

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg****FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**

**IMBRUVICA
IBRUTINIB 140 mg
Cápsulas**

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE
AGENCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS
SECCIÓN REGISTRO DE PRODUCTOS NUEVOS

12 ENE 2021

Firma Profesional 

Vía oral

COMPOSICIÓN

Cada cápsula de IMBRUVICA contiene: Ibrutinib 140 mg

Excipientes: Celulosa microcristalina, erogarmelosa de sodio, lauril sulfato de sodio, estearato de magnesio, gelatina, dióxido de titanio, goma laea (Shellac) y óxido de hierro negro. De acuerdo a la última fórmula aprobada en el registro sanitario

INDICACIONES**Linfoma de células del manto**

IMBRUVICA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con linfoma de células del manto (LCM) que recibieron al menos un tratamiento previo.

Esta indicación se basa en la tasa de respuesta global. La aprobación continua de esta indicación puede estar supeditada a la verificación y descripción del beneficio clínico en un estudio confirmatorio (ver "Estudios clínicos").

Leucemia linfocítica crónica / Linfoma de linfocitos pequeños

IMBRUVICA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con leucemia linfocítica crónica (LLC) / linfoma de linfocitos pequeños (LLP) (ver "Estudios clínicos").

Leucemia linfocítica crónica / Linfoma de linfocitos pequeños con delección 17p

IMBRUVICA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con leucemia linfocítica crónica (LLC) / linfoma de linfocitos pequeños (LLP) con delección 17p (ver "Estudios clínicos").

Macroglobulinemia de Waldenström

IMBRUVICA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con macroglobulinemia de Waldenström (MW) (ver "Estudios clínicos").

Linfoma de zona marginal

IMBRUVICA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con linfoma de zona marginal (LZM) que requieran terapia sistémica y que hayan recibido al menos una terapia previa basada en anti-CD20.

Esta indicación se basa en la tasa de respuesta global (ver "Estudios clínicos"). La aprobación continua para esta indicación puede estar supeditada a la verificación y descripción del beneficio clínico en un estudio confirmatorio.

Enfermedad de injerto contra huésped crónica

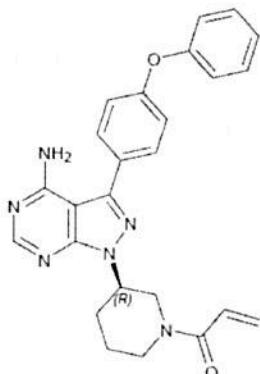
IMBRUVICA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de injerto contra huésped crónica (EICHc) después del fracaso de una o más líneas de terapia sistémica (ver "Estudios clínicos").

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

DESCRIPCIÓN

Ibrutinib es un inhibidor de la tirosina quinasa de Bruton (BTK, por sus siglas en inglés). Es un sólido de color blanco a blanquecino con la fórmula empírica $C_{25}H_{24}N_6O_2$ y un peso molecular de 440,50. Ibrutinib es totalmente soluble en dimetilsulfóxido, soluble en metanol y prácticamente insoluble en agua.

El nombre químico de ibrutinib es 1-[(3*R*)-3-[4-amino-3-(4-fenoxifenil)-1*H*-pirazolo[3,4-d]pirimidin-1-il]-1-piperidinil]-2-propen-1-ona y tiene la siguiente estructura:



IMBRUVICA (ibrutinib) cápsulas para uso oral se encuentra disponible en la siguiente concentración de dosificación: 140 mg. Cada cápsula contiene ibrutinib (ingrediente activo) y los siguientes ingredientes inactivos: croscarmelosa sódica, estearato de magnesio, celulosa microcristalina, laurilsulfato de sodio. Cada cápsula de 140 mg es una cápsula blanca, opaca, conteniendo gelatina y dióxido de titanio, marcada con "ibr 140 mg" en tinta negra.

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

Mecanismo de acción

Ibrutinib es un inhibidor de molécula pequeña de BTK. Ibrutinib forma un enlace covalente con un residuo de cisteína en el sitio activo de la BTK, que conduce a la inhibición de la actividad enzimática de BTK. BTK es una molécula de señalización del receptor para antígenos de células B (BCR, por sus siglas en inglés) y de las vías de receptores de citoquinas. La función de BTK en la señalización a través de los receptores de superficie de células B resulta en la activación de las vías necesarias para el tráfico de células B, quimiotaxis, y adhesión. Los estudios preclínicos muestran que ibrutinib inhibe la proliferación y la supervivencia *in vivo* de células B malignas, así como la migración celular y la adhesión al sustrato *in vitro*.

Farmacodinamia

En los pacientes con linfoma de células B recurrente se observó > 90 % de ocupación del sitio activo de BTK en las células mononucleares de sangre periférica hasta 24 horas después de dosis de ibrutinib \geq 2,5 mg/kg/día (\geq 175 mg/día para un peso promedio de 70 kg).

En una dosis única 3 veces la dosis máxima recomendada (1680 mg), IMBRUVICA no prolongó el intervalo QT a ningún grado clínicamente relevante.

Agregación plaquetaria *in vitro*

Ibrutinib mostró inhibición de la agregación plaquetaria inducida por colágeno, con valores IC₅₀ a 4,6 μ M (2026 ng/ml), 0,8 μ M (352 ng/ml), y 3 μ M (1321 ng/ml) en muestra de sangre de donantes sanos, donantes tomando warfarina, y donantes con insuficiencia renal grave, respectivamente. Ibrutinib no

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

mostró una inhibición significativa de la agregación plaquetaria por ADP, ácido araquidónico, ristocetina, y TRAP-6.

Farmacocinética

La exposición de ibrutinib aumenta con dosis de hasta 840 mg (1,5 veces la dosis máxima recomendada aprobada) en pacientes con neoplasias malignas de células B. El AUC medio en estado estacionario (% de coeficiente de variación) observado en pacientes con LCM con 560 mg es de 865 (69%) ng•h/ml y con LZM es de 978 (82%) ng•h/ml, y en pacientes con LLC/LLP con 420 mg es de 708 (71%) ng•h/ml, con MW es de 707 (72%) ng•h/ml y con EICHc es de 1159 (50%) ng•h/ml. Las concentraciones de ibrutinib en estado estacionario sin inhibidores del CYP3A se alcanzaron con un cociente de acumulación de 1 a 1,6 después de 1 semana de dosis diarias múltiples de 420 mg o 560 mg.

Absorción

La biodisponibilidad absoluta de ibrutinib en condiciones de ayuno fue del 2,9% (IC del 90%: 2,1; 3,9) en sujetos sanos. Ibrutinib se absorbe después de la administración oral con una mediana de T_{\max} de 1 a 2 horas.

Efecto de los alimentos

La administración de IMBRUVICA con una comida de alto contenido graso y calórico (800 a 1.000 calorías con aproximadamente el 50% del contenido calórico total de la comida proveniente de la grasa) aumentó 2 a 4 veces la C_{\max} de ibrutinib y aproximadamente 2 veces el AUC, en comparación con la administración de ibrutinib después de un ayuno nocturno.

Los estudios *in vitro* sugieren que ibrutinib no es un sustrato de la glucoproteína P (P-gp) o de la proteína de resistencia de cáncer de mama (BCRP, por sus siglas en inglés).

Distribución

La unión reversible de ibrutinib a la proteína plasmática humana *in vitro* fue del 97,3% sin ninguna dependencia de la concentración en el rango de 50 ng/ml a 1.000 ng/ml. El volumen de distribución (V_d) fue de 683 litros, y el volumen aparente de distribución en estado estacionario (V_{dss}/F) fue de aproximadamente 10.000 litros.

Eliminación

El aclaramiento intravenoso fue 62 l/h en condiciones de ayuno y 76 l/h con alimentos. Conforme con un efecto de primer paso, el aclaramiento oral aparente es 2.000 l/h en condiciones de ayuno y 1.000 l/h con alimentos. La vida media de ibrutinib es de 4 a 6 horas.

Metabolismo

El metabolismo es la principal vía de eliminación de ibrutinib. Se metaboliza a varios metabolitos, principalmente por el citocromo P450 (CYP) 3A, y en menor medida por CYP2D6. El metabolito activo, PCI-45227, es un metabolito dihidrodiol con actividad inhibidora hacia BTK aproximadamente 15 veces menor que la de ibrutinib. El rango de la relación media entre el metabolito y el fármaco original para PCI-45227 en estado estacionario es de 1 a 2,8.

Excreción

Ibrutinib, principalmente en forma de metabolitos, se elimina mayormente a través de las heces. Después de una administración oral única de ibrutinib radiomarcado, el 90 % de la radiactividad se excretó dentro de las 168 horas con el 80 % excretado en las heces y menos del 10 % eliminado en la orina. Ibrutinib



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

inalterado representó el 1 % de la dosis radiomarcada excretada en las heces y nada en la orina, con el resto de la dosis excretada como metabolitos.

Poblaciones especiales***Edad y género***

La edad y el género no tienen un efecto clínicamente relevante sobre la farmacocinética de ibrutinib.

Pacientes con insuficiencia renal

La insuficiencia renal leve y moderada (aclaramiento de creatinina [CLcr] > 25 ml/min estimado por la ecuación de Cockcroft-Gault) no tuvieron influencia en la exposición de ibrutinib. No existen datos disponibles en pacientes con insuficiencia renal grave (CLcr < 25 ml/min) ni en pacientes que reciben diálisis.

Pacientes con insuficiencia hepática

El AUC de ibrutinib aumentó 2,7 veces en sujetos con insuficiencia hepática leve (Child-Pugh clase A), 8,2 veces en sujetos con insuficiencia hepática moderada (Child-Pugh clase B) y 9,8 veces en sujetos con insuficiencia hepática grave (Child-Pugh clase C) en comparación con sujetos con función hepática normal. La C_{max} de ibrutinib aumentó 5,2 veces en insuficiencia hepática leve, 8,8 en insuficiencia hepática moderada y 7,0 veces en insuficiencia hepática grave en relación con sujetos con función hepática normal (ver "Uso en poblaciones específicas").

Estudios de interacciones medicamentosas***Estudios clínicos y modalidades informadas por el modelo***

Efecto de inhibidores del CYP3A sobre ibrutinib: La coadministración de dosis múltiples de ketoconazol (inhibidor potente del CYP3A) aumentó la C_{max} de ibrutinib en 29 veces y el AUC en 24 veces. La coadministración de dosis múltiples de voriconazol (un inhibidor potente del CYP3A) aumentó 6,7 veces la C_{max} de ibrutinib en estado estacionario y 5,7 veces el AUC. Simulaciones en condiciones de alimentación sugieren que posaconazol (inhibidor potente del CYP3A) puede aumentar de 3 veces a 10 veces el AUC de ibrutinib.

La coadministración de múltiples dosis de eritromicina (inhibidor moderado del CYP3A) aumentó 3,4 veces la C_{max} de ibrutinib en el estado estacionario y 3 veces el AUC.

Estudios In Vitro

Efecto de ibrutinib sobre sustratos del CYP: Estudios *in vitro* sugieren que es poco probable que ibrutinib y PCI-45227 inhiban el CYP1A2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6 o 3A a dosis clínicas. Es poco probable que tanto ibrutinib como PCI-45227 induzcan el CYP1A2, CYP2B6 o CYP3A a dosis clínicas.

Efecto de ibrutinib sobre sustratos de transportadores: Estudios *in vitro* sugieren que ibrutinib puede inhibir el transporte de BCRP y P-gp a dosis clínicas. La coadministración oral de sustratos de P-gp o BCRP con un índice terapéutico estrecho (por ejemplo, digoxina, metotrexato) con IMBRUVICA puede aumentar sus concentraciones.

TOXICOLOGÍA PRECLÍNICA**Carcinogénesis, Mutagénesis, Deterioro de la Fertilidad**

Ibrutinib no fue carcinogénico en un estudio de 6 meses en ratones rasH2 a dosis orales de hasta 2000 mg/kg/día resultando en exposiciones aproximadamente 23 (machos) a 37 (hembras) veces mayor que



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

la exposición en humanos a dosis de 560 mg diarios (Ver "Advertencias y precauciones - Segundas neoplasias malignas primarias").

Ibrutinib no fue mutagénico en un ensayo de mutación bacteriana (Ames), no fue clastogénico en un ensayo de aberración cromosómica en células de mamífero (CHO), ni fue clastogénico en un ensayo *in vivo* de micronúcleos de médula ósea en ratones con dosis de hasta 2.000 mg/kg.

Se administraron dosis diarias por vía oral de ibrutinib a ratas durante 4 semanas antes del apareamiento y durante el mismo a machos y 2 semanas antes del apareamiento y durante el mismo a hembras. El tratamiento de las ratas hembras continuó durante el embarazo hasta el día de gestación (DG) 7, y el tratamiento de las ratas macho continuó hasta el final del estudio. No se observaron efectos sobre la fertilidad ni sobre las capacidades reproductivas en ratas macho o hembra hasta la máxima dosis analizada de 100 mg/kg/día (dosis equivalente en humanos [DEH] 16 mg/kg).

ESTUDIOS CLÍNICOS

Linfoma de Células del Manto

La seguridad y eficacia de IMBRUVICA en pacientes con LCM que habían recibido al menos un tratamiento previo fueron evaluadas en el Estudio PCYC-1104-CA (denominado como Estudio 1104) (NCT01236391), un ensayo abierto, multicéntrico, de grupo único con 111 pacientes previamente tratados. La mediana de edad fue de 68 años (rango, 40 a 84 años), 77% eran varones y 92 % blancos. Al inicio, el 89% de los pacientes tenían un estado funcional ECOG inicial de 0 o 1. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 42 meses, y la mediana del número de tratamientos previos fue de 3 (rango, 1 a 5 tratamientos), incluyendo el 11 % con trasplante previo de células madre. Al inicio, 39 % de los sujetos tenían al menos un tumor ≥ 5 cm, 49% tenían afectación de la médula ósea, y 54% tenía una afectación extranodal en el momento de la selección.

IMBRUVICA se administró por vía oral a 560 mg una vez al día hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. La respuesta tumoral se evaluó de acuerdo con el Grupo de Trabajo Internacional (GTI) revisado para los criterios de linfoma no Hodgkin (LNH). El criterio de valoración primario en este estudio fue la tasa de respuesta global (TRG) evaluada por el investigador. Las respuestas a IMBRUVICA se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Tasa de respuesta global (TRG) y duración de la respuesta (DDR) según la evaluación del investigador en pacientes LCM en el Estudio 1104

	Total (N=111)
TRG (%)	65,8
IC del 95% (%)	(56,2, 74,5)
RC (%)	17,1
RP (%)	48,6
Mediana de la DDR en meses, IC del 95%	17,5 (15,8, NE)

IC=intervalo de confianza; RC=respuesta completa, RP = respuesta parcial; NE=no evaluada

Un Comité de Revisión Independiente (CRI) realizó una lectura e interpretación en forma independiente de las imágenes. La revisión del CRI demostró una TRG del 69%.

La mediana de tiempo hasta la respuesta fue de 1,9 meses.



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Linfocitosis

Después de comenzar el tratamiento con IMBRUVICA ocurrió un aumento temporal en el recuento de linfocitos (es decir, $\geq 50\%$ de aumento desde el inicio y por encima del recuento absoluto de linfocitos de 5000/ μ l) en el 33 % de los pacientes en el estudio de LCM. El inicio de la linfocitosis aislada se produce durante las primeras semanas de tratamiento con IMBRUVICA y se resuelve en una mediana de 8 semanas.

Leucemia linfocítica crónica / Linfoma de linfocitos pequeños

La seguridad y eficacia de IMBRUVICA en pacientes con LLC/LLP se demostraron en un ensayo no controlado y cinco ensayos controlados y aleatorizados.

