



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Disposición

Número:

Referencia: 1-47-2002-000260-23-8

VISTO el expediente 1-47-2002-000260-23-8 del Registro de esta ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones la firma PRODUCTOS ROCHE S.A.Q. e I. solicita la autorización de nuevas indicaciones, prospecto e información para el paciente para la Especialidad Medicinal denominada TECENTRIQ / ATEZOLIZUMAB, forma farmacéutica: CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA, aprobada por Certificado N° 58.461.

Que los proyectos presentados se encuadran dentro de los alcances de las normativas vigentes, Ley de Medicamentos N° 16.463 y Decreto N° 150/92.

Que obra el informe técnico de evaluación favorable de la Dirección de Evaluación y Control de Biológicos y Radiofármacos del Instituto Nacional de Medicamentos.

Que se actúa en ejercicio de las facultades conferidas por el Decreto Nro. 1490/92 y sus modificatorios.

Por ello,

LA ADMINISTRADORA NACIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE
MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA

DISPONE:

ARTICULO 1°.- Autorízase a la firma PRODUCTOS ROCHE S.A.Q. e I. las nuevas indicaciones para la

Especialidad Medicinal denominada TECENTRIQ / ATEZOLIZUMAB, forma farmacéutica: CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA, aprobada por Certificado N° 58.461, las que quedarán redactadas de la siguiente manera: “Carcinoma urotelial (CU): Tecentriq en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma urotelial (CU) localmente avanzado o metastásico: Después de quimioterapia previa que contenga platino o En los que no son considerados aptos para el tratamiento con cisplatino y cuyos tumores tengan una expresión de PDL1 \geq 5 %; Estadio temprano de Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas Estadio Temprano (CPCNPt): Tecentriq en monoterapia está indicado como tratamiento adyuvante tras resección completa y quimioterapia basada en platino para pacientes adultos con CPCNPt con alto riesgo de recidiva, cuyos tumores expresen PD-L1 \geq 1 % en células tumorales (CT) que no presentan mutaciones de EGFR o rearreglos de ALK; Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico: Tecentriq, en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino, está indicado para el tratamiento de primera línea de cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) no escamoso metastásico en pacientes adultos. En pacientes con mutaciones de EGFR o reordenamiento ALK, Tecentriq en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino está indicado solamente tras fallo de las terapias dirigidas. Tecentriq, en combinación con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino, está indicado para el tratamiento de primera línea de CPCNP no escamoso metastásico en pacientes adultos que no presentan mutaciones de EGFR o reordenamiento ALK. Tecentriq, en monoterapia está indicado para el tratamiento en primera línea de pacientes adultos con CPCNP metastásico cuyos tumores tengan una expresión de PD-L1 \geq 50% en células tumorales (CT) o \geq 10 % de células inmunes infiltrantes de tumor (CI) y que no tengan mutaciones EGFR o reordenamiento ALK. Tecentriq, en monoterapia, está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con CPCNP localmente avanzado o metastásico después quimioterapia. Los pacientes con mutaciones de EGFR o reordenamiento ALK deben haber sido tratados también con terapias dirigidas antes de ser tratados con Tecentriq; Cáncer de pulmón de células pequeñas: Tecentriq, en combinación con carboplatino y etopósido, está indicado para el tratamiento de primera línea de cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extendido (CPCP-EE) en pacientes adultos; Cáncer de mama triple negativo: Tecentriq, en combinación con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel), está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama triple negativo (CMTN) localmente avanzado irresecable o metastásico cuyos tumores tengan una expresión de PD-L1 \geq 1 % y que no hayan recibido quimioterapia previa frente a la metástasis; Hepatocarcinoma: Tecentriq, en combinación con bevacizumab, está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con hepatocarcinoma avanzado o irresecable (HCC) que no han recibido un tratamiento sistémico previo”.

ARTICULO 2°.- Autorízase a la firma PRODUCTOS ROCHE S.A.Q.e I. los nuevos prospecto e información para el paciente para la Especialidad Medicinal denominada TECENTRIQ / ATEZOLIZUMAB, forma farmacéutica: CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA, aprobada por Certificado N° 58.461 que constan como IF-2024-28199797-APN-DECBR#ANMAT e IF-2024-28199657-APN-DECBR#ANMAT.

ARTICULO 3°.- Practíquese la atestación correspondiente en el Certificado N° 58.461 cuando el mismo se presente acompañado de la presente Disposición.

ARTICULO 4°.- Regístrese. Notifíquese electrónicamente al interesado la presente Disposición, prospecto e información para el paciente. Gírese a la Dirección de Gestión de Información Técnica. Cumplido, archívese.

Expediente N° 1-47-2002-000260-23-8

Mdg

rl

Digitally signed by BISIO Nelida Agustina
Date: 2024.04.17 23:41:49 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**PROYECTO DE PROSPECTO
INFORMACIÓN PARA EL PROFESIONAL
(Adaptado a la Disposición ANMAT N° 5904/96)**

**Tecentriq®
Atezolizumab
Roche**

Concentrado para solución para infusión intravenosa

Industria suiza
Expendio bajo receta archivada

Origen biotecnológico

Composición

Cada vial con un concentrado de 14 ml contiene 840 mg de atezolizumab*, que corresponde a una concentración previa a la dilución de 60 mg/ml, en un excipiente compuesto por: L-histidina 43,4 mg, ácido acético glacial 11,5 mg, sacarosa 575,1 mg, polisorbato 20: 5,6 mg y agua para inyectables c.s.p. 14 ml.

Cada vial con un concentrado de 20 ml contiene 1.200 mg de atezolizumab*, que corresponde a una concentración previa a la dilución de 60 mg/ml, en un excipiente compuesto por: L-histidina 62,0 mg, ácido acético glacial 16,5 mg, sacarosa 821,6 mg, polisorbato 20: 8,0 mg y agua para inyectables c.s.p. 20 ml.

*Atezolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de la inmunoglobulina G1 (IgG1) Fc modificado mediante ingeniería genética, antiligando del receptor de muerte programada 1 (anti-PD-L1), producido en células de ovario de hámster chino por tecnología del ADN recombinante.

Acción terapéutica

Agente antineoplásico, anticuerpo monoclonal.

Indicaciones

Carcinoma urotelial (CU)

Tecentriq en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma urotelial (CU) localmente avanzado o metastásico:

- Después de quimioterapia previa que contenga platino o
- En los que no son considerados aptos para el tratamiento con cisplatino y cuyos tumores tengan una expresión de PDL1 ≥ 5 % (véase *Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).

Estadio temprano de Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas Estadio Temprano (CPCNPt)

Tecentriq en monoterapia está indicado como tratamiento adyuvante tras resección completa y quimioterapia basada en platino para pacientes adultos con CPCNPt con alto riesgo de recidiva, cuyos tumores expresen PD-L1 ≥ 1 % en células tumorales (CT) que no presentan mutaciones de EGFR o o rearrreglos de ALK (véase *Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).

Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico

Tecentriq, en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino, está indicado para el tratamiento de primera línea de cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) no escamoso metastásico en pacientes adultos. En pacientes con mutaciones de EGFR o reordenamiento ALK, Tecentriq en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino está indicado solamente tras fallo de las terapias dirigidas (véase *Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).

- Tecentriq, en combinación con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino, está indicado para el tratamiento de primera línea de CPCNP no escamoso metastásico en pacientes adultos que no presentan mutaciones de EGFR o reordenamiento ALK (véase *Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).
- Tecentriq, en monoterapia está indicado para el tratamiento en primera línea de pacientes adultos con CPCNP metastásico cuyos tumores tengan una expresión de PD-L1 $\geq 50\%$ en células tumorales (CT) o ≥ 10 % de células inmunes infiltrantes de tumor (CI) y que no tengan mutaciones EGFR o reordenamiento ALK (véase *Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).
- Tecentriq, en monoterapia, está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con CPCNP localmente avanzado o metastásico después quimioterapia. Los pacientes con mutaciones de EGFR o reordenamiento ALK deben haber sido tratados también con terapias dirigidas antes de ser tratados con Tecentriq (véase *Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).

Cáncer de pulmón de células pequeñas

Tecentriq, en combinación con carboplatino y etopósido, está indicado para el tratamiento de primera línea de cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extendido (CPCP-EE) en pacientes adultos (*véase Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).

Cáncer de mama triple negativo

Tecentriq, en combinación con paclitaxel albúmina (nab-pablitaxel), está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama triple negativo (CMTN) localmente avanzado irresecable o metastásico cuyos tumores tengan una expresión de PD-L1 ≥ 1 % y que no hayan recibido quimioterapia previa frente a la metástasis.

Hepatocarcinoma

Tecentriq, en combinación con bevacizumab, está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con hepatocarcinoma avanzado o irresecable (HCC) que no han recibido un tratamiento sistémico previo (*véase Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).

Posología y formas de administración

Tecentriq se debe indicar y supervisar por médicos experimentados en el tratamiento del cáncer.

Expresión de PD-L1 en CU o CMTN o CPCNP

Tecentriq en monoterapia

Los pacientes con CU tratados en primera línea (1L), con CPCNPt tratados en adyuvancia y los pacientes con CPCNP metastásicos tratados en 1L se deben seleccionar de acuerdo a la expresión de PD-L1 confirmada mediante una prueba validada (*véase Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).

Tecentriq en terapia combinada

Los pacientes que no han sido previamente tratados de CMTN se deben seleccionar de acuerdo a la expresión de PD-L1 confirmada mediante una prueba validada (*véase Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).

Posología

La dosis recomendada de Tecentriq es tanto 840 mg administrados por vía intravenosa cada dos semanas o 1.200 mg administrados por vía intravenosa cada tres semanas, o 1.680 mg administrados por vía intravenosa cada cuatro semanas, como se indica en la Tabla 1.

Cuando Tecentriq es administrado en terapia combinada, por favor consultar también la ficha técnica completa del otro producto combinado (*véase Propiedades farmacológicas - Propiedades farmacodinámicas*).

Tabla 1: Dosis recomendada para Tecentriq en administración intravenosa

Indicación	Dosis recomendada y pauta	Duración del tratamiento
Tecentriq en monoterapia		
1L Carcinoma Urotelial (CU)	<ul style="list-style-type: none"> • 840 mg cada 2 semanas o • 1.200 mg cada 3 semanas o • 1.680 cada 4 semanas 	Hasta progresión de la enfermedad o aparición de toxicidad inmanejable.
1L cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) metastásico		
Estadio temprano de cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP)	<ul style="list-style-type: none"> • 840 mg cada 2 semanas o • 1.200 mg cada 3 semanas o • 1.680 cada 4 semanas 	Durante 1 año a menos que haya recidiva de la enfermedad o toxicidad inaceptable. No ha sido estudiada la duración de tratamiento mayor de 1 año.
2L CU	<ul style="list-style-type: none"> • 840 mg cada 2 semanas o • 1.200 mg cada 3 semanas o • 1.680 cada 4 semanas 	Hasta pérdida del beneficio clínico o aparición de toxicidad inmanejable.
2L CPCNP metastasico		
Tecentriq en combinación		
1L CPCNP no escamoso con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino	<p>Fases de Inducción y Mantenimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 840 mg cada 2 semanas o • 1.200 mg cada 3 semanas o • 1.680 cada 4 semanas <p>Tecentriq debe ser administrado primero cuando se da en el mismo día.</p> <p>Fase de Inducción: Para los fármacos de la combinación que no son Tecentriq (cuatro o seis ciclos): Bevacizumab, paclitaxel, y luego carboplatino son administrados cada tres semanas</p> <p>Fase de mantenimiento (sin quimioterapia): Bevacizumab cada 3 semanas.</p>	Fase de mantenimiento: Hasta la progresión de la enfermedad o aparición de toxicidad inmanejable. Se han observado respuestas atípicas (p.ej., una progresión inicial de la enfermedad seguida de una reducción del tumor) en el tratamiento continuado con Tecentriq después de la progresión de la enfermedad. El tratamiento más allá de la progresión de la enfermedad puede considerarse según el criterio del médico.

Tabla 1: Dosis recomendada para Tecentriq en administración intravenosa (cont.)

