

RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

- Nombre del producto:** KADCYLA®.
(Trastuzumab emtansina).
- Forma farmacéutica:** Polvo para concentrado para solución para infusión IV.
- Fortaleza:** 100 mg o 160 mg.
- Presentación:** Estuche de cartón con un bulbo de 100 ó 160 mg.
- Titular del Registro Sanitario, ciudad, país:** F. HOFFMANN-LA ROCHE SA, Basilea, Suiza.
- Fabricante del producto terminado, ciudad, país:** F. HOFFMANN-LA ROCHE SA, Basilea, Suiza.
- Número de Registro Sanitario:** B-15-037-L01.
- Fecha de Inscripción:** 12 de febrero de 2015.
- Composición:**
Cada mL contiene:
- | | |
|-----------------------|-------|
| Trastuzumab emtansina | 20 mg |
| Sacarosa | 60 mg |
| Ácido succínico | |
| Polisorbato de sodio | |
- Plazo de validez:** Producto sin reconstituir: 36 meses.
Producto reconstituido: 24 horas.
- Condiciones de almacenamiento:** Producto sin reconstituir: Almacenar y transportar de 2 a 8 °C. No congelar.
Producto reconstituido: Almacenar de 2 a 8 °C. No congelar.
- Indicaciones terapéuticas:**
Carcinoma de mama
Carcinoma de mama metastásico (CMM)
KADCYLA® en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama HER2-positivo localmente avanzado o metastásico irresecable que hayan recibido previamente tratamiento con trastuzumab y un taxano.
- Contraindicaciones:**
KADCYLA® está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a KADCYLA® o a cualquiera de sus excipientes.
- Precauciones:**
Los pacientes tratados con KADCYLA® han de presentar un estado tumoral HER2-positivo confirmado mediante una prueba de sobreexpresión de HER2 o amplificación génica.

Toxicidad pulmonar

En estudios clínicos con KADCYLA® se han descrito casos de enfermedad pulmonar intersticial (EPI), neumonitis inclusive, que en algunos casos dieron lugar a un síndrome de dificultad respiratoria aguda o tuvieron un desenlace mortal (v. Reacciones adversas). Entre los signos y síntomas se hallan disnea, tos, fatiga e infiltrado pulmonar.

Se recomienda suspender definitivamente el tratamiento con KADCYLA® en los pacientes diagnosticados de EPI o neumonitis.

Los pacientes con disnea en reposo a causa de complicaciones neoplásicas o de comorbilidad pueden correr un mayor riesgo de sufrir un episodio pulmonar.

Hepatotoxicidad

Durante el tratamiento con KADCYLA® en estudios clínicos se ha descrito hepatotoxicidad, sobre todo en la forma de elevación de las transaminasas séricas (transaminitis de grado 1 - 4). Las elevaciones de las transaminasas fueron transitorias por lo general, con una elevación máxima en el día 8 después de la terapia y recuperación posterior a Grado 1 o menor antes del siguiente ciclo. Un efecto acumulativo de KADCYLA® en las transaminasas también ha sido observado.

Los pacientes con elevación de las transaminasas mejoraron hasta el Grado 1 o normal dentro de los 30 días después de la última dosis de KADCYLA® en la mayoría de los casos. Trastornos hepatobiliares graves, incluyendo la hiperplasia nodular regenerativa (HNR) del hígado y algunos con desenlace fatal, debido a la lesión hepática inducida por fármaco, se han observado en pacientes tratados con KADCYLA® en los ensayos clínicos. Casos observados pueden haber sido confundidos por comorbilidades y/o medicación concomitante con potencial hepatotóxico conocido.

La función hepática debe ser monitoreada antes de iniciar el tratamiento y con cada dosis de KADCYLA®. Reducción de la dosis o suspensión por aumento de las transaminasas séricas y bilirrubina total se especifican en el apartado Posología y modo de administración: Modificación de la dosis.

No se ha estudiado KADCYLA® en pacientes con cifras de transaminasas séricas > 2,5 veces el LSN o de bilirrubina total > 1,5 veces el LSN antes de comenzar el tratamiento. Se suspenderá definitivamente el tratamiento con KADCYLA® en los pacientes con las transaminasas séricas > 3 veces el LSN y cifras concomitantes de bilirrubina total > 2 veces el LSN.

En muestras de biopsias hepáticas se han identificado algunos casos de hiperplasia nodular regenerativa (HNR) en pacientes tratados con KADCYLA®. La HNR es una enfermedad hepática muy infrecuente, caracterizada por una transformación benigna generalizada del parénquima hepático en pequeños nódulos regenerativos. La HNR puede causar hipertensión portal no cirrótica. El diagnóstico de HNR solamente puede confirmarse mediante un análisis histopatológico. La posibilidad de HNR debe considerarse en todos los pacientes con síntomas clínicos de hipertensión portal y/o cirrosis (como patrón visto en la tomografía computarizada (TC) del hígado pero con cifras normales de transaminasas) y sin signos de cirrosis. Ante un diagnóstico de HNR, el tratamiento con KADCYLA® ha de suspenderse definitivamente.

Disfunción ventricular izquierda

Los pacientes tratados con KADCYLA® corren un riesgo mayor de sufrir una disfunción ventricular izquierda. Se ha observado una fracción de eyección ventricular izquierda < 40 % en pacientes tratados con KADCYLA®; por lo tanto, la insuficiencia cardíaca congestiva sintomática es un riesgo potencial. Se deben realizar pruebas estándar de la función cardíaca (ecocardiografía o ventriculografía isotópica [MUGA]) antes de iniciar el tratamiento con KADCYLA® y periódicamente después (por ejemplo: cada

tres meses). No se ha estudiado el tratamiento con KADCYLA® en pacientes con una FEVI < 50 % antes de iniciar el tratamiento.

Directrices específicas sobre modificaciones de la dosis y retirada del tratamiento se hallan en Posología y modo de administración: modificación de la dosis.

En caso de ser necesaria la suspensión del tratamiento, se deberá continuar la monitorización cada 6 meses hasta que se alcancen 24 meses de la última administración del medicamento.

Si durante la terapia con trastuzumab el paciente llegara a desarrollar insuficiencia cardíaca sintomática, se deberán administrar los medicamentos habitualmente utilizados para tratar esta patología. La mayoría de los pacientes que desarrollaron insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o disfunción cardíaca asintomática en los ensayos pivotaes, mejoraron tras la administración de tratamiento estándar, que incluía un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueante del receptor de angiotensina (BRA) ARA II y un betabloqueante.

Reacciones relacionadas con la infusión

No se ha estudiado el tratamiento con KADCYLA® en pacientes en los que se había suspendido definitivamente la administración de trastuzumab a causa de reacciones relacionadas con la infusión (RRI). No se recomienda el tratamiento con KADCYLA® en tales pacientes.