Estudio 1102

El estudio PCYC-1102-CA (denominado como Estudio 1102) (NCT01105247), un ensayo abierto y multicéntrico, fue realizado en 48 pacientes con LLC previamente tratados. La mediana de edad fue de 67 años (rango, 37 a 82 años), 71% eran varones y 94%, blancos. Todos los pacientes tenían un estado funcional ECOG de 0 o 1. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue 80 meses, y la mediana del número de tratamientos anteriores fue 4 (rango, 1 a 12 tratamientos). Al inicio, 46 % de los sujetos tenían al menos un tumor ≥ 5 cm.

IMBRUVICA se administró por vía oral a 420 mg una vez al día hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Un Comité de Revisión Independiente evaluó la TRG y la DDR de acuerdo con una versión modificada de los criterios sobre LLC del Grupo de Trabajo Internacional (GTI). La TRG fue del 58,3% (IC del 95%: 43,2%, 72,4%), todas respuestas parciales. Ninguno de los pacientes alcanzó una respuesta completa. La DDR varió de 5,6 a 24,2+ meses. No se alcanzó la mediana de la DDR.

RESONATE

El estudio RESONATE (un Estudio Fase 3, abierto, multicéntrico, aleatorizado, del inhibidor de la Tirosina Quinasa de Bruton (BTK) ibrutinib versus ofatumumab en pacientes con Leucemia Linfocítica Crónica / Linfoma de Linfocitos Pequeños Recidivante o Refractario) (NCT01578707) fue realizado en pacientes con LLC o LLP tratados previamente. Los pacientes (n=391) se aleatorizaron 1:1 para recibir 420 mg de IMBRUVICA una vez al día hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable, o ofatumumab con una dosis inicial de 300 mg, seguida por una dosis semanal de 2000 mg una semana después por 7 dosis y luego cada 4 semanas por 4 dosis adicionales. Cincuenta y siete pacientes aleatorizados a ofatumumab se cruzaron después de la progresión para recibir IMBRUVICA.

La mediana de edad fue de 67 años (rango, 30 a 88 años), 68% fueron varones y 90% eran blancos. Todos los pacientes tenían un estado funcional ECOG de 0 o 1. El estudio reclutó a 373 pacientes con LLC y a 18 pacientes con LLP. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 91 meses, y la mediana del número de tratamientos anteriores fue de 2 (rango, 1 a 13 tratamientos). Al inicio, el 58 % de los pacientes tenía al menos un tumor ≥ 5 cm. El 32% de los pacientes tenía delección del cromosoma 17p.

Los resultados de eficacia de RESONATE se muestran en la Tabla 2 y las curvas de Kaplan-Meier para SLP (supervivencia libre de progresión) evaluada por un CRI (comité de revisión independiente) de acuerdo con los criterios del GTI-LLC, y para la SG (supervivencia global) se muestran en las Figuras 1 y 2, respectivamente.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Tabla 2: Resultados de Eficacia en Pacientes con LLC / LLP en RESONATE

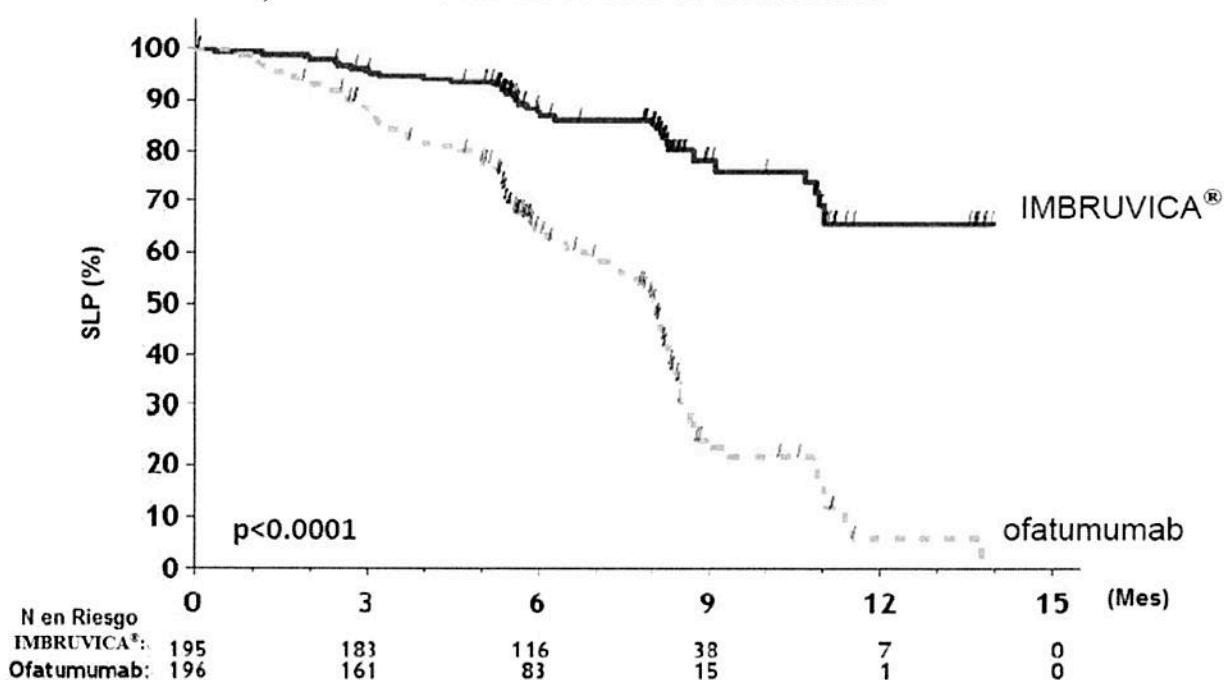
Criterio de valoración	IMBRUVICA N=195	Ofatumumab N=196
Supervivencia libre de progresión^b		
Número de eventos (%)	35 (17,9)	111 (56,6)
Progresión de la enfermedad	26	93
Eventos de muerte	9	18
Mediana (IC del 95%), meses	NE	8,1 (7, 2, 8,3)
CR (IC del 95 %)	0,22 (0,15, 0,32)	
Supervivencia global^a		
Número de muertes (%)	16 (8,2)	33 (16,8)
CR (95 % CI)	0,43 (0,24, 0,79)	
Tasa de respuesta global ^b	42,6 %	4,1 %

^a Mediana de SG no evaluada en ningún grupo

^b Evaluada por el CRI. Todas las respuestas alcanzadas fueron parciales; ninguno de los pacientes alcanzó una respuesta completa.

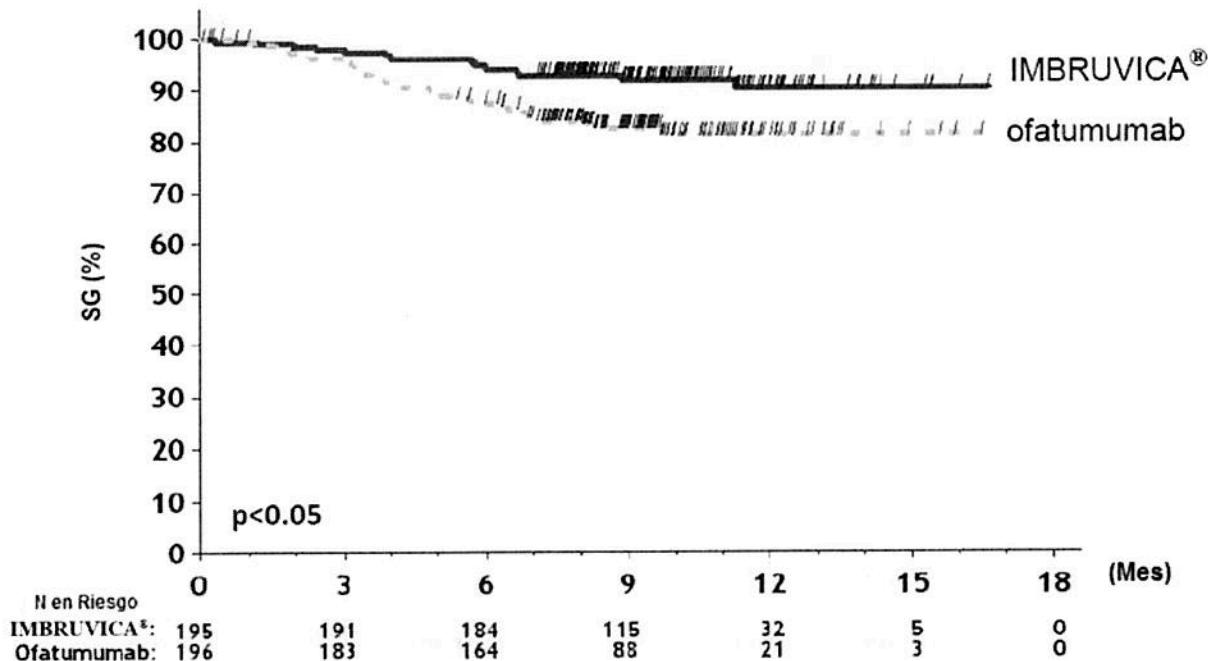
IC=intervalo de confianza; CR=cociente de riesgo, NE=no evaluada

Figura 1: Curva de Kaplan-Meier de Supervivencia Libre de Progresión (Población con Intención de Tratar) en Pacientes con LLC / LLP en RESONATE



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Figura 2: Curva de Kaplan-Meier de Supervivencia Global (Población con Intención de Tratar) en Pacientes con LLC / LLP en RESONATE



Seguimiento de 63 meses

Con un seguimiento global de 63 meses, la mediana de SLP evaluada por el investigador de acuerdo con los criterios de GTI-LLC fue de 44,1 meses [IC de 95% (38,5; 56,9)] en el grupo tratado con IMBRUVICA y de 8,1 meses [IC de 95% (7,8; 8,3)] en el grupo que recibió ofatumumab, respectivamente. La tasa de respuesta global de acuerdo con la evaluación de los investigadores fue de 87,2% en el grupo tratado con IMBRUVICA frente a 22,4% en el grupo que recibió ofatumumab.

LLC / LLP con delección 17p (del 17p LLC / LLP) en RESONATE

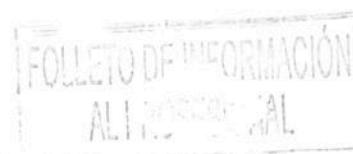
RESONATE incluyó 127 pacientes con LLC / LLP con delección 17p. La mediana de edad fue de 67 años (rango, 30 a 84 años), 62% eran varones y 88% eran blancos. Al inicio, todos los pacientes tenían un estado funcional ECOG de 0 o 1. El CRI evaluó la SLP y la TRG. En la Tabla 3 se muestran los resultados de eficacia para LLC / LLP con delección 17p.

Tabla 3: Resultados de eficacia en pacientes con LLC / LLP con delección 17p en RESONATE

Criterio de valoración	IMBRUVICA N=63	Ofatumumab N=64
Supervivencia libre de progresión^a		
Número de eventos (%)	16 (25,4)	38 (59,4)
Progresión de la enfermedad	12	31
Eventos de muerte	4	7
Mediana (IC del 95 %), meses	NE	5,8 (5,3, 7,9)
CR (IC del 95%)		0,25 (0,14, 0,45)
Tasa de respuesta global ^a	47,6 %	4,7%

^a Evaluada por el CRI. Todas las respuestas alcanzadas fueron parciales; ninguno de los pacientes alcanzó una respuesta completa.

IC=intervalo de confianza; CR cociente de riesgo, NE=no evaluada



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Seguimiento de 63 meses

Con un seguimiento global de 63 meses, la mediana de SLP evaluada por el investigador en pacientes con delección de 17p según los criterios de GTI-LLC, fue de 40,6 meses [IC de 95% (25,4; 44,6)] en el grupo tratado con IMBRUVICA y 6,2 meses [IC de 95% (4,6; 8,1)] en el que recibió ofatumumab, respectivamente. La tasa de respuesta global en los pacientes con delección de 17p, de acuerdo con la evaluación de los investigadores, fue de 88,9% en grupo tratado con IMBRUVICA versus 18,8% en el grupo que recibió ofatumumab.

RESONATE-2

El estudio RESONATE-2 (un Estudio de Fase 3, abierto, multicéntrico y aleatorizado del inhibidor de la Tirosina Quinasa de Bruton PCI-32765 versus clorambucilo en pacientes de 65 años o mayores con Leucemia Linfocítica Crónica o Linfoma de Linfocitos Pequeños no tratados previamente) fue realizado en pacientes con LLC o LLP no tratados previamente de 65 años o mayores. Los pacientes (n = 269) se aleatorizaron 1:1 para recibir 420 mg de IMBRUVICA una vez al día hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable, o para recibir clorambucilo con una dosis inicial de 0,5 mg/kg en los Días 1 y 15 de cada ciclo de 28 días durante un máximo de 12 ciclos, con un permiso de aumentos de dosis intrapacientes de hasta 0,8 mg/kg basado en la tolerabilidad.

La mediana de edad fue de 73 años (rango, 65 a 90 años), el 63 % eran varones y el 91 % eran blancos. Al inicio, el 91 % de los pacientes tenían un estado funcional ECOG de 0 o 1 y el 9% tenían un estado funcional ECOG de 2. El estudio reclutó 249 pacientes con LLC y 20 pacientes con LLP. Al inicio del estudio, el 20 % de los sujetos tenía delección del cromosoma 11q. Los motivos más frecuentes para iniciar el tratamiento de LLC incluyen: insuficiencia medular progresiva demostrada por anemia y/o trombocitopenia (38%), linfadenopatía progresiva o sintomática (37%), esplenomegalia progresiva o sintomática (30%), fatiga (27%) y sudoración nocturna (25%).

Con una mediana de seguimiento de 28,1 meses, se observaron 32 eventos de muerte [11 (8,1%) y 21 (15,8%) en los grupos de tratamiento con IMBRUVICA y clorambucilo, respectivamente]. Con 41% de los pacientes transferidos de clorambucilo a IMBRUVICA, el análisis de supervivencia global en la población de pacientes con intención de tratar produjo un CR estadísticamente significativo de 0,44 [IC de 95% (0,21, 0,92)] y estimados de una tasa de supervivencia en 2 años de 94,7% [IC de 95% (89,1, 97,4)] y 84,3% [IC de 95% (76,7, 89,6)] en los grupos tratados con IMBRUVICA y clorambucilo, respectivamente.

Los resultados de eficacia de RESONATE-2 se muestran en la Tabla 4 y la curva de Kaplan-Meier para la SLP, evaluada por un CRI de acuerdo con los criterios del GTI-LLC se muestra en la Figura 3.

