La exposición sistémica a Abiraterona después de una dosis oral única de 1.000 mg no aumentó en sujetos con enfermedad renal crónica en diálisis. La administración en pacientes con insuficiencia renal, incluso grave, no necesita una reducción de la dosis (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN**). Sin embargo, no hay experiencia clínica en pacientes con Cáncer de Próstata e insuficiencia renal grave. Se recomienda precaución en estos pacientes.

##### Datos preclínicos sobre seguridad

En todos los estudios de toxicidad en animales, las concentraciones de testosterona circulante se redujeron en forma significativa. Como resultado, se observó una reducción del peso de los órganos y cambios morfológicos y/o histopatológicos en los órganos reproductores, las glándulas suprarrenales, la hipófisis y las glándulas mamarías. Todos los cambios fueron total o parcialmente reversibles. Los cambios en los órganos reproductores y los órganos sensibles a los andrógenos son compatibles con la farmacología de Abiraterona. Todos los cambios hormonales relacionados con el tratamiento fueron reversibles o remitieron tras un período de recuperación de 4 semanas.

En estudios de fertilidad en ratas macho y hembra, el acetato de Abiraterona redujo la fertilidad, lo que fue totalmente reversible en 4 a 16 semanas después de la administración de Abiraterona a dosis repetidas, genotóxica y potencial carcinogénica. Acetato de Abiraterona no fue carcinógeno en un estudio de 6 meses en ratón transgénico (Tg.rasH2). En un estudio de carcinogénesis de 24 meses en rata, Acetato de Abiraterona aumentó la incidencia de neoplasias de célula intersticial de testículos. Este hallazgo se considera relacionado con la acción farmacológica de Abiraterona y específico de rata. Acetato de Abiraterona no fue carcinógeno en ratas hembras.

#### POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN

##### Posología

##### Cáncer de Próstata metastásico resistente a la castración

La dosis recomendada de **BITERA**<sup>®</sup> es 1000 mg (cuatro comprimidos de 250 mg) en una sola dosis diaria que no se debe tomar con alimentos (ver la información que aparece en el apartado **Forma de administración**). La toma de los comprimidos con alimentos aumenta la exposición sistémica a Abiraterona (ver **PRECAUCIONES - Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción y FARMACOCINÉTICA**). **BITERA**<sup>®</sup> se debe tomar en combinación con Prednisona o Prednisolona a dosis bajas. La dosis recomendada de Prednisona o Prednisolona es 10 mg al día. **Cáncer de Próstata metastásico de alto riesgo sensible a la castración** La dosis recomendada de **BITERA**<sup>®</sup> es 1000 mg (cuatro comprimidos de 250 mg) en una sola dosis diaria en combinación con 5 mg de Prednisona o Prednisolona a dosis bajas.

##### Instrucciones importantes de administración

Se debe mantener la castración médica con un análogo de la LHRH durante el tratamiento en los pacientes no sometidos a castración quirúrgica.

Se deben medir las concentraciones séricas de transaminasas antes de iniciar el tratamiento, cada dos semanas durante los tres primeros meses de la castración y posteriormente cada 4 meses. Una vez al mes se debe monitorizar la presión arterial, el potasio sérico y la retención de líquidos. Sin embargo, se debe monitorizar a los pacientes con un riesgo significativo de insuficiencia cardíaca congestiva cada 2 semanas durante los primeros tres meses de tratamiento y posteriormente una vez al mes (ver **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**).

En los pacientes con hipopotasemia preexistente o en aquellos que desarrollan hipopotasemia durante el tratamiento con **BITERA**<sup>®</sup>, se debe considerar mantener el nivel de potasio del paciente  $\geq$  4,0 mM.

En cuanto a los pacientes que presenten toxicidades de grado  $\geq$  3, incluyendo hipertensión, hipopotasemia, edema y otras toxicidades no relacionadas con los mineralocorticoides, se debe suspender el tratamiento y establecer un control médico apropiado. El tratamiento con **BITERA**<sup>®</sup> no se debe reanudar hasta que los síntomas de la toxicidad se hayan resuelto a grado 1 o a la situación basal.

