

# Torivas 10/20/40

Atorvastatin 10/20/40 mg



Baliarda

Expendio bajo receta  
Industria Argentina

**Comprimidos recubiertos ranurados**

## FORMULA:

### Torivas 10:

Cada comprimido recubierto ranurado contiene:  
Atorvastatin cálcico (equivalente a 10 mg de Atorvastatin)  
10,85 mg.

Excipientes: carbonato de calcio, Ludipress, croscarmelosa  
sódica, talco, estearato de magnesio, hidroxipropilmetilcelu-  
losa, polietilenglicol 6000, povidona, propilenglicol, dióxido de  
titanio, c.s.p. 1 comprimido.

### Torivas 20:

Cada comprimido recubierto ranurado contiene:  
Atorvastatin cálcico (equivalente a 20 mg de Atorvastatin)  
21,70 mg.

Excipientes: carbonato de calcio, Ludipress, croscarmelosa  
sódica, talco, estearato de magnesio, hidroxipropilmetilcelu-  
losa, polietilenglicol 6000, povidona, propilenglicol, dióxido de  
titanio, c.s.p. 1 comprimido.

### Torivas 40:

Cada comprimido recubierto ranurado contiene:  
Atorvastatin cálcico (equivalente a 40 mg de Atorvastatin)  
43,38 mg.

Excipientes: Ludipress, croscarmelosa sódica, talco, estea-  
rato de magnesio, hidroxipropilmetilcelulosa, polietilengli-  
col 6000, povidona, propilenglicol, dióxido de titanio, c.s.p.  
1 comprimido.

## ACCION TERAPEUTICA:

Hipocolesteremiante (Cód. ATC: C10AA05).

## INDICACIONES:

*Prevención de enfermedad cardiovascular:*

- Prevención de eventos cardiovasculares secundarios en  
pacientes con antecedentes de enfermedad coronaria.

- Prevención de acontecimientos cardiovasculares en pa-  
cientes adultos con alto riesgo de sufrir un primer evento  
cardiovascular:

1) que poseen múltiples factores de riesgo tales como: edad,  
tabaquismo, hipertensión arterial, HDL-colesterol bajo, o  
antecedentes familiares de enfermedad coronaria temprana;  
2) que padecen diabetes mellitus tipo 2, y poseen múltiples

factores que suponen riesgo tales como retinopatía, albuminuria,  
tabaquismo o hipertensión arterial.

*Hiperlipidemia:*

- Adyuvante de la dieta para la reducción de los niveles elevados  
de colesterol total, LDL - colesterol, apolipoproteína B y triglicé-  
ridos, y para elevar HDL-colesterol en pacientes con hipercoleste-  
rolemia primaria (heterocigota familiar y no familiar) y en la dislipi-  
demia mixta (Fredrickson tipos IIa y IIb).

- Adyuvante de la dieta para el tratamiento de pacientes con ni-  
veles de triglicéridos plasmáticos elevados (Fredrickson tipo IV).

- Tratamiento de pacientes con disbetilipoproteinemia primaria  
(Fredrickson tipo III) que no respondan adecuadamente a la dieta.  
Tratamiento de pacientes con hipercolesterolemia familiar homo-  
cigota para la reducción del colesterol total y del LDL-colesterol,  
como adyuvante de otros tratamientos hipocolesterolemiantes  
(como aféresis de LDL), o en caso de no disponer de estos tra-  
tamientos.

- Adyuvante de la dieta para la reducción de los niveles de coles-  
terol total, LDL-colesterol y apolipoproteína B en niños y niñas  
post-menárquicas de 10 a 17 años de edad con antecedentes  
de hipercolesterolemia familiar heterocigota, que luego de un tra-  
tamiento adecuado o dieta presentan los siguientes parámetros:

- LDL-colesterol  $\geq$  190 mg/dl o

- LDL-colesterol  $\geq$  160 mg/dl, junto con un antecedente familiar  
de enfermedad cardiovascular prematura o dos o más factores  
de riesgo de accidente cerebrovascular.

## CARACTERISTICAS FARMACOLOGICAS / PROPIEDADES:

### ACCION FARMACOLOGICA

Atorvastatin es un inhibidor competitivo y selectivo de la HMG-CoA  
reductasa, la enzima limitante de la velocidad y responsable de la  
conversión de 3-hidroxi-3-metil-glutaril-coenzima A en mevalona-  
to, un precursor de esteroides, incluido el colesterol.