En los estudios clínicos con KADCYLA® se han descrito RRI caracterizadas por uno o más de los síntomas siguientes: rubefacción, escalofríos, pirexia, disnea, hipotensión, sibilancias, broncoespasmos y taquicardia. En general, estos síntomas no fueron graves. En la mayoría de los pacientes, estas reacciones se habían resuelto al cabo de algunas horas o un día de acabada la infusión. En pacientes con RRI graves debe interrumpirse el tratamiento con KADCYLA®. En el caso de una RRI potencialmente mortal, debe suspenderse definitivamente el tratamiento con KADCYLA®.

Reacciones de hipersensibilidad

Se debe vigilar estrechamente a los pacientes para detectar posibles reacciones de hipersensibilidad, sobre todo durante la primera infusión.

En los estudios clínicos con KADCYLA® se han observado reacciones de hipersensibilidad, incluyendo graves reacciones alérgicas o anafilactoides a la infusión. Se debe disponer de los medicamentos y el equipamiento para emergencias necesarios para tratar inmediatamente tales reacciones.

Trombocitopenia

Se ha descrito trombocitopenia en pacientes tratados con KADCYLA® en los estudios clínicos. La mayoría de ellos presentaba episodios de trombocitopenia de grado 1 ó 2 ($\geq 50.000/\text{mm}^3$), alcanzándose el nadir en el día 8 y mejorando en general hasta un grado 0 ó 1 ($\geq 75.000/\text{mm}^3$) en la siguiente dosis prevista. En los ensayos clínicos, la incidencia y la gravedad de la trombocitopenia fueron mayores entre los pacientes asiáticos.

Se han descrito casos de episodios hemorrágicos con un desenlace fatal. En los ensayos clínicos con KADCYLA® se han notificado casos graves de episodios hemorrágicos, incluida hemorragia del SNC; estos acontecimientos adversos no estaban relacionados con la etnia. En algunos de estos casos, los pacientes estaban recibiendo también tratamiento anticoagulante.

Durante el tratamiento con KADCYLA® debe vigilarse estrechamente a los pacientes con trombocitopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$) y a los que estén tomando anticoagulantes. Se recomienda controlar el recuento plaquetario antes de cada dosis de KADCYLA®. No se ha estudiado KADCYLA® en pacientes con un recuento $\leq 100.000/\text{mm}^3$ antes de empezar el tratamiento. Si la cifra de plaquetas cae

hasta un grado 3 o superior ($< 50.000/\text{mm}^3$), no se debe administrar KADCYLA® hasta que retorne al grado 1 ($\geq 75,000/\text{mm}^3$).

Neurotoxicidad

En los estudios clínicos con KADCYLA® se ha descrito neuropatía periférica, sobre todo de grado 1 y predominantemente sensorial. En caso de neuropatía periférica de grado 3 ó 4, el tratamiento con KADCYLA® debe suspenderse temporalmente hasta la resolución de los síntomas o hasta que descienda a un grado ≤ 2 . Se mantendrá una vigilancia clínica sistemática de signos y síntomas de neurotoxicidad.

Extravasación

En los estudios clínicos con KADCYLA® se han observado reacciones secundarias a una extravasación. Por lo general, estas reacciones fueron leves y consistieron en eritema, dolor a la palpación y dolor o tumefacción en el lugar de la infusión. Estas reacciones se produjeron más frecuentemente dentro de las 24 horas siguientes a la infusión. Hasta el momento no se conoce algún tratamiento específico para la extravasación de KADCYLA®. El lugar de la infusión debe vigilarse estrechamente para detectar si se produce una infiltración subcutánea durante la administración del medicamento.

Advertencias especiales y precauciones de uso:

Ver "Precauciones".

Efectos indeseables:

La seguridad de KADCYLA® se ha evaluado en más de 1871 pacientes en estudios clínicos. En la tabla siguiente se resumen las reacciones adversas (RA) notificadas en relación con el uso de KADCYLA® en los estudios clínicos.

Categorías de frecuencia utilizadas en este apartado: muy frecuente ($\geq 1/10$), frecuente ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) o poco frecuente ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$).

Tabla 1. Resumen de las RA en los pacientes tratados con KADCYLA®

RA (MedRA)	KADCYLA		
	Todos los grados (%) n = 1871	Grado 3 – 5 (%) n = 1871	Frecuencia
Trastornos de la sangre y del sistema linfático			
Trombocitopenia	24,9	8,7	Muy frecuente
Anemia	14,6	3,8	Muy frecuente
Neutropenia	8,1	2,6	Frecuente
Trastornos cardíacos			
Disfunción ventricular izquierda	2,2	0,4	Frecuente
Trastornos oculares			
Sequedad ocular	5,7	0,0	Frecuente
Lagrimo	4,1	0,0	Muy frecuente

Visión borrosa	4,0	0,0	Frecuente
Conjuntivitis	3,8	0,0	Frecuente
Trastornos gastrointestinales			
Náuseas	40,0	0,8	Muy frecuente
Estreñimiento	23,7	0,4	Muy frecuente
Vómitos	19,9	1,0	Muy frecuente
Diarrea	19,2	0,7	Muy frecuente
Sequedad de la boca	16,0	< 0,1	Muy frecuente
Dolor abdominal	15,9	0,9	Muy frecuente
Estomatitis	15,4	0,1	Muy frecuente
Dispepsia	8,0	0,1	Frecuente
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración			
Fatiga	36,8	2,5	Muy frecuente
Pirexia	23,0	0,25	Muy frecuente
Astenia	16,3	1,1	Muy frecuente
Escalofríos	10,3	< 0,1	Muy frecuente
Edema periférico	8,1	0,1	Frecuente
Trastornos hepatobiliares			
Insuficiencia hepática	0,1	0,1	Poco frecuente
Hiperplasia nodular regenerativa	0,1	0,0	Poco frecuente
Hipertensión portal	0,3	0,1	Poco frecuente
Trastornos del sistema inmunitario			
Hipersensibilidad al fármaco	2,6	0,1	Frecuente
Infecciones e infestaciones			
Infecciones del tracto urinario	11,9	0,4	Muy frecuente
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos			
Reacción relacionada con la infusión	4,0	0,3	Frecuente
Exploraciones complementarias			
Elevación de las transaminasas	24,2	7,2	Muy frecuente
Elevación de la fosfatasa alcalina sérica	5,3	0,5	Frecuente

Trastornos del metabolismo y la nutrición			
Hipopotasemia	11,0	2,4	Muy frecuente
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo			
Dolor musculoesquelético	35,5	2,4	Muy frecuente
Artralgia	18,9	0,6	Muy frecuente
Mialgia	12,9	0,3	Muy frecuente
Trastornos del sistema nervioso			
Cefalea	28,1	0,6	Muy frecuente
Neuropatía periférica	22,8	1,3	Muy frecuente
Mareos	9,5	0,2	Frecuente
Disgeusia	6,4	0,0	Frecuente
Trastornos psíquicos			
Insomnio	11,7	0,2	Muy frecuente
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos			
Epistaxis	24,3	0,4	Muy frecuente
Tos	19,5	0,1	Muy frecuente
Disnea	13,4	1,5	Muy frecuente
Neumonitis	0,7	0,1	Poco frecuente
Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo			
Erupción cutánea	12,4	0,3	Muy frecuente
Prurito	6,0	< 0,1	Frecuente
Trastornos vasculares			
Hipertensión	6,5	1,7	Frecuente
Hemorragia	34,8	2,2	Muy frecuente

Alteraciones analíticas

En la tabla siguiente se recogen las alteraciones analíticas observadas en pacientes tratados con KADCYLA® en el estudio clínico TDM4370g/BO21977.

