

RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

Nombre del producto:	TAGRISO® 80 mg (Osimertinib)
Forma farmacéutica:	Comprimido recubierto
Fortaleza:	80 mg
Presentación:	Estuche por 3 blísteres de AL/AL con 10 comprimidos recubiertos cada uno.
Titular del Registro Sanitario, país:	ASTRAZENECA AB, Sodertalje, Suecia.
Fabricante, país:	ASTRAZENECA AB, Sodertalje, Suecia.
Número de Registro Sanitario:	M-17-155-L01
Fecha de Inscripción:	3 de noviembre de 2017
Composición:	
Cada comprimido recubierto contiene:	
Osimertinib (eq. a 95,4 mg de mesilato de osimertinib)	80,0 mg
Manitol	295 mg
Plazo de validez:	36 meses
Condiciones de almacenamiento:	Almacenar por debajo de 30 °C.

Indicaciones terapéuticas:

Tratamiento adyuvante después de la resección del tumor en pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC), cuyos tumores tienen deleciones del exón 19 o mutaciones del exón 21 L858R en el receptor del factor de crecimiento epidérmico-EGFR).

Tratamiento de primera línea del NSCLC metastásico con mutación positiva de EGFR. (cuyos tumores presentan deleciones en el exón 19 o mutaciones en el exón 21 L858R en el EGFR).

NSCLC metastásico con mutación positiva de EGFR T790M tratado previamente (cuya enfermedad ha progresado durante o después de terapia con inhibidor de tirosina quinasa (TKI) de EGFR).

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.

La hierba de San Juan no se debe emplear junto con TAGRISO.

Precauciones:

Ver Advertencias.

Advertencias especiales y precauciones de uso:

Enfermedad pulmonar intersticial (EPI)/neumonitis: ocurrió en el 3,7% de los 1479 pacientes tratados con TAGRISO; 0,3% de los casos fueron mortales.ⁱ Debe suspenderse

TAGRISSE e investigar inmediatamente la posibilidad de EPI en pacientes que presenten deterioro de los síntomas respiratorios que pudieran ser indicativos de EPI (p.ej., disnea, tos y fiebre). Debe discontinuarse TAGRISSO de forma permanente en caso de confirmarse la EPI.

Eritema multiforme y síndrome de Stevens-Johnson: Se han reportado casos poscomercialización relacionados con síndrome de Stevens-Johnson (SJS) y eritema multiforme mayor (EMM) en pacientes que recibían TAGRISSO. Debe suspenderse TAGRISSO en caso de sospecharse SJS o EMM y discontinuarse de forma permanente en caso de confirmarse.

Prolongación del intervalo QTc: La prolongación del intervalo QTc según la frecuencia cardíaca ocurre en pacientes tratados con TAGRISSO. De los 1479 pacientes tratados con TAGRISSO en ensayos clínicos, 0,8% presentó un QTc > 500 mseg, y el 3,1% de los pacientes tuvo un aumento desde el QTc basal > 60 mseg. No se reportaron arritmias relacionadas con QTc. Debe realizarse un monitoreo periódico con ECG y electrolitos en pacientes con síndrome congénito de QTc prolongado, insuficiencia cardíaca congestiva, anomalías en los electrolitos, o en quienes estaban tomando medicamentos que se conoce que prolongan el intervalo de QTc. Debe discontinuarse TAGRISSO de forma permanente en pacientes que desarrollan la prolongación del intervalo QTc con señales/síntomas de arritmia que pone en riesgo la vida.

Miocardopatía: Definido como insuficiencia cardíaca, insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, edema pulmonar o fracción de eyección reducida, ocurrió en el 3% de los 1479 pacientes tratados con TAGRISSO; el 0,1% de los casos de miocardiopatía fueron fatales.ⁱⁱ Una caída en la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) $\geq 10\%$ desde basal y a menos del 50% de FEVI ocurrió en el 3,2% de los 1233 pacientes que tenían análisis de FEVI basal y al menos un análisis de seguimiento.ⁱⁱⁱ En un ensayo controlado con placebo (ADAURA), el 1,6% (5/312) de los pacientes tratados con TAGRISSO y el 1,5% (5/331) de los pacientes tratados con placebo experimentaron disminuciones de FEVI superiores o iguales a 10 puntos porcentuales y una caída a menos del 50%.^{iv} Debe realizarse monitoreo cardíaco, incluyendo análisis de la FEVI en basal y durante el tratamiento, en pacientes con factores de riesgo cardíaco. Debe analizarse la FEVI en pacientes que desarrollan señales o síntomas cardíacos relevantes durante el tratamiento. En el caso de insuficiencia cardíaca congestiva sintomática, debe discontinuarse TAGRISSO de forma permanente.

Queratitis: Se reportó en el 0,7% de los 1479 pacientes tratados con TAGRISSO en ensayos clínicos. Refiera inmediatamente a un oftalmólogo a pacientes con señales y síntomas que sugieran la presencia de queratitis (inflamación de los ojos, lagrimeo, fotosensibilidad, visión borrosa, dolor en los ojos y/o ojos rojos).

Vasculitis cutánea: Se han reportado casos poscomercialización de vasculitis cutánea que incluyen vasculitis leucocitoclástica, vasculitis urticarial y vasculitis IgA en pacientes que reciben TAGRISSO. Debe suspenderse TAGRISSO en caso de sospecharse vasculitis cutánea, realizar evaluaciones para determinar compromiso sistémico, y considerarse la consulta a un dermatólogo. En caso de que no pueda identificarse otra etiología, debe discontinuarse TAGRISSO de forma permanente con base en su gravedad.

Toxicidad embrifetal: Con base en datos provenientes de estudios con animales y su mecanismo de acción, TAGRISSO puede causar daño fetal cuando se administra en una mujer embarazada. Osimertinib causó pérdida fetal post-implantación cuando se administró durante el desarrollo inicial a una exposición de dosis 1.5 veces la exposición a la dosis clínica recomendada. Cuando los machos fueron tratados antes del apareamiento con hembras no tratadas, hubo un aumento en la pérdida embrionaria preimplantación a exposición plasmáticas de aproximadamente 0.5 veces las observadas a la dosis recomendada de 80 mg una vez al día. Debe verificarse el estado del embarazo en mujeres con capacidad reproductiva antes de iniciar TAGRISSO. Advierta a las mujeres

embarazadas sobre el potencial riesgo para el feto. Advierta a las mujeres con capacidad reproductiva que deben usar métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento con TAGRISSO y durante 6 semanas después de la dosis final. Advierta a los hombres con parejas femeninas que tengan capacidad reproductiva para que usen métodos anticonceptivos eficaces durante 4 meses después de la dosis final.

Evaluación del estado de la mutación del EGFR T790M: Al valorar el uso de TAGRISSO como un tratamiento para el CPNM localmente avanzado o metastásico, es importante que se determine el estado positivo de la mutación del EGFR. Se debe realizar un ensayo validado usando, ya sea ADN tumoral obtenido de una muestra de tejido, o AND tumoral circulante (ADNtc) obtenido a partir de una muestra de plasma. Sólo se deben usar pruebas robustas, seguras y sensibles, con utilidad demostrada para la determinación del estado de la mutación del EGFR a partir del ADN tumoral (a partir de una muestra de tejido o de plasma). La determinación positiva del estado de la mutación del T790M empleando, o bien un test basado en tejido, o bien un test basado en plasma indica la elegibilidad para el tratamiento con TAGRISSO. No obstante, si se utiliza un test del ADNtc basado en plasma y el resultado es negativo, es aconsejable el seguimiento con un test tisular, siempre que sea posible, debido a la posibilidad de que se produzcan resultados falsos negativos al usar un test basado en plasma.

Edad y peso corporal: Los pacientes de edad avanzada (>65 años) o los pacientes con peso corporal bajo (<50 kg) pueden tener mayor riesgo de desarrollar acontecimientos de grado 3 o mayor. Se recomienda una monitorización estrecha en estos pacientes.

Sodio: Este medicamento contiene < 1mmol de sodio (23 mg) por comprimido de 40 mg u 80 mg; esto es, esencialmente “exento de sodio”.

Efectos indeseables:

Enfermedad pulmonar intersticial/neumonitis. Prolongación del intervalo QTc. Miocardiopatía. Queratitis. Eritema multiforme y síndrome de Stevens-Johnson. Vasculitis cutánea.

Tratamiento adyuvante del NSCLC con mutación positiva de EGFR: Se reportaron reacciones adversas graves en el 16% de los pacientes tratados con TAGRISSO. La reacción adversa grave más frecuente fue la neumonía (1,5%). Las reacciones adversas más frecuentes que llevaron a reducciones o interrupciones de dosis fueron diarrea, estomatitis, toxicidad ungueal y sarpullido. Las reacciones adversas que llevaron a una discontinuación permanente ocurrieron en el 11% de los pacientes tratados con TAGRISSO, las más frecuentes fueron la enfermedad pulmonar intersticial y el sarpullido.

Las Tablas 2 y 3 resumen las reacciones adversas frecuentes y las anomalías en exámenes de laboratorio que ocurrieron en el ADAURA.

Tabla 2. Reacciones adversas frecuentes en el ADAURA.