El colesterol y los triglicéridos circulan en la sangre formando par-  
te de complejos lipoproteicos. En el hígado triglicéridos y coles-  
terol son incorporados a las lipoproteínas de muy baja densidad  
(VLDL) para luego ser liberados a plasma y ser distribuidos a los  
tejidos periféricos. Las lipoproteínas de baja densidad (LDL) se  
forman a partir de las VLDL y son metabolizadas principalmente  
a través de los receptores de gran afinidad por LDL.

Atorvastatin disminuye los niveles plasmáticos de colesterol y li-  
poproteínas por inhibición de la síntesis de colesterol en hígado  
y mediante el aumento del número de receptores de LDL en la su-  
perficie de las células para mejorar la captación y el catabolismo  
de las LDL.

En estudios realizados sobre pacientes con hipercolesterolemia  
familiar heterocigota y homocigota, hipercolesterolemia no familiar  
y dislipidemia mixta, incluidos pacientes con diabetes mellitus no  
insulino dependiente, se ha demostrado que el atorvastatin reduce  
el colesterol total, VLDL-colesterol, LDL - colesterol, apolipopro-  
teína B y triglicéridos, produce un aumento variable dosis-depen-  
diente del HDL - colesterol y la apolipoproteína A-1.

Asimismo, reduce el colesterol total, LDL - colesterol, VLDL - co-  
lesterol, apolipoproteína B, triglicéridos y colesterol no HDL, pro-  
duce un aumento del HDL - colesterol en pacientes con hipertri-  
gliceridemia.

Atorvastatin también es efectivo en reducir el LDL-colesterol en  
pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigota (una pobla-  
ción que habitualmente no responde a fármacos hipolipemiantes)  
y en reducir el IDL-colesterol en pacientes con disbetilipoprotei-  
nemia.

### FARMACOCINETICA

Luego de una administración oral, atorvastatin es rápidamente ab-  
sorbido, alcanzando la concentración plasmática máxima dentro  
de la primera y la segunda hora. La absorción aumenta en pro-  
porción con la dosis de atorvastatin administrada. La biodisponi-  
bilidad absoluta de atorvastatin es del 14% y la disponibilidad  
sistémica de la actividad inhibitoria de la HMG-CoA reductasa  
de un 30%.

La baja disponibilidad sistémica es atribuida al metabolismo de  
primer paso hepático y/o al clearance presistémico de la mucosa  
gastrointestinal.

Aunque la comida disminuye la velocidad y el grado de absorción  
en un 25% y 9%, respectivamente, cuando se mide la reducción  
del LDL-colesterol por medio de la  $C_{max}$  y el ABC, ésta es simi-  
lar cuando se administra con o sin comida. Las concentracio-  
nes plasmáticas de atorvastatin son menores (aproximadamente  
30% para la  $C_{max}$  y el ABC) después de la administración ves-  
pertina comparada con la administración matinal. Sin embargo,  
la reducción del LDL-colesterol es la misma sin ser afectada por  
el momento del día en que se administre la droga. El volumen de  
distribución promedio del atorvastatin es de 381 l, lo que sugie-  
re una amplia distribución tisular. La unión a proteínas es de un  
98%. La relación sangre/plasma es de aproximadamente 0,25, lo  
que indica una pobre penetración de la droga en los eritrocitos.

Atorvastatin es metabolizado por el citocromo P450 3A4 obtenién-  
dose los derivados orto y para hidroxilados y varios productos  
de beta oxidación. *In vitro* se ha comprobado que los metabo-  
litos orto y para hidroxilados son activos, atribuyéndose aproxi-  
madamente el 70% de la actividad inhibitoria sobre la HMG-CoA  
reductasa a estos metabolitos. En animales el ortodihidroxi-metabo-  
lito es posteriormente glucuronizado.

Atorvastatin es eliminado fundamentalmente a la bilis luego de un  
metabolismo hepático y/o extrahepático; sin embargo, la droga  
no presenta una significativa recirculación enterohepática. La vi-  
da media de eliminación promedio en humano es de 14 horas. La  
vida media de la actividad inhibitoria de la HMG-CoA reductasa  
es de 20 a 30 horas debido a la contribución de los metabolitos  
activos. Menos del 2% de la dosis de atorvastatin se recupera en  
orina después de la administración oral.