Indicación	Dosis recomendada y pauta	Duración del tratamiento
<p>1L CPCNP no escamoso con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino.</p>	<p>Fase de Inducción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 840 mg cada 2 semanas o • 1.200 mg cada 3 semanas o • 1.680 cada 4 semanas <p>Tecentriq debe ser administrado primero cuando se da en el mismo día. Fase de Inducción para los fármacos de la combinación que no son Tecentriq (cuatro o seis ciclos):</p> <p>Nab-paclitaxel y carboplatino son administrados el día 1; Además, nab-paclitaxel se administra los días 8 y 15 de cada ciclo de 3 semanas.</p>	<p>Fase de Inducción: cuatro ciclos o seis ciclos.</p> <p>Fase de mantenimiento: Tecentriq hasta progresión de la enfermedad o aparición de toxicidad inmanejable. Se han observado respuestas atípicas (p.ej., una progresión inicial de la enfermedad seguida de una reducción del tumor) en el tratamiento continuado con Tecentriq después de la progresión de la enfermedad. El tratamiento más allá de la progresión de la enfermedad puede considerarse según el criterio del médico.</p>
<p>1L cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extendido (CPCP-EE) con carboplatino y etopósido.</p>	<p>Fase de Inducción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 840 mg cada 2 semanas o • 1.200 mg cada 3 semanas o • 1.680 cada 4 semanas <p>Tecentriq debe ser administrado primero cuando se da en el mismo día. Fase de Inducción para los fármacos de la combinación que no son Tecentriq (cuatro ciclos):</p> <p>Carboplatino, y luego etopósido son administrados el día 1; Etopósido es administrado también los días 2 y 3 de cada ciclo de 3 semanas.</p>	<p>Fase de Inducción: cuatro ciclos de la combinación de quimioterapia y atezolizumab.</p> <p>Fase de mantenimiento: Atezolizumab (monoterapia) hasta progresión de la enfermedad o aparición de toxicidad inmanejable. Se han observado respuestas atípicas (p.ej., una progresión inicial de la enfermedad seguida de una reducción del tumor) en el tratamiento continuado con Tecentriq después de la progresión de la enfermedad. El tratamiento más allá de la progresión de la enfermedad puede considerarse según el criterio del médico.</p>

Tabla 1: Dosis recomendada para Tecentriq en administración intravenosa (cont.)

Indicación	Dosis recomendada y pauta	Duración del tratamiento
<p>II cáncer de mama triple negativo (CMTN) localmente avanzado irreseccable o metastásico con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 840 mg cada 2 semanas o • 1.200 mg cada 3 semanas o • 1.680 cada 4 semanas <p>Tecentriq se debe administrar anteriormente a paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) cuando se dan el mismo día. Paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) debe ser administrado a 100 mg/m² en los días 1,8 y 15 de cada ciclo.</p>	<p>Hasta progresión de la enfermedad o aparición de toxicidad inmanejable.</p>
<p>Hepatocarcinoma avanzado o irreseccable (HCC) con bevacizumab</p>	<p>Fase de Inducción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 840 mg cada 2 semanas o • 1.200 mg cada 3 semanas o • 1.680 cada 4 semanas <p>Tecentriq se debe administrar anteriormente a bevacizumab cuando se dan el mismo día. Bevacizumab es administrado a 15 mg/kg de peso corporal (pc) cada 3 semanas.</p>	<p>Hasta pérdida del beneficio clínico o aparición de toxicidad inmanejable.</p>

Retrasos u omisiones de dosis

En caso de olvidar una dosis planificada de Tecentriq, se debe administrar lo antes posible. La pauta de administración se deberá ajustar para mantener un intervalo apropiado entre dosis.

Modificación de la dosis durante el tratamiento

No se recomiendan las reducciones de dosis de Tecentriq.

Retrasos o suspensión de la dosis (véase Precauciones y advertencias, Reacciones adversas).

Tabla 2: Recomendación de modificaciones de dosis de Tecentriq

Reacción adversa inmunorrelacionada	Gravedad	Modificación del tratamiento
Neumonitis	Grado 2	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq. El tratamiento debe reanudarse cuando el acontecimiento mejore a Grado 0 o Grado 1 en 12 semanas, y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día.
	Grado 3 o 4	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq
Hepatitis en pacientes sin HCC	Grado 2: (ALT o AST >3 a 5 x límite superior de normalidad [LSN]) o bilirrubina en sangre $> 1,5$ a 3 x LSN)	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq. El tratamiento puede reanudarse cuando el acontecimiento mejore a Grado 0 o Grado 1 en 12 semanas, y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día.
	Grado 3 o 4: (ALT o AST > 5 x LSN) o bilirrubina en sangre >3 x LSN)	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq

Tabla 2: Recomendación de modificaciones de dosis de Tecentriq (cont.)

Reacción adversa inmunorrelacionada	Gravedad	Modificación del tratamiento
Hepatitis en pacientes con HCC	Si AST/ALT está dentro de los límites normales a nivel basal y aumenta a $>3x$ a $\leq 10x$ LSN o Si AST/ALT es >1 a $\leq 3x$ LSN a nivel basal y aumenta a >5 a $\leq 10x$ LSN o Si AST/ALT es >3 a $\leq 5x$ LSN a nivel basal y aumenta a >8 a $\leq 10x$ LSN	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq. El tratamiento puede reanudarse cuando el evento mejora a Grado 0 o Grado 1 en 12 semanas y los corticosteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg prednisona o equivalente al día.
	Si AST/ALT aumenta a $> 10x$ LSN o la bilirrubina total aumenta a $> 3x$ LSN	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq.
Colitis	Diarrea de Grado 2 o 3 (aumento de ≥ 4 deposiciones/día respecto al valor basal) o Colitis sintomática	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq. El tratamiento puede reanudarse cuando el acontecimiento mejore a Grado 0 o Grado 1 en 12 semanas y los corticosteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día.
	Diarrea o colitis de Grado 4 (potencialmente mortal, intervención urgente indicada)	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq

Tabla 2: Recomendación de modificaciones de dosis de Tecentriq (cont.)

Reacción adversa inmunorrelacionada	Gravedad	Modificación del tratamiento
Hipotiroidismo o hipertiroidismo	Sintomático	<p>Interrumpir el tratamiento con Tecentriq.</p> <p><i>Hipotiroidismo:</i> El tratamiento puede reanudarse cuando los síntomas estén controlados con terapia sustitutiva con hormona tiroidea y los niveles de TSH disminuyan.</p> <p><i>Hipertiroidismo:</i> El tratamiento puede reanudarse cuando los síntomas estén controlados con medicación antitiroidea y la función tiroidea mejore.</p>
	Insuficiencia suprarrenal	<p>Interrumpir el tratamiento con Tecentriq.</p> <p>El tratamiento puede reanudarse cuando los síntomas mejoren a Grado 0 o Grado 1 en 12 semanas y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día y el paciente esté estable con terapia de sustitución.</p>
Hipofisitis	Grado 2 o 3	<p>Interrumpir el tratamiento con Tecentriq.</p> <p>El tratamiento puede reanudarse cuando los síntomas mejoren a Grado 0 o Grado 1 en 12 semanas y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día y el paciente esté estable con terapia de sustitución</p>
	Grado 4	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq.

Tabla 2: Recomendación de modificaciones de dosis de Tecentriq (cont.)

Reacción adversa inmunorrelacionada	Gravedad	Modificación del tratamiento
Diabetes mellitus tipo 1	Hiperglucemia de Grado 3 o 4 (glucosa en ayunas >250 mg/dl o 13,9 mmol/l).	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq. El tratamiento puede reanudarse cuando se alcance el control metabólico con terapia de sustitución con insulina.
Erupción cutánea/ Reacciones adversas cutáneas graves	Grado 3 o sospecha de síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) o necrólisis epidérmica tóxica (NET) ¹	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq. El tratamiento puede reanudarse cuando los síntomas mejoren a Grado 0 o Grado 1 en 12 semanas y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤10 mg de prednisona o equivalente al día.
	Grado 4 o sospecha de síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) o necrólisis epidérmica tóxica (NET) ¹	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq.
Síndrome miasténico/ miastenia gravis, Síndrome de Guillain-Barré y Meningoencefalitis	Todos los Grados	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq.
Pancreatitis	Aumento de los niveles séricos de amilasa o lipasa a Grado 3 o 4 (>2 x LSN) o pancreatitis de Grado 2 o 3	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq. El tratamiento puede reanudarse cuando los niveles séricos de amilasa y lipasa mejoren a Grado 0 o Grado 1 en 12 semanas, o los síntomas de pancreatitis se hayan resuelto, y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤10 mg de prednisona o equivalente al día.

Tabla 2: Recomendación de modificaciones de dosis de Tecentriq (cont.)

Reacción adversa inmunorrelacionada	Gravedad	Modificación del tratamiento
Pancreatitis (cont.)	Grado 4 o cualquier grado de pancreatitis recurrente	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq.
Miocarditis	Grado 2 o superior	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq.
Nefritis	Grado 2: (nivel sérico de creatinina >1,5 a 3,0 x valor basal o >1,5 a 3,0 x LSN)	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq. El tratamiento se puede reanudar cuando el acontecimiento mejore a Grado 0 o Grado 1 dentro de las 12 semanas y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤10 mg de prednisona o equivalente al día.
	Grado 3 o 4: (nivel sérico de creatinina >3,0 x valor basal o 3,0 x LSN)	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq.
Miositis	Grado 2 o 3	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq.
	Miositis Grado 4 o Grado 3 recurrente	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq.
Trastornos pericárdicos	Pericarditis grado 1	Interrumpir el tratamiento con Tecentriq ²
	Grado 2 o superior	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq
Linfocitosis hemofagocítica	Sospecha de linfocitosis hemofagocítica ¹	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq
Otras reacciones adversas inmunorrelacionadas	Grado 2 o Grado 3	Interrumpir hasta que las reacciones adversas se recuperen a Grado 0-1 dentro de las 12 semanas, y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤10 mg de prednisona o equivalente al día.
	Grado 4 o Grado 3 recurrente	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq (excepto para las endocrinopatías controladas con hormonas de sustitución).

Tabla 2: Recomendación de modificaciones de dosis de Tecentriq (cont.)

Reacciones relacionadas con la perfusión	Grado 1 o 2	Reducir la velocidad de perfusión o interrumpirla. El tratamiento puede reanudarse cuando se resuelva el acontecimiento.
	Grado 3 o 4	Suspender de forma permanente el tratamiento con Tecentriq.

Nota: los grados de toxicidad están en concordancia con los Criterios de Terminología Común del Instituto Nacional del Cáncer para Reacciones Adversas Versión 4.0 (NCI- CTCAE v.4.).

¹ Independientemente de la severidad.

² Realizar una evaluación cardíaca detallada para determinar la etiología y tratar adecuadamente.

Poblaciones especiales

Población pediátrica

No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de Tecentriq en niños y adolescentes menores de 18 años. Los datos actualmente disponibles se describen en las secciones *Reacciones Adversas*, *Propiedades farmacodinámicas*, *Propiedades farmacocinéticas* pero no es posible hacer ninguna recomendación sobre la posología.

Pacientes de edad avanzada

Basándose en el análisis farmacocinético poblacional, no es necesario un ajuste de dosis de Tecentriq en pacientes ≥ 65 años de edad (*véase Reacciones adversas*, *Propiedades farmacodinámicas*).

Pacientes de raza asiática

Debido al aumento de toxicidades hematológicas observadas en los pacientes asiáticos durante el estudio IMpower150, se recomienda una dosis de inicio de paclitaxel de 175 mg/m² cada tres semanas.

Insuficiencia renal

De acuerdo con un análisis farmacocinético poblacional, no es necesario el ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (*véase Propiedades farmacocinéticas*). Los datos de pacientes con insuficiencia renal grave son demasiado limitados para sacar conclusiones en esta población.

Insuficiencia hepática

De acuerdo con un análisis farmacocinético poblacional, no es necesario el ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. Tecentriq no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática grave (*véase Propiedades farmacocinéticas*).

Puntuación de estado funcional Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ≥ 2

Los pacientes con un estado funcional ECOG ≥ 2 fueron excluidos de los ensayos clínicos en CPCNP, CMTN, CPCP-EE, en los ensayos clínicos de CU de segunda línea y HCC (*véase Precauciones y advertencias, Propiedades farmacodinámicas*).

Forma de administración

Tecentriq se utiliza por vía intravenosa. Las perfusiones no se deben administrar en perfusión rápida o bolo intravenoso.

La dosis inicial de Tecentriq se debe administrar durante 60 minutos. Si se tolera bien la primera perfusión, las perfusiones posteriores pueden administrarse durante 30 minutos.

Para consultar las instrucciones de dilución del medicamento antes de la administración, ver sección (*véase Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones*)

Contraindicaciones

Tecentriq está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a atezolizumab o a cualquiera de los excipientes.

Precauciones y advertencias

Trazabilidad

Para mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, se debe registrar claramente nombre comercial y el número de lote del producto administrado en la historia clínica del paciente.

Reacciones adversas inmunorrelacionadas

La mayoría de las reacciones inmunorrelacionadas que ocurren durante el tratamiento con atezolizumab fueron reversibles al interrumpir la administración de atezolizumab e iniciar la administración de corticoesteroides y/o tratamientos de soporte. Se han observado reacciones adversas inmunorrelacionadas que afectan a más de un sistema orgánico. Pueden ocurrir reacciones adversas inmunorrelacionadas después de la última dosis de atezolizumab.

Para las sospechas de reacciones adversas inmunorrelacionadas, debe realizarse una evaluación exhaustiva para confirmar la etiología o excluir otras causas. En función de la gravedad de la reacción adversa, se debe interrumpir el tratamiento con atezolizumab y administrar corticoesteroides. Tras la mejora a Grado ≤ 1 , los corticoesteroides deben reducirse gradualmente durante ≥ 1 mes. Basándose en los datos limitados de los estudios clínicos de pacientes que experimentaron reacciones adversas inmunorrelacionadas y que no pudieron ser controlados con el uso de corticoides sistémicos.

Atezolizumab debe interrumpirse permanentemente en cualquier reacción adversa recurrente inmunorrelacionada de Grado 3 y en cualquier reacción adversa inmunorrelacionada de Grado 4, exceptuando las endocrinopatías controladas con hormonas de sustitución (*véase Posología y formas de administración y Reacciones adversas*).