Reacción adversa	TAGRISSO (N=337)		PLACEBO (N=343)	
	Todos los grados (%)	Grado 3 o superior [†] (%)	Todos los Grados (%)	Grado 3 o superior [†] (%)
Trastornos gastrointestinales				
Diarrea*	47	2.4	20	0.3
Estomatitis [‡]	32	1.8	7	0

Reacción adversa	TAGRISSO (N=337)		PLACEBO (N=343)	
	Todos los grados (%)	Grado 3 o superior [†] (%)	Todos los Grados (%)	Grado 3 o superior [†] (%)
Dolor abdominal**	12	0.3	7	0
Trastornos de la piel				
Sarpullido [§]	40	0.6	19	0
Toxicidad ungueal [¶]	37	0.9	3.8	0
Piel seca ^{§§}	29	0.3	7	0
Prurito [#]	19	0	9	0
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales				
Tos [‡]	19	0	19	0
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo				
Dolor musculoesquelético ^{††}	18	0.3	25	0.3
Infección y trastornos de infestación				
Nasofaringitis	14	0	10	0
Infección del tracto respiratorio superior	13	0.6	10	0
Infección del tracto urinario ^{¶¶}	10	0.3	7	0
Trastornos generales y condiciones en el sitio de administración				
Fatiga [□]	13	0.6	9	0.3
Trastornos del sistema nervioso				
Mareos ^{##}	10	0	9	0
Trastornos del metabolismo y de la nutrición				
Pérdida del apetito	13	0.6	3.8	0

□□ NCI CTCAE v4.0. †Todos los eventos fueron grado 3. ‡Incluye diarrea, colitis, enterocolitis, enteritis.‡Incluye úlcera aftosa, queilitis, ulceración gingival, glositis, ulceración de la lengua, estomatitis y ulceración de la boca. §Incluye sarpullido, sarpullido generalizado, sarpullido eritematoso, sarpullido macular, sarpullido maculo-papular, sarpullido papular, sarpullido pustular, sarpullido prurítico, sarpullido vesicular, sarpullido folicular, eritema, foliculitis, acné, dermatitis, dermatitis acneiforme, dermatitis bulosa, dermatitis exfoliativa generalizada, erupción por medicamento, eczema, eczema asteatótico, liquen plano erosión en la piel, pústula. ¶Incluye trastorno del lecho ungueal, inflamación del lecho ungueal, infección del lecho ungueal, decoloración de las uñas, pigmentación de las uñas, trastorno en las uñas, toxicidad ungueal, distrofia ungueal, infección ungueal, rebordes en las uñas, onicofagia, onicoclasia, onicofagia, onicomadrosis, onicomalacia, paroniquia. §§Incluye piel seca, fisuras en la piel, xerosis, eczema, xeroderma. #Incluye prurito, prurito generalizado, prurito en los párpados. ‡Incluye tos, tos productiva, síndrome de tos en las vías aéreas respiratorias superiores †† Incluye artralgia, artritis, dolor en la espalda, dolor en los huesos, dolor musculoesquelético en el tórax, dolor musculoesquelético, mialgia, dolor en el cuello, dolor no cardíaco en el tórax, dolor en las extremidades, y dolor de columna. ¶¶Incluye cistitis,

infección del tracto urinario, e infección bacteriana del tracto urinario. □ Incluye astenia, fatiga.
 ## Incluye mareo, vértigo, y vértigo posicional

Las reacciones adversas clínicamente relevantes en el ADAURA que ocurrieron en <10% de los pacientes que recibían TAGRISSO fueron Alopecia, Epistaxis, Enfermedad pulmonar intersticial, Síndrome de eritrodisestesia palmoplantar, Queratitis, Prolongación del intervalo QTc y Eritema multiforme. La prolongación del intervalo QTc representa la incidencia de pacientes que tuvieron una prolongación de QTcF >500mseg.

Tabla 3. Anomalías en exámenes de laboratorio en el ADAURA^v

Anomalía en exámenes de laboratorio ^{*,†}	TAGRISSO (N=337)		PLACEBO (N=343)	
	Todos los Grados (%)	Grado 3 o Grado 4 (%)	Todos los Grados (%)	Grado 3 o Grado 4 (%)
Hematología				
Leucopenia	54	0	25	0
Trombocitopenia	47	0	7	0.3
Linfopenia	44	3.4	14	0.9
Anemia	30	0	12	0.3
Neutropenia	26	0.6	10	0.3
Química				
Hiperglucemia	25	2.3	30	0.9
Hipermagnesemia	24	1.3	14	1.5
Hiponatremia	20	1.8	16	1.5

*NCI CTCAE v4.0. †Con base en el número de pacientes con datos de laboratorio de seguimiento disponibles

Las anomalías en exámenes de laboratorio en el ADAURA que ocurrieron en <20% de los pacientes que recibían TAGRISSO fue el aumento en la creatinina sanguínea (10%).

Cáncer de pulmón no microcítico metastásico con mutación positiva del EGFR sin tratamiento previo: Se reportaron reacciones adversas graves en el 4% de los pacientes tratados con TAGRISSO; las reacciones adversas graves más frecuentes fueron neumonía, EPI/neumonitis y embolia pulmonar. Ocurrieron reducciones de dosis en el 2,9% de los pacientes tratados con TAGRISSO. Las reacciones adversas más frecuentes que condujeron a reducciones o interrupciones de dosis fueron la prolongación del intervalo QT analizada por ECG, diarrea y linfopenia. Ocurrieron reacciones adversas que llevaron a discontinuación permanente en el 13% de los pacientes tratados con TAGRISSO, la más frecuente fue la EPI/neumonitis.

Las Tablas 4 y 5 resumen las reacciones adversas frecuentes y anomalías en exámenes de laboratorio que ocurrieron en el FLAURA.

Tabla 4. Reacciones adversas frecuentes en el FLAURA*

Reacción adversa	TAGRISSO (N=279)		Comparador de TKI de EGFR (gefitinib o erlotinib) (N=277)	
	Cualquier Grado (%)	Grado 3 o superior (%)	Cualquier Grado (%)	Grado 3 o superior (%)
Trastornos gastrointestinales				
Diarrea [†]	58	2.2	57	2.5
Estomatitis [‡]	32	0.7	22	1.1
Náuseas	14	0	19	0
Estreñimiento	15	0	13	0
Vómitos	11	0	11	1.4
Trastornos en la piel				
Sarpullido [‡]	58	1.1	78	6.9
Piel seca [§]	36	0.4	36	1.1
Toxicidad ungueal [¶]	35	0.4	33	0.7
Prurito [#]	17	0.4	17	0
Trastornos generales y condiciones en el sitio de administración				
Fatiga ^b	21	1.4	15	1.4
Pirexia	10	0	4	0.4
Trastornos del metabolismo y de la nutrición				
Pérdida del apetito	20	2.5	19	1.8
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales				
Tos	17	0	15	0.4
Disnea	13	0.4	7	1.4
Trastornos neurológicos				
Cefalea	12	0.4	7	0
Trastornos cardíacos				
Intervalo QT prolongado [□]	10	2.2	4	0.7
Infección y trastornos de infestación				
Infección en el tracto respiratorio superior	10	0	7	0

*NCI CTCAE v4.0. †Se reportó un evento grado 5 (fatal) (diarrea) para el comparador de TKI de EGFR.. ‡Incluye estomatitis y ulceración en la boca. §Incluye sarpullido, sarpullido generalizado, sarpullido eritematoso, sarpullido macular, sarpullido maculo-papular, sarpullido papular, sarpullido pustular, sarpullido prurítico, sarpullido vesicular, sarpullido

folicular, eritema, foliculitis, acné, dermatitis, dermatitis acneiforme, erupción por medicamento, erosión en la piel, pústula. [§]Incluye piel seca, fisuras en la piel, xerosis, eczema, xeroderma. [¶]Incluye trastorno del lecho ungueal, inflamación del lecho ungueal, infección del lecho ungueal, decoloración de las uñas, pigmentación de las uñas, trastorno en las uñas, toxicidad ungueal, distrofia ungueal, infección ungueal, rebordes en las uñas, onicalgia, onicoclasia, onicolisis, onicomadesis, onicomalacia, paroniquia. [#] Incluye prurito, prurito generalizado, prurito en los párpados. ^ᵇ Incluye fatiga, astenia. ^ᵇ Incluye intervalo QT prolongado, reportado como reacción adversa.

Las reacciones adversas clínicamente relevantes en el FLAURA que ocurrieron en <10% de los pacientes que recibían TAGRISSO fueron alopecia, epistaxis, enfermedad pulmonar intersticial, síndrome de eritrodisestesia palmoplantar, prolongación del intervalo QTc y queratitis. La prolongación del intervalo QTc representa la incidencia de pacientes que tenían una prolongación del QTcF >500mseg.^{vi}

Tabla 5. Anomalías en exámenes de laboratorio en el FLAURA.