### Poblaciones especiales

*Ancianos:* las concentraciones plasmáticas de atorvastatin son  
mayores a las de los adultos jóvenes (aproximadamente un 40%  
para la  $C_{max}$  y un 30% para el ABC) en voluntarios ancianos sanos

(edad  $\geq$  65 años). La información clínica sugiere una mayor dismi-  
nución del LDL-colesterol con cualquiera de las dosis en los pa-  
cientes ancianos en comparación con los adultos jóvenes.

*Población pediátrica:* en un estudio clínico en pacientes pediátri-  
cos con hipercolesterolemia familiar heterocigota, se observó que  
el clearance de atorvastatin fue similar al de los adultos mientras  
que LDL-colesterol y triglicéridos, disminuyeron.

*Sexo:* aunque la concentración de atorvastatin en mujeres difiere  
(la  $C_{max}$  es aproximadamente 20% mayor y el ABC un 10% me-  
nor) a la obtenida en hombres, esta diferencia carece de relevan-  
cia clínica.

*Insuficiencia renal:* enfermedades renales no modifican las con-  
centraciones plasmáticas o los efectos sobre los lípidos de ator-  
vastatin.

*Insuficiencia hepática:* la concentración plasmática de atorvastatin  
aumenta (la  $C_{max}$  aproximadamente 16 veces y el ABC 11 veces)  
en pacientes con hepatopatía alcohólica crónica (Child-Pugh B).

*Polimorfismo SLOC1B1:* la captación hepática de todos los in-  
hibidores de la HMG-CoA reductasa (incluyendo atorvastatin),  
involucra al transportador OATP1B1. En pacientes con polimor-  
fismo SLOC1B1 puede ocurrir un aumento en la concentración  
plasmática de atorvastatin, que puede llevar a un riesgo mayor de  
rdbdomiolisis. Asimismo, es posible una absorción alterada en es-  
tos pacientes.

## POSOLOGIA Y MODO DE ADMINISTRACION:

Los pacientes deberán realizar una dieta pobre en colesterol an-  
tes y durante el tratamiento con Torivas.

*Hipercolesterolemia (heterocigota familiar y no-familiar) y dislipi-  
emia mixta (Fredrickson tipo IIa y IIb):* la dosis inicial recomendada  
de atorvastatin es de 10 mg o 20 mg una vez al día. En pacientes  
que requieren una reducción mayor en el LDL-colesterol (> 45%)  
se puede comenzar con 40 mg una vez al día. El rango de do-  
sis es 10 a 80 mg una vez al día. Torivas debe ser administrado  
en una sola toma diaria en cualquier momento del día, antes o  
después de las comidas. La posología inicial y de mantenimien-  
to debe ser individualizada de acuerdo al objetivo terapéutico y  
a la respuesta. Luego de la iniciación y/o durante la titulación de  
Torivas deben controlarse los niveles plasmáticos de lípidos ca-  
da 2 a 4 semanas y realizarse el ajuste de dosis correspondiente.  
Puesto que el objetivo terapéutico es disminuir el LDL-colesterol  
se recomienda utilizar la concentración de LDL como dato base  
previo al inicio del tratamiento y como valor de control de respues-  
ta terapéutica. Sólo en caso de no poder determinar los valores  
de LDL se puede tomar la concentración del colesterol total como  
valor de monitoreo de tratamiento.

*Hipercolesterolemia familiar homocigota:* la dosis de atorvastatin  
en estos pacientes es de 10 a 80 mg/día.

*Hipercolesterolemia familiar heterocigota en pacientes pediátri-  
cos (10-17 años):* la dosis inicial recomendada de atorvastatin es  
10 mg/día; la dosis máxima recomendada es 20 mg/día (no se  
han estudiado en esta población dosis mayores a 20 mg). La po-

sología debe ser individualizada de acuerdo al objetivo terapéutico, y el ajuste de dosis debe realizarse cada 4 o más semanas. *Prevención de enfermedad cardiovascular según riesgo estimado:* la dosis dependerá del nivel de LDL-colesterol que se aspira alcanzar según riesgo, pudiendo variar entre 10 y 80 mg/día.