Tabla 2. Alteraciones analíticas en pacientes del estudio TDM4370g/BO21977

Alteraciones analíticas	Trastuzumab emtansina		
	Todos los grados (%)	Grado 3 (%)	Grado 4 (%)
Hepáticas			

Bilirrubina elevada	21	< 1	0
ASAT elevada	98	8	< 1
ALAT elevada	82	5	< 1
Hematológicas			
Recuento plaquetario disminuido	85	14	3
Hemoglobina disminuida	63	63	5
Recuento de neutrófilos disminuido	41	4	< 1
Potasio			
Potasio disminuido	35	3	< 1

Posología y modo de administración:

Para prevenir errores de medicación, es importante controlar las etiquetas del vial y cerciorarse de que el fármaco que va a prepararse y administrarse es KADCYLA® (trastuzumab emtansina) y no trastuzumab.

KADCYLA® debe administrarse únicamente bajo la supervisión de un profesional sanitario con experiencia en el tratamiento de pacientes con cáncer.

Los pacientes tratados con KADCYLA® deben presentar un estado tumoral HER2-positivo, definido como una puntuación 3+ en un análisis validado de inmunohistoquímica (IHC por su sigla inglesa) o un índice > 2,0 en un análisis validado de hibridación in situ (ISH por su sigla inglesa).

El nombre de marca del producto administrado debe estar claramente recogido en la ficha del paciente con objeto de mejorar la trazabilidad de los biomedicamentos.

La sustitución por cualquier otro biomedicamento requiere el consentimiento del médico prescriptor.

Un profesional sanitario debe reconstituir y diluir KADCYLA®, y su administración ha de ser en infusión i.v. (v. Instrucciones de uso, manipulación y destrucción del remanente no utilizable del producto). KADCYLA® no debe administrarse en inyección i.v. rápida o bolo i.v.

Pauta de administración

La posología recomendada de KADCYLA® es de 3,6 mg/kg en infusión i.v. cada tres semanas (ciclo de 21 días), hasta la progresión de la enfermedad o la aparición de toxicidad inaceptable.

La dosis inicial debe administrarse en infusión i.v. de 90 minutos. Se debe vigilar a los pacientes durante la infusión y al menos los 90 minutos siguientes a la dosis inicial para detectar si aparecen fiebre, escalofríos u otras reacciones a la infusión. El lugar de la infusión debe vigilarse estrechamente para detectar si se produce una infiltración subcutánea durante la administración del medicamento (v. Advertencias especiales y precauciones de uso: Extravasación).

Si infusiones previas se toleraron bien, las dosis siguientes de KADCYLA® pueden administrarse en infusión de 30 minutos, manteniendo a los pacientes en observación durante las infusiones y al menos los 30 minutos siguientes.

Si el paciente presenta síntomas relacionados con la infusión, la infusión de KADCYLA® puede realizarse a una velocidad menor o interrumpirse. En presencia de reacciones a la infusión potencialmente mortales debe suspenderse la administración de KADCYLA®.

Dosis retrasadas u omitidas

Si se omite una dosis prevista, debe administrarse después lo antes posible, sin esperar hasta el ciclo siguiente. La pauta de administración debe ajustarse para mantener un intervalo de 3 semanas entre dos dosis consecutivas. La velocidad de infusión puede ser la que haya tolerado el paciente más recientemente.

Modificación de la dosis

El manejo terapéutico de los eventos adversos sintomáticos puede requerir una interrupción temporal de la administración, una reducción de la dosis o la retirada de KADCYLA® según las directrices contenidas en las tablas 3 - 6.

La dosis de KADCYLA® no debe incrementarse de nuevo tras una reducción.

Pauta de reducción posológica:

Pauta de reducción posológica	Dosis
Dosis inicial	3,6 mg/kg
Primera reducción de la dosis	3 mg/kg
Segunda reducción de la dosis	2,4 mg/kg
Necesidad de nueva reducción posológica	Suspender el tratamiento

Tabla 3. Directrices para modificar la dosis por elevación de las transaminasas (ASAT / ALAT)

(Véase "Advertencias especiales y precauciones de uso: hepatotoxicidad").

Grado 2 (> 2,5 a ≤ 5 veces el LSN)	Grado 3 (> 5 a ≤ 20 veces el LSN)	Grado 4 (> 20 veces el LSN)
Administrar la misma dosis	No administrar KADCYLA® hasta que ASAT / ALAT retornen a un grado ≤ 2 y reducir entonces la dosis en un nivel)	Retirar KADCYLA®

ALAT: alanina-aminotransferasa; ASAT: aspartato-aminotransferasa; LSN: límite superior de la normalidad.

Tabla 4. Directrices para modificar la dosis por hiperbilirrubinemia

(Véase "Advertencias especiales y precauciones de uso: hepatotoxicidad").

Grado 2 (> 1,5 a ≤ 3 veces el LSN)	Grado 3 (> 3 a ≤ 10 veces el LSN)	Grado 4 (> 10 veces el LSN)
No administrar KADCYLA® hasta que la bilirrubina total retorne a un grado ≤ 1 y administrar entonces la misma dosis	No administrar KADCYLA® hasta que la bilirrubina total retorne a un grado ≤ 1 y reducir entonces la dosis en un nivel	Retirar KADCYLA®

Tabla 5. Directrices para modificar la dosis por trombocitopenia

(Véase "Advertencias especiales y precauciones de uso: trombocitopenia").

Grado 3	Grado 4
25 000 a < 50 000 células / mm ³	< 25 000 / mm ³
No administrar KADCYLA® hasta que la cifra de plaquetas retorne a un grado ≤ 1 (≥ 75 000 / mm ³) y administrar entonces la misma dosis.	No administrar KADCYLA® hasta que la cifra de plaquetas retorne a un grado ≤ 1 (≥ 75 000 / mm ³) y reducir entonces la dosis a un nivel.