Neumonitis inmunorrelacionada

En los ensayos clínicos con atezolizumab, se han observado casos de neumonitis, incluyendo casos mortales, (*véase Reacciones adversas*). Se debe monitorizar a los pacientes para detectar signos y síntomas de neumonitis y se deben descartar otras causas distintas a la neumonitis inmunomediada. Se debe interrumpir el tratamiento con atezolizumab en caso de neumonitis de Grado 2 y se debe comenzar con 1 a 2 mg/kg peso corporal (pc)/día de prednisona o equivalente. Si los síntomas mejoran a \leq Grado 1, se debe disminuir gradualmente la dosis de corticoesteroides durante ≥ 1 mes. El tratamiento con atezolizumab puede reanudarse si el acontecimiento mejora a \leq Grado 1 en 12 semanas, y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día. El tratamiento con atezolizumab se debe suspender de forma permanente en caso de neumonitis de Grado 3 o 4.

Hepatitis inmunorrelacionada

En los ensayos clínicos con atezolizumab, se han observado casos de hepatitis, algunos con desenlace mortal, (*véase Reacciones adversas*). Los pacientes se deben monitorizar en cuanto a los signos y síntomas de hepatitis.

Se debe monitorizar la aspartato aminotransferasa (AST), la alanina aminotransferasa (ALT) y la bilirrubina antes del inicio del tratamiento, de forma periódica durante el tratamiento con atezolizumab y según esté indicado en función de la evaluación clínica.

Para pacientes sin HCC, el tratamiento con atezolizumab debe interrumpirse si el acontecimiento de Grado 2 (ALT o AST >3 a $5 \times$ LSN o bilirrubina en sangre $>1,5$ a $3 \times$ LSN) permanece durante más de 5 a 7 días y debe comenzarse con 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente. Si los acontecimientos mejoran a \leq Grado 1, se debe disminuir gradualmente la dosis de corticoesteroides durante ≥ 1 mes.

El tratamiento con atezolizumab puede reanudarse si el acontecimiento mejora a \leq Grado 1 en 12 semanas y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día. El tratamiento con atezolizumab se debe suspender de forma permanente en caso de acontecimientos de Grado 3 o Grado 4 (ALT o AST $>5,0 \times$ LSN o bilirrubina en sangre $>3 \times$ LSN).

Para los pacientes con HCC, el tratamiento con atezolizumab debe suspenderse si ALT o AST aumentan a >3 a $\leq 10 \times$ LSN desde los límites normales a nivel basal, o >5 a $\leq 10 \times$ LSN desde >1 LSN a $\leq 3 \times$ LSN a nivel basal, o >8 a $\leq 10 \times$ LSN de >3 LSN a $\leq 5 \times$ LSN a nivel basal, y persiste más de 5 a 7 días, se debe comenzar con 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente. Si el evento mejora a \leq Grado 1, los corticosteroides deben reducirse durante ≥ 1 mes.

El tratamiento con atezolizumab puede reanudarse si el evento mejora a \leq Grado 1 en 12 semanas y los corticosteroides se han reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente por día. Tratamiento con el atezolizumab debe suspenderse permanentemente si ALT o AST aumenta a $>10 \times$ LSN o la bilirrubina total aumenta $>3 \times$ LSN).

Colitis inmunorrelacionada

En los ensayos clínicos con atezolizumab, se han observado casos de diarrea o colitis (*véase Reacciones adversas*). Los pacientes se deben monitorizar en cuanto a los signos y síntomas de colitis.

Se debe interrumpir el tratamiento con atezolizumab en caso de diarrea de grado 2 o 3 (aumento a ≥ 4 deposiciones/día respecto al valor basal) o colitis (sintomática). En caso de diarrea o colitis de grado 2, si los síntomas persisten >5 días o recurren, debe comenzarse el tratamiento con 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente. En caso de diarrea o colitis de Grado 3, se debe comenzar el tratamiento con corticosteroides por vía intravenosa (1 a 2 mg/kg pc/día de metilprednisolona o equivalente). Una vez que los síntomas mejoren, se debe comenzar el tratamiento con 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente. Si los síntomas mejoran a \leq Grado 1, la dosis de corticoesteroides se debe disminuir gradualmente durante ≥ 1 mes. El tratamiento con atezolizumab puede reanudarse si el acontecimiento mejora a \leq Grado 1 en 12 semanas y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día. El tratamiento con atezolizumab debe suspenderse de forma permanente en caso de diarrea o colitis de Grado 4 (potencialmente mortal; intervención urgente indicada). Se debe tener en cuenta la posible complicación de perforación gastrointestinal asociada a colitis.

Endocrinopatías inmunorrelacionadas

En los ensayos clínicos con atezolizumab, se ha observado hipotiroidismo, hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal hipofisitis y diabetes mellitus tipo 1, incluida cetoacidosis diabética (véase *Reacciones adversas*).

Los pacientes se deben monitorizar en cuanto a los signos y síntomas clínicos de endocrinopatías. La función tiroidea debe ser monitorizada antes y de forma periódica durante el tratamiento con atezolizumab. Se deben considerar los pacientes con pruebas de función tiroidea anormales al inicio para su adecuado manejo.

Los pacientes asintomáticos con pruebas de función tiroidea anormales pueden tomar atezolizumab. En caso de hipotiroidismo sintomático, se debe interrumpir el tratamiento con atezolizumab e iniciar tratamiento de sustitución con hormona tiroidea cuando sea necesario. Los casos de hipotiroidismo aislado pueden tratarse con terapia de sustitución y sin corticoesteroides. En caso de hipertiroidismo sintomático, se debe interrumpir el tratamiento con atezolizumab e iniciar tratamiento con medicación antitiroidea cuando sea necesario. El tratamiento con atezolizumab puede reanudarse cuando los síntomas estén controlados y la función tiroidea mejore.

En caso de insuficiencia suprarrenal sintomática, el tratamiento con atezolizumab debe interrumpirse y comenzar tratamiento con corticoesteroides intravenosos (1 a 2 mg/kg pc/día de metilprednisolona o equivalente). Una vez que los síntomas mejoren, se debe continuar con el tratamiento de 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente. Si los síntomas mejoran a \leq Grado 1, se debe disminuir gradualmente la dosis de corticoesteroides durante ≥ 1 mes. Se puede reanudar el tratamiento si el acontecimiento mejora a \leq Grado 1 en 12 semanas y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día y el paciente está estable con la terapia de sustitución (si fuera necesario).

Se debe suspender atezolizumab en hipofisitis de Grado 2 o Grado 3, debiéndose iniciar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos (1 a 2 mg/kg pc/día de metilprednisolona o equivalente) e iniciar el tratamiento hormonal de sustitución según sea necesario. Una vez que los síntomas mejoren, se debe continuar el tratamiento con 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente. Si los síntomas mejoran a \leq Grado 1, se debe reducir gradualmente la administración de corticoesteroides durante ≥ 1 mes. El tratamiento puede reanudarse si el acontecimiento mejora a \leq Grado 1 dentro de un periodo de 12 semanas, y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día y el paciente se encuentra estable con la terapia de sustitución (si fuera necesaria). El tratamiento con atezolizumab debe interrumpirse de forma permanentemente en hipofisitis de Grado 4.

Se debe iniciar tratamiento con insulina en caso de diabetes mellitus tipo 1. Para hiperglicemia \geq Grado 3 (glucosa en ayunas >250 mg/dl o 13,9 mmol/l), el tratamiento con atezolizumab debe interrumpirse. El tratamiento con atezolizumab puede reanudarse si se alcanza el control metabólico con terapia de sustitución de insulina.

Meningoencefalitis inmunorrelacionada

En los ensayos clínicos con atezolizumab, se ha observado meningoencefalitis (*véase Reacciones adversas*). Se deben monitorizar los pacientes en cuanto a los signos y síntomas clínicos de meningitis o encefalitis.

El tratamiento con atezolizumab se debe suspender de forma permanente en caso de meningitis o encefalitis de cualquier grado. Se debe comenzar tratamiento con corticoesteroides intravenosos (1 a 2 mg/kg pc/día de metilprednisolona o equivalente). Una vez que los síntomas mejoren, se debe continuar el tratamiento con 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente.

Neuropatías inmunorrelacionadas

Se ha observado síndrome miasténico/miastenia gravis o síndrome de Guillain-Barré, que puede ser potencialmente mortal, en pacientes que reciben atezolizumab. Los pacientes se deben monitorizar en cuanto a los síntomas de neuropatía motora y sensorial.

El tratamiento con atezolizumab debe suspenderse de manera permanente para cualquier grado de síndrome miasténico/miastenia gravis o síndrome de Guillain-Barré. Se debe considerar el comienzo con corticoesteroides sistémicos (en una dosis de 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente).

Pancreatitis inmunorrelacionada

En los ensayos clínicos con atezolizumab, se han observado casos de pancreatitis, incluyendo aumentos de los niveles séricos de amilasa y lipasa, (*véase Reacciones adversas*). Los pacientes deben ser estrechamente monitorizados en cuanto a los signos y síntomas que sugieran una pancreatitis aguda.

El tratamiento con atezolizumab debe interrumpirse en caso de aumento de los niveles séricos de amilasa o lipasa de \geq Grado 3 ($>2,0 \times$ LSN), o pancreatitis de Grado 2 o 3, y debe comenzarse el tratamiento con corticoesteroides intravenosos (1 a 2 mg/kg pc/día de metilprednisolona o equivalente). Una vez que los síntomas mejoren, se debe continuar el tratamiento con 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente. El tratamiento con atezolizumab puede reanudarse cuando los niveles séricos de amilasa y lipasa mejoren a \leq Grado 1 en 12 semanas, o los síntomas de pancreatitis se hayan resuelto, y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día. El tratamiento con atezolizumab se debe suspender de forma permanente en caso de pancreatitis de Grado 4 o cualquier grado de pancreatitis recurrente.

Miocarditis inmunorrelacionada

En pacientes tratados con atezolizumab, se han observado casos de miocarditis algunos con desenlace mortal (véase *Reacciones adversas*). Se deben monitorizar los pacientes en cuanto a los signos y síntomas de miocarditis. La miocarditis puede ser una manifestación clínica de miositis y debe ser tratada convenientemente.

En los pacientes con síntomas cardíacos o cardiopulmonares se debe valorar una potencial miocarditis, para asegurar que se inician las medidas apropiadas en una etapa temprana. Si se sospecha miocarditis, se debe suspender el tratamiento con atezolizumab, se debe iniciar de inmediato un tratamiento con corticosteroides sistémicos a una dosis de 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente, y se debe consultar rápidamente con cardiología para una evaluación diagnóstica de acuerdo con las guías clínicas vigentes. Una vez establecido el diagnóstico de miocarditis, el tratamiento con atezolizumab debe suspenderse permanentemente para miocarditis de grado ≥ 2 (véase *Posología y formas de administración*).

Nefritis inmunorrelacionada

En ensayos clínicos con atezolizumab, se ha observado nefritis (véase *Reacciones adversas*). Se deben vigilar los cambios en la función renal de los pacientes.

El tratamiento con atezolizumab se debe interrumpir en caso de nefritis de Grado 2, y se debe iniciar el tratamiento con corticoesteroides sistémicos a una dosis de 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente. El tratamiento con atezolizumab se debe reanudar si el acontecimiento mejora a \leq Grado 1 dentro de las 12 semanas, y los corticoesteroides se hayan reducido a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día. Se debe suspender de forma permanente el tratamiento con atezolizumab en nefritis de Grado 3 o 4.

Miositis inmunorrelacionada

En los ensayos clínicos con atezolizumab, se ha observado miositis, algunos con desenlace mortal, (véase *Reacciones adversas*). Se deben monitorizar los pacientes en cuanto a los signos y síntomas de miositis. Pacientes con posible miositis deben ser monitorizados para detectar signos de miocarditis.

Si un paciente desarrolla signos y síntomas de miositis, se debe monitorizar estrechamente y debe referirse al especialista para valoración y tratamiento sin demora. El tratamiento con atezolizumab se debe interrumpir en caso de miositis de Grado 2 o 3, y se debe iniciar el tratamiento con corticoesteroides a una dosis de 1 a 2 mg/kg pc/día de prednisona o equivalente. Si los síntomas mejoran a \leq Grado 1, se debe disminuir gradualmente la dosis de corticoesteroides de acuerdo a lo clínicamente indicado.

El tratamiento con atezolizumab se debe reanudar si el acontecimiento mejora a \leq Grado 1 dentro de las 12 semanas, y los corticoesteroides se han reducido a ≤ 10 mg de prednisona oral o equivalente al día. Se debe suspender de forma permanente el tratamiento con atezolizumab en miositis de Grado 4 o grado 3 de miositis recurrente o cuando no sea posible reducir la dosis de corticoesteroides a ≤ 10 mg de prednisona o equivalente al día dentro de las 12 semanas desde el comienzo.