Tabla 4: Resultados de Eficacia en Pacientes con LLC / LLP en RESONATE-2

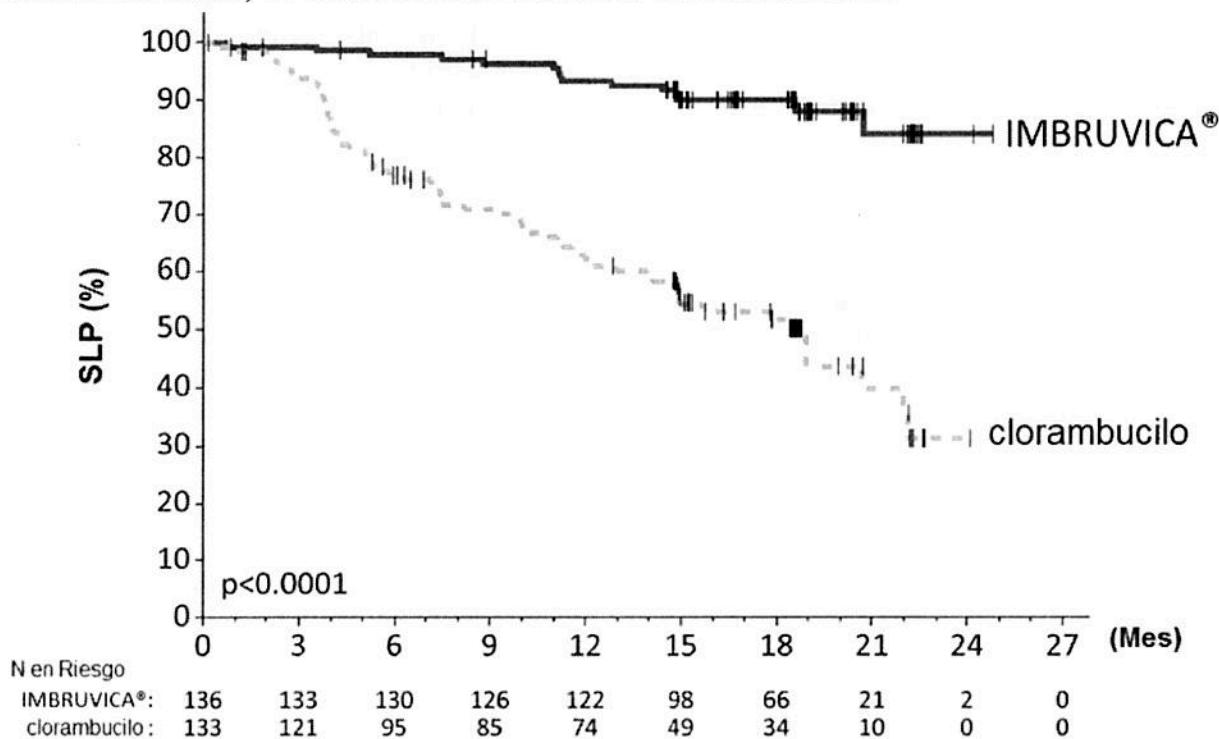
Criterio de valoración	IMBRUVICA N=136	Clorambucilo N=133
Supervivencia libre de progresión^a		
Número de eventos (%)	15 (11,0)	64 (48,1)
Progresión de la enfermedad	12	57
Eventos de muerte	3	7
Mediana (IC del 95 %), meses	NE	18,9 (14,1, 22,0)
CR ^b (IC del 95)	0,16 (0,09, 0,28)	
Tasa de respuesta global ^a (RC + RP)	82,4 %	35,3 %
Valor p	< 0,0001	

^a Evaluada por el CRI. Cinco sujetos (3,7 %) del grupo de IMBRUVICA y dos sujetos (1,5 %) del grupo de Clorambucilo lograron una respuesta completa.

^b CR=cociente de riesgo; NE = no evaluada

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Figura 3: Curva de Kaplan-Meier de Supervivencia Libre de Progresión (población con intención de tratar) en Pacientes con LLC / LLP en RESONATE-2



Seguimiento de 55 meses

Después de un seguimiento global de 55 meses, no se alcanzó la mediana de SLP en el grupo tratado con IMBRUVICA.

HELIOS

El estudio HELIOS (estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo Fase 3 de ibrutinib, un inhibidor de la Tirosina Quinasa de Bruton (BTK), en combinación con bendamustina y rituximab (BR) en sujetos con Leucemia Linfocítica Crónica Recidivante o Refractaria / Linfoma de Linfocíticos Pequeños) (NCT01611090) fue realizado en pacientes con LLC o LLP previamente tratados. Los pacientes (n = 578) fueron aleatorizados en proporción 1:1 para recibir, ya sea IMBRUVICA dosis diaria de 420 mg o placebo en combinación con BR hasta la progresión de la enfermedad, o toxicidad inaceptable. Todos los pacientes recibieron BR por un máximo de 6 ciclos de 28 días. Bendamustina fue dosificada a 70 mg/m², en infusión IV durante 30 minutos en el Ciclo 1, Días 2 y 3 y en los Ciclos 2-6, Días 1 y 2 hasta 6 ciclos, y todos los pacientes tenían una CLcr basal ≥ 40 ml/min. Rituximab fue administrado en dosis de 375 mg/m² en el primer ciclo, Día 1, y 500 mg/m² los Ciclos 2 a 6, Día 1.

La edad mediana fue de 64 años (rango, 31 a 86 años), 66% de los pacientes fueron hombres y 91% blancos. Todos los pacientes tenían un estado de desempeño ECOG basal de 0 o 1. El tiempo mediano desde el diagnóstico fue de 5,9 años y la mediana del número de tratamientos previos fue 2 (rango, 1 a 11 tratamientos). En condiciones basales, 56% de los pacientes tenían por lo menos un tumor ≥ 5 cm y 26% presentaban delección 11q.

Los resultados de eficacia de HELIOS se muestran en la Tabla 5 y las curvas de Kaplan-Meier de SLP en la Figura 4.



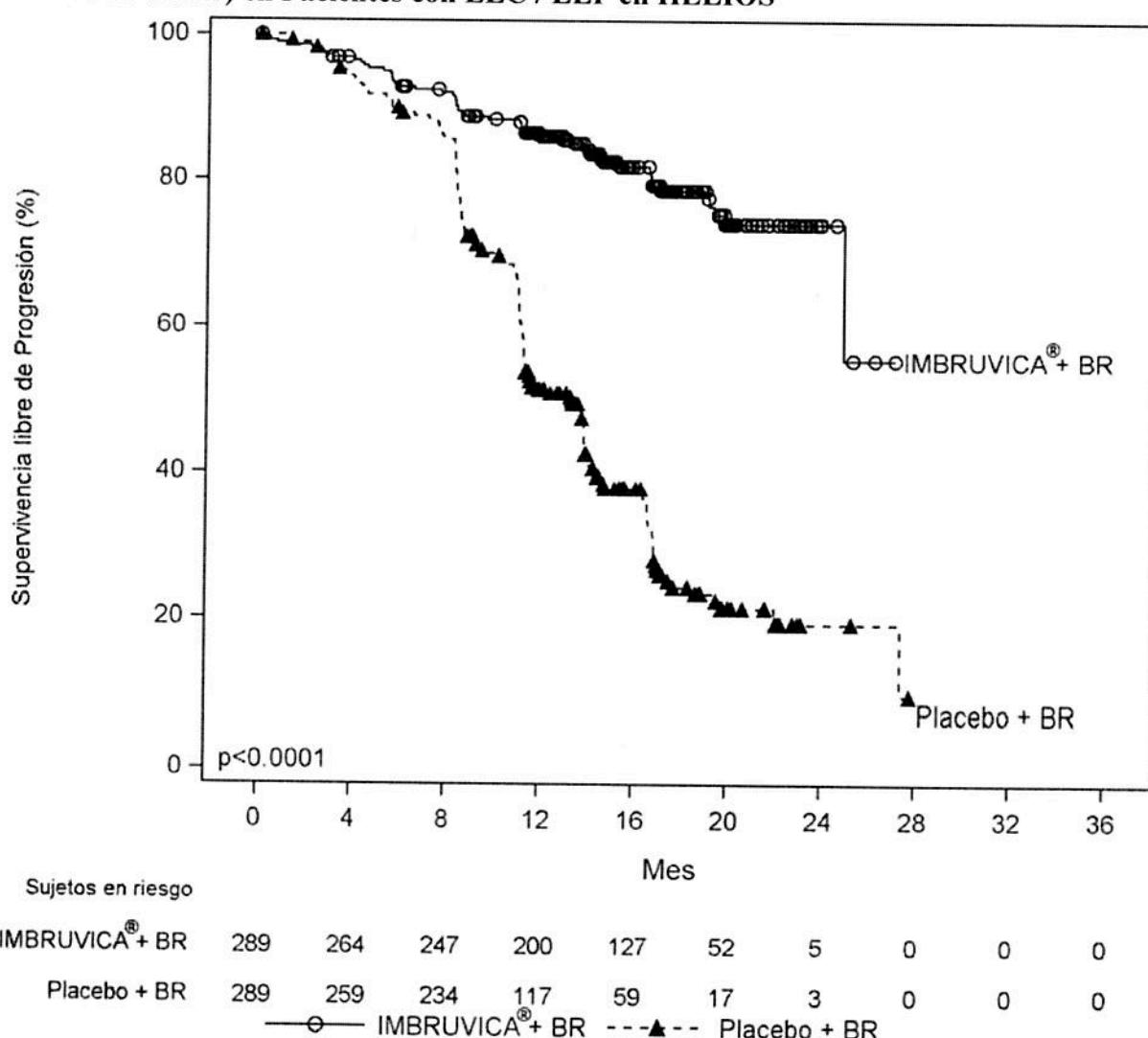
FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Tabla 5: Resultados de Eficacia en Pacientes con LLC/LLP en HELIOS

Criterio de valoración	IMBRUVICA + BR N=289	Placebo + BR N=289
Supervivencia Libre de Progresión^a		
Número de Eventos (%)	56 (19,4)	183 (63,3)
Mediana (IC de 95%), meses	NE	13,3 (11,3, 13,9)
CR (IC de 95%)	0,20 (0,15, 0,28)	
Tasa de Respuesta Global ^a	82,7%	67,8%

^a Evaluado por el CRI, 24 sujetos (8,3%) en el brazo de IMBRUVICA + BR y 6 sujetos (2,1%) en el brazo placebo + BR alcanzaron una respuesta completa.

BR=bendamustina y rituximab; IC=intervalo de confianza; CR=cociente de riesgo; NE=no evaluada.

Figura 4: Curva de Kaplan-Meier de Supervivencia Libre de Progresión (Población con intención de tratar) en Pacientes con LLC / LLP en HELIOS**iLLUMINATE**

El estudio iLLUMINATE (un estudio multicéntrico de ibrutinib en combinación con obinutuzumab versus clorambucilo en combinación con obinutuzumab) (NCT02264574), se realizó en pacientes con

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

LLC o LLP no tratados previamente. Los pacientes fueron de 65 años o más, o < 65 años de edad con afecciones médicas coexistentes, reducción de la función renal medida por el aclaramiento de creatinina <70 ml/min, o delección del 17p/mutación del TP53. Los pacientes (n=229) fueron aleatorizados en proporción 1:1 al tratamiento con 420 mg diarios de IMBRUVICA hasta la progresión de la enfermedad o una toxicidad inaceptable o con clorambucilo a la dosis de 0,5 mg/kg en los días 1 y 15 de cada ciclo de 28 días por 6 ciclos. En ambos grupos, los pacientes recibieron 1.000 mg de obinutuzumab los días 1, 8 y 15 del primer ciclo, seguidos del tratamiento el primer día de los 5 ciclos subsiguientes (un total de 6 ciclos, 28 días cada uno). La primera dosis de obinutuzumab se dividió entre el día 1 (100 mg) y el día 2 (900 mg).

La mediana de edad fue de 71 años (rango: 40 a 87 años), 64% fueron hombres y 96% blancos. El desempeño ECOG basal de los pacientes fue de 0 (48%) o 1-2 (52%). El ensayo incluyó a 214 pacientes con LLC y 15 pacientes con LLP. Al comienzo del estudio, 65% de los pacientes tenían LLC/LLP con factores de alto riesgo (delección del 17p/mutación del TP53 [18%, delección 11q [15%] o región variable de la cadena pesada de inmunoglobulina no mutada (IGHV no mutado) [54%]). Las razones más comunes para iniciar el tratamiento de la LLC fueron: linfadenopatía (38%), sudoración nocturna (34%), insuficiencia progresiva de la médula ósea (31%), fatiga (29%), esplenomegalia (25%) y linfocitosis progresiva (21%).

Los resultados de eficacia del iLLUMINATE después de un tiempo de seguimiento mediano de 31 meses en el estudio, evaluados por un CRI de acuerdo con los criterios de GTI-LLC, se muestran en la Tabla 6, y la curva de Kaplan-Meier de SLP se muestra en la Figura 5.

Tabla 6: Resultados de eficacia en pacientes con LLC/LLP en estudio iLLUMINATE

Variable	IMBRUVICA + Obinutuzumab N=113	Clorambucilo + Obinutuzumab N=116
Supervivencia libre de progresión ^a		
Número de eventos (%)	24 (21)	74 (64)
Progresión de la enfermedad	11	64
Eventos de muerte	13	10
Mediana (IC del 95%), meses	NE	19,0 (15,1; 22,1)
HR (IC del 95%)		0,23 (0,15; 0,37)
Valor de P ^b		<0,0001
Tasa de respuesta global (%) ^a	88,5	73,3
RC ^c (%)	19,5	7,8
RP ^d (%)	69,0	65,5

^a Evaluado por CRI

^b Valor de P de la prueba log-rank no estratificada

^c Incluye 1 paciente del grupo IMBRUVICA + obinutuzumab con respuesta completa y recuperación incompleta de la médula ósea (CRI)

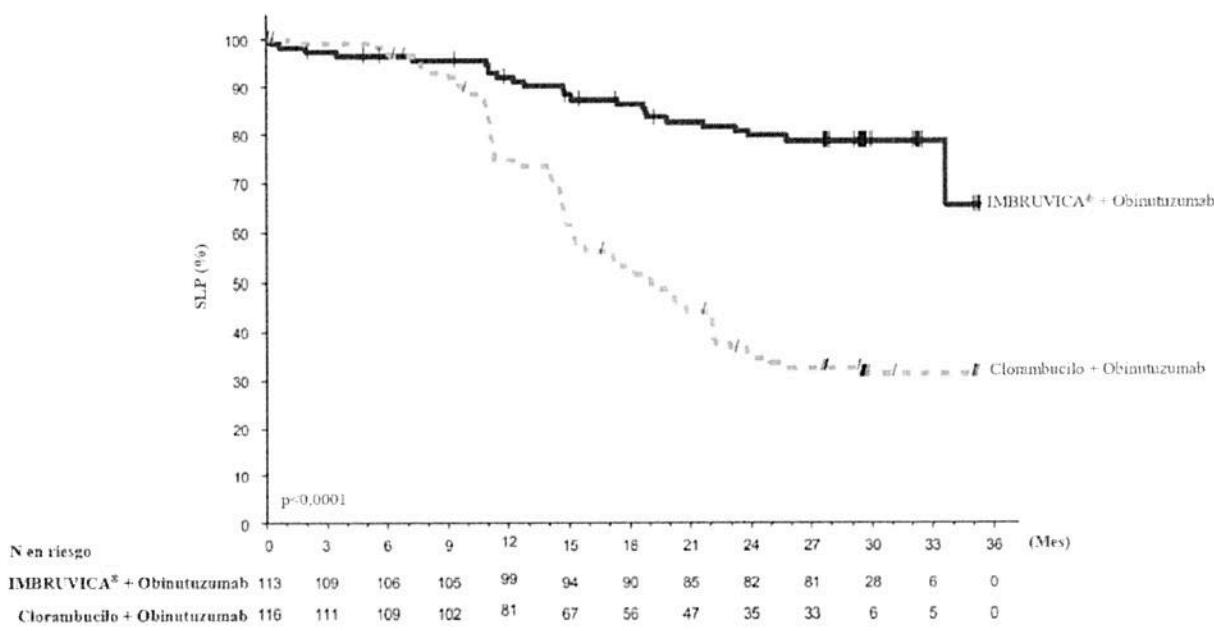
^d RP = nRP + RP

HR=cociente de riesgo; NE=no evaluable



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Figura 5: Curva de Kaplan-Meier de Supervivencia libre de progresión (Población ITT) en pacientes con LLC/LLP en el estudio iLLUMINATE



En la población con LLC/LLP de alto riesgo (deleción del 17p/mutación TP53, del 11q, o IGHV no mutado), el HR de SLP fue de 0,15 [IC del 95% (0,09; 0,27)].