Tabla 6. Modificaciones de la dosis por disfunción ventricular izquierda

(Véase "Advertencias especiales y precauciones de uso: disfunción ventricular izquierda).

ICC sintomática	FEVI < 40 %	FEVI 40 % a ≤ 45 % y descenso ≥ 10 puntos del valor basal	FEVI 40 % a ≤ 45 % y descenso < 10 puntos del valor basal	FEVI > 45 %
Retirar KADCYLA®	No administrar KADCYLA® Repetir la valoración de FEVI dentro de las tres semanas siguientes. Si se confirma FEVI < 40 %, retirar KADCYLA®	No administrar KADCYLA® Repetir la valoración de FEVI dentro de las tres semanas siguientes. Si FEVI no ha retornado a un valor dentro del intervalo de 10 puntos del valor basal, retirar KADCYLA®	Proseguir el tratamiento con KADCYLA® Repetir la valoración de FEVI dentro de las tres semanas siguientes.	Proseguir el tratamiento con KADCYLA®

ICC: Insuficiencia cardiaca congestiva; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda.

Pautas posológicas especiales

Ancianos

No es necesario ajustar la dosis de KADCYLA® en pacientes de 65 o más años (v. Uso en geriatría).

Niños

No se han estudiado la seguridad y la eficacia de KADCYLA® en pacientes de edad infantil.

Insuficiencia renal

No es necesario ajustar la dosis inicial de KADCYLA® en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (v. Farmacocinética en poblaciones especiales). No hay datos suficientes para saber si puede ser necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal grave.

Insuficiencia hepática

No es necesario ajustar la dosis inicial en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada (v. Farmacocinética en poblaciones especiales). KADCYLA® no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática grave. El tratamiento de pacientes con insuficiencia hepática debe instaurarse con precaución, debido a la conocida hepatotoxicidad observada con KADCYLA® (v. "Advertencias especiales y precauciones de uso": hepatotoxicidad).

Interacciones con otros productos medicinales y otras formas de interacción:

Con KADCYLA® no se han realizado estudios formales de interacciones farmacológicas en el ser humano.

Estudios *in vitro* del metabolismo en microsomas hepáticos del ser humano sugieren que DM1, un componente de trastuzumab emtansina, es metabolizado por CYP3A4 principalmente y en menor grado por CYP3A5. DM1 no induce ni inhibe *in vitro* el metabolismo mediado por el citocromo P450. La coadministración de KADCYLA® con potentes inhibidores de CYP3A exige especial precaución.

Uso en embarazo y lactancia:

Embarazo

No se han realizado estudios de KADCYLA® en mujeres embarazadas. Tampoco se han realizado estudios de toxicidad en la reproducción y el desarrollo con KADCYLA®.

Si se administra a una mujer embarazada, trastuzumab, un componente de KADCYLA®, puede causar daños al feto o su muerte. Tras la comercialización se han notificado casos de oligohidramnios, algunos asociados a hipoplasia pulmonar mortal, en embarazadas tratadas con trastuzumab. Los resultados de estudios en animales de la maitansina, entidad química estrechamente relacionada del mismo grupo de maitansinoides que DM1, sugieren que DM1, el componente farmacológico de KADCYLA® con efecto citotóxico por inhibición microtubular, podría ser teratogénico y potencialmente embriotóxico.

No se recomienda la administración de KADCYLA® a embarazadas. Las mujeres que puedan quedar embarazadas deben consultar a su médico, y se les advertirá sobre la posibilidad de daño fetal. Si se trata con KADCYLA® a una mujer embarazada, se recomienda una vigilancia estrecha por un equipo multidisciplinar.

Mujeres en edad de procrear

A las mujeres en edad de procrear se les debe aconsejar que utilicen un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento con Kadcyly y al menos los 7 primeros meses tras su terminación.

Lactancia

No se sabe si KADCYLA® pasa a la leche materna humana. Dado que muchos medicamentos se excretan con la leche materna y considerando el riesgo de reacciones adversas graves para los lactantes, es preciso interrumpir la lactancia antes de comenzar el tratamiento con KADCYLA®. Al cabo de 7 meses de concluido el tratamiento, puede empezar de nuevo la lactancia materna.

Uso en pediatría

No se han estudiado la seguridad o la eficacia de KADCYLA® en niños y adolescentes menores de 18 años.

Uso en geriatría

No hay suficientes datos para determinar la seguridad y la eficacia de KADCYLA® en pacientes de 75 o más años.

Insuficiencia renal

Véase Farmacocinética en poblaciones especiales.

Insuficiencia hepática

Véase "Pautas posológicas especiales" y "Farmacocinética en poblaciones especiales".

Efectos sobre la conducción de vehículos / maquinarias:

No se han llevado a cabo estudios sobre los efectos de KADCYLA® en la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinarias.

Sobredosis:

No se conoce algún antídoto para sobredosis de trastuzumab emtansina. En caso de sobredosis debe vigilarse estrechamente al paciente. Se han descrito casos de sobredosis con trastuzumab emtansina, la mayoría de las veces asociados con trombocitopenia. Ha habido un fallecimiento. En este caso de desenlace mortal, el paciente recibió incorrectamente una dosis de trastuzumab emtansina de 6 mg/kg y falleció unas 3 semanas después. No se estableció una causa de la muerte ni una relación causal con KADCYLA®.

Propiedades farmacodinámicas:

Código ATC: L01XC14.

Grupo farmacoterapéutico: agentes antineoplásicos.

Mecanismo de acción

KADCYLA®, trastuzumab emtansina, es un conjugado de anticuerpo y fármaco dirigido a HER2 que contiene el anticuerpo humanizado IgG1 anti-HER2, trastuzumab, unido covalentemente al fármaco inhibidor microtubular DM1 (un derivado de la maitansina) a través del enlace tioéter estable MCC (4-

[N-maleimidometil] ciclohexano-1-carboxilato). Emtansina se denomina al complejo MCC-DM1. Con cada molécula de trastuzumab se conjugan un promedio de 3,5 moléculas de DM1.

La conjugación de DM1 con trastuzumab confiere selectividad al agente citotóxico para las células tumorales que sobreexpresan HER2 y eleva así el aporte intracelular de DM1 en las células malignas. Tras la unión a HER2, trastuzumab emtansina sufre una internalización mediada por el receptor y a continuación, una degradación lisosomal, la cual se traduce en la liberación de catabolitos citotóxicos que contienen DM1 (principalmente lisina-MCC-DM1).

KADCYLA® presenta los mecanismos de acción de ambos: trastuzumab and DM1.