Reacciones adversas cutáneas severas relacionadas con el sistema inmunitario

Se han notificado reacciones cutáneas graves relacionadas con el sistema inmunitario (SCARs, por sus siglas en inglés), incluyendo casos de síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrólisis epidérmica tóxica (NET), en pacientes que recibieron atezolizumab. Se debe vigilar a los pacientes en caso de sospecha de reacciones cutáneas graves y se deben descartar otras causas. En caso de sospecha de SCARs se debe derivar al paciente a un especialista para su diagnóstico y manejo.

De acuerdo con la gravedad de la reacción adversa, atezolizumab se debe suspender temporalmente por reacciones cutáneas de Grado 3 y debe comenzarse tratamiento con corticoesteroides sistémicos en una dosis de 1-2 mg/kg pc/día de prednisolona o equivalente. El tratamiento con atezolizumab puede ser reanudado si el evento mejora a \leq Grado 1 en 12 semanas, y los corticoesteroides han sido reducidos a ≤ 10 mg de prednisolona o equivalente por día. El tratamiento con atezolizumab debe ser suspendido definitivamente por reacciones cutáneas de Grado 4, y se deben administrar corticoesteroides.

Si hay sospecha de SSJ o NET, atezolizumab se debe suspender temporalmente. Si se confirma SSJ o NET, atezolizumab se debe suspender definitivamente.

Se debe tener precaución cuando se considere el uso de atezolizumab en un paciente que haya tenido previamente reacciones adversas cutáneas graves o potencialmente mortales con un tratamiento previo con otros medicamentos anticancerígenos inmunoestimuladores.

Trastornos pericárdicos inmunomediados

Se han observado con atezolizumab trastornos pericárdicos, incluyendo pericarditis, derrame pericárdico y taponamiento cardíaco, algunos de los cuales tuvieron un desenlace mortal (*véase Reacciones adversas*). Se debe vigilar a los pacientes para detectar signos y síntomas clínicos de trastornos pericárdicos.

En caso de sospecha de pericarditis de grado 1, se debe interrumpir el tratamiento con atezolizumab e iniciar rápidamente una consulta cardiológica con pruebas diagnósticas de acuerdo con las directrices clínicas vigentes. En caso de sospecha de trastornos pericárdicos de grado ≥ 2 , se debe interrumpir el tratamiento con atezolizumab, iniciar inmediatamente el tratamiento con corticosteroides sistémicos en una dosis de 1 a 2 mg/kg de peso corporal/día de prednisona o equivalente e iniciar rápidamente una consulta cardiológica con pruebas diagnósticas de acuerdo con las directrices clínicas actuales. Una vez diagnosticado un evento de trastorno pericárdico, si es un trastorno pericárdico de grado ≥ 2 se debe interrumpir permanentemente el tratamiento con atezolizumab (*véase Posología y formas de administración*).

Linfohistiocitosis hemofagocítica

Se ha notificado linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH), incluidos casos mortales, en pacientes tratados con atezolizumab (*véase Reacciones adversas*). Debe considerarse la LHH cuando la presencia del síndrome de liberación de citosinas es atípica o prolongada. Se debe vigilar a los pacientes para detectar signos y síntomas clínicos de LHH. En caso de sospecha de LHH, se debe interrumpir permanentemente el tratamiento con atezolizumab y remitir a los pacientes a un especialista para su diagnóstico y tratamiento posterior.

Otras reacciones adversas inmunorrelacionadas

Dado el mecanismo de acción de atezolizumab, pueden producirse otras posibles reacciones adversas relacionadas con el sistema inmunitario, incluida la cistitis no infecciosa.

Evaluar todas las sospechas de reacciones adversas relacionadas con el sistema inmunitario para excluir otras causas. Los pacientes deben ser monitorizados para detectar signos y síntomas de reacciones adversas relacionadas con el sistema inmunitario y, en función de la gravedad de la reacción, deben ser tratados con modificaciones en el tratamiento y con corticosteroides, según esté clínicamente indicado (*Véase Posología y formas de administración, Reacciones adversas*).

Reacciones relacionadas con la perfusión

Se han observado reacciones relacionadas con la perfusión (RRP) con atezolizumab (*véase Reacciones adversas*).

Se debe reducir la velocidad de perfusión o interrumpir el tratamiento en pacientes con reacciones relacionadas con la perfusión de Grado 1 o 2. Se debe suspender de forma permanente el tratamiento con atezolizumab en pacientes con reacciones relacionadas con la perfusión de Grado 3 o 4. Los pacientes con reacciones relacionadas con la perfusión de Grado 1 o 2 pueden continuar recibiendo atezolizumab con estrecho seguimiento; pudiéndose considerar la premedicación con antipiréticos y antihistamínicos.

Precauciones específicas de la enfermedad

El uso de atezolizumab en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino en cáncer de pulmón de células no pequeñas no escamoso metastásico

Los médicos deben considerar, antes de iniciar el tratamiento, los riesgos asociados al uso de un régimen de cuatro fármacos, atezolizumab, bevacizumab, paclitaxel y carboplatino (*véase Reacciones adversas*).

Uso de atezolizumab en combinación con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) en cáncer de mama triple negativo

Durante el tratamiento con atezolizumab y paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) se produjo neutropenia y neuropatías periféricas, pudiendo ser reversibles con la interrupción de paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel). Los médicos deben consultar los apartados de precauciones especiales y contraindicaciones de la ficha técnica de paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel).

Uso de atezolizumab en carcinoma urotelial para pacientes no tratados previamente que no son considerados aptos para la terapia con cisplatino

Las características clínicas y factores pronósticos de la población incluida en la Cohorte 1 del estudio IMvigor 210 se consideran similares a las características de los pacientes que en la práctica clínica no son candidatos a cisplatino, y sin embargo son candidatos a combinaciones de quimioterapia basada en carboplatino. No existen datos concluyentes para el subgrupo de pacientes no aptos para tratamiento quimioterápico alguno; por lo tanto, se recomienda utilizar atezolizumab con precaución tras una cuidadosa evaluación individual del balance riesgo/beneficio en estos pacientes.

Uso de atezolizumab en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino

Los pacientes con CPCNP que presentaban infiltración tumoral clara en grandes vasos torácicos o cavitación clara de lesiones pulmonares, detectadas en las pruebas de diagnóstico por imagen, fueron excluidos del estudio clínico pivotal IMpower150 después de que se observaran varios casos de hemorragia pulmonar mortal, que es un factor de riesgo conocido del tratamiento con bevacizumab.

En ausencia de datos, atezolizumab debe ser usado con precaución en estas poblaciones después de una cuidadosa evaluación del balance de los beneficios y los riesgos para el paciente.

Uso de atezolizumab en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino en pacientes EGFR positivo con CPCNP que hayan progresado con erlotinib más bevacizumab

En el estudio IMpower150, no hay datos sobre la eficacia de atezolizumab en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino en pacientes con EGFR positivo que hayan progresado previamente con erlotinib más bevacizumab.

Uso de atezolizumab en combinación con bevacizumab en hepatocarcinoma

Los datos en pacientes con HCC clase B según la escala *Child-Pugh* de enfermedad hepática, tratados con atezolizumab en combinación con bevacizumab, son muy limitados y actualmente no hay datos disponibles de pacientes clase C según la escala de *Child-Pugh*.

Los pacientes tratados con bevacizumab han aumentado el riesgo de hemorragia, en pacientes con HCC tratados con atezolizumab y bevacizumab se notificaron casos graves, incluyendo casos mortales. En pacientes con HCC, el cribado y el tratamiento posterior de las várices esofágicas deben realizarse según la práctica clínica antes de iniciar el tratamiento con la combinación de atezolizumab y bevacizumab. Si está recibiendo tratamiento con la combinación, el tratamiento con Bevacizumab se debe suspender de forma permanente en pacientes que experimentan sangrados con grados 3 o 4. Por favor consultar ficha técnica de bevacizumab.

Durante el tratamiento de atezolizumab en combinación con bevacizumab puede aparecer diabetes mellitus. El médico debe monitorizar los niveles de glucosa en sangre antes de iniciar el tratamiento con atezolizumab en combinación con bevacizumab y de forma periódica durante el tratamiento, según lo clínicamente indicado.

Uso de atezolizumab en monoterapia en primera línea del tratamiento de cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico

Los médicos deben considerar la aparición tardía del efecto de atezolizumab antes de iniciar el tratamiento en primera línea con monoterapia en pacientes con CPCNP. Se observó un mayor número de muertes dentro de los 2,5 meses posteriores a la aleatorización seguida de un beneficio de la supervivencia a largo plazo con atezolizumab en comparación con la quimioterapia.

No se pudieron identificar factor(es) específico(s) asociado(s) con muertes prematuras (*véase Propiedades farmacodinámicas*).

Pacientes excluidos de los ensayos clínicos

Los pacientes con las siguientes condiciones fueron excluidos de los ensayos clínicos: antecedentes de enfermedad autoinmune, antecedentes de neumonitis, metástasis cerebrales activas, VIH, infecciones por hepatitis B o hepatitis C (en pacientes sin HCC), enfermedad cardiovascular significativa y pacientes con una hematología inadecuada o con una función alterada de órgano. Los pacientes que habían recibido una vacuna viva atenuada, dentro de los 28 días previos a la entrada en el estudio; agentes inmunoestimuladores sistémicos dentro de las 4 semanas previas a la entrada en el estudio o medicamentos inmunosupresores sistémicos dentro de las 2 semanas previas a la entrada en el estudio, tratamiento con antibióticos orales o IV en las dos semanas previas al inicio del estudio.

Tarjeta de información para el paciente

El prescriptor debe discutir el riesgo del tratamiento con Tecentriq con el paciente. Al paciente se le facilitará la tarjeta de información para el paciente y se le indicará que lleve la tarjeta en todo momento.

Fertilidad, embarazo y lactancia

Mujeres en edad fértil

Las mujeres en edad fértil tienen que utilizar métodos anticonceptivos efectivos durante y 5 meses después de haber finalizado el tratamiento con atezolizumab.

Embarazo

No hay datos relativos al uso de atezolizumab en mujeres embarazadas. No se realizaron estudios sobre el desarrollo y la reproducción con atezolizumab. Los estudios en animales demostraron que la inhibición de la vía PD-L1/PD-1 en modelos de gestación murinos puede conducir al rechazo inmune del feto en desarrollo, resultando en la muerte fetal (*véase Datos preclínicos sobre seguridad*). Estos resultados indican un riesgo potencial, de acuerdo a su mecanismo de acción, de que la administración de atezolizumab durante el embarazo pudiera causar daño fetal, incluido aumento de las tasas de abortos o de fetos nacidos muertos.

Se sabe que las inmunoglobulinas humanas G1 (IgG1) atraviesan la barrera placentaria y atezolizumab es una IgG1; por lo tanto, atezolizumab tiene el potencial de transmitirse de la madre al feto en desarrollo.

Atezolizumab no se debe usar durante el embarazo a menos que el estado clínico de la mujer precise tratamiento con atezolizumab.

Lactancia

Se desconoce si atezolizumab se excreta en la leche materna. Atezolizumab es un anticuerpo monoclonal y se espera que esté presente en la leche de los primeros días y en bajos niveles después. No se puede excluir el riesgo en los recién nacidos/lactantes. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento con Tecentriq, tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre.

Fertilidad

No se dispone de datos clínicos relativos a los posibles efectos de atezolizumab sobre la fertilidad. No se han realizado estudios de toxicidad reproductiva y de desarrollo con atezolizumab; sin embargo, de acuerdo al estudio de toxicidad de dosis repetida de 26 semanas, atezolizumab tuvo un efecto en los ciclos menstruales a un AUC estimado de aproximadamente 6 veces el AUC de pacientes que reciben la dosis recomendada y resultó reversible (*véase Datos preclínicos sobre seguridad*). No hubo efectos en los órganos reproductores masculinos.

Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

La influencia de Tecentriq sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña. A los pacientes que experimenten fatiga, se les debe aconsejar que no conduzcan ni utilicen máquinas hasta que los síntomas disminuyan (*Véase Reacciones adversas*).

Interacciones

Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

No se han realizado estudios formales de interacciones medicamentosas farmacocinéticas con atezolizumab. Como atezolizumab se elimina de la circulación mediante catabolismo, no se esperan interacciones metabólicas medicamentosas.

Se debe evitar el uso de corticoesteroides sistémicos o de inmunosupresores antes de comenzar el tratamiento con atezolizumab, debido a su posible interferencia con la actividad farmacodinámica y la eficacia de atezolizumab. Sin embargo, se pueden utilizar corticoesteroides sistémicos u otros inmunosupresores para tratar las reacciones adversas inmunorrelacionadas, después de comenzar el tratamiento con atezolizumab (*véase Precauciones y advertencias*).

Reacciones adversas

Resumen del perfil de seguridad

La seguridad de atezolizumab en monoterapia se basa en datos agrupados en 4.349 pacientes con tumores de varios tipos. Las reacciones adversas más frecuentes (> 10%) fueron fatiga (30,1 %), disminución del apetito (21,3 %), náuseas (20,0 %), pirexia (19,3%), erupción cutánea (19,0 %), tos (18,6 %), diarrea (18,0 %), disnea (17,2 %), , dolor de espalda (12,8 %), astenia (13,2 %), vómitos (12,5 %), prurito (13,5%), artralgia (16,7 %), infección del tracto urinario (11,5 %) y cefalea (10,3 %).