E1912

El estudio E1912 (un estudio aleatorizado fase III de terapia basada en ibrutinib versus quimioinmunoterapia estándar con fludarabina, ciclofosfamida y rituximab [FCR] en pacientes jóvenes no tratados con leucemia linfocítica crónica [LLC]) (NCT02048813) se condujo en pacientes adultos de 70 años de edad o menores con LLC o LLP no tratados previamente que requerían terapia sistémica. Todos los pacientes tenían una CLcr > 40 ml/min al inicio del estudio. Se excluyeron los pacientes con delección 17p. Los pacientes (n=529) fueron aleatorizados 2:1 para recibir IMBRUVICA más rituximab (R) o FCR. IMBRUVICA se administró a 420 mg una vez al día hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Fludarabina se administró a una dosis de 25 mg/m² y ciclofosfamida se administró a una dosis de 250 mg/m² los Días 1, 2 y 3 de los Ciclos 1-6. Rituximab se inició en el Ciclo 2 para el brazo IMBRUVICA + R y el Ciclo 1 para el brazo de FCR, y se administró a 50 mg/m² el Día 1 del primer ciclo, 325 mg/m² el Día 2 del primer ciclo y 500 mg/m² el Día 1 de 5 ciclos subsiguientes, para un total de 6 ciclos. Cada ciclo fue de 28 días.

La edad mediana fue de 58 años (rango, 28 a 70 años), 67% eran varones, 90% eran blancos y 98% tenían un estado de desempeño ECOG de 0-1. Al inicio del estudio, 43% de los pacientes estaban en estadio Rai 3 o 4, y 59% de los pacientes presentaban factores de alto riesgo (mutación TP53 [6%], del11q [22%] o IGHV no mutada [53%]).

Con una mediana del tiempo de seguimiento en el estudio de 37 meses, los resultados de eficacia en E1912 se muestran en la Tabla 7. Las curvas de Kaplan-Meier de SLP, evaluadas según los criterios del IWCLL, se muestran en la Figura 6.

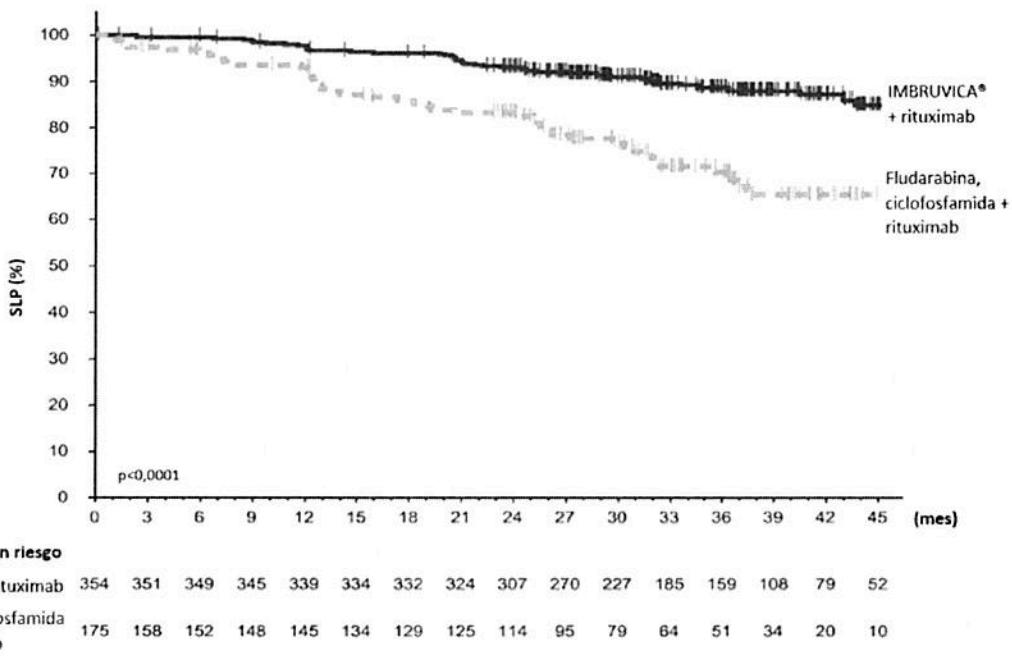
FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Tabla 7: Resultados de eficacia en Pacientes con CLL/SLL en E1912

Variable	IMBRUVICA + R N = 354	FCR N = 175
Sobrevivencia Libre de Progresión		
Número de eventos (%)	41 (12)	44 (25)
Progresión de la enfermedad	39	38
Eventos fatales	2	6
Mediana (CI de 95%), meses	NE (49,4; NE)	NE (47,1; NE)
CR (CI de 95%)	0,34 (0,22; 0,52)	
Valor de p ^a	< 0,0001	

^a El valor de p proviene de la prueba log rank no estratificada

FCR = fludarabina, ciclofosfamida y rituximab; CR = razón de riesgos; R = rituximab; NE = no evaluable

Figura 6: Curva de Kaplan-Meier de Supervivencia Libre de Progresión (Población ITT) en Pacientes con CLL/SLL en E1912

Con una mediana del tiempo de seguimiento en el estudio de 49 meses, no se alcanzó la supervivencia global mediana, con un total de 23 muertes: 11 (3%) en el brazo de tratamiento con IMBRUVICA más rituximab y 12 (7%) en el brazo de FCR.

Linfocitosis

Al iniciarse el tratamiento con IMBRUVICA como monoterapia, un aumento en el recuento de linfocitos (es decir, un aumento $\geq 50\%$ con respecto al inicio y por encima del recuento absoluto de linfocitos de 5.000/ μ l) ocurrió en el 66% de los pacientes del estudio de LLC. El inicio de la linfocitosis aislada se produce durante el primer mes de tratamiento con IMBRUVICA y se resuelve en una mediana de 14 semanas (rango, 0,1 a 104 semanas). Cuando IMBRUVICA fue administrado en combinación, la linfocitosis fue del 7% con IMBRUVICA + BR versus 6% con placebo + BR y 7% con IMBRUVICA + obinutuzumab versus 1% con clorambucilo + obinutuzumab.



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Macroglobulinemia de Waldenström

La seguridad y eficacia de IMBRUVICA en pacientes con MW fue demostrada en dos ensayos de un único brazo y un ensayo aleatorizado, controlado.

Estudio 1118 y brazo monoterapia INNOVATE

La seguridad y eficacia de IMBRUVICA en MW se evaluaron en el Estudio PCYC-1118E (referido como Estudio 1118) (NCT01614821), un estudio abierto, multicéntrico, de grupo único con 63 pacientes previamente tratados. La mediana de edad fue de 63 años (rango, 44 a 86 años), 76% eran varones y 95% eran blancos. Todos los pacientes tenían un estado funcional ECOG inicial de 0 o 1. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 74 meses, y la mediana del número de tratamientos anteriores fue de 2 (rango, 1 a 11 tratamientos). Al inicio, la mediana del valor del IgM sérico era de 3,5 g/dl (rango de 0,7 a 8,4 g/dl).

IMBRUVICA se administró por vía oral a 420 mg una vez al día hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Las respuestas fueron evaluadas por investigadores y un CRI utilizando los criterios adoptados del Grupo de Trabajo Internacional sobre Macroglobulinemia de Waldenström. Las respuestas, definidas como respuesta parcial o mejor, por el CRI se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8: Tasa de respuesta global y duración de la respuesta (DDR) según la evaluación del CRI en Pacientes con MW en el Estudio 1118

	Total (N=63)
Tasa de respuesta (RC+RPMB+RP), (%)	61,9
IC del 95% (%)	(48,8, 73,9)
Respuesta completa (RC)	0
Respuesta parcial muy buena (RPMB), (%)	11,1
Respuesta parcial (RP), (%)	50,8
Mediana de la duración de la respuesta, meses (rango)	NE (2,8+, 18,8+)

IC=intervalo de confianza; NE=no evaluado

La mediana de tiempo hasta la respuesta fue de 1,2 meses (rango, 0,7 - 13,4 meses).

El brazo de monoterapia INNOVATE incluyó 31 pacientes con MW previamente tratados que fallaron en terapias previas que contenían rituximab y recibieron IMBRUVICA en monoterapia. La edad media fue 67 años (rango: 47 a 90 años). Ochenta y un porciento de los pacientes tenían un estado de funcionamiento ECOG de base de 0 o 1, y 19% tuvieron un estado de funcionamiento ECOG de base de 2. La mediana del número de tratamientos previos fue 4 (rango: 1 a 7 tratamientos). El rango de respuesta observado en el brazo monoterapia de INNOVATE fue 71% (0% RC, 29% MBRP, 42% RP). Con una mediana de tiempo de seguimiento del estudio de 34 meses (rango: 8,6+ a 37,7 meses), la mediana de la duración de respuesta no se ha alcanzado.

INNOVATE

El estudio INNOVATE (un estudio Fase 3 aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de ibrutinib o placebo en combinación con rituximab en sujetos con Macroglobulinemia de Waldenström) (NCT02165397) fue llevado a cabo en pacientes con MW sin tratamiento previo o previamente tratados. Los pacientes (n=150) fueron aleatorizados 1:1 para recibir IMBRUVICA 420 mg diarios o placebo en combinación con rituximab hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Rituximab fue administrado semanalmente a una dosis de 375 mg/m² por 4 semanas consecutivas (semanas 1-4) seguido de un segundo curso de rituximab por 4 semanas consecutivas (semanas 17-20). La principal medida de



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

resultado de eficacia es la sobrevida libre de progresión (SLP) establecida por un IRC con medida adicional de eficacia del rango de respuesta.

La mediana de la edad fue 69 años (rango: 36 a 89 años), 66% eran hombres, y 79% eran blancos. Noventa y tres por ciento de los pacientes tenían un estado de funcionamiento ECOG de base de 0 o 1, y 7% de los pacientes tenían un estado de funcionamiento ECOG de base de 2. Cuarenta y cinco por ciento de los pacientes no recibieron tratamiento previo, y 55% de los pacientes fueron tratados previamente. Dentro de los pacientes tratados previamente, la mediana del número de tratamientos previos fue 2 (rango: 1 a 6 tratamientos). De base, la mediana del valor de IgM sérica fue 3,2 g/dl (rango: 0,6 a 8,3 g/dl), y las mutaciones MYD88L265P estaban presentes en 77% de los pacientes, ausente en el 13% de los pacientes, y 9% de los pacientes no fueron evaluados por el estado de mutación.

Los resultados de eficacia para INNOVATE son establecidos por un IRC se muestran en la tabla 9, y las curvas de Kaplan-Meier para PFS se muestran en la Figura 7.

Tabla 9: Resultados de eficacia en pacientes con MW en INNOVATE

Criterio de valoración	IMBRUVICA + R N=75	Placebo + R N=75
Sobrevida libre de progresión		
Número de eventos (%)	14 (19)	42 (56)
Mediana (CI 95%), meses	NE	20,3 (13,7; 27,6)
HR (CI 95%)	0,20 (0,11; 0,38)	
Valor-P ^a	<0,0001	
Tasa de respuesta (RC+ MBRP +RP)^b	72%	32%
CI 95%	(0,62; 0,82)	(0,21; 0,43)
Respuesta completa (RC)	3%	1%
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	23%	4%
Respuesta parcial (RP)	47%	27%
Mediana de la duración de la respuesta, meses (rango)	NE (1,9+; 36,4+)	21,2 (4,6; 25,8)

CI=intervalo de confianza; HR=cociente de riesgo; NE= no evaluado; R=rituximab

^a el valor-P es por una prueba rango log estratificada según MW IPSS (baja, media, alta) y el número de regímenes de tratamientos sistemáticos previos (0, ≥1)

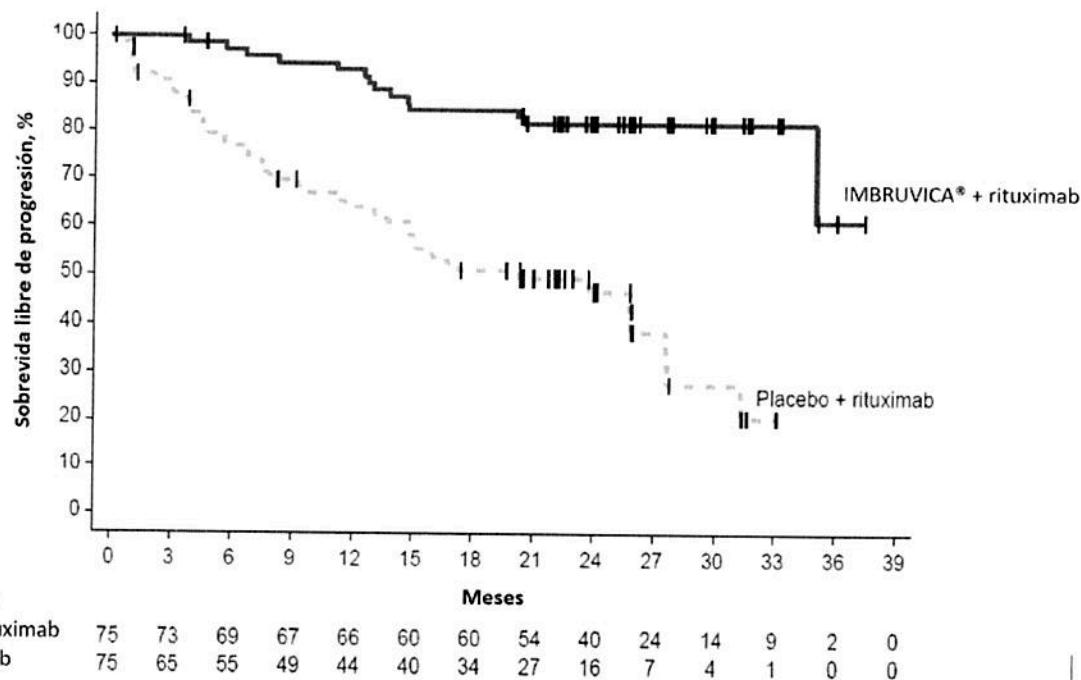
^b el valor-P asociado con un rango de respuesta fue <0,0001

Mediana del tiempo de seguimiento medio del estudio = 26,5 meses



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Figura 7: Curva Kaplan-Meier de sobrevida libre de progresión (población ITT) en pacientes con MW en INNOVATE



Un análisis exploratorio demostró una mejoría sostenida de hemoglobina (definido como un aumento $\geq 2\text{g/dl}$ sobre el valor basal por al menos 8 semanas sin transfusiones sanguíneas o soporte con factor de crecimiento) en 65% de los pacientes en el grupo IMBRUVICA + R y 39% de los pacientes en el grupo placebo + R.