Anomalía en exámenes de laboratorio ^{*, †}	TAGRISSO (N=279)		Comparador con TKI de EGFR (gefitinib o erlotinib) (N=277)	
	Todos los grados (%)	Grado 3 o Grado 4 (%)	Todos los Grados (%)	Grado 3 o Grado 4 (%)
Hematología				
Linfopenia	63	6	36	4.2
Anemia	59	0.7	47	0.4
Trombocitopenia	51	0.7	12	0.4
Neutropenia	41	3	10	0
Química				
Hiperglucemia [‡]	37	0	31	0.5
Hipomagnesemia	30	0.7	11	0.4
Hiponatremia	26	1.1	27	1.5
Aumento de AST	22	1.1	43	4.1
Aumento de ALT	21	0.7	52	8
Hipocalemia	16	0.4	22	1.1
Hiperbilirrubinemia	14	0	29	1.1

*NCI CTCAE v4.0. [†]Cada incidencia de prueba, salvo por lo que respecta a la hiperglucemia, se basa en el número de pacientes que tuvieron tanto medición basal disponible como al menos una medición disponible de laboratorio durante el estudio (rango de TAGRISSO: 267 - 273 y rango del comparador de TKI de EGFR: 256 - 268). [‡]La hiperglucemia se basa en el número de pacientes que tuvieron tanto medición basal disponible como al menos una medición disponible de laboratorio durante el estudio: TAGRISSO (179) y comparador de EGFR (191)

Las anomalías en exámenes de laboratorio clínicamente relevantes en el FLAURA que ocurrieron en <20% de los pacientes que recibían TAGRISSO consistieron en un aumento en la creatinina en la sangre (9%).

Cáncer de pulmón no microcítico metastásico con mutación positiva de EGFR T790M y con tratamiento previo: Se reportaron reacciones adversas graves en el 18% de los pacientes tratados con TAGRISSO y en el 26% en el grupo con quimioterapia. No se reportó ninguna reacción adversa grave en el 2% o más de los pacientes tratados con TAGRISSO. Un paciente tratado con TAGRISSO experimentó una reacción adversa fatal (EPI/neumonitis).

Ocurrieron reducciones de dosis en el 2,9% de los pacientes tratados con TAGRISSO. Las reacciones adversas más frecuentes que llevaron a reducciones o interrupciones de dosis fueron la prolongación del intervalo QT según lo analizado por ECG, neutropenia y diarrea. Las reacciones adversas que condujeron a una discontinuación permanente de TAGRISSO ocurrieron en el 7% de los pacientes tratados con TAGRISSO, la más frecuente fue la EPI/neumonitis (3%).

Las Tablas 6 y 7 resumen las reacciones adversas frecuentes y anomalías en exámenes de laboratorio que ocurrieron en pacientes tratados con TAGRISSO en el AURA3.

Tabla 6. Reacciones adversas frecuentes en el AURA3*

Reacción adversa	TAGRISSO (N=279)		Quimioterapia (Pemetrexed/Cisplatino o Pemetrexed/Carboplatino) (N=136)	
	Todos los Grados [†] (%)	Grado 3/4 [†] (%)	Todos los Grados [†] (%)	Grado 3/4 [†] (%)
Trastornos gastrointestinales				
Diarrea	41	1.1	11	1.5
Náuseas	16	0.7	49	3.7
Estomatitis	19	0	15	1.5
Estreñimiento	14	0	35	0
Vómitos	11	0.4	20	2.2
Trastornos en la piel				
Sarpullido [‡]	34	0.7	5.9	0
Piel seca [§]	23	0	4.4	0
Toxicidad en las uñas	22	0	1.5	0
Prurito [#]	13	0	5	0
Trastornos generales y condiciones en el sitio de la administración				
Fatiga ^b	22	1.8	40	5.1
Trastornos en el metabolismo y en la nutrición				
Pérdida del apetito	18	1.1	36	2.9
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales				
Tos	17	0	14	0
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo				
Dolor de espalda	10	0.4	9	0.7

*NCI CTCAE v4.0. †No se reportaron eventos grado 4. ‡Incluye estomatitis y ulceración de la boca. §Incluye sarpullido, sarpullido generalizado, sarpullido eritematoso, sarpullido macular, sarpullido maculo-papular, sarpullido papular, sarpullido pustular, eritema, foliculitis, acné, dermatitis y dermatitis acneiforme, pústula. ¶Incluye piel seca, eczema, fisuras en la piel, xerosis. ¶¶Incluye trastornos en las uñas, trastorno del lecho ungueal, inflamación del lecho ungueal, blandura del lecho ungueal, decoloración de las uñas, trastornos en las uñas, distrofia ungueal, infección ungueal, rebordes en las uñas, onicoclasia, onicolisis, onicomadesis, paroniquia. #Incluye prurito, prurito generalizado, prurito en los párpados. ¶¶Incluye fatiga, astenia.

Las reacciones adversas clínicamente relevantes en el AURA3 que ocurrieron en <10% de los pacientes que recibían TAGRISSO fueron epistaxis, enfermedad pulmonar intersticial, alopecia, síndrome de eritrodisestesia palmoplantar, prolongación del intervalo QTc, queratitis y eritema multiforme. La prolongación del intervalo QTc representa la incidencia de pacientes que tuvieron una prolongación del QTcF >500mseg.

Tabla 7. Anomalías en exámenes de laboratorio en el AURA3.

Anomalía en exámenes de laboratorio*, †	TAGRISSO (N=279)		Quimioterapia (Pemetrexed/Cisplatino o Pemetrexed/Carboplatino) (N=131)	
	Todos los grados (%)	Grado 3 o Grado 4 (%)	Todos los grados (%)	Grado 3 o Grado 4 (%)
Hematología				
Anemia	43	0	79	3.1
Linfopenia	63	8	61	10
Trombocitopenia	46	0.7	48	7
Neutropenia	27	2.2	49	12
Química				
Hipermagnesemia†	27	1.8	9	1.5
Hiponatremia†	26	2.2	36	1.5
Hiperglucemia‡	20	0	NA	NA
Hipocalemia†	9	1.4	18	1.5

NA=no aplicable. *NCI CTCAE v4.0. † Cada incidencia de prueba, salvo por lo que respecta a la hiperglucemia, se basa en el número de pacientes que tuvieron tanto medición basal disponible como al menos una medición disponible de laboratorio durante el estudio (TAGRISSO 279, comparador 131 con quimioterapia). ‡ La hiperglucemia se basa en el número de pacientes que tuvieron tanto medición basal disponible como al menos una medición disponible de laboratorio durante el estudio (TAGRISSO 270, quimioterapia 5; glucosa en ayunas no fue un requerimiento del protocolo para pacientes en el brazo con quimioterapia).

Las anomalías en laboratorio clínicamente relevantes en el AURA3 que ocurrieron en <20% de los pacientes que recibieron TAGRISSO y consistieron en el aumento de la creatinina en la sangre 7%.

Posología y modo de administración:

Pacientes selectos con tumores resecables para el tratamiento adyuvante de NSCLC con TAGRISSO con base en la presencia de las delecciones del exón 19 o mutaciones del exón 21 L858R en EGFR en especímenes tumorales^{vii}.

Posología: La dosificación recomendada de TAGRISSO es una tableta de 80 mg una vez al día.

Modo de administración: TAGRISSO puede tomarse con o sin alimentos. En caso de omitirse una dosis de TAGRISSO, no compense la dosis omitida y tome la siguiente dosis según lo programado. Tratar a pacientes en el entorno adyuvante hasta recurrencia de enfermedad o toxicidad inaceptable, o hasta por 3 años.^{viii}. Tratar a pacientes con cáncer de pulmón metastásico hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Administración en pacientes que presentan dificultades para tragar sólidos: Disperse la tableta en 60 mL (2 onzas) de agua no carbonatada únicamente. Revuelva hasta que la tableta se disperse en pedazos pequeños (la tableta no se disolverá completamente) y trague de inmediato. No debe triturarse, calentarse o usar ultrasonido durante la preparación. Enjuague el envase con 120 mL a 240 mL (4 a 8 onzas) de agua y tome de inmediato.

En caso de que se requiera la administración vía sonda nasogástrica, disperse la tableta como se indicó anteriormente en 15 mL de agua no carbonatada, y luego use 15 mL adicionales de agua para transferir cualquier residuo a la jeringa. Los 30 mL de líquido resultantes deben administrarse de acuerdo con las instrucciones de la sonda nasogástrica mediante enjuagues apropiados con agua (aproximadamente 30 mL).

El tratamiento con TAGRISSO se debe iniciar y supervisar por un médico con experiencia en el uso de terapias antineoplásicas.

Al valorar el uso de TAGRISSO como un tratamiento para el CPNM localmente avanzado o metastásico, es necesario que se determine el estado de la mutación del EFGR T790M. El estado de la mutación del EFGR T790M se debe determinar usando un método test validado.

Tabla 1. Modificaciones de las dosis recomendadas para TAGRISSO

Órgano blanco	Reacción adversa*	Modificación de la dosificación
Pulmonar	Enfermedad pulmonar intersticial (EPI)/Neumonitis	Descontinuar TAGRISSO de forma permanente.
Cardíaco	Intervalo QTc [†] superior a 500 mseg. en al menos 2 ECG separados [‡]	Suspender TAGRISSO hasta que el intervalo QTc sea menor a 481 mseg. o hasta recuperación a basal en caso de que el QTc basal sea superior o igual a 481 mseg., y luego reanudar a una dosis de 40 mg.
	Prolongación del intervalo QTc con señales/síntomas de arritmia que pone en riesgo la vida	Descontinuar TAGRISSO de forma permanente.
	Insuficiencia cardíaca congestiva sintomática	Descontinuar TAGRISSO de forma permanente.
Cutáneo	Síndrome de Stevens-Johnson (SJS), Eritema Multiforme Mayor (EMM)	Suspender TAGRISSO en caso de sospecharse y descontinuar de forma permanente en caso de confirmarse.
Otros	Reacción adversa con gravedad igual o superior a	Suspender TAGRISSO hasta por 3

	Grado 3	semanas.
	En caso de mejorar a Grado 0-2 dentro de 3 semanas	Reanudar a 80 mg o 40 mg diariamente.
	En caso de no haber mejora dentro de 3 semanas	Descontinuar TAGRISSO de forma permanente.