##### Si se olvida una dosis diaria de BITERA<sup>®</sup>, Prednisona o Prednisolona, se debe reanudar el tratamiento al día siguiente con las dosis diarias habituales.

##### Hepatotoxicidad

En pacientes que desarrollan hepatotoxicidad durante el tratamiento con **BITERA**<sup>®</sup> (elevación de la alanina aminotransferasa [ALT] o elevación de la aspartato aminotransferasa [AST] más de 5 veces por encima del límite superior de los valores normales) se debe suspender el tratamiento inmediatamente (ver **ADVERTENCIAS**). Una vez que las pruebas de la función hepática vuelvan a los valores basales del paciente, el tratamiento podrá reanudarse con una dosis reducida de 500 mg (dos comprimidos) una vez al día. En los pacientes que reanuden el tratamiento, se debe monitorizar las transaminasas séricas como mínimo una vez cada dos semanas durante tres meses y, posteriormente, una vez al mes. Si la hepatotoxicidad reaparece con la dosis reducida de 500 mg al día, se debe interrumpir el tratamiento.

Si los pacientes desarrollan hepatotoxicidad grave (ALT o AST  $\geq$  20 x LSN) en cualquier momento durante el tratamiento, se debe suspender el mismo y no se debe reanudar en estos pacientes.

##### Poblaciones especiales

##### Insuficiencia hepática

No es necesario ajustar la dosis en los pacientes con insuficiencia hepática leve preexistente, Clase A de Child-Pugh. La insuficiencia hepática moderada (Clase B de Child-Pugh), ha mostrado que aumenta la exposición sistémica a Abiraterona aproximadamente cuatro veces después de una dosis única oral de 1000 mg de acetato de Abiraterona (ver **FARMACOCINÉTICA**). No hay datos clínicos de seguridad ni eficacia de dosis múltiples de acetato de Abiraterona administrados a pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh Clase B o C). No se pueden predecir ajustes de dosis de acetato de Abiraterona en pacientes con insuficiencia hepática moderada, en los cuales el beneficio debe superar claramente el posible riesgo (ver **FARMACOCINÉTICA, BITERA**<sup>®</sup> no se debe utilizar en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver **CONTRAINDICACIONES, ADVERTENCIAS Y FARMACOCINÉTICA**).

##### Insuficiencia renal

No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal (ver **FARMACOCINÉTICA**). Sin embargo, no existe experiencia clínica en pacientes con Cáncer de Próstata e insuficiencia renal grave, por lo que se recomienda precaución en estos pacientes.

##### Población pediátrica

El uso de Acetato de Abiraterona en la población pediátrica no es relevante.

##### Forma de administración

**BITERA**<sup>®</sup> se debe tomar por lo menos dos horas después de las comidas y no ingerir ningún alimento hasta por lo menos una hora después. Los comprimidos se deben tragar enteros con agua.

#### CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.

- Mujeres embarazadas o que puedan estarlo (ver **Fertilidad, embarazo y lactancia**).

- Insuficiencia hepática grave, Clase C de Child-Pugh (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN, ADVERTENCIAS Y FARMACOCINÉTICA**).

- Abiraterona con prednisona o prednisolona está contraindicada en combinación con Ra-223.

#### ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

**Hipertensión, hipción de líquidos e insuficiencia cardíaca por exceso de mineralocorticoides** Abiraterona puede causar hipertensión, hipopotasemia y retención de líquidos (ver **REACCIONES ADVERSAS**) como consecuencia del aumento de las concentraciones de mineralocorticoides resultantes de la inhibición del CYP17 (ver **ACCIÓN FARMACOLÓGICA**). La administración simultánea de un corticosteroide suprime el efecto de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), reduciendo con ello la incidencia y la gravedad de estas reacciones adversas. Este medicamento se debe administrar con precaución a pacientes con enfermedades subyacentes que puedan verse agravadas por elevaciones de la tensión arterial, hipopotasemia (por ejemplo, pacientes tratados con glucocóidos cardíacos) o retención de líquidos (por ejemplo, pacientes con insuficiencia cardíaca), angina de pecho grave o inestable, infarto de miocardio reciente o arritmia ventricular y pacientes con insuficiencia renal grave. Abiraterona se debe utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular. Los ensayos Fase III realizados con Abiraterona excluyeron a pacientes con hipertensión no controlada, cardiopatía clínicamente significativa evidenciada por infarto de miocardio, o episodios tromboticos arteriales en los últimos 6 meses, angina grave o inestable, insuficiencia cardíaca de Clase III o IV de la *New York Heart Association* (NYHA) (en el estudio clínico con pacientes que habían recibido quimioterapia previa) o insuficiencia cardíaca de Clase II a IV (en el estudio clínico con pacientes que no habían recibido quimioterapia) o fracción de eyección cardíaca < 50%. En el estudio clínico con pacientes que no habían recibido quimioterapia se excluyó a los que tenían fibrilación auricular u otras arritmias cardíacas con necesidad de tratamiento médico. No se ha establecido la seguridad en pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) < 50% o insuficiencia cardíaca de Clase III o IV de la NYHA (en el estudio con pacientes que habían recibido quimioterapia previa) o insuficiencia cardíaca de Clase II a IV de la NYHA (en el estudio con pacientes que no había recibido quimioterapia) (ver **REACCIONES ADVERSAS Y ACCIÓN FARMACOLÓGICA**).

Antes de tratar a pacientes con un riesgo significativo de insuficiencia cardíaca congestiva (por ejemplo, historial de insuficiencia cardíaca, hipertensión no controlada, o episodios cardíacos tales como cardiopatía isquémica), se debe considerar la obtención de la función cardíaca (por ejemplo, electrocardiograma). Antes del tratamiento con Abiraterona, se debe tratar la insuficiencia cardíaca y optimizar la función cardíaca. Se debe corregir y controlar la hipertensión, la hipopotasemia y la retención de líquidos. Durante el tratamiento, se debe monitorizar la presión arterial, la potasemia, la retención de líquidos (aumento de peso, edema periférico) y otros signos y

síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva cada dos semanas durante 3 meses, posteriormente una vez al mes y se deben corregir las anomalías. Se ha observado prolongación del intervalo QT en pacientes que experimentan hipopotasemia asociada al tratamiento con Abiraterona. Se debe evaluar la función cardíaca como está clínicamente indicado, establecer su manejo adecuado y considerar suspender el tratamiento con Abiraterona si hay un descenso clínicamente significativo en la función cardíaca (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN**).

En el estudio clínico aleatorizado controlado con placebo y multicéntrico realizado en pacientes con Cáncer de Próstata metastásico de alto riesgo sensible a la castración, donde se administraron prednisona 5 mg al día en combinación con 1000 mg de acetato de abiraterona al día, se detectó hipopotasemia grados 3-4 en 10% de los pacientes del grupo de Abiraterona y en 1% de los pacientes en el grupo de placebo, se observó hipertensión grados 3-4 en el 20% de los pacientes en el grupo de Abiraterona y en el 10% de los pacientes en el grupo de placebo. La retención de líquidos grados 3-4 ocurrió en 1% de los pacientes en cada grupo (ver **REACCIONES ADVERSAS**).

##### Hepatotoxicidad e Insuficiencia hepática.

En ensayos clínicos controlados se observaron importantes elevaciones de las enzimas hepáticas que obligaron a suspender el tratamiento o a modificar la dosis (ver **REACCIONES ADVERSAS**). Se deben medir las concentraciones de transaminasas séricas antes de iniciar el tratamiento, cada dos semanas durante los tres primeros meses de tratamiento y posteriormente una vez al mes. Si aparecen síntomas o signos clínicos indicativos de hepatotoxicidad, se debe medir inmediatamente las transaminasas séricas. Si en cualquier momento la ALT o la AST aumentan más de 5 x LSN, se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento y monitorizar muy estrechamente la función hepática. Una vez que las pruebas de la función hepática vuelvan al valor basal del paciente, se podrá reanudar el tratamiento a dosis reducidas (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN**).