La seguridad de atezolizumab administrado en combinación con otros medicamentos, se ha evaluado en 4.371 pacientes con tumores de varios tipos. Las reacciones adversas más frecuentes (≥ 20 %) fueron anemia (36,8 %), neutropenia (35,8 %), náuseas (34,4 %), fatiga (33,0 %), trombocitopenia (27,7 %), diarrea (27,1 %), erupción cutánea (27,0 %), alopecia (26,4 %), estreñimiento (25,7 %) disminución del apetito (25,0 %) y neuropatía periférica (23,0 %).

La seguridad de atezolizumab administrado en combinación con otros medicamentos, se ha evaluado en 4.535 pacientes con tumores de varios tipos. Las reacciones adversas más frecuentes (≥ 20 %) fueron anemia (36,8 %), neutropenia (36,6 %), náuseas (35,5 %), fatiga (33,1 %), alopecia (28,1 %), erupción cutánea (27,8%), diarrea (27,6 %), trombocitopenia (27,1 %), estreñimiento (25,8 %) disminución del apetito (24,7 %) y neuropatía periférica (24,4 %).

El uso de atezolizumab en el entorno adyuvante de CPCNP

El perfil de seguridad de atezolizumab en el entorno adyuvante de cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPNCP) en la población del estudio (IMpower010) fue en general consistente con el perfil de seguridad global de monoterapia en el contexto avanzado. No obstante, la incidencia de reacciones adversas inmunorrelacionadas de atezolizumab en el IMpower010 fue de 51,7 % comparado con 38,4 % del grupo de población en monoterapia dentro del entorno de enfermedad avanzada. No se identificaron nuevas reacciones adversas inmunorrelacionadas en el entorno adyuvante.

Uso de atezolizumab en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino

En el estudio de primera línea de CPCNP (IMpower150), se observó una mayor frecuencia general de eventos adversos en el régimen de los cuatro fármacos atezolizumab, bevacizumab, paclitaxel y carboplatino en comparación con atezolizumab, paclitaxel y carboplatino, incluyendo los eventos de Grado 3 y 4 (63,6 % en comparación con 57,5 %), eventos de Grado 5 (6,1 % en comparación con 2,5 %), eventos adversos de especial interés para atezolizumab (52,4 % en comparación con 48,0 %), así como eventos adversos que llevaron a la retirada de cualquiera de los tratamientos del estudio (33,8 % en comparación con 13,3 %). Náuseas, diarrea, estomatitis, fatiga, pirexia, inflamación de la mucosa, disminución del apetito, disminución de peso, hipertensión y proteinuria fueron más notorias (diferencia >5 %) en pacientes que recibieron atezolizumab en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino. Otros eventos adversos clínicamente significativos que se observaron con mayor frecuencia en el brazo de atezolizumab, bevacizumab, paclitaxel y carboplatino fueron epistaxis, hemoptisis, accidente cerebrovascular, incluidos eventos mortales.

Para más detalles de las reacciones adversas graves (*véase Precauciones y advertencias*).

Tabla de reacciones adversas

Las reacciones adversas a medicamentos (RAMs) se enumeran según la clasificación por órganos y sistemas de MedDRA y por categoría de frecuencia en la Tabla 3 para atezolizumab administrado en monoterapia o en tratamiento combinado. Las reacciones adversas conocidas con atezolizumab o con quimioterapias cuando son administradas solas, pueden ocurrir también durante el tratamiento con estos medicamentos administrados en combinación, incluso si estas reacciones no han sido notificadas en los ensayos clínicos del tratamiento combinado. Se han utilizado las siguientes categorías de frecuencia: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$), muy raras ($< 1/10.000$), desconocidas (no se pueden estimar con los datos disponibles). Dentro de cada grupo de frecuencia, se presentan las reacciones adversas en orden decreciente de gravedad.

Tabla 3: Tabla de las reacciones adversas ocurridas en pacientes tratados con atezolizumab

Atezolizumab en monoterapia		Atezolizumab en tratamiento combinado
Infecciones e Infestaciones		
Muy frecuente	Infecciones del tracto urinario ^a	Infección pulmonar ^b
Frecuente		sepsis ^{aj}
Trastornos de la sangre y del sistema linfático		
Muy frecuente		Anemia, trombocitopenia ^d , neutropenia ^e , leucopenia ^f
Frecuente	Trombocitopenia ^d	Linfopenia ^g
Raro	Linfohistiocitosis, hemofagocítica	Linfohistiocitosis hemofagocítica
Trastornos del sistema inmunológico		
Frecuentes	Reacciones relacionadas con la perfusión ^h	Reacciones relacionadas con la perfusión ^h
Trastornos endocrinos		
Muy frecuente		Hipotiroidismo ⁱ
Frecuente	Hipotiroidismo ⁱ , hipertiroidismo ^j	Hipertiroidismo ^j
Poco frecuente	Diabetes mellitus ^k , insuficiencia suprarrenal ^l	
Raro	Hipofisitis ^m	
Trastornos del metabolismo y de la nutrición		
Muy frecuente	Disminución del apetito	Disminución del apetito
Frecuente	Hipopotasemia ^{ae} , hiponatremia ^{af} , hiperglucemia	Hipopotasemia ^{ae} , hiponatremia ^{af} , hipomagnesemia ⁿ
Trastornos del sistema nervioso		
Muy frecuente	Cefalea	Neuropatía periférica ^o , cefalea
Frecuente		Síncope, mareo
Poco frecuente	Síndrome de Guillain-Barré ^p , meningoencefalitis ^q	
Raro	Síndrome miasténico ^r	
Trastornos oculares		
Raro	Uveítis	
Trastornos cardíacos		
Raro	Miocarditis ^s	
Frecuente	Trastornos pericárdicos ^{ao}	
Poco frecuente		Trastornos pericárdicos ^{ao}
Trastornos vasculares		
Muy frecuente		Hipertensión ^{ai}
Frecuente	Hipotensión	
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos		
Muy frecuente	Tos, disnea	Disnea, tos, rinofaringitis ^{am}
Frecuente	Neumonitis ^t , hipoxia ^{ag} , rinofaringitis ^{am}	Disfonía

Tabla 3: Tabla de las reacciones adversas ocurridas en pacientes tratados con atezolizumab

Atezolizumab en monoterapia		Atezolizumab en tratamiento combinado
Trastornos gastrointestinales		
Muy frecuente	Náusea, vómitos, diarrea ^u	Nausea, diarrea ^u , estreñimiento, vómitos
Frecuente	Dolor abdominal, colitis ^v , disfagia, dolor orofaríngeo ^w	Estomatitis, disgeusia
Poco frecuente	Pancreatitis ^x	
Trastornos hepato biliares		
Frecuente	Elevación de AST, elevación de ALT, hepatitis ^y	Elevación de AST, elevación de ALT
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo		
Muy frecuente	Erupción cutánea ^z , prurito	Erupción cutánea ^z , prurito, alopecia ^{ah}
Frecuentes	Sequedad de piel	
Poco frecuente	Reacciones cutáneas adversas graves ^{ak} , psoriasis ^{an}	Reacciones cutáneas adversas graves ^{ak} , psoriasis ^{an}
Raro	Penfigoide	Penfigoide
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo		
Muy frecuente	Artralgia, dolor de espalda,	Artralgia, dolor musculoesquelético ^{aa} , dolor de espalda
Frecuente	Dolor musculoesquelético ^{aa}	
Poco frecuente	Miositis ^{ab}	
Trastornos renales y urinarios		
Frecuente	Aumento de creatinina en sangre ^c	Proteinuria ^{ac} , Aumento de creatinina en sangre ^c
Poco frecuente	Nefritis ^{ad}	
Desconocidos	Cistitis no infecciosa ^{al}	
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		
Muy frecuente	Pirexia, fatiga, astenia	Pirexia, fatiga, astenia, edema periférico
Frecuente	Enfermedad de tipo gripal, escalofríos	
Análisis		
Frecuente		Aumento de la fosfatasa alcalina en sangre

^a Incluye notificaciones de infección del tracto urinario, cistitis, pielonefritis, infección del tracto urinario por escherichia, infección bacteriana del tracto urinario, infección renal, pielonefritis aguda, pielonefritis crónica, pielitis, absceso renal, infección estreptocócica del tracto urinario, uretritis, infección fúngica del tracto urinario, infección del tracto urinario por pseudomona.

^b Incluye notificaciones de neumonía, bronquitis, infección del tracto respiratorio bajo, exacerbación infecciosa de la EPOC, derrame pleural infeccioso, traqueobronquitis, neumonía atípica, absceso pulmonar, neumonía paraneoplásica, pnoneumotórax, infección de la pleura.

^c Incluye notificaciones de aumento de creatinina en sangre, hipercreatininemia.

^d Incluye notificaciones de trombocitopenia y recuento de plaquetas disminuido.

^e Incluye notificaciones de neutropenia, recuento de neutrófilos disminuido, neutropenia febril, sepsis neutropénica y granulocitopenia.

- ^f Incluye notificaciones de recuento de glóbulos blancos disminuido, leucopenia.
- ^g Incluye notificaciones de linfopenia, recuento de linfocitos disminuido.
- ^h Incluye notificaciones de reacciones relacionadas con la perfusión, síndrome de liberación de citoquinas, hipersensibilidad, anafilaxis.
- ⁱ Incluye notificaciones de hipotiroidismo autoinmune, tiroiditis autoinmune, hormona estimulante de la tiroides anormal en sangre, hormona estimulante de la tiroides disminuida en sangre, hormona estimulante de la tiroides aumentada en sangre, síndrome del enfermo eutiroideo, bocio, hipotiroidismo, hipotiroidismo inmunorrelacionado, mixedema, coma mixedematoso, trastorno tiroideo, prueba de función tiroidea anormal, tiroiditis, tiroiditis aguda, tiroxina disminuida, tiroxina libre disminuida, tiroxina libre aumentada, tiroxina aumentada, triyodotironina disminuida, triyodotironina libre anormal, triyodotironina libre disminuida, triyodotironina libre aumentada, tiroiditis silente, tiroiditis crónica.
- ^j Incluye notificaciones de hipertiroidismo, enfermedad de Basedow, oftalmopatía endocrina, exoftalmos.
- ^k Incluye notificaciones de diabetes mellitus, diabetes mellitus tipo 1, cetoacidosis diabética, cetoacidosis.
- ^l Incluye notificaciones de insuficiencia suprarrenal, deficiencia de glucocorticoides, e insuficiencia suprarrenal primaria.
- ^m Incluye notificaciones de hipofisitis y trastorno de la regulación de la temperatura.
- ⁿ Incluye notificaciones de hipomagnesemia, disminución de magnesio en sangre.
- ^o Incluye notificaciones de neuropatía periférica, neuropatía autoinmune, neuropatía sensorial periférica, polineuropatía, herpes zóster, neuropatía motora periférica, amiotrofia neurálgica, neuropatía sensoriomotora periférica, neuropatía tóxica, neuropatía axonal, plexopatía lumbosacra, artropatía neuropática, infección de nervio periférico.
- ^p Incluye notificaciones del síndrome de Guillain-Barré y de polineuropatía desmielinizante.
- ^q Incluye notificaciones de encefalitis, meningitis y fotofobia.
- ^r Incluye notificaciones de miastenia gravis.
- ^s Incluye notificaciones de miocarditis autoinmune.
- ^t Incluye notificaciones de neumonitis, infiltración pulmonar, bronquiolitis, neumonitis inmunorrelacionada, enfermedad pulmonar intersticial, opacidad pulmonar, toxicidad pulmonar, neumonitis por irradiación.
- ^u Incluye notificaciones de diarrea, urgencia defecatoria, deposiciones frecuentes, diarrea hemorrágica, hipermotilidad gastrointestinal.
- ^v Incluye notificaciones de colitis, colitis autoinmune, colitis isquémica, colitis microscópica, colitis ulcerosa, enterocolitis inmunorrelacionada.
- ^w Incluye notificaciones de dolor orofaríngeo, molestia orofaríngea, irritación de garganta.
- ^x Incluye notificaciones de pancreatitis autoinmune, pancreatitis, pancreatitis aguda, lipasa elevada, amilasa elevada.
- ^y Incluye notificaciones de ascitis, hepatitis autoinmune, lesión hepatocelular, hepatitis, hepatitis aguda, hepatotoxicidad, insuficiencia hepática, lesión hepática inducida por fármacos, fallo hepático, estenosis hepática, lesión hepática, varices esofágicas hemorrágicas, varices esofágicas.
- ^z Incluye notificaciones de acné, acné pustular, ampollas, ampollas con sangre, dermatitis, dermatitis acneiforme, dermatitis alérgica, dermatitis exfoliativa, erupción por medicamentos, eczema, eczema infectado, eritema, eritema de los párpados, erupción en los párpados, erupción fija, foliculitis, forúnculo, dermatitis en las manos, ampollas en los labios, ampollas con sangre orales, síndrome de eritrodisestesia palmo plantar, erupción, erupción eritematosa, erupción folicular, erupción generalizada, erupción macular, erupción maculopapular, erupción papular, erupción papuloescamosa, erupción prurítica, erupción pustular, erupción vesicular, dermatitis escrotal, dermatitis seborreica, exfoliación de la piel, toxicidad en la piel, úlceras cutáneas.
- ^{aa} Incluye la notificación de dolor musculoesquelético, mialgia, dolor de huesos.
- ^{ab} Incluye notificaciones de miositis, rabdomiolitis, polimialgia reumática, dermatomiositis, absceso muscular, mioglobina en orina.
- ^{ac} Incluye notificaciones de proteinuria, presencia de proteína en orina, hemoglobinuria, orina anómala, síndrome nefrótico, albuminuria.
- ^{ad} Incluye notificaciones de nefritis autoinmune, nefritis, nefritis por Púrpura de Schonlein-Henoch, glomerulonefritis paraneoplásica, nefritis tubulointersticial.
- ^{ae} Incluye notificaciones de hipocalcemia, potasio en sangre disminuido.
- ^{af} Incluye notificaciones de hiponatremia, sodio en sangre disminuido.
- ^{ag} Incluye notificaciones de hipoxia, saturación de oxígeno disminuida, pO₂ disminuida.