*Reacciones adversas calificadas en función de la versión 4.0 de los Criterios de Terminología Común para Eventos Adversos del National Cancer Institute (NCI CTCAE v4.0). [†]QTc = Intervalo QT corregido por frecuencia cardíaca. [‡]ECGs = Electrocardiograma.

Poblaciones especiales

No es necesario el ajuste de la dosis debido a la edad, peso corporal, sexo, etnia y estado de tabaquismo del paciente

Insuficiencia hepática

No se han realizado estudios clínicos que evalúen de forma específica el efecto de la insuficiencia hepática en la farmacocinética de osimertinib. No se recomienda el ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve (bilirrubina total $\leq$ límite superior de la normalidad (ULN, por sus siglas en inglés) y aspartato aminotransferasa (AST) $\geq$ ULN o bilirrubina total $\geq$ 1,0 a 1,5 x ULN y cualquier AST) o con insuficiencia hepática moderada (bilirrubina total entre 1,5 y 3 veces ULN y cualquier AST), pero se debe tener precaución al administrar TAGRISSO a estos pacientes. No se ha establecido la seguridad y eficacia de este medicamento en pacientes con insuficiencia hepática grave. Hasta que se disponga de más datos, no se recomienda su uso en pacientes con insuficiencia hepática grave.

Insuficiencia renal

Según los ensayos clínicos y el análisis de PK poblacional, no es necesario ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve, moderada o grave. No se ha establecido la seguridad y eficacia de este medicamento en pacientes con enfermedad renal terminal [aclaramiento de creatinina (AclCr) menor de 15 ml/min, calculado mediante la ecuación de Cockcroft y Gault] o que estén sometidos a diálisis. Se debe tener precaución al tratar a pacientes con insuficiencia renal grave y terminal

Población pediátrica

No se ha establecido la seguridad y eficacia de TAGRISSO en niños o adolescentes menores de 18 años. No se dispone de datos.

Interacción con otros productos medicinales y otras formas de interacción:

Interacciones farmacocinéticas

La coadministración de TAGRISSO con un fuerte inductor de CYP3A4 redujo la exposición de osimertinib comparado con la administración de TAGRISSO solamente. La reducción en la exposición de osimertinib pudiera conducir a una menor eficacia.

Se recomienda evitar el uso concomitante de inductores potentes del CYP3A (p. ej., fenitoína, rifampicina y carbamazepina) con TAGRISSO. Los inductores moderados del CYP3A4 (p. ej., bosentan, efavirenz, etravirina, modafinilo) también pueden disminuir la exposición de osimertinib y se deben usar con precaución o evitarse cuando sea posible. No hay datos clínicos disponibles para recomendar un ajuste de dosis de TAGRISSO.

De acuerdo con estudios in vitro, osimertinib es un inhibidor competitivo de los transportadores de la BCRP. La coadministración de TAGRISSO con una proteína resistente al cáncer de mama (BCRP) o sustrato de P-glicoproteína (P-gp) aumentó la exposición del sustrato comparado con su administración de forma individual. El aumento en la exposición de la BCRP o del sustrato de P-gp pudiera elevar el riesgo de toxicidad relacionada con la exposición. Deben monitorearse las reacciones adversas del BCRP o del sustrato P-gp,

salvo que se indique algo distinto en su etiqueta aprobada, al coadministrarse con TAGRISSO.

En un estudio de FC clínica, la co-administración de TAGRISSO con rosuvastatina (sustrato sensible de la BCRP) elevó el AUC y la Cmax de rosuvastatina en un 35% y en un 72%, respectivamente. Los pacientes que toman medicamentos concomitantes con eliminación dependiente de la BCRP y con un índice terapéutico estrecho deben ser monitorizados estrechamente, en cuanto a signos de modificación de la tolerabilidad de la medicación concomitante, como una consecuencia del aumento de la exposición mientras reciben TAGRISSO. En un estudio de FC clínica, la co-administración de TAGRISSO con simvastatina (sustrato sensible del CYP3A4) disminuyó el AUC y la Cmax de simvastatina en un 9% y en un 23% respectivamente. Estos cambios son pequeños y es improbable que sean clínicamente relevantes. Es improbable que se produzcan interacciones FC clínicas con los sustratos del CYP3A4. No han sido estudiadas las interacciones enzimáticas reguladas por el Receptor X de Pregnano (PXR) salvo las del CYP3A4. No puede excluirse el riesgo de que la exposición a los anticonceptivos hormonales disminuya.

Fármacos que prolongan el intervalo QTc: Se desconoce el efecto de co-administrar medicamentos que prolongan el intervalo QTc con TAGRISSO. Cuando fuere posible, debe evitarse la administración concomitante de fármacos que se conoce prolongan el intervalo QTc con riesgo conocido de Torsades de pointes. En caso de que no sea posible evitar la administración concomitante de dichos fármacos, debe realizarse un monitoreo periódico de ECG.

Uso en Embarazo y lactancia:

Embarazo: Con base en datos provenientes de estudios en animales y su mecanismo de acción, TAGRISSO puede causar daño fetal cuando se administra en mujeres embarazadas. No existen datos disponibles sobre el uso de TAGRISSO en mujeres embarazadas. La administración de osimertinib en ratas gestantes estuvo asociada con embrioletalidad y un menor crecimiento fetal en exposiciones plasmáticas.

Lactancia: No existen datos sobre la presencia de osimertinib o de sus metabolitos activos en la leche humana, los efectos de osimertinib sobre el niño lactante o sobre la producción de leche. La administración en ratas durante la gestación y la lactación temprana estuvo asociada con efectos adversos, incluyendo reducción en las tasas de crecimiento y en la muerte neonatal. En virtud del potencial de reacciones adversas graves en niños lactantes derivadas de osimertinib, debe recomendarse a las mujeres que no amamanten durante el tratamiento con TAGRISSO y durante 2 semanas luego de la dosis final.

Mujeres y hombres con capacidad reproductiva: Con base en datos provenientes de animales, TAGRISSO puede ocasionar malformaciones, letalidad embrionaria, y muerte posnatal en dosis que llevan a exposiciones iguales o menores a 1.5 veces la exposición humana a la dosis clínica de 80 mg diarios. Realizar prueba de embarazo en mujeres con capacidad reproductiva antes de iniciar con TAGRISSO. Debe advertirse a mujeres con capacidad reproductiva para que usen métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento con TAGRISSO y durante 6 semanas luego de la dosis final. Debe advertirse a pacientes de sexo masculino con parejas de sexo femenino con capacidad reproductiva para que usen métodos anticonceptivos eficaces durante y por 4 meses después de la dosis final de TAGRISSO.

Fertilidad: TAGRISSO pudiera afectar la fertilidad en hombres y mujeres con capacidad reproductiva. Los efectos sobre la fertilidad femenina mostraron una tendencia hacia la reversibilidad. Se desconoce si los efectos sobre la fertilidad masculina son reversibles.

Sobredosificación: Carcinogénesis, mutagénesis, deterioro de la fertilidad.

Efectos sobre la conducción de vehículos/maquinarias:

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

Propiedades farmacodinámicas:

ATC: L01XE35, Agentes antineoplásicos, inhibidores de la proteína quinasa.

Mecanismo de acción: Osimertinib es un Inhibidor de la Tirosin Quinasa (TKI). Es un inhibidor irreversible de los Receptores del Factor de Crecimiento Epidérmico (EGFRs) que albergan mutaciones sensibilizantes (EGFRm) y mutación T790M de resistencia a los TKI.

Efectos farmacodinámicos: En células cultivadas y modelos de implantación de tumor en animales, osimertinib exhibió actividad antitumoral frente a líneas de NSCLC que albergaban mutaciones de EGFR (T790M/L858R, L858R, T790M/deleción del exón 19 y deleción del exón 19) y en menor medida, amplificaciones del EGFR del tipo salvaje. Osimertinib se distribuyó hacia el cerebro en múltiples especies de animales (monos, ratas y ratones) con una relación ABC cerebro-plasma de aproximadamente 2 luego de la dosificación oral. Estos datos son consistentes con observaciones de regresión tumoral y aumento de la supervivencia en animales tratados con osimertinib vs. control en un modelo preclínico de xenoinjertos en ratones con metástasis intracraneal y mutaciones del EGFR (PC9; deleción del exón 19).