Si los pacientes desarrollan hepatotoxicidad grave (ALT o AST  $\geq$  20 x LSN) en cualquier momento durante el tratamiento, se debe suspender el mismo y no se debe reanudar en estos pacientes.

Los pacientes con hepatitis vírica activa o sintomática fueron excluidos de los ensayos clínicos; en consecuencia, no existen datos que respalden el uso de Abiraterona en esta población.

No hay datos sobre la seguridad ni eficacia clínica de dosis múltiples de acetato de Abiraterona cuando se administra a pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave (Clase B o C de Child-Pugh). No se debe utilizar con precaución el uso de Abiraterona en pacientes con insuficiencia hepática moderada, en los cuales el beneficio debe superar claramente el posible riesgo (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN Y FARMACOCINÉTICA**). Abiraterona no se debe utilizar en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN, CONTRAINDICACIONES Y FARMACOCINÉTICA**).

Durante la comercialización se han notificado casos raros de insuficiencia hepática aguda y hepatitis fulminante, algunos con desenlace mortal (ver **REACCIONES ADVERSAS**).

##### Retiro de corticosteroides y respuesta a situaciones de estrés

Se recomienda precaución y monitorizar la insuficiencia adrenocortical si los pacientes dejan de tomar Prednisona o Prednisolona. Si se mantiene el tratamiento con Abiraterona después de retirar los corticosteroides, se debe controlar en los pacientes la aparición de síntomas por exceso de mineralocorticoides (ver más arriba).

En pacientes tratados con Prednisona o Prednisolona que se vean sometidos a más estrés de lo habitual, puede estar indicado un aumento de la dosis de corticosteroides antes, durante y después de la situación estresante.

##### Densidad ósea

En los hombres con Cáncer de Próstata metastásico avanzado (Cáncer de Próstata resistente a castración) la densidad ósea a los 12 meses de 1.000 mg de acetato de  $^{14}C$ -abiraterona, El uso de Abiraterona en combinación con un glucocorticoide puede aumentar este efecto.

##### Uso previo de Ketoconazol

En pacientes previamente tratados con Ketoconazol para Cáncer de Próstata se pueden esperar menores tasas de respuesta.

##### Hiper glucemia

El uso de glucocorticoides puede aumentar la hiperglucemia, por lo que se debe medir con frecuencia la glucemia en pacientes diabéticos.

##### Uso con quimioterapia

No se ha establecido la seguridad ni la eficacia del uso concomitante de Abiraterona con quimioterapia citotóxica (ver **ACCIÓN FARMACOLÓGICA**).

##### Intolerancia a los excipientes

Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o mala absorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento. Este medicamento también contiene más de 1 mmol (o 27,2 mg) de sodio por dosis de cuatro comprimidos, lo que deberá tenerse en cuenta en el tratamiento de pacientes con dietas pobres en sodio.

##### Posibles interacciones

En hombres con Cáncer de Próstata metastásico resistente a la castración puede aparecer anemia y disfunción sexual incluyendo a aquellos en tratamiento con Abiraterona.

##### Efectos sobre el músculo esquelético

Se han notificado casos de miopatía en pacientes tratados con Abiraterona. Algunos pacientes tuvieron rabdomiólisis con insuficiencia renal. La mayoría de los casos se desarrollaron en los primeros 6 meses de tratamiento y se recuperaron tras la retirada del tratamiento con Abiraterona. Se recomienda precaución en los pacientes tratados simultáneamente con medicamentos asociados con casos de miopatía/rabdomiólisis.

##### Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Debido al riesgo de disminución de la exposición a Abiraterona, durante el tratamiento se deben evitar los inductores potentes del CYP3A4 a menos que no exista alternativa terapéutica (ver **INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN**).