*Situaciones clínicas particulares:*

*Pacientes con insuficiencia renal:* las enfermedades renales no modifican las concentraciones plasmáticas o los efectos sobre los lípidos, en consecuencia, no se requiere un ajuste de dosis.

*Uso geriátrico:* experiencias en adultos mayores de 70 años revelan que la eficacia y la seguridad en ancianos, usando la dosis recomendada, es similar a la vista en la población general.

*Pacientes tratados con claritromicina, itraconazol y algunos inhibidores de la proteasa:* en pacientes tratados con claritromicina, itraconazol, o pacientes con VIH tratados con fosamprenavir o con una combinación de ritonavir con saquinavir, con darunavir o con fosamprenavir, la dosis de atorvastatin se debe limitar a 20 mg. En pacientes tratados con nefinavir o boceprevir, la dosis de atorvastatin se debe limitar a 40 mg. En todos los casos, se deberá realizar un control a fin de utilizar la menor dosis necesaria de atorvastatin. En pacientes en tratamiento concomitante con lopinavir y ritonavir, atorvastatin se debe utilizar a la menor dosis necesaria.

*Modo de administración:*

Los comprimidos pueden administrarse junto con o alejados de las comidas.

#### CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a cualquier componente del producto. Pacientes con enfermedades hepáticas activas, o que presenten un persistente aumento en las transaminasas tres veces por encima de los valores normales, sin causa aparente. Embarazo, lactancia y mujeres en edad fértil que no utilizan medidas anticonceptivas apropiadas.

#### ADVERTENCIAS:

*Efectos hepáticos:* los estudios sobre la función hepática deberán realizarse antes de iniciarse el tratamiento, a las 12 semanas del inicio del tratamiento o de cualquier elevación de la dosis, y periódicamente a partir de entonces. En pacientes que muestren signos y síntomas de un daño hepático deberán realizarse estudios de la función hepática.

Niveles altos persistentes de las transaminasas (> 3 veces el límite superior normal) se observaron en < 1% de los pacientes que recibieron atorvastatin en los estudios clínicos. Los mismos, en general, no se asociaron con ictericia ni otros signos o síntomas. Cuando se disminuía la dosis de atorvastatin, o se interrumpía o discontinuaba el tratamiento, los niveles de transaminasas volvían a los valores de pretratamiento. La mayoría de los pacientes continuaron el tratamiento con una dosis menor de atorvastatin sin secuelas.

Los pacientes que muestren un aumento en los niveles de trans-

minasas deberán ser monitoreados hasta que esta anomalía se resuelva. Cuando se observe un aumento mayor a 3 veces en las transaminasas (GOT y GPT) deberá reducirse la dosis o suspenderse el tratamiento.

Atorvastatin deberá ser usado con precaución en pacientes con antecedentes de enfermedad hepática o que consuman considerables cantidades de alcohol.

*Efectos sobre el músculo esquelético:* con atorvastatin, así como con otras estatinas, se han reportado raros casos de rabdomiolisis con insuficiencia renal aguda secundaria a mioglobinuria. En pacientes tratados con atorvastatin se ha reportado mialgia sin complicaciones. Los pacientes deben ser advertidos de informar cualquier dolor muscular sin causa aparente o debilidad muscular, particularmente si se acompaña de fiebre o malestar o si los signos y síntomas persisten luego de la discontinuación del tratamiento.

El tratamiento con atorvastatin deberá ser suspendido cuando se observe un marcado aumento de los niveles de CPK o se diagnostique o se sospeche una miopatía.

Se han reportado casos raros de miopatía necrotizante inmunomediada durante o después del tratamiento con estatinas. La miopatía necrotizante inmunomediada se caracteriza clínicamente por debilidad de los músculos proximales y elevación de la creatinquinasa sérica, persistente a pesar de la discontinuación del tratamiento.

La biopsia muscular muestra que la miopatía necrotizante sin inflamación significativa; mejora administrando agentes inmunosupresores.