Linfoma de zona marginal

La seguridad y la eficacia de IMBRUVICA en LZM fueron evaluadas en el Estudio PCYC-1121-CA (referido como Estudio 1121) (NCT01980628), un estudio multicéntrico, abierto, de un solo grupo en pacientes que recibieron por lo menos una terapia previa. El análisis de eficacia incluyó 63 pacientes con 3 subtipos de LZM: tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT, por sus siglas en inglés; N=32), nodal (N=17) y esplénico (N=14). La mediana de la edad fue de 66 años (rango, 30 a 92 años), el 59% eran mujeres y 84% blancos. Noventa y dos por ciento de los pacientes tenían un estado funcional ECOG inicial de 0 o 1 y 8% tenía un estado funcional ECOG de 2. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 3,8 años y la mediana de número de tratamientos previos fue de 2 (intervalo, 1 a 9 tratamientos). IMBRUVICA fue administrado oralmente a la dosis de 560 mg una vez al día hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Las respuestas fueron evaluadas por los investigadores y por un CRI, utilizando los criterios adoptados del Grupo de Trabajo Internacional en linfoma maligno. Las respuestas de acuerdo con el CRI se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10: Tasa de Respuesta Global (TRG) y Duración de la Respuesta (DDR) basada en la Evaluación del CRI en Pacientes con LZM en el Estudio 1121

	Total (N=63)
Tasa de Respuesta (RC + RP), (%)	46,0%
IC del 95% (%)	(33,4, 59,1)
Respuesta Completa (RC), (%)	3,2
Respuesta Parcial (RP), (%)	42,9
Mediana de duración de la respuesta, meses (rango)	NE (16,7, NE)

IC=intervalo de confianza, NE=no evaluado

Mediana del tiempo de seguimiento en el estudio=19,4 meses



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

La mediana del tiempo de respuesta fue de 4,5 meses (rango, 2,3 a 16,4 meses). Las tasas de respuesta global fueron 46,9%, 41,2% y 50,0% para los 3 subtipos de LZM (MALT, nodal y esplénico), respectivamente.

Enfermedad de injerto contra huésped crónica

La seguridad y eficacia de IMBRUVICA en EICHc fueron evaluadas en el Estudio PCYC-1129-CA (referido como Estudio 1129) (NCT02195869), un estudio abierto, multicéntrico, de grupo único de 42 pacientes con EICHc después del fracaso de la terapia de primera línea con corticoides and requiriendo terapia adicional.

La mediana de edad fue 56 años (rango, 19 a 74 años), 52% eran hombres y 93% eran blancos. Las neoplasias malignas subyacentes más comunes que condujeron a trasplante fueron leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, y LLC. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de EICHc fue 14 meses, la mediana del número de tratamientos previos de EICHc fue 2 (rango, 1 a 3 tratamientos), y 60% de los pacientes tenían puntuación de rendimiento según la escala de Karnofsky ≤ 80 . La mayoría de los pacientes (88%) tenían al menos 2 órganos involucrados desde el inicio, con los órganos más frecuentemente involucrados siendo boca (86%), piel (81%), y tracto gastrointestinal (33%). La dosis diaria mediana de corticosteroides (prednisona o equivalente de prednisona) al inicio fue 0,3 mg/kg/día, y el 52% de los pacientes estaban recibiendo inmunosupresores en curso, además de corticosteroides sistémicos al inicio. La profilaxis para infecciones se manejó de acuerdo a las guías institucionales con 79% de los pacientes recibiendo combinaciones de sulfonamidas y trimetoprima y 64% recibiendo derivados del triazol.

IMBRUVICA se administró oralmente en dosis de 420 mg una vez al día. Las respuestas fueron evaluadas por investigadores utilizando los Criterios de Respuesta del Panel de Consenso del Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) del 2005, con dos modificaciones para alinear con los Criterios de Respuesta del Panel de Consenso de NIH actualizados del 2014. Los resultados de eficacia se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11: Mejor Tasa de Respuesta Global (TRG) y Tasa de Respuesta Sostenida Basado en la Evaluación del Investigador^a en pacientes con EICHc en el Estudio 1129

	Total (N = 42)
TRG	28 (67%)
IC del 95%	(51%, 80%)
Respuesta completa (RC)	9 (21%)
Respuesta parcial (RP)	19 (45%)
Tasa de respuesta sostenida ^b	20 (48%)

IC=intervalo de confianza

^a Evaluación del investigador basado en los Criterios de Respuesta de NIH 2005 con dos modificaciones (se agregó “no evaluable” para los órganos con anomalías no relacionadas a EICHc, y el cambio en la puntuación de órganos de 0 a 1 no se consideró progresión de la enfermedad)

^b Tasa de respuesta sostenida se define como la proporción de pacientes que alcanzaron una RC o RP sostenida por al menos 20 semanas

La mediana de tiempo hasta la respuesta coincidiendo con la primera evaluación de respuesta programada fue 12,3 semanas (rango, 4,1 a 42,1 semanas). Las respuestas se observaron a lo largo de todos los órganos involucrados para EICHc (piel, boca, tracto gastrointestinal, e hígado).

Los resultados de TRG fueron respaldados por análisis exploratorios de los síntomas molestos reportados por los pacientes los cuales mostraron al menos una disminución de 7 puntos en la puntuación general de la Escala de Síntomas de Lee en 24% (10/42) de los pacientes en al menos 2 visitas consecutivas.



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN

Posología recomendada

Linfoma de células del manto y Linfoma de zona marginal

La posología recomendada de IMBRUVICA para tratar el LCM y LZM es de 560 mg por vía oral una vez al día hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Leucemia linfocítica crónica / Linfoma de linfocitos pequeños y Macroglobulinemia de Waldenström

La posología recomendada de IMBRUVICA para tratar el LLC/LLP y MW es 420 mg por vía oral una vez al día hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Para LLC/LLP, IMBRUVICA puede administrarse como agente único, en combinación con rituximab u obinutuzumab, o en combinación con bendamustina y rituximab (BR).

En MW, IMBRUVICA se puede administrar como agente único o en combinación con rituximab.

Cuando se administra IMBRUVICA en combinación con rituximab u obinutuzumab en el mismo día, considerar administrar IMBRUVICA previamente a rituximab u obinutuzumab.

Enfermedad de injerto contra huésped crónica

La posología recomendada de IMBRUVICA para EICHc es 420 mg administrados en forma oral una vez al día hasta la progresión de EICHc, recurrencia de una malignidad subyacente, o toxicidad inaceptable. Cuando un paciente ya no requiere terapia para el tratamiento de EICHc, IMBRUVICA debe ser discontinuado considerando la evaluación médica individual del paciente.

Modo de administración

Administrar IMBRUVICA aproximadamente a la misma hora cada día, con un vaso de agua.

Tragar las cápsulas enteras. No abrir, romper, o masticar las cápsulas.

En caso de omitirse una dosis de IMBRUVICA a la hora programada, se puede administrar la dosis tan pronto como sea posible ese mismo día, volviendo al horario pre establecido al día siguiente. No se debe recurrir a dosis adicionales de IMBRUVICA para compensar una omisión de dosis.

Modificaciones de la posología por reacciones adversas

Interrumpir el tratamiento con IMBRUVICA en caso de toxicidad no hematológica de Grado 3 o mayor, neutropenia de Grado 3 o mayor con infecciones o fiebre, o toxicidades hematológicas de Grado 4. El tratamiento con IMBRUVICA puede reiniciarse con la dosis inicial una vez que la reacción adversa haya mejorado hasta Grado 1 o al nivel inicial (recuperación). En caso de reaparición de la reacción adversa, reducir la dosis en 140 mg por día. Se puede considerar una segunda reducción de dosis de otros 140 mg si fuera necesario. Se debe suspender el tratamiento con IMBRUVICA si las reacciones adversas persisten o recurren luego de dos reducciones de la dosis.

A continuación, se describen las modificaciones recomendadas de las dosis para estas toxicidades:

Aparición de la toxicidad	Modificación de la dosis para LCM y LZM luego de la recuperación Dosis inicial: 560 mg	Modificación de la dosis para LLC / LLP, MW y EICHc luego de la recuperación Dosis inicial: 420 mg
Primera	Reanudar con 560 mg diarios	Reanudar con 420 mg diarios
Segunda	Reanudar con 420 mg diarios	Reanudar con 280 mg diarios
Tercera	Reanudar con 280 mg diarios	Reanudar con 140 mg diarios
Cuarta	Discontinuar IMBRUVICA	Discontinuar IMBRUVICA



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Modificaciones posológicas para el uso de inhibidores de CYP3A

Las modificaciones posológicas recomendadas se describen a continuación (ver “Interacciones medicamentosas”).

Población de pacientes	Medicamento coadministrado	Dosis recomendada de IMBRUVICA
Neoplasias malignas de Células B	• Inhibidor moderado del CYP3A	280 mg una vez al día Modificar la dosis según recomendación (ver “Posología y modo de administración - Modificaciones de la posología por reacciones adversas”).
	• Voriconazol 200 mg dos veces al día • Posaconazol suspensión 100 mg una vez al día, 100 mg dos veces al día, o 200 mg dos veces al día	140 mg una vez al día Modificar la dosis según recomendación (ver “Posología y modo de administración- Modificaciones de la posología por reacciones adversas”).
	• Posaconazol suspensión 200 mg tres veces al día o 400 mg dos veces al día • Posaconazol intravenoso 300 mg una vez al día • Posaconazol comprimidos de liberación prolongada 300 mg una vez al día	Evitar el uso concomitante. Interrumpir la dosis según recomendación (ver “Posología y modo de administración- Modificaciones de la posología por reacciones adversas”).
	• Otros inhibidores potentes del CYP3A	Evite el uso concomitante. Si estos inhibidores van a ser utilizados por un corto período de tiempo (como antiinfecciosos por siete días o menos), interrumpir IMBRUVICA.
Enfermedad de injerto contra huésped crónica	• Inhibidor moderado del CYP3A	420 mg una vez al día Modificar la dosis según recomendación (ver “Posología y modo de administración – Modificaciones de la posología por reacciones adversas”).
	• Voriconazol 200 mg dos veces al día • Posaconazol suspensión 100 mg una vez al día, 100 mg dos veces al día o 200 mg dos veces al día	280 mg una vez al día Modificar la dosis según recomendación (ver “Posología y modo de administración- Modificaciones de la posología por reacciones adversas”).
	• Posaconazol suspensión 200 mg tres veces al día o 400 mg dos veces al día • Posaconazol intravenoso 300 mg una vez al día • Posaconazol comprimidos de liberación prolongada 300 mg una vez al día	140 mg una vez al día Interrumpir la dosis según recomendación (ver “Posología y modo de administración- Modificaciones de la posología por reacciones adversas”).
	• Otros inhibidores potentes del CYP3A	Evitar el uso concomitante. Si estos inhibidores van a ser utilizados por un corto período de tiempo (como antiinfecciosos por siete días o menos), interrumpir IMBRUVICA.



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Luego de la discontinuación de un inhibidor del CYP3A, reanudar la dosis previa de IMBRUVICA (ver “Posología y modo de administración- Posología recomendada” e “Interacciones medicamentosas”).

Modificaciones posológicas para el uso en insuficiencia hepática

Para los pacientes con insuficiencia hepática leve (Child-Pugh clase A), la posología recomendada es de 140 mg diarios.

Evitar el uso de IMBRUVICA en pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh clases B y C) (ver “Uso en poblaciones específicas” y “Propiedades Farmacológicas”).

CONTRAINDICACIONES

IMBRUVICA está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida (por ejemplo, reacciones anafilácticas o anafilactoides) a ibrutinib o a los excipientes contenidos en la formulación.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES**Hemorragias**

Han ocurrido eventos hemorrágicos mortales en pacientes que recibieron IMBRUVICA. Hemorragia mayor (\geq Grado 3, graves o cualquier evento del sistema nervioso central; por ejemplo, hemorragia intracraneal [incluido hematoma subdural], sangrado gastrointestinal, hematuria y hemorragia posterior a la intervención) ocurrieron en 4% de los pacientes, con fatalidades ocurriendo en 0,4% de 2838 pacientes que recibieron IMBRUVICA en 27 ensayos clínicos. Los eventos hemorrágicos, incluyendo hematomas y petequias, ocurrieron en 39% de los pacientes que recibieron IMBRUVICA.

No se comprende bien el mecanismo de los eventos hemorrágicos.

El uso de agentes anticoagulantes o antiplaquetarios concomitantemente con IMBRUVICA aumenta el riesgo de una hemorragia mayor. Entre los ensayos clínicos, 3,1% de los 2838 pacientes que recibían IMBRUVICA sin terapia antiplaquetaria o anticoagulante experimentaron hemorragia mayor. La adición de una terapia antiplaquetaria con o sin terapia anticoagulante aumentó el porcentaje a 4,4%, y la adición de la terapia anticoagulante con o sin terapia antiplaquetaria aumentó este porcentaje a 6,1%. Considerar los riesgos y beneficios de la terapia con anticoagulante o antiplaquetario cuando se coadministra con IMBRUVICA. Monitorear signos y síntomas de sangrado.

Considerar la relación beneficio-riesgo de la suspensión de IMBRUVICA durante al menos 3 a 7 días antes y después de una intervención quirúrgica, dependiendo del tipo de intervención y el riesgo de hemorragia (ver “Estudios clínicos”).

Infecciones

Ocurrieron casos de infecciones mortales y no mortales (incluyendo bacteriana, viral o micótica) con el tratamiento de IMBRUVICA. Infecciones Grado 3 o mayores ocurrieron en el 21% de los 1476 pacientes que recibieron IMBRUVICA en ensayos clínicos (ver “Reacciones adversas”). Han ocurrido casos de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) y neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en pacientes tratados con IMBRUVICA. Considerar profilaxis de acuerdo al estándar de atención en pacientes que tienen un riesgo incrementado de infecciones oportunistas. Monitorear y evaluar los pacientes por fiebre e infecciones y tratar adecuadamente.

Citopenias

En 645 pacientes con neoplasias malignas de linfocitos B que recibieron IMBRUVICA como agente único, ocurrieron neutropenia de Grado 3 o 4 en 23% de los pacientes, trombocitopenia de Grado 3 o 4 en 8% y anemia de Grado 3 o 4 en 3%, según las mediciones de laboratorio.

Monitorear hemogramas completos mensualmente.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Arritmias cardíacas

Con IMBRUVICA han ocurrido arritmias cardiacas graves y fatales. Taquiarritmias ventriculares de Grado 3 o mayor ocurrieron en el 0,2% de los pacientes, y fibrilación auricular y aleteo auricular de Grado 3 o mayor ocurrieron en el 4% de los 1476 pacientes que recibieron IMBRUVICA en ensayos clínicos. Estos eventos ocurrieron particularmente en pacientes con factores de riesgo cardíaco, hipertensión, infecciones agudas y antecedentes previos de arritmias cardiacas. Ver "Reacciones adversas".

Monitorear periódicamente a los pacientes clínicamente para detectar arritmias cardiacas. Los pacientes que desarrollen síntomas arrítmicos (por ejemplo, palpitaciones, mareos, síncope, dolor en el pecho) o disnea de reciente aparición deben someterse a un ECG. La arritmia cardiaca debe ser abordada adecuadamente y si persiste, considerar los riesgos y beneficios del tratamiento con IMBRUVICA y seguir las guías de modificación de la dosis (ver "Posología y modo de administración").

Hipertensión

Hipertensión ocurrió en 19% de los 1476 pacientes que recibieron IMBRUVICA en ensayos clínicos. Se reportó hipertensión de Grado 3 o mayor en el 8% de los pacientes. En base a los datos de 1124 de estos pacientes, la mediana del tiempo hasta la aparición fue de 5,9 meses (rango, 0,03 a 24 meses).

Monitorear la presión arterial en los pacientes tratados con IMBRUVICA e iniciar o ajustar la medicación antihipertensiva a lo largo del tratamiento con IMBRUVICA, según corresponda.

Segundas neoplasias malignas primarias

Han ocurrido otras neoplasias malignas (10%), incluyendo carcinomas no cutáneos (4%), entre los 1476 pacientes que recibieron IMBRUVICA en ensayos clínicos. La segunda neoplasia maligna primaria más frecuente fue el cáncer de piel no melanoma (6%).

Síndrome de lisis tumoral

Se ha informado infrecuentemente síndrome de lisis tumoral con IMBRUVICA. Evaluar el riesgo inicial (por ejemplo, alta carga tumoral) y tomar las precauciones adecuadas. Monitorear a los pacientes estrechamente y tratar según corresponda.