- Trastuzumab emtansina, al igual que trastuzumab, se une al dominio IV del dominio extracelular (ECD) de HER2, así como a los receptores Fcγ y el complemento C1q. Además, KADCYLA®, como trastuzumab, inhibe la eliminación de ECD de HER2, inhibe la transmisión de señales a través de la vía fosfatidilinositol-3 quinasa (PI3K) y media la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos (ADCC) en las células de cáncer de mama humano que sobreexpresan HER2.
- DM1, el componente farmacológico citotóxico de KADCYLA®, se une a la tubulina. Mediante la inhibición de la polimerización de la tubulina, tanto DM1 como KADCYLA® inducen la detención del ciclo celular en la fase G2/M, lo que termina induciendo la muerte apoptótica de las células. Los resultados de los ensayos de citotoxicidad in vitro muestran que DM1 es 20 - 200 veces más potente que los taxanos y los alcaloides de la vinca.
- El enlace MCC tiene como fin limitar la liberación sistémica y elevar el aporte selectivo de DM1, como demuestran los muy bajos niveles detectados de DM1 libre en plasma.

Ensayos clínicos / Eficacia

Eficacia

Carcinoma de mama metastásico

Se realizó un estudio clínico de fase III aleatorizado, abierto, multicéntrico e internacional (TDM4370g/BO21977) en pacientes con cáncer de mama HER2-positivo localmente avanzado e irreseccable que habían recibido previamente tratamiento con un taxano y trastuzumab, incluidas pacientes que habían recibido previamente tratamiento adyuvante con trastuzumab y un taxano y habían recaído dentro de los seis meses siguientes a la terminación del tratamiento adyuvante. Antes del reclutamiento, era preciso que un laboratorio central confirmase la positividad para HER2 de muestras del tumor mamario, definida como una puntuación de 3+ en una prueba de IHC o de amplificación génica por ISH. Las características basales demográficas y patológicas estaban bien equilibradas entre los grupos de tratamiento. En los pacientes aleatorizados al grupo de KADCYLA®, la edad media era de 53 años, el sexo femenino era mayoritario (99,8 %), la raza blanca en su mayor parte (72 %) y el 57 % presentaban tumores con receptores de estrógenos y/o receptores de progesterona. En este estudio se comparaban la seguridad y la eficacia de Kadcyla con las de lapatinib + capecitabina. Se aleatorizó a un total de 991 pacientes para recibir KADCYLA® o lapatinib + capecitabina del modo siguiente:

- Grupo de KADCYLA®: 3,6 mg/kg de KADCYLA® por vía intravenosa (i.v.), en 30 - 90 minutos, el día 1 de un ciclo de 21 días.
- Grupo de control (lapatinib + capecitabina): 1.250 mg/día de lapatinib por vía oral, una vez al día de un ciclo de 21 días + 1.000 mg/m² de capecitabina por vía oral, dos veces al día, los días 1 - 14 de un ciclo de 21 días.

Las variables principales de eficacia del estudio eran la supervivencia sin progresión (SSP) y la supervivencia global (SG) evaluadas por un comité independiente de revisión (CIR) y la tasa de supervivencia en los puntos de referencia 1 y 2 años.

En este estudio clínico también se evaluó el tiempo hasta la progresión de los síntomas según la subescala TOI-B (Trials Outcome Index-Breast) del cuestionario FACT-B QoL (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality of Life). Se considera que una variación de 5 puntos en TOI-B es clínicamente significativa.

Tabla 7. Resumen de la eficacia en el estudio TDM4370g/BO21977 (EMILIA)

	Lapatinib + capecitabina (n = 496)	Trastuzumab emtansina (n = 495)
Variables principales de valoración		
SSP evaluada por el CIR		
Número (%) de pacientes con algún evento	304 (61,3 %)	265 (53,5 %)
Mediana de SSP (meses)	6,4	9,6
Hazard ratio (estratificada*)	0,650	
IC 95 % para la hazard ratio	(0,549 – 0,771)	
Valor p (prueba de rangos logarítmicos, estratificada*)	< 0,0001	
Sobrevida global		
Número (%) de pacientes que fallecieron	182 (36,7 %)	149 (30,1 %)
Mediana de supervivencia (meses)	25,1	30,9
Hazard ratio (estratificada*)	0,682	
IC 95 % para la hazard ratio	(0,548 – 0,849)	
Valor p (prueba de rangos logarítmicos*)	0,0006	
Tasa de supervivencia en el punto de referencia 1 año (IC 95 %)	78,4 % (74,62 – 82,26)	85,2 % (81,99 – 88,49)
Tasa de supervivencia en el punto de referencia 2 años IC 95 %	51,8 % (45,92 – 57,73 %)	64,67 % 59,31 – 70,19)
Variables claves de valoración secundaria		
SSP evaluada por los investigadores		
Número (%) de pacientes con algún evento	335 (67,5 %)	287 (58,0 %)
Mediana de SSP (meses)	5,8	9,4
HR (IC 95 %)	0,658 (0,560 – 0,774)	
Valor de p (prueba rangos logarítmicos*)	< 0,0001	
Tasa de respuesta objetiva		

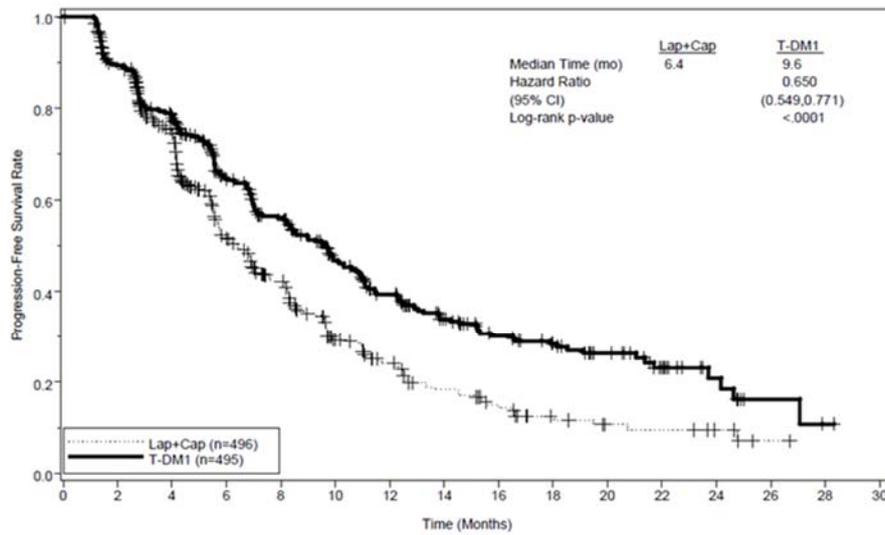
Pacientes con enfermedad mensurable	389	397
Número (%) de pacientes con RO	120 (30,8 %)	173 (43,6 %)
Diferencia (IC 95 %)	12,7 % (6,0 – 19,4)	
Valor de p (prueba de Mantel-Haenszel chi-cuadrado*)	0,0002	
Duración de la respuesta objetiva (meses)		
Número de pacientes con RO	120	173
Mediana (IC 95 %)	6,5 (5,5 – 7,2)	12,6 (8,4 – 20,8)
Tiempo hasta la progresión de los síntomas		
Número de pacientes evaluables	445	450
Número (%) de pacientes con algún evento	257 (57,8 %)	246 (54,7 %)
Mediana del tiempo hasta el evento (meses)	4,6	7,1
HR (IC 95 %)	0,796 (0,667 – 0,951)	
Valor de p (prueba de rangos logarítmicos*)	0,0121	

SLP: supervivencia libre de progresión; RO: respuesta objetiva; HR: hazard ratio (tasa de riesgo)

*: Estratificada por región del mundo (Estados Unidos, Europa Occidental, otras), número previo de regímenes quimioterápicos contra la enfermedad localmente avanzada o metastásica (0-1 frente a > 1) y enfermedad visceral frente a no visceral.