##### Efecto de los alimentos sobre Acetato de Abiraterona

La administración con alimentos aumenta significativamente la absorción del acetato de Abiraterona. No se ha establecido la eficacia y la seguridad de Abiraterona cuando se administra con alimentos.

Abiraterona no se debe tomar con alimentos (ver **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN Y FARMACOCINÉTICA**).

##### Interacción con otros medicamentos

##### Posibilidad de que otros medicamentos afecten a la exposición de Abiraterona

En un estudio clínico de interacción farmacocinética en sujetos sanos pretratados con rifampicina, un inductor potente del CYP3A4, 600 mg una vez al día durante 6 días seguido de una única dosis de acetato de Abiraterona de 1000 mg, el AUC<sub>0-24h</sub> plasmática media de Abiraterona se redujo un 55%.

Se recomienda evitar los inductores potentes del CYP3A4 (por ejemplo, fenitoína, carbamazepina, rifampicina, rifabutin, rifapentina, fenobarbital, hierba de San Juan [*Hypericum perforatum*]) durante el tratamiento a menos que no exista alternativa terapéutica.

En un estudio clínico donde se diferenció inducción de inhibición en interacción farmacocinética en sujetos sanos, la coadministración con ketoconazol, un potente inhibidor del CYP3A4, no tuvo un efecto clínico significativo en la farmacocinética de Abiraterona.

##### Posibilidad de que afecte a la exposición de otros medicamentos

Abiraterona es un inhibidor de las enzimas hepáticas metabolizadoras CYP2D6 y CYP2C8.

En un estudio realizado *in vitro* en células de Abiraterona (administrado conjuntamente con prednisona) en una sola dosis de dextrometorfano, un sustrato del CYP2D6, la AUC de dextrometorfano aumentó en aproximadamente 2,9 veces. El AUC24 h del dextrometorfano, el metabolito activo de dextrometorfano, aumentó aproximadamente un 33 %.

Se recomienda precaución cuando se administre conjuntamente con medicamentos activados o metabolizados por el CYP2D6, en especial medicamentos con un índice terapéutico estrecho. Se debe considerar la reducción de la dosis de medicamentos con un índice terapéutico estrecho que sean metabolizados por el CYP2D6. Algunos ejemplos de medicamentos metabolizados por el CYP2D6 son metoprolol, propranolol, desipramina, venlafaxina, haloperidol, risperidona, propafenona, flecaicida, codeína, oxycodona y tramadol (estos tres últimos medicamentos requieren el CYP2D6 para formar sus metabolitos analgésicos activos).

En un estudio de interacción CYP2C8 fármaco-fármaco en sujetos sanos, el AUC de pioglitazona aumentó un 46% y los AUCs de M-III y M-IV, los metabolitos activos de pioglitazona, disminuyeron un 10% cada uno cuando pioglitazona se administró conjuntamente con una dosis única de 1000 mg de Acetato de Abiraterona. Aunque estos resultados indican que no se espera un aumento clínicamente significativo en la exposición cuando se combina Abiraterona con medicamentos que se eliminan principalmente por el CYP2C8, cuando se utilicen conjuntamente, se debe monitorizar a los pacientes para detectar signos de toxicidad relacionados con un sustrato del CYP2C8 con un índice terapéutico estrecho.

*In vitro*, los metabolitos principales sulfato de Abiraterona y N-óxido de sulfato de Abiraterona demostraron que inhiben la absorción hepática del transportador OATP1B1 y como consecuencia esto puede aumentar las concentraciones de medicamentos eliminados por el OATP1B1. No hay datos clínicos disponibles para confirmar la interacción basada en el transportador.