^{ah} Incluye notificaciones de alopecia, madarosis, alopecia areata, alopecia total, hipotricosis.

^{ai} Incluye notificaciones de hipertensión, aumento en la presión arterial, crisis hipertensiva, aumento en la presión sistólica, hipertensión diastólica, presión sanguínea no controlada, retinopatía hipertensiva, neuropatía hipertensiva, hipertensión esencial.

^{aj} Incluye notificaciones de sepsis, shock séptico, urosepsis, sepsis neutropénica, sepsis pulmonar, sepsis bacteriana, sepsis por *Klebsiella*, sepsis abdominal, sepsis por *Candida*, sepsis por *Escherichia*, sepsis pseudomónica, sepsis estafilocócica.

^{ak} Incluye notificaciones de dermatitis bulbosa, erupción exfoliativa, eritema multiforme, dermatitis exfoliativa generalizada, erupción cutánea tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, reacción por sensibilidad a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos, necrólisis epidérmica tóxica, vasculitis cutánea.

^{al} Incluye informes sobre cistitis no infecciosa y cistitis inmunomediada.

^{am} Incluye notificaciones de nasofaringitis, congestión nasal y rinorrea.

^{an} Incluye notificaciones de psoriasis, dermatitis psoriásica, psoriasis en gota.

Descripción de reacciones adversas seleccionadas

Los siguientes datos reflejan la información sobre las reacciones adversas significativas con atezolizumab en monoterapia en estudios clínicos (*véase Propiedades farmacodinámicas*). Los detalles de las reacciones adversas significativas con atezolizumab administrado en combinación se presentan cuando se detectaron diferencias clínicamente relevantes en comparación con atezolizumab en monoterapia. Las directrices de manejo para estas reacciones adversas se describen en las secciones *Posología y formas de Administración* y *Advertencias y Precauciones especiales de empleo*.

Neumonitis inmunorrelacionada

Se produjo neumonitis en el 3,0 % (130/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. De los 130 pacientes, uno experimentó un acontecimiento mortal. La mediana de tiempo de aparición fue de 4,0 meses (rango: 3 días a 29,8 meses). La mediana de duración fue de 1,6 meses (rango: 1 día a 27,8+ meses; + como valor censurado). La neumonitis provocó la suspensión de atezolizumab en 29 (0,7 %) pacientes. La neumonitis que precisó del uso de corticoesteroides se produjo en 1,7% (76/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia.

Hepatitis inmunorrelacionada

Se produjo hepatitis en 1,7 % (75/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. De los 75 pacientes, dos experimentaron un acontecimiento mortal. La mediana de tiempo de aparición fue de 1,6 meses (rango: 7 días a 18,8 meses). La mediana de duración fue de 2,1 meses (rango: 1 día a 22.0 + meses; + como valor censurado). La hepatitis provocó la suspensión de atezolizumab en 13 (0,3 %) pacientes. La hepatitis que precisó del uso de corticoesteroides se produjo en 0,5 % (22/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia.

Colitis inmunorrelacionada

Se produjo colitis en 1,1 % (50/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo de aparición fue de 5,1 meses (rango: 15 días a 17,2 meses). La mediana de duración fue de 1,2 meses (rango: 1 días a 35,9+ meses; + como valor censurado). La colitis provocó la suspensión de atezolizumab en 17 (0,4 %) pacientes. La colitis que precisó del uso de corticoesteroides se produjo en 0,6 % (24/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia.

Endocrinopatías inmunorrelacionadas

Trastornos tiroideos

Se produjo hipotiroidismo en 7,6 % (331/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo de aparición fue de 4,3 meses (rango: 1 día a 34,5 meses). Se produjo hipertiroidismo en 17,4 % (86/495) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo de aparición fue de 4 meses (rango: 22 días a 11,8 meses).

Se produjo hipertiroidismo en 2,1 % (93/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo de aparición fue de 2,6 meses (rango: 1 día a 24,3 meses).

Se produjo hipertiroidismo en 6,5% (32/495) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia en el entorno adyuvante de CPCNP . La mediana de tiempo de aparición fue de 2,8 meses (rango: 1 día a 9,9 meses).

Insuficiencia suprarrenal

Se produjo insuficiencia suprarrenal en 0,5 % (21/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo de aparición fue de 6,1 meses (rango: 2 día a 21,4 meses). La insuficiencia suprarrenal provocó la suspensión de atezolizumab en 5 (0,1 %) pacientes. La insuficiencia suprarrenal que precisó del uso de corticoesteroides se produjo en el 0,4 % (17/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia.

Hipofisitis

Se produjo hipofisitis en <0,1 % (4/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo de aparición fue de 6,1 meses (rango: 23 días a 13,7 meses). Dos pacientes (<0,1 %) precisaron del uso de corticoesteroides y se suspendió el tratamiento con atezolizumab en 1 de los pacientes (<0,1 %).

Se produjo hipofisitis en 0,8 % (3/393) de los pacientes que recibieron atezolizumab con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino. La mediana del tiempo de aparición fue de 7,7 meses (rango: 5,0 a 8,8 meses). Dos pacientes precisaron del uso de corticoesteroides.

Se produjo hipofisitis en 0,4 % (2/473) de los pacientes que recibieron atezolizumab en combinación con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino. La mediana del tiempo de aparición fue de 5,2 meses (rango: 5,1 a 5,3 meses). Ambos pacientes precisaron del uso de corticoesteroides.

Diabetes mellitus

Se produjo diabetes mellitus en 0,5 % (20/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo hasta aparición fue 5,5 meses (rango: 4 días a 29,0 meses). La diabetes mellitus llevó a la suspensión del tratamiento con atezolizumab en < 0,1 % (3/4.349) pacientes.

Se produjo diabetes mellitus en 2,0 % (10/493) de los pacientes con HCC que recibieron atezolizumab en combinación con bevacizumab. La mediana de tiempo hasta aparición fue 4,4 meses (rango: 1,2 meses a 8,3 meses). Ningún evento de diabetes mellitus llevo a discontinuar el tratamiento con atezolizumab.

Meningoencefalitis inmunorrelacionada

Se produjo meningoencefalitis en 0,4 % (184/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana del tiempo de aparición fue de 16 días (rango: 1 día a 12,5 meses). La mediana de duración fue de 22 días (rango: 6 días a 14,5+ meses; + como valor censurado).

Se produjo meningoencefalitis que precisó del uso de corticoesteroides en 0,2 % (10/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab y ocho (0,2 %) pacientes suspendieron atezolizumab.

Neuropatías inmunorrelacionadas

Se produjo el síndrome de Guillain-Barré y la polineuropatía desmielinizante en el 0,1 % (6/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo de aparición fue de 4,1 meses (rango: 17 días a 8,1 meses). La mediana de duración fue de 8,0 meses (rango: 19 días a 24,5+ meses; + como valor censurado).

El síndrome de Guillain-Barré condujo a la suspensión de atezolizumab en 1 paciente (<0,1 %). El síndrome de Guillain-Barré que precisó del uso de corticoesteroides se produjo en <0,1 % (3/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia.

Síndrome miasténico

Se produjo miastenia gravis en <0,1 % (1/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. El tiempo de aparición fue de 1,2 meses.

Pancreatitis inmunorrelacionada

Se produjo pancreatitis, incluida la elevación de amilasas y lipasas, en el 0,7 % (32/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo de aparición fue de 5,5 meses (rango: 1 día a 24,8 meses). La mediana de duración fue de 24 días (rango: 3 días a 22,4+ meses; + como valor censurado). La pancreatitis condujo a la suspensión de atezolizumab en 3 (<0,1 %) pacientes. La pancreatitis que precisó del uso de corticoesteroides se produjo en 0,1 % (5/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia.

Miocarditis inmunorrelacionada

Se produjo miocarditis en <0,1 % (3/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. De los 3 pacientes, uno experimentó un acontecimiento fatal en el entorno adyuvante de CPNCP . La mediana del tiempo de aparición fue de 2,1 meses (rango: 1,5 a 4,9 meses). La media de duración fue de 14 días (rango 14 días a 2,8 meses). La miocarditis condujo a la suspensión de atezolizumab en 2 pacientes (<0,1 %). Dos pacientes (<0,1 %) requirieron el uso de corticosteroides.

Nefritis inmunorrelacionada

Se produjo nefritis en 0,2 % (10/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab. La mediana del tiempo de aparición fue de 5,0 meses (rango: 2 días a 17,5 meses). La nefritis condujo a la suspensión de atezolizumab en 5 (0,1 %) de los pacientes. Cuatro (<0,1 %) pacientes precisaron del uso de corticoesteroides.

Miositis inmunorrelacionada

Se produjo miositis en 0,5 % (20/4.349) de los pacientes que recibieron atezolizumab en monoterapia. La mediana de tiempo de aparición fue de 3,3 meses (rango: 12 días a 11,0 meses). La mediana de duración fue de 5,7 meses (rango: 2 días a 36,9+ meses; + como valor censurado). La miositis condujo a la suspensión de atezolizumab en 2 (<0,1 %) paciente. Siete pacientes (0,2 %) tuvieron que ser tratados con corticoesteroides.

Reacciones adversas cutáneas severas relacionadas con el sistema inmunitario

Se produjeron reacciones adversas cutáneas graves (SCARs) en el 0,6 % (28/4.349) de pacientes que recibieron atezolizumab como monoterapia. De los 28 pacientes, uno sufrió un evento mortal. La mediana de tiempo hasta la aparición de estas reacciones fue de 5,2 meses (rango: 4 días a 15,5 meses). La mediana de duración fue de 2,4 meses (rango: 1 día a 37,5 + meses;+ denota un valor censurado). Las reacciones cutáneas graves condujeron a la suspensión definitiva de atezolizumab en 3 (<0,1 %) de los pacientes. El requerimiento de usar corticoesteroides sistémicos por SCARs ocurrió en el 0,2% (9/4.349) de los pacientes recibiendo atezolizumab en monoterapia.

Trastornos pericárdicos inmunomediados

Se produjeron trastornos pericárdicos en el 1,1 % (47/4.349) de los pacientes que recibieron Tecentriq en monoterapia. La mediana del tiempo transcurrido hasta su aparición fue de 1,4 meses (rango: de 6 días a 17,5 meses). La mediana de la duración fue de 1,4 meses (rango: de 0 a 19,3+ meses; + indica un valor censurado). Los trastornos pericárdicos motivaron la suspensión de Tecentriq en 3 (< 0,1 %) pacientes. Se produjeron trastornos pericárdicos que precisaron el uso de corticoesteroides en el 0,2 % (7/4.349) de los pacientes.

Inmunogenicidad

A lo largo de múltiples estudios de fase II y III, del 13,1% al 54,1% de los pacientes desarrollaron anticuerpos anti-atezolizumab (AAFs) surgidos durante el tratamiento. Los pacientes que desarrollaron AAFs durante el tratamiento, presentaban en general peores características basales relacionadas con su salud y su enfermedad.

Estos desequilibrios en las características basales pueden confundir la interpretación de los análisis farmacocinéticos (PK), de eficacia y de seguridad. Se realizaron análisis exploratorios ajustando los desequilibrios en las características basales de salud y enfermedad para evaluar el efecto de los AAFs en la eficacia. Estos análisis no excluyeron la posible disminución del beneficio de la eficacia en los pacientes que desarrollaron AAFs en comparación con los pacientes que no los desarrollaron. La mediana del tiempo transcurrido hasta la aparición de AAFs osciló entre (o en un rango de) 3 y 5 semanas.

En el pool de pacientes tratados con atezolizumab en monoterapia (N=3.460) y en el de pacientes tratados en combinación (N=2.285), se han observado las siguientes tasas de Efectos Adversos (EAs) para la población con AAFs positivos comparado con la población de AAFs negativos, respectivamente: Pacientes tratados en monoterapia Grado 3-4 EAs 46,2 % vs 39,4 %, Efectos Adversos Graves (SAEs por sus siglas en inglés) 39,6 vs 33,3 %. EAs que conducen a la retirada del tratamiento 8,5 % vs 7,8 % (para monoterapia), Grado 3-4 EAs 63,9 % vs 60,9 %, Efectos Adversos Graves (SAEs por sus siglas en inglés) 43,9 % vs 35,6 %, EAs que conducen a la retirada del tratamiento 22,8 % vs 18,4 %. Sin embargo, los datos disponibles, no permiten sacar conclusiones firmes sobre los posibles patrones de efectos adversos.