El análisis intermedio inicial de supervivencia global (SG) fue realizado en el momento del primer análisis de SLPS. Un fuerte efecto del tratamiento fue observado, pero no se cruzó los límites pre-especificados de eficacia. Un segundo análisis intermedio para SG fue realizado cuando se observaron 331 eventos de SG y los resultados se presentan en esta tabla.

Un beneficio al tratamiento fue visto en el subgrupo de pacientes que no habían recibido algún tratamiento sistémico anterior contra el cáncer en enfermedad metastásica (n = 118); el hazard ratio para SLP y SG fueron de 0,51 (IC 95 %: 0,30 - 0,85) y 0,61 (IC 95 %: 0,32 - 1,16), respectivamente. Las medianas de la SLP y la SG para el grupo de KADCYLA® fueron de 10.8 meses y no alcanzado, respectivamente, comparado con 5.7 meses y 27.9 meses, respectivamente, para el grupo de lapatinib más capecitabina.



Number at Risk:	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
Lap+Cap	496	404	310	176	129	73	53	35	25	14	9	8	5	1	0	0
T-DM1	495	419	341	236	183	130	101	72	54	44	30	18	9	3	1	0

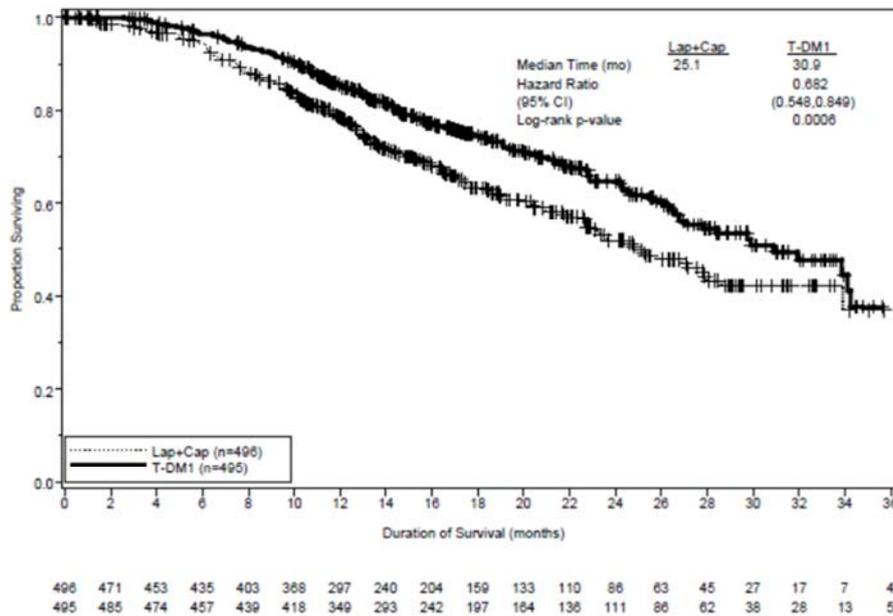
T-DM1: trastuzumab emtansine; Lap: lapatinib; Cap: capecitabine; IRC: independent review committee.
Hazard ratio is estimated based on a stratified Cox model; p-value is estimated based on a stratified log-rank test.

De arriba abajo y de izquierda a derecha: Median time (mo): Mediana del tiempo (meses); Hazard Ratio: Hazard ratio; (95 % CI): (IC 95 %); Log-rank p-value: p (prueba de rangos logarítmicos); Progression-Free Survival Rate: Tasa de supervivencia sin progresión; Lap+Cap (n = 496): Lap + Cap (n = 496); T-DM1 (n = 495): T-DM1 (n = 495); Time (months): Tiempo (meses); Number at Risk: N.º de pacientes en riesgo.

T-DM1: trastuzumab emtansina; Lap: lapatinib; Cap: capecitabina; CRI: Comité de revisión independiente.

La hazard ratio se calcula basándose en un modelo de Cox estratificado; p se calcula basándose en una prueba de rangos logarítmicos estratificada.

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier de la sobrevida libre de progresión evaluada por CIR



T-DM1: trastuzumab emtansina; Lap: lapatinib; Cap: capecitabina.
 Hazard ratio is estimated based on a stratified Cox model; p-value is estimated based on a stratified log-rank test.

De arriba abajo y de izquierda a derecha: Median time (mo): Mediana del tiempo (meses); Hazard Ratio: Hazard ratio; (95 % CI): (IC 95 %); Log-rank p-value: p (prueba de rangos logarítmicos); Proportion Surviving: Proporción de pacientes que sobrevivieron; Lap+Cap (n = 496); Lap + Cap (n = 496); T-DM1 (n = 495); T-DM1 (n = 495); Duration of Survival (months): Duración de la supervivencia (meses); Number at Risk: N.º de pacientes en riesgo.

T-DM1: trastuzumab emtansina; Lap: lapatinib; Cap: capecitabina.

La hazard ratio se calcula basándose en un modelo de Cox estratificado; p se calcula basándose en una prueba de rangos logarítmicos estratificada.

Figura 2. Curva de Kaplan-Meier de la supervivencia global

En un estudio de fase II aleatorizado, abierto y multicéntrico (TDM4450g/BO21976), se evaluaron los efectos de KADCYLA® frente a los de trastuzumab + docetaxel en pacientes con CM HER2-positivo metastásico que no habían recibido previamente quimioterapia contra la enfermedad metastásica. Se aleatorizó a los pacientes para recibir KADCYLA® en una dosis de 3,6 mg/kg i.v. cada 3 semanas (n = 67) o trastuzumab en una dosis inicial de 8 mg/kg i.v. seguida de 6 mg/kg i.v. cada 3 semanas + docetaxel en una dosis de 75 - 100 mg/m² i.v. cada 3 semanas (n = 70). La variable principal de valoración era la SSP evaluada por los investigadores. La mediana de SLP fue de 9,2 meses en el grupo de trastuzumab + docetaxel y de 14,2 meses en el de KADCYLA® (hazard ratio: 0,59; p = 0,035), con una mediana de seguimiento de aproximadamente 14 meses en ambos grupos. La tasa de respuesta global (TRG) fue del 58,0 % con trastuzumab + docetaxel y del 64,2 % con KADCYLA®. La mediana de duración de la respuesta no se alcanzó con KADCYLA®, mientras que en el grupo de control fue de 9,5 meses.