Electrofisiología cardíaca El potencial de TAGRISSO de prolongar el intervalo QTc se evaluó en 210 pacientes que recibieron 80 mg al día de osimertinib en el estudio AURA2. Se obtuvieron ECGs en serie después de la administración de una dosis única y en el estado estacionario para evaluar el efecto de osimertinib sobre los intervalos QTc. Un análisis de farmacocinética/farmacodinámico predijo una prolongación del intervalo QTc relacionada con el fármaco a la dosis de 80 mg de 14 ms, con un límite superior de 16 ms (IC del 90%)

Eficacia clínica y seguridad

Tratamiento adyuvante del cáncer de pulmón no microcítico en etapa inicial con mutación positiva de EGFR (NSCLC)

La eficacia de TAGRISSO se demostró en un ensayo aleatorizado, con doble cegamiento, controlado por placebo (ADAURA [NCT02511106]) para el tratamiento adyuvante de pacientes con NSCLC con deleciones del exón 19 o mutación positiva del exón 21 L858R en el EGFR que tenían resección tumoral completa, con o sin quimioterapia adyuvante previa. Los pacientes elegibles con tumores resecables (etapa IB – IIIA de acuerdo con la 7ma edición de la American Joint Commission on Cancer [AJCC]) debían tener predominantemente histología no escamosa y deleciones del exon 19 o mutaciones del exón 21 L858R en el EGFR identificadas a partir de un tejido de tumor en un laboratorio central mediante la prueba de mutación de EGFR cobas® realizada de forma prospectiva. Los pacientes con enfermedad cardíaca no controlada clínicamente significativa, historia previa de EPI/neumonitis, o que recibieron tratamiento con cualquier inhibidor de quinasa de EGFR no fueron elegibles para el estudio.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente (1:1) para recibir TAGRISSO 80 mg oralmente una vez al día o placebo luego de la recuperación de la cirugía y quimioterapia adyuvante estándar, en aquellos casos en que se administraba. Los pacientes que no recibían quimioterapia adyuvante fueron asignados aleatoriamente dentro de 10 semanas y los pacientes que recibían quimioterapia adyuvante dentro de 26 semanas luego de la cirugía. La aleatorización se estratificó por tipo de mutación (deleciones del exón 19 o mutaciones de sustitución del exón 21 L858R), etnicidad (asiáticos o no asiáticos) y estadificación basada en pTNM (IB o II o IIIA) de acuerdo con la 7ma edición de AJCC. El tratamiento se administró por 3 años o hasta la recurrencia de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

La medición del desenlace mayor de eficacia fue la supervivencia libre de enfermedad (SLE, definida como una reducción en el riesgo de recurrencia de enfermedad o muerte) en pacientes con NSCLC etapa II-IIIA determinada por evaluación del investigador. Las mediciones adicionales de los desenlaces de eficacia incluyeron la tasa de SLE en la

población global (pacientes con NSCLC etapa IB – IIIA), y supervivencia global (SG) en pacientes con NSCLC etapa II – IIIA y en la población global.

Un total de 682 pacientes fueron asignados aleatoriamente a TAGRISSO (n=339) o a placebo (n=343). La mediana de edad fue 63 años (rango de 30-86 años); el 70% eran mujeres; 64% eran asiáticos y el 72% nunca habían fumado. El estado funcional basal según la OMS fue de 0 (64%) o 1 (36%); el 31% tenía etapa IB, el 35% tenía II, y el 34% tenía IIIA. Con respecto al estado de mutación de EGFR, el 55% eran deleciones del exón 19 y el 45% eran mutaciones del exón 21 L858R. La mayoría (60%) de los pacientes recibieron quimioterapia adyuvante antes de la aleatorización (27% IB; 70% II; 79% IIIA).^{ix}

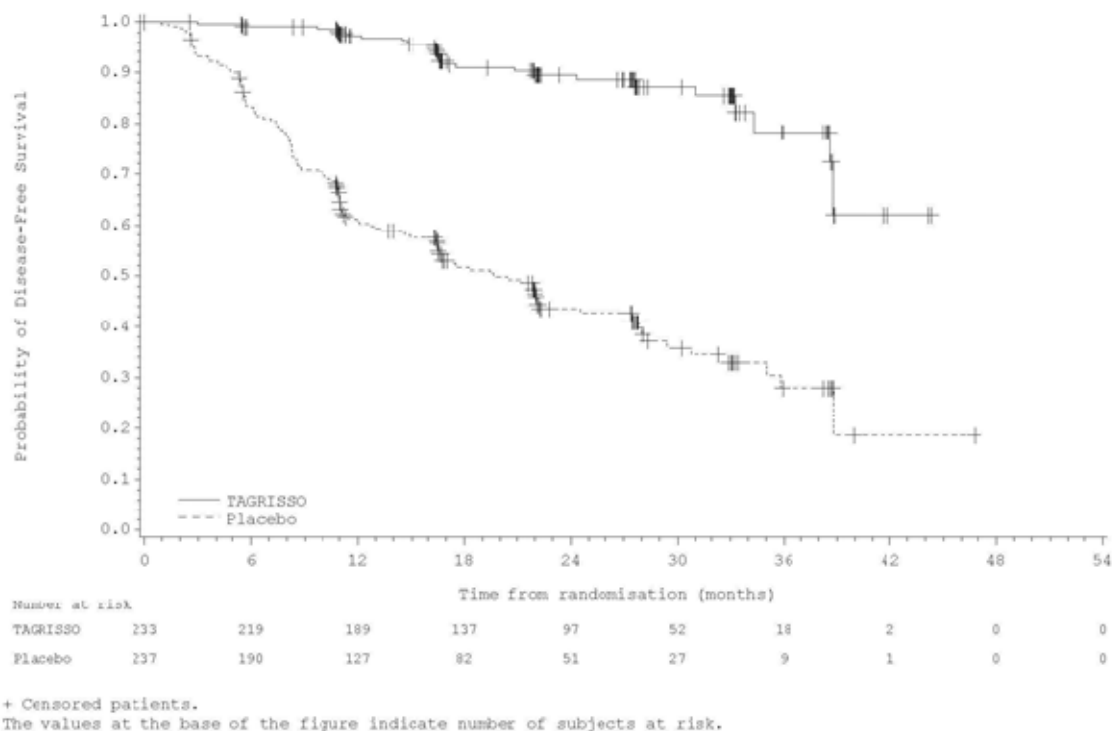
El ADAURA demostró una diferencia estadísticamente significativa y clínicamente importante en la SLE para pacientes tratados con TAGRISSO comparado con los pacientes tratados con placebo. Los datos de supervivencia global (SG) no eran maduros para el momento del análisis de SLE con un 27% de las 94 muertes requeridas para el análisis final de SG en pacientes con enfermedad en etapa II-IIIa. Los resultados de eficacia provenientes del ADAURA se resumen en la Tabla 8 y en la Figura 1, respectivamente.

Tabla 8. Los resultados de eficacia en el ADAURA según evaluación del investigador

	POBLACION EN ETAPA II- IIIA		POBLACIÓN EN ETAPA IB-IIIa	
Parámetro de eficacia	TAGRISSO (N=233)	PLACEBO (N=237)	TAGRISSO (N=339)	PLACEBO (N=343)
Eventos de SLE (%)	26(11)	130(55)	37(11)	159(46)
Enfermedad recurrente (%)	26(11)	129(54)	37(11)	157(46)
Muertes (%)	0	1(0.4)	0	2(0.6)
Mediana de SLE, meses (95% IC)	NR(38.8, NE)	19.6(16.6, 24.5)	NR (NE NE)	27.5 (22.0, 35.0)
Razón de riesgo (95% CI) ‡,§	0.17 (0.12, 0.23)		0.20 (0.15,0.27)	
Valor p‡,	<0.0001		<0.0001	

CI=intervalo de confianza; NE=No estimable; NR = No alcanzado. ‡Estratificado por etnicidad (asiáticos vs. no asiáticos), estado de mutación (Ex19del vs. L858R), y estadificación pTNM. §Estimador de máximo. ||Prueba estratificada de rango logarítmico.

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier de supervivencia libre de enfermedad (población global) por evaluación del investigador en el ADAURA



En un análisis exploratorio del sitio(s) de recaída, la proporción de pacientes con afectación del SNC al momento de recurrencia de la enfermedad fue de 5 pacientes (1,5%) en el brazo con TAGRISSO y de 34 pacientes (10%) en el brazo con placebo.

NSCLC metastásico con mutación positiva de EGFR sin tratamiento previo

La eficacia de TAGRISSO se demostró en un ensayo aleatorizado, multicéntrico, con doble cegamiento y control activo (FLAURA [NCT02296125]) en pacientes con NSCLC metastásico con delección del exón 19 o mutación positiva del exón 21 L858R en el EGFR, que no habían recibido tratamiento sistémico previo para enfermedad metastásica. Se requirió que los pacientes tuvieran enfermedad medible según RECIST v1.1, un estado funcional según la OMS de 0-1, y delecciones del exón 19 o mutaciones del exón 21 L858R en el EGFR en tumor identificado de forma prospectiva mediante la prueba de mutación de EGFR cobas® en un laboratorio central o por un ensayo de investigación en un laboratorio certificado o acreditado por la CLIA. Los pacientes con metástasis en el SNC que no requerían esteroides y con estado neurológico estable durante al menos dos semanas luego de la culminación de cirugía definitiva o radioterapia fueron elegibles. Los pacientes fueron analizados a discreción del investigador para detectar metástasis del SNC en caso de tener una historia o sospecha de metástasis del SNC al ingresar al estudio.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente (1:1) para recibir TAGRISSO 80 mg oralmente una vez al día o para recibir gefitinib 250 mg oralmente una vez al día o erlotinib 150 mg oralmente una vez al día hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. La aleatorización fue estratificada en función del tipo de mutación de EGFR (delecciones del exón 19 o mutación del exón 21 L858R) y etnicidad (asiáticos o no asiáticos). A los pacientes asignados aleatoriamente al brazo de control se les ofreció TAGRISSO al momento de la progresión de la enfermedad en caso de que las muestras de tumor dieran positivo para mutación de EGFR T790M. La medición del desenlace mayor de eficacia fue la supervivencia libre de progresión (SLP), analizada por investigador. Las mediciones adicionales del desenlace de eficacia incluyeron la supervivencia global (SG) y la tasa de respuesta global (TRG).