Población pediátrica

No ha sido establecida la seguridad de atezolizumab en niños y adolescentes. No se observaron nuevas señales de seguridad en un estudio clínico con 69 pacientes pediátricos (<18 años) y el perfil de seguridad fue comparable al de los adultos.

Pacientes de edad avanzada

En general no se observaron diferencias en seguridad entre pacientes ≥ 65 años de edad y pacientes más jóvenes recibiendo atezolizumab en monoterapia. En el estudio Impower150, la edad ≥ 65 años fue asociada con un aumento del riesgo de sufrir acontecimientos adversos en pacientes que recibían atezolizumab en combinación con bevacizumab, carboplatino y paclitaxel.

En los estudios IMpower150, IMpower133 e IMpower110, los datos en pacientes ≥ 75 años son muy limitados para extraer conclusiones en esta población.

Comunicación de reportes de reacciones adversas

Es importante comunicar las presuntas reacciones adversas después de la autorización del medicamento. Esto permite la monitorización continua de la relación riesgo/beneficio. Se solicita a los profesionales de la salud informar sobre cualquier sospecha de eventos adversos asociados con el uso de Tecentriq® al Área de Farmacovigilancia de Roche al siguiente teléfono 0800-77-ROCHE (76243) o escribiendo a argentina.safety@roche.com.

En forma alternativa, esta información puede ser reportada ante ANMAT.

***“Ante cualquier inconveniente con el producto,
el paciente puede llenar la ficha que está en la Página Web de la ANMAT:
<https://www.argentina.gob.ar/anmat/farmacovigilancia/notificanos>
o llamar a ANMAT responde al 0800-333-1234”***

Características farmacológicas - Propiedades

Código ATC: L01FF05.

Grupo farmacoterapéutico: Agentes antineoplásicos, anticuerpos monoclonales.

Propiedades farmacodinámicas

Mecanismo de acción

El ligando 1 de muerte celular programada (PD-L1) puede expresarse en las células tumorales y/o en las células inmunes infiltrantes de tumor, y puede contribuir a la inhibición de la respuesta inmune antitumoral en el microambiente tumoral. La unión de PD-L1 a los receptores PD-1 y B7.1 que se encuentran en las células T y las células presentadoras de antígenos suprime la actividad citotóxica de las células T, la proliferación de células T y la producción de citocinas.

Atezolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo inmunoglobulina G1 (IgG1), Fc-modificado, que se une directamente a PD-L1 y proporciona un bloqueo doble de los receptores PD-1 y B7.1, generando la inhibición mediada por PD-L1/PD-1 de la respuesta inmune, incluyendo la reactivación de la respuesta inmune antitumoral sin inducir la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpo. Atezolizumab promueve la interacción PD-L2/PD-1 permitiendo que persistan las señales inhibitorias mediadas por PD- L2/PD-1.

Eficacia clínica y seguridad

Carcinoma urotelial

IMvigor211 (GO29294): Ensayo clínico aleatorizado en pacientes con CU localmente avanzado o metastásico que han sido previamente tratados con quimioterapia

Ensayo clínico fase III, (IMvigor211), abierto, multicéntrico, internacional, aleatorizado, que fue realizado para evaluar la eficacia y seguridad de atezolizumab en comparación con quimioterapia (vinflunina, docetaxel o paclitaxel a criterio del investigador) en pacientes con CU localmente avanzado o metastásico en progresión durante o tras un régimen que contuviera platino. Este estudio excluyó a los pacientes con antecedentes de enfermedad autoinmune; metástasis cerebrales activas o dependientes de la administración de corticoesteroides; administración de una vacuna viva, atenuada dentro de los 28 días previos a su entrada en el estudio; administración de agentes inmunoestimuladores sistémicos dentro de las 4 semanas previas a su entrada en el estudio o medicamentos inmunosupresores sistémicos dentro de las 2 semanas previas a su entrada en el estudio.

Las evaluaciones del tumor se realizaron cada 9 semanas durante las primeras 54 semanas, y posteriormente cada 12 semanas. Las muestras de tejido tumoral se evaluaron prospectivamente para la detección de la expresión de PD-L1 en células inmunes infiltrantes de tumor (CI) y los resultados se utilizaron para definir los subgrupos de expresión de PD-L1 en los análisis descritos a continuación.

Se reclutó un total de 931 pacientes. Los pacientes fueron aleatorizados (1:1) a atezolizumab o quimioterapia. La aleatorización se estratificó por quimioterapia (vinflunina vs. taxanos), niveles de expresión de PD-L1 en CI (<5 % vs. ≥5 %), número de factores de riesgo pronósticos (0 vs. 1-3), y metástasis hepáticas (sí vs. no). Los factores de riesgo pronósticos incluyeron el tiempo desde la administración de la quimioterapia previa <3 meses, el estado funcional según el ECOG > 0 y la hemoglobina <10 g/dl.

Atezolizumab se administró a una dosis fija de 1.200 mg por perfusión intravenosa cada 3 semanas. No se permitió la reducción de dosis de atezolizumab. Los pacientes se trataron hasta la pérdida del beneficio clínico evaluada según el criterio del investigador, o hasta toxicidad inaceptable. Se administró vinflunina 320 mg/m² mediante perfusión intravenosa el día 1 de cada ciclo de 3 semanas hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Se administró paclitaxel 175 mg/m² por perfusión intravenosa durante 3 horas el día 1 de cada ciclo de 3 semanas hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Docetaxel se administró 75 mg/m² por perfusión intravenosa el día 1 de cada ciclo de 3 semanas hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Para todos los pacientes tratados, la mediana de duración de tratamiento fue de 2,8 meses para el grupo de atezolizumab; 2,1 meses para los grupos de vinflunina y paclitaxel y 1,6 meses para el grupo de docetaxel.

Las características demográficas y basales de la enfermedad en la población del análisis primario estuvieron bien balanceadas entre los diferentes grupos de tratamiento. La mediana de edad fue de 67 años (rango: 31 a 88), y el 77,1 % de los pacientes eran varones. La mayoría de los pacientes eran blancos (72,1 %), el 53,9 % de los pacientes tratados con quimioterapia recibieron vinflunina, el 71,4% tenían al menos un factor de riesgo pronóstico desfavorable y el 28,8 % tenían metástasis hepáticas al inicio. El 45,6 % de los pacientes presentaron un estado funcional inicial ECOG 0 y el 54,4 % ECOG1. La localización del tumor primario fue la vejiga en el 71,1% mientras que un 25,4 % de los pacientes presentaban carcinoma urotelial del tracto superior. Se incluyeron un 24,2 % de pacientes que habían recibido únicamente tratamiento adyuvante o neoadyuvante previo con una terapia basada en platino a la que progresaron antes de 12 meses.

En el ensayo IMvigor211 la variable principal de eficacia es la sobrevida global (SG). Los objetivos secundarios de eficacia evaluadas por el investigador según el criterio de evaluación para tumores sólidos (RECIST) v1.1 son la tasa de respuesta objetiva (TRO), la sobrevida libre de progresión (SLP) y la duración de la respuesta (DR). La SG se comparó entre el grupo de tratamiento y el grupo control en las poblaciones CI2/3, CI1/2/3, y la población con ITT (Intención de tratar, es decir, en todos los participantes del estudio); estas poblaciones se analizaron utilizando un procedimiento jerárquico de secuencia fija basado en el test de *log-rank* estratificado bilateral 5 % como se indica a continuación: análisis 1) población CI2/3; análisis 2) población CI1/2/3; análisis 3) todos los participantes del estudio independientemente del nivel de expresión de PD-L1.

El resultado de la SG en los análisis 2 y 3 sólo se podrían realizar en el caso de que el primer análisis el resultado de la SG fuese estadísticamente significativo.

La mediana de la sobrevida fue de 17 meses. En el estudio IMvigor211 los análisis primarios no alcanzaron el objetivo principal de SG. En pacientes con carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico previamente tratados, atezolizumab no demostró una mejora en la sobrevida estadísticamente significativa en comparación con la quimioterapia. Siguiendo el procedimiento jerárquico de análisis anteriormente especificado, la población con CI2/3 se analizó primero, con una HR de la SG de 0,87 (IC 95%: 0,63; 1,21; mediana de SG de 11,1 meses vs. 10,6 meses para atezolizumab y quimioterapia respectivamente). El valor p del test *log-rank* estratificado fue de 0,41 y por lo tanto, los resultados se consideraron estadísticamente no significativos en esta población. Como consecuencia, no se pudieron realizar ensayos formales de significación estadística de la SG en la población CI1/2/3 o en todos los participantes del estudio, y los resultados de esos análisis se considerarán exploratorios. Los resultados más importantes de todos los participantes incluidos en el estudio se resumen en la Tabla 4. La curva de Kaplan-Meier de la SG en todos los participantes del estudio se muestra en la Figura 1.

Se realizó una actualización exploratoria del análisis de sobrevida, con una mediana de duración del seguimiento de 34 meses en la población ITT. La mediana de SG fue de 8,6 meses (IC 95 %: 7,8, 9,6) en el grupo de atezolizumab y de 8,0 meses (IC 95 %: 7,2, 8,6) en el grupo de quimioterapia con un *hazard ratio* de 0,82 (IC 95 %: 0,71, 0,94). En consonancia con la tendencia observada en el análisis primario de las tasas de SG a los 12 meses, se observaron tasas de SG numéricamente más altas a los 24 y 30 meses para los pacientes en el grupo de atezolizumab en comparación con el grupo de quimioterapia en la población ITT.

El porcentaje de pacientes vivos a los 24 meses (estimación KM) fue del 12,7 % en el grupo de quimioterapia y del 22,5 % en el grupo de atezolizumab; y a los 30 meses (estimación KM) fue del 9,8 % en el grupo de quimioterapia y del 18,1% en el grupo de atezolizumab.

Tabla 4: Resumen de la eficacia del ensayo (IMvigor211) en todos los participantes del estudio independientemente del nivel de expresión de PD-L1

Variable de eficacia	Atezolizumab (n = 467)	Quimioterapia (n = 464)
Variable principal de eficacia		
SG*		
Número de muertes (%)	324 (69,4 %)	350 (75,4 %)
Mediana de duración hasta los eventos (meses)	8,6	8,0
IC 95%	7,8; 9,6	7,2; 8,6
Hazard ratio estratificada [†] (IC 95%)	0,85 (0,73; 0,99)	
SG a los 12 meses (%)**	39,2 %	32,4 %
Variabes secundaria y exploratoria		
SLP evaluada por el investigador (RECIST v1.1)		
Número de eventos (%)	407 (87,2 %)	410 (88,4 %)
Mediana de duración de SLP (meses)	2,1	4,0
IC 95%	2,1; 2,2	3,4; 4,2
Hazard ratio estratificada (IC 95%)	1,10 (0,95; 1,26)	
TRO evaluada por el investigador (RECIST v1.1)	n = 462	n = 461
Número de respondedores confirmados (%)	62 (13,4 %)	62 (13,4 %)
IC 95%	10,45; 16,87	10,47; 16,91
Número de respuestas completas (%)	16 (3,5 %)	16 (3,5 %)
Número de respuestas parciales (%)	46 (10,0%)	46 (10,0%)
Número de enfermedades estables (%)	92 (19,9%)	162 (35,1%)
DR evaluada por el investigador (RECIST v1.1)	n = 62	n = 62
Mediana en meses ***	21,7	7,4
IC 95%	13,0; 21,7	6,1; 10,3

IC=intervalo de confianza; DR=duración de la respuesta; TRO=tasa de respuesta objetiva; SG=sobrevida global; SLP=sobrevida libre de progresión; RECIST= Criterios de Evaluación de Respuesta en Tumores Sólidos v1.1.

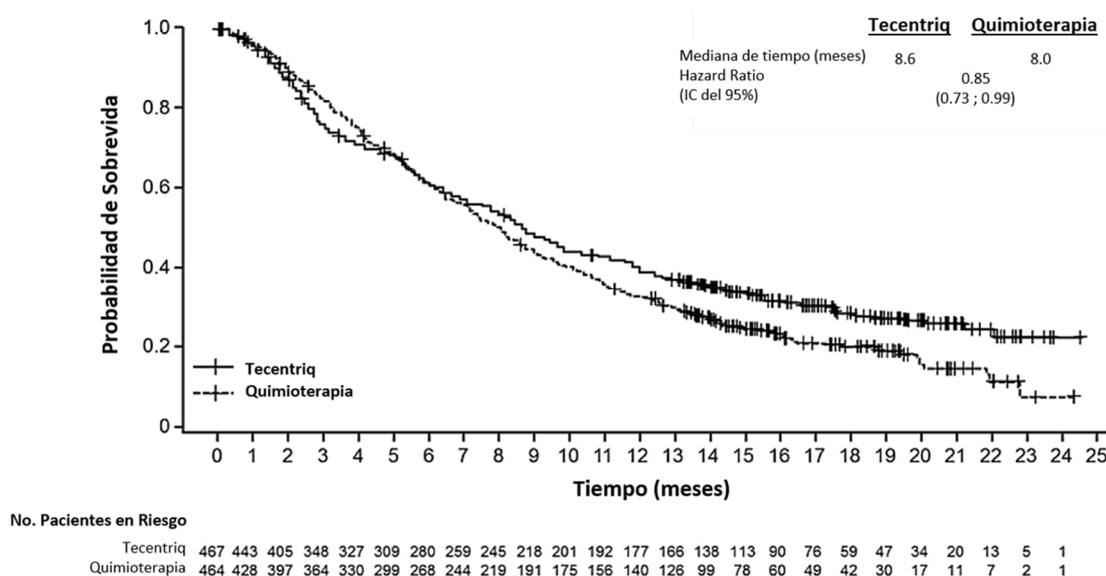
* En el análisis de SG en toda la población basado en el test de *log-rank* estratificado y el resultado que proporciona únicamente con fines descriptivos (p=0,0378); de acuerdo con la jerarquía de análisis preespecificada, el valor de p para el análisis de la SG en todos los sujetos del estudio no puede considerarse estadísticamente significativo.