El empeoramiento de la puntuación en la subescala TOI del FACT-B se produjo más tarde en el grupo de KADCYLA® que en el de control (mediana del tiempo hasta la progresión de los síntomas: 7,5 y 3,5 meses, respectivamente; hazard ratio: 0,58; p = 0,022).

En un estudio de fase II abierto y con un solo grupo (TDM4374g) se evaluaron los efectos de KADCYLA® en pacientes con CM HER2 positivo metastásico localmente avanzado e incurable. Todos los pacientes habían recibido previamente terapias dirigidas a HER2 (trastuzumab y lapatinib) y

quimioterapia (antraciclinas, taxanos y capecitabina) en un contexto de tratamiento neoadyuvante, tratamiento adyuvante, enfermedad localmente avanzada o enfermedad metastásica. La mediana del número de antineoplásicos recibidos por los pacientes en cualquier contexto era de 8,5 (intervalo: 5 - 19), mientras que contra la enfermedad metastásica fue de 7,0 (intervalo: 3 - 17), incluidos todos los antineoplásicos para tratar el cáncer de mama.

Los pacientes (n = 110) recibieron 3,6 mg/kg i.v. de KADCYLA® cada 3 semanas, hasta la progresión de la enfermedad o hasta el desarrollo de toxicidad inaceptable.

Los análisis claves de la eficacia fueron los de la TRG basada en una valoración radiológica independiente y la duración de la respuesta objetiva. La TRG fue del 32,7 % (IC del 95 %: 24,1 - 42,1), n = 36 respondedores, en la evaluación tanto del CIR como de los investigadores.

La mediana de la duración de la respuesta evaluada por el CIR no se alcanzó (IC del 95 %: 4,6 meses - no estimable).

Inmunogenicidad

Al igual que con todas las proteínas terapéuticas, existe un potencial para una respuesta inmune al trastuzumab emtansina. Entre los 836 pacientes de seis estudios clínicos probados en múltiples puntos de tiempo para el anticuerpo terapéutico contra (ATA) KADCYLA®, cuarenta y cuatro pacientes (5,3 %) tuvieron resultados positivos para los anticuerpos anti- KADCYLA® en uno o más puntos de tiempo después de la dosis; 28 de estos pacientes tenían muestras de referencia negativos. La importancia clínica de los anticuerpos anti- trastuzumab emtansina todavía no se conoce.

Los resultados del ensayo de inmunogenicidad son altamente dependientes de varios factores, incluyendo la especificidad y la sensibilidad del ensayo, metodología de ensayo, manipulación de la muestra, el momento de recogida de muestras, los medicamentos concomitantes y las enfermedades subyacentes. Por estas razones, la comparación de la incidencia de anticuerpos contra KADCYLA® con la incidencia de anticuerpos contra otros productos puede ser confusa.

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

Absorción

KADCYLA® se administra por vía i.v. No se han realizado estudios con otras vías de administración.

Distribución

Administrado por vía i.v. cada 3 semanas, KADCYLA® presentaba una farmacocinética lineal en dosis de entre 2,4 y 4,8 mg/kg. El aclaramiento era más rápido en los pacientes que habían recibido dosis ≤ 1,2 mg/kg.

Los pacientes del estudio TDM4370g/BO21977 que recibieron 3,6 mg/kg i.v. de KADCYLA® cada 3 semanas, presentaban una concentración sérica máxima ($C_{m\acute{a}x}$) de trastuzumab emtansina de 83,4 (\pm 16,5) μ g/mL en promedio. De acuerdo con el análisis de farmacocinética poblacional, el volumen de distribución central de trastuzumab emtansina administrado por vía i.v. era de 3,13 L, valor cercano al volumen plasmático.

Metabolismo

Se cree que trastuzumab emtansina se cataboliza por proteólisis en los lisosomas celulares, sin una participación significativa de las isoenzimas del citocromo P450. En el plasma humano se detectan en concentraciones bajas los catabolitos Lys-MCC-DM1, MCC-DM1 y DM1, entre otros. En el estudio TDM4370g/BO21977, las concentraciones máximas medias de DM1 en el ciclo 1 tras la administración de KADCYLA® eran sistemáticamente bajas: $4,61 \pm 1,61$ ng/mL en promedio.

Estudios *in vitro* del metabolismo en microsomas hepáticos del ser humano sugieren que DM1, un componente de trastuzumab emtansina, es metabolizado por CYP3A4 principalmente y en menor grado por CYP3A5.

Eliminación

De acuerdo con el análisis de farmacocinética poblacional, el aclaramiento de KADCYLA® tras su administración i.v. a pacientes con CM HER2-positivo metastásico era de 0,68 L/día, y la semivida de eliminación ($t_{1/2}$), de aproximadamente 4 días. No se observó acumulación de KADCYLA® después de repetidas infusiones i.v. cada 3 semanas.

De acuerdo con el análisis de farmacocinética poblacional ($n = 671$), los factores peso corporal, albúmina, suma del diámetro mayor de las lesiones diana según los criterios de evaluación de la respuesta en tumores sólidos (RECIST), dominio extracelular (ECD) excretado de HER2, concentración basal de trastuzumab y ASAT, eran covariables estadísticamente significativas de los parámetros farmacocinéticos de trastuzumab emtansina. Ahora bien, la magnitud del efecto de estas covariables en la exposición a trastuzumab emtansina permite suponer que es improbable que estas covariables, exceptuando el peso corporal, tengan algún efecto clínicamente importante en la exposición a KADCYLA®. Por ende, la dosis basada en peso corporal de 3.6 mg/kg cada 3 semanas sin corrección por otras covariables se considera apropiada. En los estudios no clínicos, los catabolitos de trastuzumab emtansina, incluidos DM1, Lys-MCC-DM1 y MCC-DM1, se excretaron principalmente con la bilis y en cantidad mínima con la orina.

Farmacocinética en poblaciones especiales

El análisis de farmacocinética poblacional de KADCYLA® ha puesto de manifiesto que la raza no parece influir en la farmacocinética de KADCYLA®. Dado que la mayoría de los pacientes de los estudios clínicos con KADCYLA® eran mujeres, no se evaluó formalmente la farmacocinética de KADCYLA®.

Uso en geriatría

El análisis de farmacocinética poblacional de KADCYLA® ha puesto de manifiesto que la edad no afecta a la farmacocinética de KADCYLA®. No se observaron diferencias significativas en la farmacocinética de KADCYLA® entre los pacientes < 65 años ($n = 577$), entre los pacientes de 65 - 75 años ($n = 78$) ni entre los pacientes > 75 años ($n = 16$).