El riesgo de miopatía durante el tratamiento con otras drogas de esta clase aumenta con la administración concomitante de ciclosporina, derivados de ácido fibrótico, eritromicina, claritromicina, niacina, antifúngicos azólicos, inhibidores de la proteasa del VIH (incluyendo fosamprenavir, y la combinación de ritonavir con saquinavir, con lopinavir, con darunavir y con fosamprenavir). Se debe considerar una dosis menor de inicio y de mantenimiento de atorvastatin al ser administrada concomitantemente con las drogas mencionadas. Los médicos que piensen utilizar un tratamiento combinado con atorvastatin y alguna de estas drogas, deben evaluar los riesgos frente a los beneficios, y deben monitorear cuidadosamente a los pacientes en busca de signos o síntomas de miopatías, particularmente durante los primeros meses de tratamiento y durante cualquier período de aumento de la dosis. En tales situaciones puede considerarse la realización de determinaciones periódicas de CPK, aunque no existe seguridad de que tal monitoreo prevenga la aparición de miopatía severa.

Torivas debe interrumpirse o suspenderse temporariamente en cualquier paciente con un cuadro agudo que sugiera miopatía o que tenga un factor predisponente para el desarrollo de insuficiencia renal secundaria a rabdomiolisis (como infección aguda severa, hipotensión, cirugía mayor, traumatismo, severas alteraciones metabólicas, endócrinas o de electrolitos y crisis convulsivas no controladas).

#### PRECAUCIONES:

*Generales:* antes de comenzar el tratamiento con atorvastatin, debe realizarse el intento de controlar la hipercolesterolemia con una dieta apropiada, ejercicio, reducción de peso en pacientes obesos y mediante el tratamiento de otras patologías subyacentes. Atorvastatin se debe administrar con precaución en pacientes con factores predisponentes a rabdomiolisis, tales como: insuficiencia renal, hipotiroidismo, antecedentes familiares o personales de desórdenes musculares hereditarios, antecedentes de toxicidad muscular con estatinas o fibratos, antecedentes de enfermedad hepática y/o consumo de cantidades considerables de alcohol, ancianos (> 70 años), situaciones en las que pueda ocurrir un incremento de los niveles plasmáticos de atorvastatin (debido a interacciones medicamentosas o en poblaciones especiales). En todos los casos se deben evaluar los niveles de creatinquinasa y si éstos son elevados (> 5 veces el límite superior normal) el tratamiento no debe iniciarse.

Torivas puede utilizarse en combinación con resina secuestrante de ácidos biliares para lograr un efecto aditivo. La combinación con inhibidores de la HMG-CoA reductasa y con fibratos debe utilizarse con precaución.

*Pacientes con ACV o accidente isquémico transitorio reciente:* en un análisis post-hoc se observó una mayor incidencia de ACV hemorrágico, en comparación con placebo, en pacientes sin enfermedad cardiovascular tratados con 80 mg de atorvastatin (55, 2,3% atorvastatin vs. 33, 1,4% con placebo), que habían sufrido ACV o accidente isquémico transitorio 6 meses antes. La incidencia de accidente cerebrovascular hemorrágico fatal fue significativamente mayor en el grupo tratado con atorvastatin (38, 1,6%) en comparación con el grupo placebo (16, 0,7%). Se debe considerar el riesgo de ACV hemorrágico antes del inicio del tratamiento con atorvastatin en este tipo de pacientes.

*Función endócrina:* se han reportado casos de incrementos en los niveles de hemoglobina glicosilada y de glucemia en ayunas, durante el tratamiento con estatinas, incluyendo atorvastatin. Debido a que las estatinas interfieren en la síntesis de colesterol, y teóricamente podrían disminuir la producción de esteroides adrenales y/o gonadales, se recomienda precaución cuando una estatina es administrada concomitantemente con drogas que puedan disminuir el nivel o la actividad de las hormonas esteroideas (como; ketoconazol, espironolactona, cimetidina).

*Enfermedad pulmonar intersticial:* se han reportado casos excepcionales de enfermedad pulmonar intersticial con algunas estatinas (especialmente en tratamientos prolongados), que se caracteriza por: disnea, tos no productiva y deterioro general de la salud (fatiga, pérdida de peso y fiebre). Se debe discontinuar el tratamiento si se sospecha que el paciente ha desarrollado esta enfermedad.