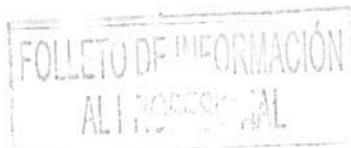
Toxicidad embriofetal

De acuerdo con los hallazgos en animales, IMBRUVICA puede causar daño fetal cuando se administra a mujeres embarazadas. La administración de ibrutinib a ratas y conejas preñadas durante el período de organogénesis provocó toxicidad embriofetal, incluso malformaciones con exposiciones que fueron 2-20 veces superiores a las reportadas en pacientes con neoplasias malignas hematológicas. Aconsejar a las mujeres embarazadas acerca del potencial riesgo para el feto. Aconsejar a las mujeres en edad fértil el uso de anticoncepción efectiva durante el tratamiento con IMBRUVICA y durante 1 mes después de la última dosis (Ver "Uso en poblaciones específicas").

REACCIONES ADVERSAS

Las siguientes reacciones adversas clínicamente significativas se describen más detalladamente en otras secciones del prospecto:

- Hemorragias (ver "Advertencias y precauciones")
- Infecciones (ver "Advertencias y precauciones")
- Citopenias (ver "Advertencias y precauciones")
- Arritmias cardiacas (ver "Advertencias y precauciones")



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

- Hipertensión (ver "Advertencias y precauciones")
- Segundas neoplasias malignas primarias (ver "Advertencias y precauciones")
- Síndrome de lisis tumoral (ver "Advertencias y precauciones")

Experiencia en los ensayos clínicos

Dado que los ensayos clínicos se llevan a cabo en condiciones muy variables, las tasas de eventos adversos observados en los estudios clínicos de un medicamento no pueden compararse directamente con las tasas de los estudios clínicos de otro medicamento y pueden no reflejar los índices observados en la práctica.

Los datos en la sección "Advertencias y precauciones" reflejan la exposición a IMBRUVICA en 6 ensayos como agente único a dosis de 420 mg por vía oral una vez al día en 475 pacientes, y de 560 mg por vía oral una vez al día en 174 pacientes, así como en 4 ensayos administrado en combinación con otros fármacos a 420 mg por vía oral una vez al día en 827 pacientes. Entre estos 1476 pacientes con neoplasias malignas de linfocitos B que recibieron IMBRUVICA, 87% estuvieron expuestos por 6 meses o más, y 68% estuvieron expuestos por más de un año. En esta población combinada de seguridad de 1476 pacientes con neoplasias malignas de linfocitos B, las reacciones adversas más frecuentes ($\geq 30\%$) fueron trombocitopenia, diarrea, fatiga, dolor musculoesquelético, neutropenia, erupción cutánea, anemia y hematomas.

Linfoma de células del manto

Los datos descriptos a continuación reflejan la exposición a IMBRUVICA en un estudio clínico (Estudio 1104) que incluyó 111 pacientes con LCM tratados previamente con 560 mg al día, con una mediana de duración del tratamiento de 8,3 meses.

Las reacciones adversas más frecuentes ($\geq 20\%$) fueron trombocitopenia, diarrea, neutropenia, anemia, fatiga, dolor musculoesquelético, edema periférico, infección de las vías respiratorias superiores, náuseas, moretones, disnea, constipación, erupción cutánea, dolor abdominal, vómitos y disminución del apetito (ver las Tablas 12 y 13).

Las reacciones adversas no hematológicas más frecuentes de Grado 3 o 4 ($\geq 5\%$) fueron neumonía, dolor abdominal, fibrilación auricular, diarrea, fatiga e infecciones de la piel.

Se observaron casos de insuficiencia renal mortales y graves con el tratamiento con IMBRUVICA. El 9% de los pacientes experimentó aumentos en los niveles de creatinina de 1,5 a 3 veces el límite superior del rango normal (LSN).

En la Tabla 12 se presentan las reacciones adversas que ocurrieron a una tasa $\geq 10\%$ en el estudio de LCM (N = 111) que empleó 560 mg diarios de IMBRUVICA como agente único.

Tabla 12: Reacciones adversas no hematológicas en $\geq 10\%$ de los pacientes con LCM (N=111)

Clasificación por sistemas y órganos	Reacción adversa	Todos los grados (%)	Grado 3 o mayor (%)
Trastornos gastrointestinales	Diarrea	51	5
	Náuseas	31	0
	Constipación	25	0
	Dolor abdominal	24	5
	Vómitos	23	0
	Estomatitis	17	1
	Dispepsia	11	0
Trastornos generales y condiciones en el sitio de administración	Fatiga	41	5
	Edema periférico	35	3
	Pirexia	18	1
	Astenia	14	3



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Dolor musculoesquelético Espasmos musculares Artralgia	37 14 11	1 0 0
Infecciones e infestaciones	Infección de las vías respiratorias superiores Infección de las vías urinarias Neumonía Infecciones de la piel Sinusitis	34 14 14 14 13	0 3 8 [†] 5 1
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Fatiga Edema periférico Pirexia Astenia	41 35 18 14	5 3 1 3
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Hematomas Erupción cutánea Petequias	30 25 11	0 3 0
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Dolor musculoesquelético Espasmos musculares Artralgia	37 14 11	1 0 0
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Disnea Tos Epistaxis	27 19 11	5 [†] 0 0
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Disminución del apetito Deshidratación	21 12	2 4
Trastornos del sistema nervioso	Mareos Dolor de cabeza	14 13	0 0

† incluye un evento con desenlace fatal.

Tabla 13: Anormalidades hematológicas de laboratorio emergentes del tratamiento* en pacientes con LCM (N=111)

	Porcentaje de pacientes (N=111)	
	Todos los grados (%)	Grado 3 o 4 (%)
Plaquetas disminuidas	57	17
Neutrófilos disminuidos	47	29
Hemoglobina disminuida	41	9

* Basado en las mediciones de laboratorio y reacciones adversas

Trombocitopenia de Grado 4 emergente del tratamiento (6%) y neutropenia (13%) ocurrieron en los pacientes.

Diez pacientes (9 %) discontinuaron el tratamiento debido a reacciones adversas en el ensayo (N=111). La reacción adversa más frecuente que llevó a la discontinuación del tratamiento fue hematoma subdural (1,8%). Las reacciones adversas que produjeron una reducción de la dosis ocurrieron en el 14% de los pacientes.

Los pacientes con LCM que desarrollaron linfocitosis mayor a 400.000/ μ l han tenido hemorragia intracraneal, letargo, inestabilidad de la marcha y dolor de cabeza. Sin embargo, algunos de estos casos estaban en la fase de progresión de la enfermedad.

El 40% de los pacientes tuvo niveles elevados de ácido úrico en el estudio, incluyendo 13% con valores superiores a 10 mg/dl. Se informó la reacción adversa de hiperuricemia en el 15% de los pacientes.



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Leucemia linfocítica crónica/Linfoma de linfocitos pequeños

Los datos descritos a continuación reflejan la exposición a IMBRUVICA en un ensayo clínico abierto de grupo único (Estudio 1102) y en cinco estudios clínicos controlados y aleatorizados (RESONATE, RESONATE-2, HELIOS, iLLUMINATE, y E1912) en pacientes con LLC/LLP (n=2016 en total, incluyendo 1133 pacientes expuestos a IMBRUVICA). Generalmente, los pacientes con un aclaramiento de creatinina (CLcr) \leq 30 ml/min, AST o ALT \geq 2,5 x LSN, o bilirrubina total \geq 1,5 x LSN (salvo que sea de origen no hepático) fueron excluidos de estos ensayos. En el estudio E1912, se excluyeron los pacientes con AST o ALT $>$ 3 x LSN o bilirrubina total $>$ 2,5 x LSN. El Estudio 1102 incluyó 51 pacientes con LLC/LLP tratados previamente. RESONATE incluyó 386 pacientes aleatorizados con LLC o LLP tratados previamente que recibieron IMBRUVICA u ofatumumab como agente único. RESONATE-2 incluyó 267 pacientes aleatorizados de 65 años o mayores sin tratamiento previo para LLC o LLP que recibieron IMBRUVICA o clorambucilo como agente único. HELIOS incluyó 574 pacientes aleatorizados con LLC o LLP previamente tratados que recibieron IMBRUVICA en combinación con BR o placebo en combinación con BR. iLLUMINATE incluyó 228 pacientes aleatorizados de 65 años o mayores sin tratamiento previo para LLC/LLP, o con condiciones médicas coexistentes y que recibieron IMBRUVICA en combinación con obinutuzumab o clorambucilo en combinación con obinutuzumab. El estudio E1912 incluyó 510 pacientes con LLC o LLP no tratados previamente, de 70 años de edad o menores y que recibieron IMBRUVICA en combinación con rituximab o recibieron fludarabina, ciclofosfamida y rituximab (FCR).

Las reacciones adversas más frecuentes en los pacientes con LLC/LLP recibiendo IMBRUVICA ($\geq 30\%$) fueron trombocitopenia, diarrea, fatiga, dolor musculoesquelético, neutropenia, erupción cutánea, anemia, hematomas, y náuseas.

Del cuatro al diez por ciento de los pacientes con LLC/LLP recibiendo IMBRUVICA discontinuaron el tratamiento debido a reacciones adversas. Estas incluyeron neumonía, hemorragia, fibrilación auricular, neutropenia, artralgia, erupción cutánea y trombocitopenia. Las reacciones adversas que obligaron a la reducción de la dosis ocurrieron en aproximadamente 9% de los pacientes.

Estudio 1102

En las Tablas 14 y 15 se presentan las reacciones adversas y alteraciones de laboratorio que ocurrieron a una tasa $\geq 10\%$ con una mediana de duración del tratamiento de 15,6 meses en el Estudio 1102 (N=51) que empleó 420 mg diarios de IMBRUVICA como agente único en pacientes con LLC/LLP previamente tratados.

Tabla 14: Reacciones adversas no hematológicas en $\geq 10\%$ de los pacientes con LLC / LLP (N=51) en el Estudio 1102

Clasificación por sistemas y órganos	Reacción adversa	Todos los grados (%)	Grado 3 o mayor (%)
Trastornos gastrointestinales	Diarrea	59	4
	Constipación	22	2
	Náuseas	20	2
	Estomatitis	20	0
	Vómitos	18	2
	Dolor abdominal	14	0
	Dispepsia	12	0
Trastornos de la piel y tejido subcutáneo	Hematomas	51	2
	Erupción cutánea	25	0
	Petequias	16	0

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Tabla 17: Anormalidades hematológicas de laboratorio emergentes del tratamiento en pacientes con LLC/LLP en RESONATE

	IMBRUVICA (N=195)		Ofatumumab (N=191)	
	Todos los grados (%)	Grado 3 o 4 (%)	Todos los grados (%)	Grado 3 o 4 (%)
Neutrófilos disminuidos	51	23	57	26
Plaquetas disminuidas	52	5	45	10
Hemoglobina disminuida	36	0	21	0

Trombocitopenia de Grado 4 emergente del tratamiento (2% en el grupo de IMBRUVICA versus 3% en el grupo ofatumumab) y neutropenia (8% en el grupo de IMBRUVICA versus 8% en el grupo ofatumumab) ocurrieron en los pacientes.

RESONATE-2

Las reacciones adversas y anormalidades de laboratorio que se describen a continuación en las tablas 18 y 19 reflejan la exposición de IMBRUVICA con una mediana de duración de 17,4 meses. La mediana de exposición a clorambucilo fue de 7,1 meses en RESONATE-2.

Tabla 18: Reacciones adversas informadas en ≥ 10 % de los pacientes en el grupo tratado con IMBRUVICA en pacientes con LLC/LLP en RESONATE-2

Clasificación por sistemas y órganos Reacción adversa	IMBRUVICA (N=135)		Clorambucilo (N=132)	
	Todos los grados (%)	Grado 3 o mayor (%)	Todos los grados (%)	Grado 3 o mayor (%)
Trastornos gastrointestinales				
Diarrea	42	4	17	0
Nausea	22	1	39	1
Constipación	16	1	16	0
Estomatitis*	14	1	4	1
Vómitos	13	0	20	1
Dolor abdominal	13	3	11	1
Dispepsia	11	0	2	0
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo				
Dolor musculoesquelético	36	4	20	0
Artralgia	16	1	7	1
Espasmos musculares	11	0	5	0
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración				
Fatiga	30	1	38	5
Edema periférico	19	1	9	0
Pirexia	17	0	14	2
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos				
Tos	22	0	15	0
Disnea	10	1	10	0
Trastornos de la piel y tejido subcutáneo				

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Erupción cutánea*	21	4	12	2
Hematomas*	19	0	7	0
Trastornos oculares				
Ojo seco	17	0	5	0
Aumento de lacrimación	13	0	6	0
Visión borrosa	13	0	8	0
Disminución de la agudeza visual	11	0	2	0
Infecciones e infestaciones				
Infección del tracto respiratorio superior	17	2	17	2
Infección de la piel*	15	2	3	1
Neumonía*	14	8	7	4
Infección de las vías urinarias	10	1	8	1
Trastornos vasculares				
Hipertensión*	14	4	1	0
Trastornos del Sistema nervioso				
Dolor de cabeza	12	1	10	2
Mareo	11	0	12	1
Investigaciones				
Disminución de peso	10	0	12	0

Los sujetos con eventos múltiples para un determinado término ADR se cuentan una sola vez por cada término ADR. La clasificación por sistemas y órganos y los términos ADR individuales se clasifican en orden de frecuencia descendente en grupo de IMBRUVICA.

* Incluye múltiples términos ADR

Tabla 19: Anormalidades hematológicas de laboratorio emergentes del tratamiento en pacientes con LLC/LLP en RESONATE-2

	IMBRUVICA (N=135)		Clorambucilo (N=132)	
	Todos los grados (%)	Grado 3 o 4 (%)	Todos los grados (%)	Grado 3 o 4 (%)
Neutrófilos disminuidos	55	28	67	31
Plaquetas disminuidas	47	7	58	14
Hemoglobina disminuida	36	0	39	2

Trombocitopenia de Grado 4 emergente del tratamiento (1% en el grupo de IMBRUVICA versus 3% en el grupo clorambucilo) y neutropenia (11% en el grupo de IMBRUVICA versus 12% en el grupo clorambucilo) ocurrieron en los pacientes.

HELIOS

Las reacciones adversas descriptas en la Tabla 20 reflejan la exposición a IMBRUVICA + BR con una mediana de duración de 14,7 meses y exposición a placebo + BR con una mediana de duración de 12,8 meses en HELIOS en pacientes con LLC/LLP previamente tratados.

**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Tabla 20: Reacciones adversas reportadas en al menos 10% de los pacientes y al menos 2% mayor en el brazo de IMBRUVICA en pacientes con LLC/LLP en HELIOS

Clasificación por sistemas y órganos Reacción Adversa	IMBRUVICA + BR (N=287)		Placebo + BR (N=287)	
	Todos los Grados (%)	Grado 3 o mayor (%)	Todos los Grados (%)	Grado 3 o mayor (%)
Trastornos de los sistemas hematopoyético y linfático				
Neutropenia*	66	61	60	56 [†]
Trombocitopenia*	34	16	26	16
Trastornos gastrointestinales				
Diarrea	36	2	23	1
Dolor Abdominal	12	1	8	<1
Trastornos de piel y del tejido subcutáneo				
Erupción cutánea*	32	4	25	1
Hematomas*	20	<1	8	<1
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo				
Dolor musculoesquelético*	29	2	20	0
Espasmos musculares	12	<1	5	0
Trastornos generales y condiciones en el sitio de administración				
Pirexia	25	4	22	2
Trastornos Vasculares				
Hemorragia*	19	2 [†]	9	1
Hipertensión*	11	5	5	2
Infecciones e infestaciones				
Bronquitis	13	2	10	3
Infecciones de la piel*	10	3	6	2
Trastornos del metabolismo y de la nutrición				
Hiperuricemia	10	2	6	0

La clasificación por sistemas y órganos y los términos ADR están organizados en orden de frecuencia descendente en el brazo de IMBRUVICA.