Insuficiencia renal

El análisis de farmacocinética poblacional de KADCYLA® ha puesto de manifiesto que la creatinina no afecta a la farmacocinética de KADCYLA®. La farmacocinética de KADCYLA® en los pacientes con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina [Clcr] 60 - 89 mL/min, $n = 254$) o moderada (Clcr 30 - 59 mL/min, $n = 53$) era similar a la observada en los pacientes con normofunción renal (Clcr ≥ 90 mL/min, $n = 361$). Los datos farmacocinéticos existentes de pacientes con insuficiencia renal grave (Clcr 15 - 29 mL/min) son limitados ($n = 1$), por lo que no pueden hacerse recomendaciones posológicas.

Insuficiencia hepática

El hígado es un órgano primordial para la eliminación de DM1 y de catabolitos que contienen DM1. Se evaluó la farmacocinética de trastuzumab emtansina y de catabolitos que contienen DM1 después de la administración de 3,6 mg/kg de KADCYLA® a pacientes con cáncer de mama metastásico HER2-positivo con función hepática normal ($n = 10$), insuficiencia hepática leve (clase A según la clasificación de Child-Pugh; $n = 10$) y moderada (clase B según la clasificación de Child-Pugh; $n = 8$).

- Las concentraciones plasmáticas de DM1 y de catabolitos que contienen DM1 (Lys-MCC-DM1 y MCC-DM1) fueron bajas y comparables en los pacientes con insuficiencia hepática y los pacientes con función hepática normal.

- La exposición sistémica (ABC) a trastuzumab emtansina en el ciclo 1 en pacientes con insuficiencia hepática leve y moderada fue aproximadamente un 38 % y un 67 % menor que en los pacientes con función hepática normal, respectivamente. La exposición a trastuzumab emtansina (ABC) en el ciclo 3 después de la administración repetida en pacientes con disfunción hepática leve o moderada, se encontraba dentro del intervalo observado en pacientes con función hepática normal.

No se ha estudiado el uso de KADCYLA® en pacientes con insuficiencia hepática grave (clase C según la clasificación de Child-Pugh).

Datos preclínicos sobre seguridad

Carcinogenicidad

No se han realizado estudios de carcinogenicidad con trastuzumab emtansina.

Mutagenicidad

En un ensayo de mutación inversa en bacterias in vitro no se observó actividad mutágena. En un ensayo de micronúcleos en macacos de Java in vivo no se observaron lesiones cromosómicas en las células de la médula ósea. Sin embargo, en un ensayo de micronúcleos en médula ósea de ratas se obtuvo un resultado positivo de DM1 en la formación de micronúcleos después de una dosis única en el intervalo de concentraciones de DM1 halladas en el ser humano tras la administración de trastuzumab emtansina, confirmándose así que trastuzumab emtansina es un anégeno y/o un clastógeno.

Trastornos de la fecundidad

No se han efectuado estudios específicos de la fecundidad con trastuzumab emtansina. Ahora bien, considerando los resultados de los estudios generales de toxicidad animal, cabe esperar efectos adversos en la fecundidad.

Teratogenicidad

No se han efectuado estudios específicos de desarrollo embrio-fetal en animales con trastuzumab emtansina. En los estudios clínicos se ha observado toxicidad de trastuzumab en el desarrollo, aunque no se había previsto en el programa no clínico. También se ha detectado toxicidad de la maitansina en el desarrollo en estudios no clínicos, lo cual permite pensar que DM1, el componente maitansinoide de efecto citotóxico mediante la inhibición microtubular, tendrá un efecto similar teratógeno y potencialmente embriotóxico.

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

Aplíquese una técnica aséptica adecuada. Aplíquense asimismo métodos adecuados para la preparación de agentes quimioterápicos.

El producto reconstituido no contiene algún conservante y es para un solo uso. Deséchese toda solución no utilizada.

- Con una jeringa estéril, inyéctense lentamente 5 mL de agua esterilizada para inyectables en un vial con 100 mg u 8 mL de agua esterilizada para inyectables en un vial con 160 mg de trastuzumab emtansina.

- Agítense suavemente el vial hasta la total disolución. ¡NO DEBE AGITARSE VIGOROSAMENTE EL VIAL!

- Consérvase a 2 – 8 °C el vial con trastuzumab emtansina reconstituido. Deséchese después de 25 horas la cantidad no utilizada de trastuzumab emtansina.

La solución reconstituida debe inspeccionarse visualmente antes de su administración para descartar la presencia de partículas o cambios de color. La solución reconstituida no debe contener partículas visibles y debe ser límpida o ligeramente opalescente.

La solución reconstituida debe ser incolora o tener un color marrón claro.

Si la solución reconstituida contiene partículas visibles o está turbia o descolorada, no debe utilizarse.

Instrucciones para la dilución

Determinar el volumen de solución requerido partiendo de una dosis de 3,6 mg de trastuzumab emtansina / kg de peso (v. pauta de reducción posológica):

$$\text{Volumen (mL)} = \frac{\text{peso corporal (kg)} \times \text{dosis (mg/kg)}}{20 \text{ (mg/mL [concentración de la solución reconstituida])}}$$

Extraer del vial la cantidad apropiada de solución y añadir a una bolsa de infusión que contenga 250 mL de solución salina al 0,45 % o de solución salina fisiológica (0,9 %). No deben utilizarse soluciones glucosadas (5 %). La solución salina al 0,45 % puede utilizarse sin filtro de 0,22 µm de polietersulfona (PES) en línea. Si se utiliza solución salina fisiológica (0,9 %) para la infusión, es necesario el uso de un filtro de 0,22 µm de polietersulfona (PES) en línea. Una vez preparada la infusión, administrar inmediatamente. Si no se utiliza inmediatamente, la infusión puede conservarse hasta 24 horas en un refrigerador a 2 – 8 °C. Durante la conservación no se debe congelar ni agitar la infusión.

Incompatibilidades

No deben utilizarse soluciones glucosadas (5 %), pues provocan agregación de la proteína.

Trastuzumab emtansina no se debe mezclar o diluir con otros medicamentos.

Eliminación de medicamentos no utilizados / caducos

La emisión de productos farmacéuticos al medio ambiente debe reducirse al mínimo. Los medicamentos no deben eliminarse a través de las aguas residuales y su eliminación con los residuos domésticos también debe evitarse. Todo medicamento no utilizado o material de desecho debe ser eliminado de acuerdo con los requisitos locales. Utilizar los sistemas de recogida establecidos si los hay en su localidad o incinerar en una instalación adecuada con chorro de gas por tubo.

Fecha de aprobación / revisión del texto: 2018-09-10.