*Embarazo y lactancia:* atorvastatin está contraindicado durante el embarazo y la lactancia. Mujeres en edad fértil deberán usar medidas anticonceptivas apropiadas. En el caso de mujeres que deseen quedar embarazadas, el tratamiento con atorvastatin de-

be ser suspendido con un mes de anticipación. En estudios en animales atorvastatin no presentó efectos sobre la fertilidad ni fue teratogénico. Sin embargo, en el tratamiento con dosis tóxicas en conejos y ratas se observó toxicidad fetal. Se han reportado raros casos de anomalías congénitas luego de la exposición intrauterina a estatinas. No se conoce si esta droga se excreta en la leche materna en humanos. Debido al potencial de reacciones adversas en los lactantes, las mujeres tratadas con atorvastatin deben discontinuar la lactancia.

*Población pediátrica:* no se han estudiado dosis mayores a 20 mg en pacientes pediátricos con hipercolesterolemia familiar heterocigota.

*Efectos en la habilidad para manejar o utilizar máquinas:* no hay reportes de efectos adversos asociados al tratamiento con atorvastatin que sugieran una posible disminución de la habilidad para manejar o utilizar maquinaria peligrosa.

*Interacciones Medicamentosas:*

Considerando que atorvastatin, al igual que otras estatinas, es metabolizado por el citocromo P450 3A4, deberá ser administrado con precaución y se deberá considerar administrar una dosis menor, cuando éste se asocie con otras drogas inhibidoras de dicha isoenzima (como macrólidos, antifúngicos azólicos). En lo posible, deberá evitarse la administración conjunta de atorvastatin con inhibidores potentes de la isoenzima. La administración conjunta con inductores del citocromo P450 3A4 (como fenoína, rifampicina) puede conducir a reducciones variables en las concentraciones plasmáticas de atorvastatin.

En estudios clínicos en los que atorvastatin fue administrado de manera conjunta con drogas antihipertensivas (inhibidores de la ECA, beta-bloqueantes, antagonistas de los canales de calcio y diuréticos) o agentes hipoglucemiantes no se han visto interacciones clínicamente significativas.

*Jugo de pomelo:* no se recomienda un consumo excesivo de jugo de pomelo durante el tratamiento con atorvastatin debido a que puede incrementar su concentración plasmática.

*Digoxina:* la administración de dosis múltiples de atorvastatin con digoxina incrementa la concentración plasmática en el estado estacionario de la digoxina en aproximadamente un 20%. En consecuencia, pacientes tratados con digoxina deben ser debidamente monitoreados.

*Eritromicina:* en individuos sanos la administración de atorvastatin conjuntamente con eritromicina, un conocido inhibidor del citocromo P450 3A4, se asocia con elevación de las concentraciones plasmáticas de atorvastatin.

*Claritromicina:* la administración de atorvastatin 80 mg conjuntamente con claritromicina (500 mg dos veces por día) se asocia con un aumento significativo del ABC de atorvastatin. Por tal motivo, se debe tener precaución en pacientes tratados con claritromicina y atorvastatin cuando la dosis de este último exceda los 20 mg. (véase POSOLOGIA Y MODO DE ADMINISTRACION). *Itraconazol:* la administración de atorvastatin 40 mg conjuntamente con itraconazol 200 mg se asocia con un aumento significati-

vo del ABC de atorvastatin. Por lo tanto, se debe tener precaución en pacientes tratados con itraconazol y atorvastatin cuando la dosis de este último exceda los 20 mg. (véase POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN).

**Inhibidores de la proteasa:** la administración de atorvastatin conjuntamente con inhibidores de la proteasa del VIH o telaprevir (inhibidor de la proteasa de la hepatitis C), se asocia con un aumento significativo del ABC de atorvastatin. Se debe evitar el uso de atorvastatin en pacientes bajo tratamiento con telaprevir o con tipranavir junto con ritonavir. Se recomienda precaución en pacientes bajo tratamiento con atorvastatin y otros inhibidores de la proteasa del VIH (véase POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN).

**Inhibidores de las proteínas de transporte:** los inhibidores de las proteínas de transporte pueden aumentar la biodisponibilidad de atorvastatin. La administración de atorvastatin 10 mg conjuntamente con ciclosporina 5,2 mg/kg/día se asocia con un aumento significativo en el ABC de atorvastatin, por lo que se debe evitar la administración concomitante de las drogas mencionadas.