*Incluye múltiples términos ADR.

<1 utilizado en frecuencias mayores que 0 y menores que 0,5%.

[†] Incluye 2 eventos de hemorragia con desenlace fatal en el grupo IMBRUVICA y 1 evento de neutropenia con desenlace fatal en el grupo placebo + BR.

Se registró fibrilación auricular de cualquier grado en 7% de los pacientes tratados con IMBRUVICA + BR y en 2% de los pacientes tratados con placebo + BR. La frecuencia de fibrilación auricular de Grado 3 y 4 fue de 3% en los pacientes tratados con IMBRUVICA + BR y de 1% en los pacientes tratados con placebo + BR.

ILLUMINATE

Las reacciones adversas descritas a continuación en la Tabla 21, reflejan la exposición a IMBRUVICA + obinutuzumab, con una mediana de duración de 29,3 meses y una exposición a clorambucilo + obinutuzumab con una mediana de duración de 5,1 meses en el estudio iLLUMINATE en los pacientes con LLC/LLP no tratados previamente.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Tabla 21: Reacciones adversas reportadas en por lo menos 10% de los pacientes con LLC/LLP del grupo IMBRUVICA en el estudio iLLUMINATE

Clasificación por sistemas y órganos Reacción adversa	IMBRUVICA + Obinutuzumab (N=113)		Clorambucilo + Obinutuzumab (N=115)	
	Todos los Grados (%)	Grado 3 o mayor (%)	Todos los Grados (%)	Grado 3 o mayor (%)
Trastornos de los sistemas hematopoyético y linfático				
Neutropenia*	48	39	64	48
Trombocitopenia*	36	19	28	11
Anemia	17	4	25	8
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo				
Rash*	36	3	11	0
Equimosis*	32	3	3	0
Trastornos gastrointestinales				
Diarrea	34	3	10	0
Constipación	16	0	12	1
Náusea	12	0	30	0
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo				
Dolor musculoesquelético*	33	1	23	3
Artralgia	22	1	10	0
Espasmos musculares	13	0	6	0
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos				
Tos	27	1	12	0
Lesiones, intoxicación y complicaciones de procedimiento				
Reacción relacionada con la infusión	25	2	58	8
Trastornos vasculares				
Hemorragia*	25	1	9	0
Hipertensión*	17	4	4	3
Trastornos generales y condiciones en el sitio de administración				
Pirexia	19	2	26	1
Fatiga	18	0	17	2
Edema periférico	12	0	7	0
Infecciones e infestaciones				
Neumonía*	16	9	9	4 [†]
Infección del tracto respiratorio superior	14	1	6	0
Infección cutánea*	13	1	3	0
Infección del tracto urinario	12	3	7	1
Nasofaringitis	12	0	3	0
Conjuntivitis	11	0	2	0
Trastornos del metabolismo y de la nutrición				
Hiperuricemia	13	1	0	0
Trastornos cardíacos				



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Fibrilación auricular	12	5	0	0
Trastornos psiquiátricos				
Insomnio	12	0	4	0

La clasificación por sistemas y órganos y los términos ADR están organizados en orden de frecuencia descendente en el brazo de IMBRUVICA.

* Incluye múltiples términos ADR.

† Incluye un evento con desenlace fatal.

E1912

Las reacciones adversas descritas a continuación en la Tabla 22 reflejan la exposición a IMBRUVICA + rituximab con una duración mediana de 34.3 meses y la exposición a FCR con una duración mediana de 4,7 meses en el E1912 en pacientes con LLC/LLP no tratados previamente, de 70 años de edad o menos.

Tabla 22: Reacciones Adversas Reportadas al Menos en 15% de los Pacientes en el Brazo de IMBRUVICA en Pacientes con LLC/LLP en E1912

Sistema Corporal Reacción Adversa	IMBRUVICA + Rituximab (N = 352)		Fludarabina + Ciclofosfamida + Rituximab (N = 158)	
	Todos los Grados (%)	Grado 3 o Mayor (%)	Todos los Grados (%)	Grado 3 o Mayor (%)
Trastornos generales y condiciones en el sitio de administración				
Fatiga	80	2	78	3
Edema periférico	28	1	17	0
Pirexia	27	1	27	1
Dolor	23	2	8	0
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo				
Dolor musculoesquelético*	61	5	35	2
Artralgia	41	5	10	1
Trastornos gastrointestinales				
Diarrea	53	4	27	1
Náuseas	40	1	64	1
Estomatitis*	22	1	8	1
Dolor abdominal*	19	2	10	1
Vómitos	18	2	28	0
Estreñimiento	17	0	32	0
Trastornos de piel y del tejido subcutáneo				
Erupción cutánea*	49	4	29	5
Hematomas*	36	1	4	1
Trastornos vasculares				
Hipertensión*	42	19	22	6
Hemorragia*	31	2	8	1
Trastornos del sistema nervioso				
Cefalea	40	1	27	1
Mareos	21	1	13	1
Neuropatía periférica*	19	1	13	1
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos				
Tos	32	0	25	0
Disnea	22	2	21	1
Infecciones e infestaciones				

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Infeción del tracto respiratorio superior	29	1	19	2
Infeción de la piel*	16	1	3	1
Trastornos del metabolismo y de la nutrición				
Hiperuricemia	19	1	4	0
Disminución del apetito	15	0	20	1
Trastornos psiquiátricos				
Insomnio	16	1	19	1

Los términos de sistema corporal y de ADR individuales se ubican en orden de frecuencia descendente en el brazo de IMBRUVICA.

* Incluye términos de ADR múltiples.

Tabla 23: Anormalidades de Laboratorio Seleccionadas ($\geq 15\%$ Cualquier Grado), Nuevas o Empeorando desde la Condición Basal en Pacientes Tratados con IMBRUVICA (E1912)

	IMBRUVICA + Rituximab (N = 352)		Fludarabina + Ciclofosfamida + Rituximab (N = 158)	
	Todos los Grados (%)	Grado 3 o 4 (%)	Todos los Grados (%)	Grado 3 o 4 (%)
Anormalidades hematológicas				
Neutrófilos reducidos	53	30	70	44
Plaquetas reducidas	43	7	69	25
Hemoglobina reducida	26	0	51	2
Anormalidades químicas				
Creatinina elevada	38	1	17	1
Bilirrubina elevada	30	2	15	0
AST elevada	25	3	23	< 1

Con base en mediciones de laboratorio según los criterios del IWCLL

Macroglobulinemia de Waldenström y Linfoma de Zona Marginal

Los datos descritos a continuación reflejan la exposición a IMBRUVICA en tres ensayos clínicos abiertos de una sola rama (Estudio 1118, Estudio 1121, y el brazo de monoterapia INNOVATE) y un ensayo controlado aleatorizado (INNOVATE) en pacientes con MW o LZM, incluyendo un total de n=307 pacientes en total y n=232 pacientes expuestos a IMBRUVICA. El Estudio 1118 incluyó 63 pacientes con MW previamente tratados que recibieron IMBRUVICA en monoterapia. El Estudio 1121 incluyó 63 pacientes con LZM previamente tratados que recibieron IMBRUVICA en monoterapia. INNOVATE incluyó 150 pacientes con MW no tratados previamente o tratados previamente que recibieron IMBRUVICA o placebo en combinación con rituximab. El brazo de monoterapia INNOVATE incluyó 31 pacientes con MW previamente tratada que fallaron en una terapia previa conteniendo rituximab y recibieron IMBRUVICA.

Las reacciones adversas más frecuentes en los Estudios 1118, 1121 e INNOVATE ($\geq 20\%$) fueron trombocitopenia, diarrea, hematomas, neutropenia, dolor musculoesquelético, hemorragia, anemia, erupción cutánea, fatiga y náuseas.

El siete por ciento de los pacientes que recibieron IMBRUVICA en los Estudios 1118, 1121 e INNOVATE suspendieron el tratamiento debido a reacciones adversas. Las reacciones adversas más frecuentes que llevaron a la discontinuación del tratamiento fueron fibrilación auricular, enfermedad pulmonar intersticial, diarrea y erupción cutánea. En el 13% de los pacientes se produjeron reacciones adversas que dieron lugar a una reducción de la dosis.

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg****Estudio 1118 y el brazo de monoterapia INNOVATE**

Las reacciones adversas y anomalías de laboratorio descritas a continuación en las tablas 24 y 25 reflejan la exposición a IMBRUVICA con una mediana de duración de 11,7 meses en el Estudio 1118 y 33 meses en el brazo de monoterapia INNOVATE.

Tabla 24: Reacciones adversas no hematológicas en ≥ 10% de los pacientes con MW en el Estudio 1118 y en el brazo monoterapia INNOVATE (N=94)

Clasificación por sistemas y órganos	Reacción adversa	Todos los grados (%)	Grado 3 o mayor (%)
Trastornos gastrointestinales	Diarrea	38	2
	Náuseas	21	0
	Estomatitis*	15	0
	Constipación	12	1
	Enfermedad de reflujo gastroesofágico	12	0
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Hematomas*	28	1
	Erupción cutánea*	21	1
Trastornos vasculares	Hemorragia*	28	0
	Hipertensión*	14	4
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración	Fatiga	18	2
	Pirexia	12	2
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Dolor musculoesquelético*	21	0
	Espasmos musculares	19	0
Infecciones e infestaciones	Infección de las vías respiratorias superiores	19	0
	Infección de la piel*	18	3
	Sinusitis*	16	0
	Neumonía*	13	5
	Dolor de cabeza	14	0
Trastornos del sistema nervioso	Mareos	13	0
	Tos	13	0

La clasificación por sistema y órgano y los términos preferidos ADR individuales se clasifican en orden de frecuencia descendente.

* Incluye múltiples términos ADR

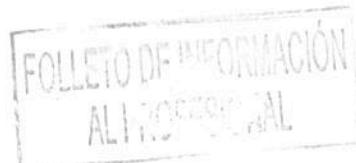
Tabla 25: Anormalidades hematológicas de laboratorio emergentes del tratamiento en pacientes con MW en el Estudio 1118 y en el brazo monoterapia INNOVATE (N=94)

	Porcentaje de pacientes (N=94)	
	Todos los grados (%)	Grado 3 o 4 (%)
Plaquetas	38	11
Neutrófilos	43	16
Hemoglobina	21	6

Trombocitopenia de Grado 4 emergente del tratamiento (4%) y neutropenia (7%) ocurrieron en los pacientes.

INNOVATE

Las reacciones adversas descritas más abajo en la tabla 26 reflejan la exposición a IMBRUVICA más rituximab con una duración media de 25,8 meses y la exposición a placebo más rituximab con una



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

duración media de 15,5 meses en pacientes sin tratamiento previo o previamente tratados para MW en INNOVATE.

Tabla 26: Reacciones adversas reportadas en al menos 10% de los pacientes y al menos 2% mayor en el brazo IMBRUVICA en pacientes con MW en INNOVATE

Clasificación por sistemas y órganos Reacción Adversa	IMBRUVICA + R (N=75)		Placebo + R (N=75)	
	Todos los Grados (%)	Grado 3 o mayor (%)	Todos los Grados (%)	Grado 3 o mayor (%)
Trastornos de piel y del tejido subcutáneo				
Hematomas*	37	1	5	0
Erupción cutánea*	24	1	11	0
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo				
Dolor musculoesquelético*	35	4	21	3
Artralgia	24	3	11	1
Espasmos musculares	17	0	12	1
Trastornos vasculares				
Hemorragia*	32	3	17	4†
Hipertensión*	20	13	5	4
Trastornos gastrointestinales				
Diarrea	28	0	15	1
Nauseas	21	0	12	0
Dispepsia	16	0	1	0
Constipación	13	1	11	1
Infecciones e infestaciones				
Neumonía*	19	13	5	3
Infecciones de la piel*	17	3	3	0
Infección del tracto urinario	13	0	0	0
Bronquitis	12	3	7	0
Influenza	12	0	7	1
Infección viral del tracto respiratorio superior	11	0	7	0
Trastornos generales y condiciones en el sitio de administración				
Edema periférico	17	0	12	1
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos				
Tos	17	0	11	0
Trastornos de la sangre y sistema linfático				
Neutropenia*	16	12	11	4
Trastornos cardíacos				
Fibrilación auricular	15	12	3	1
Trastornos del sistema nervioso				
Mareos	11	0	7	0
Trastornos psiquiátricos				
Insomnio	11	0	4	0
Trastornos del metabolismo y de la nutrición				
Hipokalemia	11	0	1	1

Los términos preferidos del sistema ADR corporal e individual se ordenan en orden descendiente de frecuencia.

* Incluye múltiples términos ADR

† Incluye un evento con desenlace fatal



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Se observaron reacciones relacionadas a la infusión Grado 3 o 4 en 1% de los pacientes tratados con IR.

Estudio 1121

Las reacciones adversas y las anormalidades de laboratorio descriptas en las Tablas 27 y 28, reflejan la exposición a IMBRUVICA con una mediana de duración de 11,6 meses en el Estudio 1121.

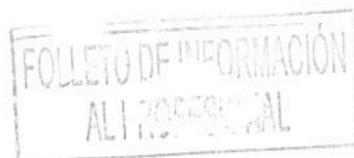
Tabla 27: Reacciones adversas no hematológicas en ≥ 10% en pacientes con LZM en el Estudio 1121 (N=63)

Clasificación por sistemas y órganos	Reacción Adversa	Todos los Grados (%)	Grado 3 o mayor (%)
Trastornos Generales y Condiciones en el Sitio de Administración	Fatiga	44	6
	Edema periférico	24	2
	Pirexia	17	2
Trastornos gastrointestinales	Diarrea	43	5
	Nausea	25	0
	Dispepsia	19	0
	Estomatitis*	17	2
	Dolor Abdominal	16	2
	Constipación	14	0
	Dolor Abdominal Superior	13	0
	Vómito	11	2
Trastornos de piel y del tejido subcutáneo	Hematomas*	41	0
	Erupción cutánea*	29	5
	Prurito	14	0
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Dolor musculoesquelético*	40	3
	Artralgia	24	2
	Espasmos musculares	19	3
Infecciones e infestaciones	Infección del tracto respiratorio superior	21	0
	Sinusitis*	19	0
	Bronquitis	11	0
	Neumonía*	11	10
Metabolismo y trastornos de la Nutrición	Disminución del apetito	16	2
	Hiperuricemia	16	0
	Hipoalbuminemia	14	0
	Hipopotasemia	13	0
Trastornos vasculares	Hemorragia*	30	2†
	Hipertensión*	14	5
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales	Tos	22	2
	Disnea	21	2
Trastornos del sistema nervioso	Mareo	19	0
	Cefalea	13	0
Trastornos Siquiátricos	Ansiedad	16	2

La clasificación por sistemas y órganos y los términos preferidos ADR individuales están clasificados en orden de frecuencia descendente.

*Incluye múltiples términos ADR

† Incluye un evento con desenlace fatal



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg

Tabla 28: Anormalidades hematológicas de laboratorio emergentes del tratamiento en pacientes con LZM en el Estudio 1121 (N=63)

	Porcentaje de Pacientes (N=63)	
	Todos los Grados (%)	Grado 3 o 4 (%)
Plaquetas disminuidas	49	6
Hemoglobina disminuida	43	13
Neutrófilos disminuidos	22	13

Trombocitopenia de Grado 4 emergente del tratamiento (3%) y neutropenia (6%) ocurrieron en los pacientes.