Un total de 556 pacientes fueron asignados aleatoriamente a TAGRISSO (n=279) o a control (gefitinib n=183; erlotinib n=94). La mediana de edad fue 64 años (rango de 26-93 años); 54% tenían <65 años de edad; 63% eran mujeres; 62% eran asiáticos y el 64% nunca habían fumado. El estado funcional basal según la OMS fue de 0 (41%) o 1 (59%); el 5% tenía Etapa IIIb y el 95% tenía Etapa IV; y el 7% recibió quimioterapia citotóxica sistémica previa como terapia neoadyuvante o adyuvante. Con respecto a la prueba tumoral de EGFR, el 63% tenían delecciones del exón 19 y el 37% tenían exón 21 L858R; 5 pacientes (<1%) también tenían una mutación concomitante de novo T790M. El estado de mutación de EGFR se confirmó centralmente usando la prueba de mutación de EGFR cobas en el 90% de los pacientes. Para el momento del corte final de datos, de los asignados aleatoriamente a TAGRISSO y al brazo de erlotinib o gefitinib a preferencia del investigador, 133 (48%) y 180 (65.0%) pacientes habían recibido al menos un tratamiento subsiguiente, respectivamente. De los 180 pacientes asignados aleatoriamente a erlotinib o gefitinib que recibieron tratamiento subsiguiente, 85 (47%) pacientes recibieron TAGRISSO como primera terapia subsiguiente.

FLAURA demostró una mejora estadísticamente significativa en la SLP para pacientes asignados aleatoriamente a TAGRISSO comparados con erlotinib o gefitinib (consulte la Tabla 9 y la Figura 2). El análisis final de la supervivencia global demostró una mejora estadísticamente significativa en la supervivencia global en pacientes asignados aleatoriamente a TAGRISSO comparado con erlotinib o gefitinib. (consulte la Tabla 9 y la Figura 3).

Tabla 9. Resultados de eficacia en el FLAURA de acuerdo con evaluación del investigador.

Parámetro de eficacia	TAGRISSO (N=279)	TKI de EGFR (gefitinib o erlotinib) (N=277)
Supervivencia libre de progresión (SLP)		
Eventos de SLP (%)	136 (49)	206 (74)
Enfermedad progresiva (%)	125 (45)	192 (69)
Muerte* (%)	11 (4)	14 (5)
Mediana de SLP en meses (95% CI)	18.9 (15.2, 21.4)	10.2 (9.6, 11.1)
Razón de riesgo (95% CI) ^{†,‡}	0.46 (0.37, 0.57)	
Valor P ^{†,§}	< 0.0001	
Supervivencia global (SG)		
Número de muertes (%)	155 (56)	166 (60)
Mediana de SG en meses (95% CI)	38.6 (34.5, 41.8)	31.8 (26.6, 36.0)
Razón de riesgo (95% CI) ^{†,‡}	0.80 (0.64, 1.00)	
Valor P ^{†,§}	0.0462	
Tasa de respuesta global (TRG) [¶]		
TRG, % (95% CI) [†]	77 (71, 82)	69 (63, 74)

Parámetro de eficacia	TAGRISSO (N=279)	TKI de EGFR (gefitinib o erlotinib) (N=277)
Respuesta completa, %	2	1
Respuesta parcial, %	75	68
Duración de respuesta (DdR) [¶]		
Mediana en meses (95% CI)	17.6 (13.8, 22.0)	9.6 (8.3, 11.1)

*Sin progresión radiológica documentada de la enfermedad

[†]Estratificada por etnicidad (asiáticos vs. no asiáticos) y estado de mutación (Ex19del vs. L858R)

[‡]Estimador de máximo

[§]Prueba estratificada de rango logarítmico

[¶]Respuestas confirmadas

Figura 3. Curvas de Kaplan-Meier de supervivencia global en el FLAURA

En un análisis complementario de SLP de acuerdo con revisión centralizada independiente con cegamiento, la mediana de SLP fue de 17.7 meses en el brazo con TAGRISSO comparado con 9.7 meses en el brazo con comparador de TKI de EGFR (HR=0.45; 95% CI: 0.36, 0.57).

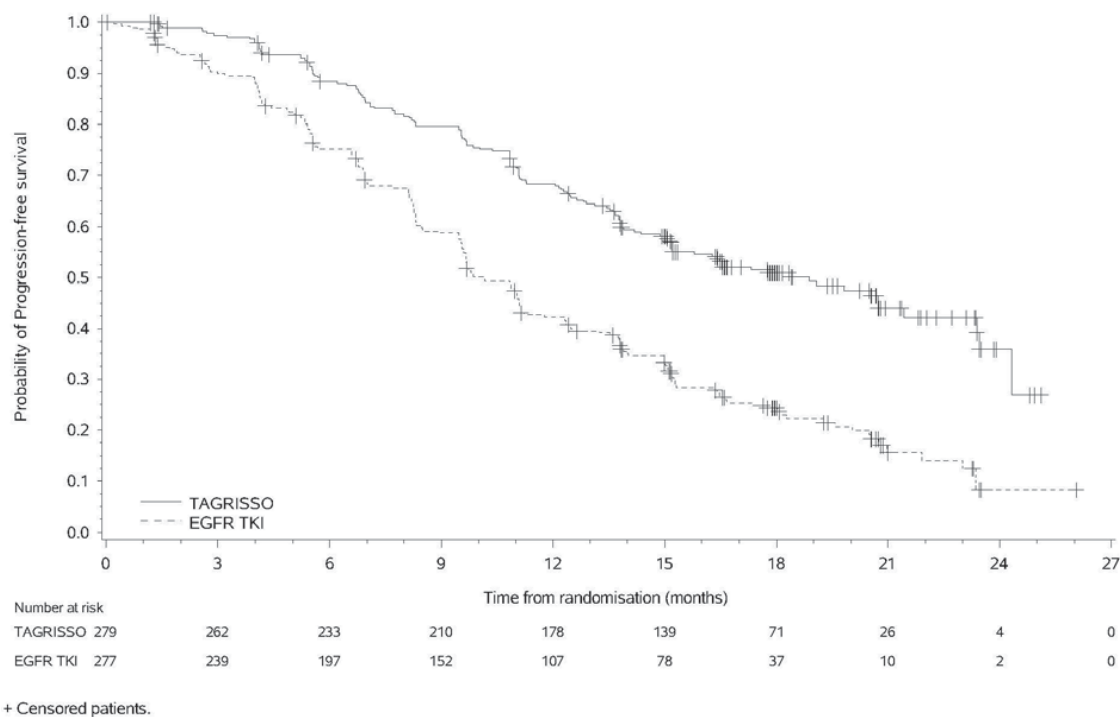
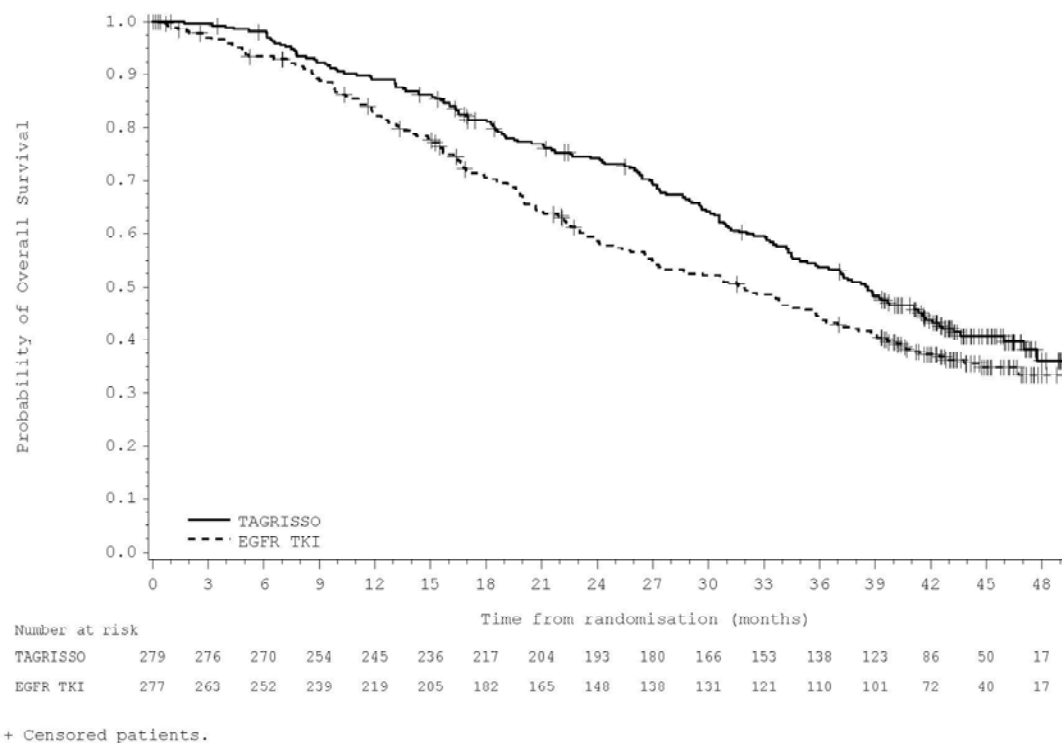