**Gemfibrozil/Otros fibratos:** se debe evitar la administración conjunta de gemfibrozil con atorvastatin, debido al aumento del riesgo de miopatía/rabdomiolisis.

Atorvastatin debe ser administrado con precaución cuando se utiliza de forma concomitante con otros fibratos.

**Ezetimibe:** el uso de ezetimibe en monoterapia se relaciona con miopatías, incluyendo rabdomiolisis. Debido a que durante el uso concomitante de ezetimibe con atorvastatin el riesgo puede estar aumentado, se recomienda un monitoreo apropiado de los pacientes.

**Niacina:** véase ADVERTENCIAS.

**Anticonceptivos orales:** la administración de atorvastatin con anticonceptivos orales como etinil estradiol y noretindrona, ocasiona un aumento en la concentración plasmática de estas hormonas de aproximadamente 20 y 30%, respectivamente. Este aumento deberá ser considerado, cuando se selecciona un anticonceptivo para pacientes bajo tratamiento con Torivas.

**Colestipol:** las concentraciones plasmáticas de atorvastatin son bajas (aproximadamente 25%) cuando se administra con colestipol. Sin embargo, los efectos hipolipemiantes son mayores cuando el atorvastatin se administra conjuntamente con colestipol que cuando ambos se administran en forma separada.

**Antiácidos:** la administración oral de atorvastatin con antiácidos que contengan hidróxidos de magnesio y aluminio reduce los niveles plasmáticos de atorvastatin aproximadamente un 35%; sin embargo, la reducción de LDL-colesterol no se altera.

**Warfarina:** atorvastatin no posee efecto clínicamente significativo sobre el tiempo de protrombina en pacientes bajo tratamiento crónico con warfarina.

**Cimetidina:** en estudios realizados no se han evidenciado interacciones clínicamente significativas entre ambas drogas.

**Antipirina:** debido a que atorvastatin no afecta la farmacocinética de antipirina, no se esperan interacciones con otras drogas me-

tabolizadas por la misma isoenzima.

**Colchicina:** se han evidenciado casos de miopatía, incluyendo rabdomiolisis, con la administración conjunta de colchicina y atorvastatin.

**Ácido fusídico:** se han reportado problemas musculares, incluyendo rabdomiolisis, en pacientes bajo tratamiento concomitante con atorvastatin y ácido fusídico. Por tal motivo, los pacientes deben ser monitoreados y en caso de ser necesario se suspenderá el tratamiento.

#### REACCIONES ADVERSAS:

Los efectos adversos más frecuentemente observados en estudios clínicos controlados, que condujeron a la discontinuación del tratamiento fueron: migraja, diarrea, náuseas, aumento de la alanina aminotransferasa y aumento de las enzimas hepáticas.

En estudios clínicos controlados en 8755 pacientes, los efectos adversos reportados con una incidencia  $\geq$  2% y superior a placebo fueron: rinitis (8,3%), artralgia (6,9%), diarrea (6,8%), dolor en extremidades (6,0%), infecciones del tracto urinario (5,7%), dispepsia (4,7%), náuseas (4,0%), dolor musculoesquelético (3,8%), espasmos musculares (3,6%), migraja (3,5%), insomnio (3,0%) y dolor faringo-laríngeo (2,3%).

Otros efectos adversos reportados en ensayos clínicos fueron:

**Generales:** malestar, fiebre, reacción alérgica, astenia, dolor torácico, edema periférico.

**Digestivos:** disconfort abdominal, eructos, flatulencias, hepatitis, colestasis, constipación, vómitos.

**Musculoesqueléticos:** dolor musculoesquelético, fatiga muscular, dolor en el cuello, inflamación articular, miopatía, miositis.

**Metabólicos y nutricionales:** aumento de las transaminasas, función hepática anormal, aumento de la fosfatasa alcalina sanguínea, aumento de la creatinofosfoquinasa, hiperglucemia, hipoglucemia, aumento de peso, anorexia.