Enfermedad de injerto contra huésped crónica

Los datos descritos a continuación reflejan la exposición a IMBRUVICA en un estudio clínico abierto (Estudio 1129) que incluyó 42 pacientes con EICHc después del fracaso de terapia de primera línea con corticoesteroides y terapia adicional requerida.

Las reacciones adversas más frecuentes que ocurrieron en el ensayo de EICHc ($\geq 20\%$) fueron fatiga, hematomas, diarrea, trombocitopenia, estomatitis, espasmos musculares, náuseas, hemorragia, anemia y neumonía. Un paciente (2%) experimentó fibrilación auricular que fue de Grado 3.

El 24% de los pacientes que recibieron IMBRUVICA en el ensayo de EICHc suspendieron el tratamiento debido a reacciones adversas. Las reacciones adversas más frecuentes que produjeron la suspensión del tratamiento fueron fatiga y neumonía. Las reacciones adversas que produjeron una reducción de la dosis ocurrieron en el 26% de los pacientes.

Las reacciones adversas y alteraciones de laboratorio que se describen a continuación en la Tabla 29 y Tabla 30 reflejan la exposición de IMBRUVICA con una mediana de duración de 4,4 meses en el ensayo de EICHc.

Tabla 29: Reacciones adversas no hematológicas en $\geq 10\%$ de pacientes con EICHc (N=42)

Clasificación por sistemas y órganos	Reacción adversa	Todos los grados (%)	Grado 3 o mayor (%)
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Fatiga Pirexia Edema periférico	57 17 12	12 5 0
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Hematomas* Erupción cutánea*	40 12	0 0
Trastornos gastrointestinales	Diarrea Estomatitis* Náuseas Constipación	36 29 26 12	10 2 0 0
Trastornos musculosqueléticos y del tejido conjuntivo	Espasmos musculares Dolor musculosquelético*	29 14	2 5
Trastornos vasculares	Hemorragia*	26	0
Infecciones e infestaciones	Neumonía* Infección de las vías respiratorias superiores Sepsis*	21 19 10	14 [†] 0 10
Trastornos del sistema nervioso	Dolor de cabeza	17	5
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos	Caídas	17	0
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Tos Disnea	14 12	0 2



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL**IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Se recomiendan modificaciones de la dosis de IMBRUVICA cuando es utilizado concomitantemente con posaconazol, voriconazol e inhibidores moderados del CYP3A (ver "Posología y modo de administración").

Evitar el uso concomitante de otros inhibidores potentes del CYP3A. Interrumpir IMBRUVICA si estos inhibidores se utilizan durante un corto periodo de tiempo (como antiinfecciosos por siete días o menos) (ver "Posología y modo de administración").

Ejemplos^a de inhibidores potentes del CYP3A incluyen: boceprevir, claritromicina, cobicistat, conivaptan, danoprevir y ritonavir, diltiazem, elvitegravir y ritonavir, idelalisib, indinavir y ritonavir, itraconazol, ketoconazol, lopinavir y ritonavir, nefazodona, nelfinavir, paritaprevir y ritonavir y (ombitasvir y/o dasabuvir), ritonavir, saquinavir y ritonavir, tipranavir y ritonavir, y troleandomicina.

Ejemplos^a de inhibidores moderados del CYP3A incluyen: aprepitant, cimetidina, ciprofloxacina, clotrimazole, crizotinib, ciclosporina, dronedarona, eritromicina, fluconazol, fluvoxamina, imatinib, tofisopam, y verapamil.

Evitar el pomelo y las naranjas de Sevilla durante el tratamiento IMBRUVICA, ya que contienen inhibidores potentes o moderados del CYP3A.

Efecto de inductores del CYP3A sobre ibrutinib

La coadministración de IMBRUVICA con inductores potentes del CYP3A puede disminuir las concentraciones de ibrutinib. Evitar la coadministración con inductores potentes del CYP3A (ver "Propiedades farmacológicas").

Ejemplos^a de inductores potentes del CYP3A incluyen: carbamazepina, enzalutamida, mitotano, fenitoína, rifampicina y hierba de San Juan^b.

^a Estos ejemplos son una guía y no se consideran una lista completa de todos los posibles medicamentos que puedan entrar en esta categoría. El profesional de la salud debe consultar las referencias apropiadas para una información completa.

^b La potencia de inducción de la hierba de San Juan puede variar ampliamente según la preparación.

USO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS**Embarazo****Resumen de los riesgos**

IMBRUVICA puede causar daño fetal según los hallazgos en estudios en animales. No hay datos disponibles sobre el uso de IMBRUVICA en mujeres embarazadas para informar un riesgo asociado al medicamento de defectos congénitos mayores o aborto espontáneo. En los estudios de reproducción realizados en animales la administración de ibrutinib a ratas y conejas preñadas durante el período de organogénesis provocó toxicidad embriofetal, incluso malformaciones, con exposiciones de hasta 2-20 veces las dosis clínicas de 420-560 mg diarios (ver "Datos").

Informe a las mujeres embarazadas acerca del potencial daño al feto.

Todos los embarazos tienen un riesgo subyacente de defectos congénitos, pérdida, u otros resultados adversos. Se desconoce el riesgo subyacente estimado de defectos congénitos mayores y abortos espontáneos para la población indicada. En la población general de EE.UU, el riesgo subyacente estimado de defectos congénitos mayores y abortos espontáneos en embarazadas clínicamente reconocidos es del 2-4% y 15-20%, respectivamente.



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

Datos***Datos de animales***

Ibrutinib se administró por vía oral a ratas preñadas durante el período de organogénesis en dosis orales de 10, 40 y 80 mg/kg/día. Una dosis de 80 mg/kg/día de ibrutinib se asoció con malformaciones viscerales (corazón y los grandes vasos) y aumento de resorciones y de pérdidas posteriores a la implantación. La dosis de 80 mg/kg/día en ratas es de aproximadamente 14 veces la exposición (AUC) en pacientes con LCM o LZM y 20 veces la exposición en pacientes con LLC / LLP o MW administrados con la dosis de 560 mg diarios y 420 mg diarios, respectivamente. La dosis de 40 mg/kg/día o mayor de ibrutinib se asoció con una disminución en el peso fetal. La dosis de 40 mg/kg/día en ratas es de aproximadamente 6 veces la exposición (AUC) en pacientes con LCM que reciben la dosis de 560 mg diarios.

Ibrutinib también se administró por vía oral a conejas preñadas durante el período de organogénesis en dosis de 5, 15 y 45 mg/kg/día. La dosis de 15 mg/kg/día o mayor de ibrutinib se asoció con variaciones esqueléticas (esternebras fusionadas) y la dosis de 45 mg/kg/día de ibrutinib se asoció con un aumento de resorciones y de pérdidas posteriores a la implantación. La dosis de 15 mg/kg /día en conejos es de aproximadamente 2,0 veces la exposición (AUC), en pacientes con LCM y 2,8 veces la exposición en pacientes con LLC / LLP o MW, que reciben la dosis de 560 mg diarios y 420 mg diarios respectivamente.

Lactancia**Resumen de los riesgos**

No existe información sobre la presencia de ibrutinib o sus metabolitos en la leche humana, los efectos sobre los lactantes ni los efectos, ni los efectos sobre la producción de leche.

Debido al potencial de reacciones adversas serias en el niño amamantado, recomienda a las madres suspender la lactancia durante el tratamiento con IMBRUVICA y por 1 semana después de la última dosis.

Mujeres y hombres con potencial reproductivo**Prueba de embarazo**

Verifique el estado de embarazo en las mujeres en edad fértil antes de iniciar el tratamiento con IMBRUVICA.

Anticoncepción***Mujeres***

IMBRUVICA puede causar daño fetal cuando se administra a mujeres embarazadas (Ver “Uso en Poblaciones Específicas”). Recomienda a las mujeres en edad fértil el uso de anticonceptivos efectivos durante el tratamiento con IMBRUVICA y por hasta 1 mes después de la última dosis.

Hombres

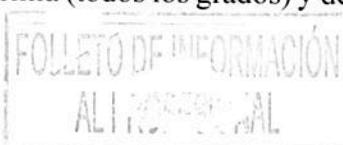
Aconsejar a los hombres con parejas femeninas en edad fértil el uso de anticonceptivos efectivos durante el tratamiento con IMBRUVICA y durante 1 mes después de la última dosis.

Uso en pacientes pediátricos

No se ha establecido la seguridad y eficacia de IMBRUVICA en pacientes pediátricos.

Uso en pacientes de edad avanzada

De los 1124 pacientes de estudios clínicos de IMBRUVICA, el 64% tenía ≥ 65 años de edad mientras que el 23% tenían ≥ 75 años de edad. No se observaron diferencias generales en la eficacia entre pacientes más jóvenes y de edad avanzada. Casos de anemia (todos los grados) y de neumonía (Grado 3 o superior),



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

trombocitopenia, hipertensión, y fibrilación auricular ocurrieron con mayor frecuencia entre los pacientes de edad avanzada tratados con IMBRUVICA.

Insuficiencia hepática

Evitar el uso de IMBRUVICA en pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh clase B y C). La seguridad de IMBRUVICA no se ha evaluado en pacientes con insuficiencia hepática leve a grave según los criterios de Child-Pugh.

Reducir la dosis recomendada cuando administre IMBRUVICA en pacientes con insuficiencia hepática leve (Child-Pugh clase A). Monitorear con mayor frecuencia a los pacientes para detectar reacciones adversas a IMBRUVICA (ver "Posología y modo de administración" y "Propiedades farmacológicas").

Plasmaférésis

El abordaje de la hiperviscosidad en pacientes con MW puede incluir plasmaférésis antes y durante el tratamiento con IMBRUVICA. No se requieren modificaciones de la dosis de IMBRUVICA.

SOBREDOSIS

No hay experiencia específica en el manejo de la sobredosis de ibrutinib en pacientes. Un sujeto sano experimentó incrementos reversibles Grado 4 en las enzimas hepáticas (AST y ALT) después de una dosis de 1680 mg. Monitoree cuidadosamente a los pacientes que ingieran más de la dosis recomendada y suministre el tratamiento de soporte apropiado.

Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología.

INFORMACIÓN DE ASESORAMIENTO PARA EL PACIENTE

Aconsejar al paciente que lea la Información para el Paciente aprobada.

• Hemorragia

Informar a los pacientes sobre la posibilidad de hemorragia y que comuniquen cualquier signo o síntoma (dolor de cabeza severo, sangre en las heces o en la orina, sangrado prolongado o incontrolable). Informar al paciente que IMBRUVICA puede necesitar ser interrumpido durante procedimientos médicos o dentales (ver "Advertencias y precauciones").

• Infecciones

Informar a los pacientes sobre la posibilidad de una infección grave y que comuniquen cualquier signo o síntoma (fiebre, escalofríos, debilidad, confusión) sugestivos de infección (ver "Advertencias y precauciones").

• Arritmias cardiacas

Aconsejar a los pacientes que informen cualquier signo de palpitaciones, aturdimiento, mareos, desmayos, falta de aire y molestias torácicas (ver "Advertencias y precauciones").

• Hipertensión

Informar a los pacientes que ha ocurrido presión arterial alta en pacientes que toman IMBRUVICA, lo cual puede requerir tratamiento antihipertensivo (ver "Advertencias y precauciones").

• Segundas neoplasias malignas primarias

Informar a los pacientes que han ocurrido otras neoplasias malignas en pacientes que han sido tratados con IMBRUVICA, incluyendo cáncer de piel y otros carcinomas (ver "Advertencias y precauciones").



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

• **Síndrome de lisis tumoral**

Informar a los pacientes sobre el posible riesgo de síndrome de lisis tumoral y que informen a su profesional de la salud sobre cualquier signo y síntoma asociados con este evento para su evaluación (ver “Advertencias y precauciones”).

• **Toxicidad embriofetal**

Informar a las mujeres sobre el riesgo potencial para el feto. Aconsejar a las mujeres en edad fértil que informen a su médico sobre un embarazo conocido o sospechado (ver “Advertencias y precauciones” y “Uso en poblaciones específicas”).

Aconsejar a las mujeres en edad fértil que usen métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento con IMBRUVICA y por 1 mes después de la última dosis (Ver “Uso en poblaciones específicas”).

Aconsejar a los hombres con parejas femeninas en edad fértil que utilicen métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento con IMBRUVICA y por 1 mes después de la última dosis (Ver “Uso en poblaciones específicas” y “Toxicología preclínica”).

• **Lactancia**

Recomendar a las madres que no amamanten durante el tratamiento con IMBRUVICA y por 1 semana después de la última dosis (Ver “Uso en poblaciones específicas”).

- Informar a los pacientes que tomen IMBRUVICA por vía oral una vez al día según las instrucciones de su médico y que las cápsulas deben tragarse enteras con un vaso de agua, sin abrirlas, romperlas ni masticarlas, aproximadamente a la misma hora todos los días (ver “Posología y modo de administración”).
- Aconsejar a los pacientes que, en el caso de una dosis diaria de IMBRUVICA olvidada, se debe tomar tan pronto como sea posible en el mismo día y regresar al horario habitual al día siguiente. Los pacientes no deben tomar cápsulas adicionales para compensar la dosis olvidada (ver “Posología y modo de administración”).
- Aconsejar a los pacientes sobre los efectos secundarios más frecuentes asociados con IMBRUVICA (ver “Reacciones adversas”). Indicar al paciente que obtenga una lista completa de las reacciones adversas al medicamento en “Información para el paciente”.
- Aconsejar a los pacientes que informen a sus profesionales de la salud sobre todos los medicamentos concomitantes, incluidos los medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas, y productos a base de hierbas (ver “Interacciones farmacológicas”).
- Informar a los pacientes que pueden experimentar heces poco firmes o diarrea y aconsejarles que se comuniquen con su médico si la diarrea persiste. Aconsejar a los pacientes que mantengan una hidratación adecuada (ver “Reacciones adversas”).



**FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg**

PRESENTACIÓN

IMBRUVICA se encuentra disponible en frasco de plástico PEAD, con tapa de PE a prueba de niños y sello de inducción, en envases conteniendo ~~1 a 150~~ X cápsulas.

CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO

Almacenar a no más de 30°C.

MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Elaborado por: Catalent CTS, LLC, 10245 Hickman Mills Drive, Kansas City, Estados Unidos; y/o Cilag A.G., Hochstrasse 201, Schaffhausen, Suiza.

Acondicionamiento primario y secundario por: AndersonBrecon Inc., 4545 Assembly Drive, Rockford, Estados Unidos; y/o Cilag A.G., Hochstrasse 201, Schaffhausen, Suiza.

Importado por: Johnson & Johnson de Chile S.A. Cerro Colorado 5240 Piso 9 Torres del Parque I, Las Condes. Santiago, Chile.

Reacondicionado por Novofarma Service S.A., Av. Victor Uribe 2300, Quilicura, Santiago.

Distribuido por Novofarma Service S.A., Av. Victor Uribe 2280, Quilicura, Santiago.

Venta bajo receta médica en establecimientos tipo A.

Registro I.S.P N°: F-21766; F-24756

Centro de Atención al Cliente

Por correo electrónico: infojanssen@jancl.jnj.com

Por teléfono: 800-835-161

Marca Registrada

Co-desarrollado con Pharmacyclics LLC

© Pharmacyclics LLC 2020

© Janssen Biotech, Inc. 2020

Fecha de última revisión: Basado en FDA abril, 2020.