Figura 3. Curvas de Kaplan-Meier de supervivencia global en el FLAURA



De los 556 pacientes, 200 pacientes (36%) se sometieron a exámenes cerebrales en la línea de base revisados por BICR; esto incluyó a 106 pacientes en el brazo con TAGRISSO y 94 pacientes en el brazo con TKI de EGFR de preferencia del investigador. De estos 200 pacientes, 41 tuvieron lesiones medibles en el SNC de acuerdo con RECIST v1.1. Los

resultados de los análisis exploratorios preespecificados de TRG y DdR en SNC por BICR en el subconjunto de pacientes con lesiones medibles en el SNC en basal se resumen en la Tabla 10.

Tabla 10. TRG y DDR en el SNC por BICR en pacientes con lesiones medibles en el SNC en basal en el FLAURA

	TAGRISSO N=22	TKI de EGFR (gefitinib o erlotinib) N=19
Evaluación de respuesta tumoral en el SNC ^{*,†}		
TRG en el SNC, % (95% CI)	77 (55, 92)	63 (38, 84)
Respuesta completa	18	0
Duración de respuesta en el SNC [‡]		
Número de personas con respuesta	17	12
Duración de respuesta ≥6 meses	88	50
Duración de respuesta ≥12 meses	47	33

*De acuerdo con RECIST v1.1.

†Basado en respuesta confirmada.

‡Basado en pacientes solo con respuesta; DdR definida como el tiempo desde la fecha de la primera respuesta documentada (respuesta completa o respuesta parcial) hasta progresión o evento de muerte.

NSCLC metastásico con mutación positiva de EGFR T790M y tratamiento previo

La eficacia de TAGRISSO se demostró en un ensayo aleatorizado, multicéntrico, abierto, y de control activo en pacientes con NSCLC con mutación positiva de EGFR T790M que habían progresado con terapia sistémica previa, incluyendo un TKI de EGFR (AURA3). Todos los pacientes debían tener un NSCLC con mutación positiva de EGFR T790M identificada mediante la prueba de mutación de EGFR cobas® realizada en un laboratorio centralizado antes de la aleatorización.

Un total de 419 pacientes fueron asignados aleatoriamente en proporción 2:1 para recibir TAGRISSO (n=279) o doblete de quimioterapia basada en platino (n=140). La aleatorización se estratificó por etnicidad (asiáticos vs. no asiáticos). Los pacientes en el brazo con TAGRISSO recibieron TAGRISSO 80 mg oralmente una vez al día hasta intolerancia a la terapia, progresión de la enfermedad, o determinación del investigador de que el paciente ya no se beneficiaba del tratamiento. Los pacientes en el brazo con quimioterapia recibieron pemetrexed 500 mg/m² con carboplatino AUC5 o pemetrexed 500mg/m² con cisplatino 75 mg/m² en el Día 1 de cada ciclo de 21 días hasta por 6 ciclos. Los pacientes cuya enfermedad no había progresado luego de cuatro ciclos de quimioterapia basada en platino podían haber recibido terapia de mantenimiento con pemetrexed (pemetrexed 500 mg/m² en el Día 1 de cada ciclo de 21 días).

La medición del desenlace mayor de eficacia fue la supervivencia libre de progresión (SLP) de acuerdo con los Criterios de Evaluación de Respuesta en Tumores Sólidos (RECIST v1.1) por evaluación del investigador. Las mediciones de desenlaces adicionales de eficacia incluían la tasa de respuesta global (TRG), duración de respuesta (DdR), y la supervivencia

global (SG). Los pacientes asignados aleatoriamente al brazo con quimioterapia que tuvieron progresión radiológica de acuerdo con investigador y con revisión centralizada independiente con cegamiento (BICR) tenían permitido cambiarse para recibir tratamiento con TAGRISSO.

Las características basales demográficas y de enfermedad de la población global del ensayo fueron: mediana de edad de 62 años (rango: 20-90 años), ≥ 75 años (15%), mujeres (64%), blancos (32%), asiáticos (65%), nunca fueron fumadores (68%), estado funcional según la OMS de 0 o 1 (100%). Cincuenta y cuatro por ciento (54%) de los pacientes tuvieron metástasis viscerales extratorácicas, incluyendo 34% con metástasis del sistema nervioso central (SNC) (incluyendo 11% con metástasis medibles en el SNC) y 23% con metástasis en el hígado. Cuarenta y dos por ciento (42%) de los pacientes tenían enfermedad metastásica en los huesos.

En el AURA3, hubo una mejora estadísticamente significativa en la SLP en pacientes asignados aleatoriamente a TAGRISSO comparados con quimioterapia (Consulte la Tabla 12 y la Figura 5). No se observe diferencia estadísticamente significativa entre los brazos de tratamiento en el análisis final de SG. Para el momento del análisis final de SG, 99 pacientes (71%) asignados aleatoriamente a quimioterapia se habían cambiado al tratamiento con TAGRISSO.

Tabla 11. Resultados de eficacia de acuerdo con evaluación del investigador en el AURA3

Parámetro de eficacia	TAGRISSO (N=279)	Quimioterapia (N=140)
Supervivencia libre de progresión		
Número de eventos (%)	140 (50)	110 (79)
Enfermedad progresiva	129 (46)	104 (74)
Muerte*	11 (4)	6 (4)
Mediana de SLP en meses (95% CI)	10.1 (8.3, 12.3)	4.4 (4.2, 5.6)
Razón de riesgo (95% CI) †, ‡	0.30 (0.23,0.41)	
Valor P†, §	<0.001	
Supervivencia global		
Número de muertes (%)	188 (67)	93 (66)
Mediana de SG en meses (95% CI)	26.8 (23.5, 31.5)	22.5 (20.2, 28.8)
Razón de riesgo (95% CI) †, ‡	0.87 (0.67, 1.12)	
Valor P†, §	0.277	
Tasa global de respuesta¶		
TRG, % (95% CI)	65 (59, 70)	29 (21, 37)
Respuesta completa, %	1	1

Parámetro de eficacia	TAGRISSO (N=279)	Quimioterapia (N=140)
Respuesta parcial, %	63	27
Valor P†.#	<0.001	
Duración de respuesta (DdR)		
Mediana en meses (95% CI)	11.0 (8.6, 12.6)	4.2 (3.0, 5.9)

*Sin progresión radiológica documentada de enfermedad

†Estratificado por etnicidad (asiáticos vs. no asiáticos)

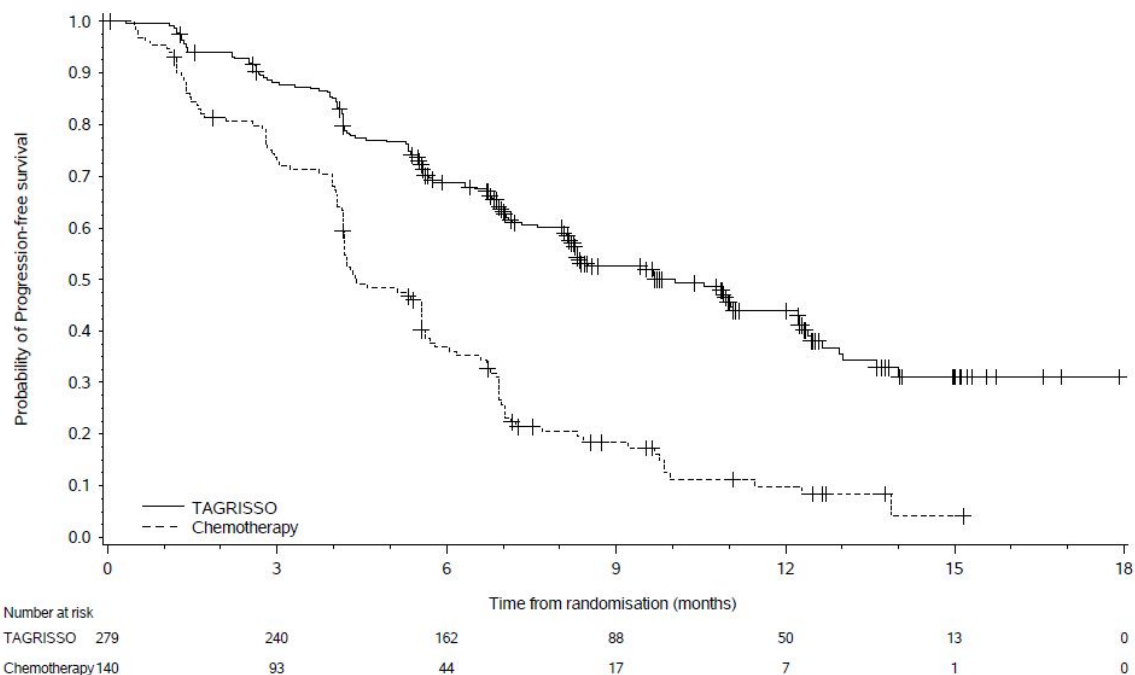
‡Estimador de máximo

§Prueba estratificada de rango logarítmico

¶Confirmado

#Análisis de regresión logística

Figura 4. Curvas de Kaplan-Meier de SLP por evaluación del investigador en el AURA3



+ Censored patients.