##### Uso con medicamentos que prolongan el intervalo QT

Debido a que el tratamiento de privación de andrógenos puede prolongar el intervalo QT, se recomienda precaución cuando se administre Abiraterona con medicamentos que prolongan el intervalo QT o medicamentos capaces de inducir torsades de pointes tales como antiarrítmicos de clase IA (por ejemplo, quinidina, disopiramidol) o de clase III (por ejemplo, amiodarona, sotalol, dofetilida, ibutilida), metadona, moxifloxacino, antipsicóticos, etc.

##### Uso con Espironolactona

Espironolactona se une al receptor androgénico y puede elevar los niveles del PSA. No está recomendado el uso con Acetato de Abiraterona (ver **ACCIÓN FARMACOLÓGICA**).

##### Fertilidad, Embarazo y Lactancia

##### Mujeres en edad fértil

No hay datos relativos al uso de Acetato de Abiraterona en mujeres embarazadas, por lo que no se debe utilizar este medicamento en mujeres en edad fértil.

##### Anticoncepción en hombres y mujeres

Se desconoce si Acetato de Abiraterona o sus metabolitos están presentes en el semen. Si el paciente mantiene relaciones sexuales con una mujer embarazada, debe utilizar un preservativo. Si el paciente mantiene relaciones sexuales con una mujer en edad fértil, debe utilizar preservativo juntamente con otro método anticonceptivo eficaz.

Los estudios realizados en animales han mostrado toxicidad para la reproducción (ver **Datos preclínicos sobre seguridad**).

##### Embarazo

Acetato de Abiraterona no se debe utilizar en mujeres. Acetato de Abiraterona está contraindicado en mujeres embarazadas o que puedan estarlo (ver **CONTRAINDICACIONES Y Datos preclínicos sobre seguridad**).

##### Lactancia

Acetato de Abiraterona no está indicado en mujeres.

##### Fertilidad

Acetato de Abiraterona afectó la fertilidad de ratas macho y hembra, pero estos efectos fueron totalmente reversibles (ver **Datos preclínicos sobre seguridad**).

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

La influencia de Acetato de Abiraterona sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante.

#### REACCIONES ADVERSAS

##### Cáncer de Próstata metastásico resistente a la castración

Las reacciones adversas más frecuentes observadas son edema periférico, hipopotasemia, hipertensión e infección urinaria.

Otras reacciones adversas importantes incluyen, trastornos cardíacos, hepatotoxicidad, fracturas y alveolitis alérgica. Abiraterona puede causar hipertensión, hipopotasemia y retención de líquidos como consecuencia farmacodinámica de su mecanismo de acción. En los ensayos clínicos, las reacciones adversas esperadas a los mineralocorticoides se observaron con más frecuencia en los pacientes tratados con Abiraterona que en los que recibieron placebo: hipopotasemia 21% frente al 11%; hipertensión 16% frente al 11% y retención de líquidos (edema periférico) 26% frente al 20%, respectivamente. En los pacientes tratados con Abiraterona, se observó hipopotasemia grado 3 y 4 de CTCAE (versión 3.0) e hipertensión arterial grado 3 y 4 de CTCAE (versión 3.0) en el 4% y el 2% de los pacientes, respectivamente. Las reacciones a los mineralocorticoides generalmente se controlaron bien con tratamiento médico. El uso simultáneo de un corticosteroide reduce la incidencia y la intensidad de estas reacciones adversas (ver **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**).

##### Resumen tabulado de reacciones adversas

En los estudios de pacientes con Cáncer de Próstata avanzado metastásico que estaban tomando un análogo LHRH, o que se habían sometido a una orquiectomía, se administró Abiraterona a una dosis de 1000 mg diarios en combinación con Prednisona o Prednisolona a dosis bajas (10 mg al día).

Las reacciones adversas observadas en ensayos clínicos y durante la experiencia poscomercialización se enumeran a continuación en orden de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen de la siguiente manera: muy frecuentes ( $\geq$  1/10); frecuentes ( $\geq$  1/100 a < 1/10); poco frecuentes ( $\geq$  1/1.000 a < 1/100); raras ( $\geq$  1/10.000 a < 1/1.000); muy raras (< 1/10.000).

Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.