**Psiquiátricos:** sueños anormales, insomnio.

**Neurológicos:** cefalea, parestesia, hipoestesia, disgeusia, ACV hemorrágico.

**Respiratorios:** epistaxis.

**Dermatológicos:** urticaria, rash, prurito, alopecia.

**Sensoriales:** visión borrosa, tinnitus.

**Urogenitales:** leucocitos en orina.

**Sanguíneos y linfáticos:** trombocitopenia.

Reacciones adversas asociadas con el tratamiento con atorvastatin reportadas desde la introducción en el mercado, que no fueron enunciadas anteriormente (independientemente de la causalidad), incluyen: anafilaxia, edema angioneurótico, rash buloso (incluyendo eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, y necrólisis epidérmica tóxica), rabdomiolisis, fatiga, ruptura de tendones, mareo, neuropatía periférica, falla hepática, pancreatitis y depresión. Las siguientes reacciones adversas han sido reportadas con algunas estatinas: disfunción sexual, depresión, deterioro cognitivo (pérdida de memoria, amnesia, confusión) reversible luego de la discontinuación del tratamiento, miopatía necrotizante inmuno-

mediada, diabetes mellitus (frecuentemente asociada a factores de riesgo como glucemia en ayunas  $\geq$  5,6 mmol/l, índice de masa corporal  $>$  30 kg/m<sup>2</sup>, niveles elevados de triglicéridos, antecedentes de hipertensión) y casos excepcionales de enfermedad pulmonar intersticial, especialmente con tratamientos a largo plazo. **Población pediátrica:** las reacciones adversas reportadas comúnmente en los estudios clínicos fueron las siguientes: cefalea, dolor abdominal, aumento de la alanina aminotransferasa y aumento de la fosfocreatinaquinasa.

Teniendo en cuenta los datos disponibles, se espera que las reacciones adversas en pacientes pediátricos sean de igual frecuencia, tipo y severidad que las observadas en pacientes adultos. Existe experiencia limitada con respecto a la seguridad a largo plazo en pacientes pediátricos.

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 Nacional de Farmacovigilancia al siguiente link: [http://sistemas.anmat.gov.ar/aplicaciones\\_net/fvg\\_eventos\\_adversos\\_nuevo/index](http://sistemas.anmat.gov.ar/aplicaciones_net/fvg_eventos_adversos_nuevo/index).

#### SOBREDOSIFICACION:

No se conoce un tratamiento específico para la sobredosis. En caso de una sobredosis el paciente deberá ser tratado en forma sintomática y deberán instituirse medidas de soporte. Se deben realizar controles de la función hepática y monitoreo de los niveles de creatinquinasa. Debido a su extensa unión a proteínas, no se sugiere utilizar hemodiálisis para facilitar el clearance de atorvastatin.

Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o consultar a los centros toxicológicos de:

**Hospital Posadas**

(011) 4654-6648 / 4658-7777

**Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez**

(011) 4962-2247 / 6666

#### PRESENTACION:

##### Torivas 10:

Envases con 30 y 60 comprimidos recubiertos ranurados.



Comprimidos oblongos, color blanco, ranurados, codificados en una cara con "TV" y "10" y con isotipo de identificación Baliarda en la otra.



##### Torivas 20:

Envases con 30 y 60 comprimidos recubiertos ranurados.



Comprimidos oblongos, color blanco, ranurados, codificados en una cara con "TV" y "20" y con isotipo de identificación Baliarda en la otra.



#### Torivas 40:

Envases con 30 comprimidos recubiertos ranurados.



Comprimidos oblongos, color blanco, ranurados, codificados en una cara con "TV" y "40" y con isotipo de identificación Baliarda en la otra.



#### CONDICIONES DE CONSERVACION:

Mantener a temperatura no superior a 30° C. Proteger de la humedad.

Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud.

Certificado N° 48.287

Director Técnico: Alejandro Herrmann, Farmacéutico.

Todo tratamiento exige un control periódico, debiendo consultarse al médico ante la menor duda o efecto indeseable del medicamento. Siguiendo los criterios de la OMS se aconseja no administrar medicamentos durante el primer trimestre del embarazo y aún durante todo el transcurso del mismo, excepto cuando sean indicados por el médico. Todo medicamento debe mantenerse fuera del alcance de los niños.

Ultima revisión: Julio de 2016.



**Baliarda S.A.**  
Saavedra 1260/62 - Buenos Aires