The values at the base of the figure indicate number of subjects at risk.

En un análisis complementario de PFS de acuerdo con revisión centralizada independiente con cegamiento, la mediana de SLP fue de 11 meses en el brazo con TAGRISSO comparada con 4.2 meses en el brazo con quimioterapia (HR 0.28; 95% CI: 0.20, 0.38).

De los 419 pacientes, 205 (49%) se sometieron a exámenes basales en la línea de base revisados por BICR; esto incluyó a 134 (48%) pacientes en el brazo con TAGRISSO y 71 (51%) pacientes en el brazo con quimioterapia. El análisis de eficacia en el SNC según RECIST v1.1 se realizó en el subgrupo de 46/419 (11%) pacientes identificados por BICR como teniendo lesiones medibles en el SNC en un examen cerebral en la línea de base. Los resultados se resumen en la Tabla 12.

Tabla 12. La TRG y DdR del SNC mediante BICR en pacientes con lesiones medibles en el SNC en la línea de base en el AURA3

	TAGRISSO N=30	Quimioterapia N=16
Evaluación de respuesta tumoral en el SNC ^{*,†}		
TRG en el SNC, % (95% CI)	57 (37, 75)	25 (7, 52)
Respuesta completa	7	0
Duración de respuesta en el SNC ^{†,‡}		
Número de personas con respuesta	17	4
Duración de respuesta ≥ 6 meses, %	47	0
Duración de respuesta ≥ 9 meses, %	12	0

*De acuerdo con RECIST v1.1.

†Basada en respuesta confirmada.

‡Basada en pacientes solamente con respuesta; La DdR definida como el tiempo desde la fecha de la primera respuesta documentada (respuesta completa o respuesta parcial) hasta progresión o evento de muerte.

Población pediátrica: La seguridad y efectividad de TAGRISSO en pacientes pediátricos no ha sido demostrada.

Propiedades farmacocinéticas (Absorción, distribución, biotransformación, eliminación):

Absorción: La mediana del tiempo hasta C_{max} de osimertinib fue de 6 horas (rango de 3-24 horas). Luego de la administración de una tableta de 20 mg de TAGRISSO con ingesta de comida de alto contenido de grasas y calóricos (que contenga aproximadamente 58 gramos de grasa y 1000 calorías), la C_{max} y el ABC de osimertinib fueron comparables con las observadas en condiciones en ayunas.

Distribución: La media de volumen de distribución en estado estable (V_{ss}/F) de osimertinib fue 918 L. La unión a proteína plasmática de osimertinib fue 95%.

Eliminación: Las concentraciones plasmáticas de osimertinib disminuyeron con el tiempo y la semivida media estimada de osimertinib de una población fue de 48 horas, y la depuración oral (CL/F) fue de 14.3 (L/h).

Metabolismo: Las principales rutas metabólicas de osimertinib fueron la oxidación (predominantemente CYP3A) y desalquilación in vitro. Se han identificado dos metabolitos farmacológicamente activos (AZ7550 y AZ5104) en el plasma luego de la administración oral con TAGRISSO. La media geométrica de exposición (ABC) de cada metabolito (AZ5104 y AZ7550) fue de aproximadamente el 10% de la exposición de osimertinib en estado estable.

Excreción: Osimertinib se elimina principalmente en las heces (68%) y en menor medida en la orina (14%). Osimertinib sin cambios representó aproximadamente el 2% de la eliminación.

Poblaciones especiales

No se observaron diferencias clínicamente significativas en la farmacocinética de osimertinib con base en la edad, sexo, etnicidad, peso corporal, albúmina basal, línea de terapia, estado de tabaquismo, función renal (depuración de creatinina (CLcr) ≥ 15 mL/min según Cockcroft-Gault) o insuficiencia hepática (Child-Pugh A y B, o bilirrubina total $\leq$ ULN y AST $>$ ULN o bilirrubina total entre 1 y 3 veces ULN y cualquier AST). Se desconoce la farmacocinética de osimertinib en pacientes con enfermedad renal en fase terminal (CLcr < 15 mL/min) o insuficiencia hepática grave (bilirrubina total entre 3 y 10 veces ULN y cualquier AST) Estudios sobre interacción farmacológica

Efecto de otros fármacos sobre TAGRISSO en estudios clínicos de farmacocinética con fuertes inductores de CYP3A: El ABC en estado estable de osimertinib se redujo en un 78% en pacientes cuando se coadministró con rifampina (600 mg diariamente durante 21 días)

Fuertes inhibidores de CYP3A: La coadministración de TAGRISSO con 200 mg de itraconazol dos veces al día (un fuerte inhibidor de CYP3A4) no tuvo efecto clínicamente significativo sobre la exposición de osimertinib (aumento del ABC en un 24% y reducción de la C_{max} en un 20%).

Agentes de reducción del ácido gástrico: La exposición de osimertinib no se vio afectada por la administración concurrente de una sola tableta de TAGRISSO 80 mg luego de la administración con omeprazol 40 mg durante 5 días.

Efecto de osimertinib sobre otros fármacos en estudios clínicos de farmacocinética

Sustratos de BCRP: La coadministración de TAGRISSO con rosuvastatina (un sustrato de BCRP) aumentó el ABC de rosuvastatina en un 35% y la C_{max} en un 72% . Sustratos de P-gp: La coadministración de TAGRISSO con fexofenadina (un sustrato de P-gp) aumentó el ABC y la C_{max} de fexofenadina en un 56% y 76% luego de una dosis única y en un 27% y 25% en estado estable, respectivamente.

Sustratos de CYP3A4: La coadministración de TAGRISSO con simvastatina (un sustrato de CYP3A4) no tuvo efecto clínicamente significativo sobre la exposición de simvastatina.

Estudios In Vitro: Rutas metabólicas de CYP450: Osimertinib no inhibe CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6 y 2E1. Osimertinib induce las enzimas CYP1A2.

Sistemas de transportadores: Osimertinib es un sustrato de P-glicoproteína y BCRP y no es un sustrato de OATP1B1 y OATP1B3. Osimertinib es un inhibidor de BCRP y no inhibe a OAT1, OAT3, OATP1B1, OATP1B3, MATE1, MATE2K y OCT2.

Insuficiencia hepática: No se recomienda ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada (Child-Pugh A y B o bilirrubina total $\leq$ ULN y AST $>$ ULN o bilirrubina total 1 a 3 veces ULN y cualquier AST). No existe dosis recomendada para TAGRISSO en el caso de pacientes con insuficiencia hepática grave (bilirrubina total entre 3 a 10 veces ULN y cualquier AST)

Insuficiencia renal: No se recomienda ajuste de dosis en pacientes con depuración de creatinina (CLcr) 15 - 89 mL/min, según lo estimado por Cockcroft-Gault. No existe dosis recomendada de TAGRISSO para pacientes con enfermedad renal en fase terminal (CLcr < 15 mL/min)

Experiencia poscomercialización

Se han identificado las siguientes reacciones adversas durante el uso posaprobación de TAGRISSO. En virtud de que estas reacciones se reportan voluntariamente a partir de una población de tamaño incierto, no siempre es posible estimar de forma confiable su frecuencia ni establecer una relación causal con la exposición al fármaco. Piel y tejido subcutáneo: Síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, vasculitis cutánea.

Instrucciones de uso, manipulación y destrucción del remanente no utilizable del producto:

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

Fecha de aprobación/ revisión del texto: 31 de agosto de 2021.

ⁱ Módulo 2.7.4. Resumen de Seguridad clínica, Sección 2.1.7.2 Reacciones farmacológicas adversas, Tabla 15

ⁱⁱ Módulo 2.7.4. Resumen de Seguridad clínica, Sección 2.1.7.1.2 Insuficiencia cardíaca

ⁱⁱⁱ Módulo 2.7.4. Resumen de Seguridad clínica, Sección 2.1.7.1.2 Falla cardíaca, Tabla 14

^{iv} Módulo 2.5. Generalidades clínicas, Sección 5.5.2 Falla cardíaca

^v Módulo 2.7.4. Resumen de Seguridad clínica, Sección 2.1.7.2 Reacciones farmacológicas adversas, Tabla 15

^{vi} Módulo 5.3.5.3. Resumen integrado de seguridad, IMT1055

^{vii} [Módulo 2.7.3. Resumen de eficacia clínica, Sección 1.2.4 Población de pacientes](#)

^{viii} [Módulo 2.7.3. Resumen de eficacia clínica, Sección 1.2.2 Diseño del estudio](#)

^{ix} Módulo 2.5. Generalidades clínicas, Sección 4.2 Resultados de ADAURA