† Estratificado por quimioterapia (vinflunina vs. taxano), estatus de CI (<5 % vs. ≥5 %), número de factores de riesgo pronósticos (0 vs. 1-3) y metástasis hepáticas (sí vs. no).

** Basado en la estimación de Kaplan-Meier.

*** Las respuestas se mantienen en el 63 % de los respondedores en el grupo de atezolizumab y en el 21 % de los respondedores en el grupo de quimioterapia.

Figura 1: Curva de Kaplan-Meier para la sobrevida global (IMvigor211)



IMvigor210 (GO29293): Ensayo de grupo único en pacientes con carcinoma urotelial que no fueron tratados previamente y que fueron considerados no aptos para la terapia con cisplatino y en pacientes con carcinoma urotelial previamente tratados con quimioterapia

Ensayo clínico fase II, IMvigor210, multicéntrico, internacional, de dos cohortes, con un solo grupo, en pacientes con CU localmente avanzado o metastásico (también conocido como cáncer urotelial de vejiga).

El estudio incluyó un total de 438 pacientes y tuvo dos cohortes de pacientes. La Cohorte 1 incluyó pacientes con CU localmente avanzado o metastásico no tratados previamente, que fueron considerados no aptos para la quimioterapia basada en cisplatino o que tuvieron progresión de la enfermedad al menos 12 meses después del tratamiento con un régimen de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante que contenga platino. La Cohorte 2 incluyó pacientes que recibieron al menos un régimen de quimioterapia basada en platino para el CU localmente avanzado o metastásico o tuvieron progresión de la enfermedad en los 12 meses de tratamiento con un régimen de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante que contenga platino.

En la Cohorte 1, fueron tratados 119 pacientes con atezolizumab 1.200 mg por perfusión intravenosa cada 3 semanas hasta la progresión de la enfermedad. La mediana de edad fue de 73 años. La mayoría de los pacientes fueron hombres (81 %), y la mayoría de los pacientes eran de raza blanca (91 %).

La Cohorte 1, incluyó a 45 pacientes (38 %) con estado funcional ECOG de 0, 50 pacientes (42 %) con estado funcional ECOG de 1, y 24 pacientes (20 %) con estado funcional ECOG de 2, 35 pacientes (29 %) sin factores de riesgo de Bajorin (estado funcional ECOG \geq 2 y metástasis visceral), 66 pacientes (56 %) con un factor de riesgo de Bajorin y 18 pacientes (15 %) con dos factores de riesgo de Bajorin, 84 pacientes (71 %) con deterioro de la función renal (tasa de filtración glomerular (TFG) $<$ 60 ml/min), y 25 pacientes (21 %) con metástasis hepática.

La variable principal de eficacia para la Cohorte 1 fue la tasa de respuesta objetiva (TRO) confirmada según la evaluación de un comité de revisión independiente (CRI) usando RECIST v1.1.

El análisis primario se realizó cuando todos los pacientes tenían al menos 24 semanas de seguimiento. La mediana de duración de tratamiento fue de 15,0 semanas y la mediana de duración del seguimiento de la sobrevida fue de 8,5 meses en todos los sujetos del estudio. Se mostraron TRO evaluadas por el CRI mediante RECIST v1.1 clínicamente significativas; sin embargo, cuando se comparó con una tasa de respuesta de control histórico preestablecida del 10%, no se alcanzó significación estadística para la variable principal. Las TRO confirmadas por CRI-RECIST v1.1 fueron del 21,9 % (IC 95 %: 9,3; 40,0) en pacientes con expresión de PD-L1 \geq 5 %, 18,8 % (IC 95 %: 10,9; 29,0) en pacientes con expresión de PD-L1 \geq 1 %, y 19,3 % (IC 95 %: 12,7; 27,6) en todos los participantes del estudio independientemente del nivel de expresión de PD-L1. No se alcanzó la mediana de duración de la respuesta (DR) en ningún subgrupo de expresión de PD-L1 ni en la población de todos los participantes incluidos en el estudio independientemente del nivel de expresión de PD-L1. La SG no fue madura con una proporción de eventos por paciente de aproximadamente el 40%. La mediana de SG para todos los subgrupos de pacientes (expresión de PD-L1 \geq 5 % y \geq 1 %) y en la de todos los participantes del estudio independientemente del nivel de expresión de PD-L1, fue de 10,6 meses.

Se realizó un análisis actualizado con una mediana de duración del seguimiento de la sobrevida de 17,2 meses para la Cohorte 1 y se resume en la Tabla 5. No se alcanzó la mediana de DR en ningún subgrupo de expresión de PD-L1 ni en la de todos los sujetos del estudio.

Tabla 5: Resumen de la eficacia actualizada (Cohorte 1 del ensayo IMvigor210)

Variable de eficacia	Expresión de PD-L1 de $\geq 5\%$ en CI	Expresión de PD-L1 de $\geq 1\%$ en CI	Todos los participantes del estudio
TRO (evaluado por CRI; RECIST v1.1)	n = 32	n = 80	n = 119
Nº de respondedores (%)	9 (28,1 %)	19 (23,8 %)	27 (22,7 %)
IC 95 %	13,8; 46,8	15,0; 34,6	15,5; 31,3
Nº de respuestas completas (%)	4 (12,5 %)	8 (10,0 %)	11 (9,2 %)
IC 95 %	(3,5; 29,0)	(4,4; 18,8)	(4,7; 15,9)
Nº de respuestas parciales (%)	5 (15,6 %)	11 (13,8 %)	16 (13,4 %)
IC 95 %	(5,3; 32,8)	(7,1; 23,3)	(7,9; 20,9)
DR (evaluado por CRI; RECIST v1.1)	n = 9	n = 19	n = 27
Pacientes con evento (%)	3 (33,3 %)	5 (26,3 %)	8 (29,6 %)
Mediana (meses) (IC 95 %)	NE (11,1; NE)	NE (NE)	NE (14,1;NE)
SLP (evaluado por CRI; RECIST v1.1)	n = 32	n = 80	n = 119
Pacientes con evento (%)	24 (75,0 %)	59 (73,8 %)	88 (73,9 %)
Mediana (meses) (IC 95 %)	4,1 (2,3; 11,8)	2,9 (2,1; 5,4)	2,7 (2,1; 4,2)
SG	n = 32	n = 80	n = 119
Pacientes con evento (%)	18 (56,3 %)	42 (52,5 %)	59 (49,6 %)
Mediana (meses) (IC 95 %)	12,3 (6,0;NE)	14,1 (9,2;NE)	15,9 (10,4;NE)
Tasa SG a los 12 meses (%)	52,4 %	54,8 %	57,2 %

IC=intervalo de confianza; DR=duración de la respuesta; CI= células inmunes infiltrantes de tumor; CRI= comité de revisión independiente; NE=no estimable; TRO=tasa de respuesta objetiva; SG= sobrevida global; SLP= sobrevida libre de progresión; RECIST= Criterios de Evaluación de Respuesta en Tumores Sólidos v1.1.

En la Cohorte 2, las covariables principales de la eficacia fueron TRO confirmada evaluado por CRI utilizando RECIST v1.1 y TRO evaluada por el investigador de acuerdo al criterio de los RECIST Modificado (mRECIST). En la Cohorte 2, 310 pacientes fueron tratados con una dosis de atezolizumab de 1.200 mg por vía intravenosa cada 3 semanas hasta la pérdida del beneficio clínico. El análisis primario de la Cohorte 2 se realizó cuando todos los pacientes tenían al menos 24 semanas de seguimiento. El estudio alcanzó sus covariables principales en la Cohorte 2, demostrando TRO por RECIST v1.1 evaluado por el CRI y mRECIST evaluado por el investigador estadísticamente significativas en comparación con una tasa de respuesta de control histórico preestablecida del 10%.

Se realizó además un análisis con una mediana de duración del seguimiento de la supervivencia de 21,1 meses para la Cohorte 2. La TRO confirmada por CRI-RECIST v1.1 fue de 28,0 % (IC 95 %: 19,5; 37,9) en pacientes con expresión de PD-L1 \geq 5%, de 19,3 % (IC 95 %: 14,2; 25,4) en pacientes con expresión de PD-L1 \geq 1 %, y de 15,8 % (IC 95 %: 11,9; 20,4) en todos los participantes del estudio independientemente del nivel de expresión de PD-L1. La TRO confirmada evaluada por el investigador según mRECIST fue de 29,0 % (IC 95 %: 20,4; 38,9) en pacientes con expresión de PD-L1 \geq 5 %, de 23,7 % (IC 95 %: 18,1; 30,1) en pacientes con expresión de PD-L1 \geq 1%, y de 19,7 % (IC 95 %: 15,4; 24,6) en todos los participantes del estudio independientemente del nivel de expresión de PD-L1. La tasa de respuesta completa por CRI-RECIST v1.1 en la población total fue del 6,1 % (IC 95 %: 3,7; 9,4). Para la Cohorte 2, la mediana de DR no se alcanzó en ninguno de los subgrupos de expresión de PD-L1 ni en la de todos los participantes del estudio independientemente del nivel de expresión de PD-L1, sin embargo se alcanzó en pacientes con expresión de PD-L1 $<$ 1 % (13,3 meses; IC 95 % 4,2; NE). La tasa de SG a los 12 meses fue del 37 % en todos los sujetos del estudio independientemente del nivel de expresión de PD-L1.

Invigor 130 (WO30070): Estudio multicentrico fase III, aleatorizado, controlado con placebo, de atezolizumab en monoterapia y en combinación con quimioterapia basada en platino en pacientes con carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico que no han sido previamente tratados.

En base a la recomendación del Comité independiente de Monitorización de datos (iDMC) después de una revisión temprana de los datos de supervivencia, se paró la inclusión de los pacientes con baja expresión de PDL1 (menos del 5 % de células teñidas por inmunohistoquímica) en el grupo de atezolizumab en monoterapia, después de observar un descenso en la supervivencia global de ese subgrupo. El iDMC no recomendó ningún cambio en el tratamiento para los pacientes que fueron aleatorizados a ese grupo y estaban en tratamiento. No recomendaron otros cambios.

Cáncer de pulmón de células no pequeñas Tratamiento adyuvante para estadio temprano de CPCNP

IMpower010 (GO29527): Estudio fase III aleatorizado en pacientes con CPCNP resecado tras quimioterapia basada en cisplatino

IMpower010 (GO29527) ensayo de fase III, abierto, aleatorizado, multicéntrico se realizó para evaluar la eficacia y seguridad de atezolizumab para el tratamiento adyuvante en pacientes con estadio IB (tumores \geq 4 cm)- IIIA de CPCNP (según el sistema de estadificación del *American Joint Committee on Cancer (AJCC)/ International Union for Cancer Control (UICC)*, 7 edición).

Los siguientes criterios de selección definen a los pacientes con alto riesgo de recidiva que se incluyen en la indicación terapéutica y reflejan la población de pacientes con estadio II - IIIA según el sistema de estadificación de la 7ª edición:

Tamaño del tumor ≥ 5 cm; o tumores de cualquier tamaño que se acompañan de un estado N1 o N2; o tumores que son invasivos de las estructuras torácicas (invaden directamente la pleura parietal, la pared torácica, el diafragma, el nervio frénico, la pleura mediastínica, el pericardio parietal, el mediastino, el corazón, los grandes vasos, la tráquea, el nervio laríngeo recurrente, el esófago, el cuerpo vertebral, la carina); o tumores que afectan al bronquio principal < 2 cm distal a la carina pero sin afectación de la carina; o tumores que se asocian a atelectasia o neumonitis obstructiva de todo el pulmón; o tumores con nódulo(s) separado(s) en el mismo lóbulo o en un lóbulo ipsilateral diferente al primario.

El estudio no incluye pacientes con estatus N2 con tumores que invadían el mediastino, el corazón, los grandes vasos, la tráquea, el nervio laríngeo recurrente, el esófago, el cuerpo vertebral, la carina, o con nódulos tumorales separados en un lóbulo ipsilateral diferente.

Se incluyeron un total de 1.280 pacientes que se sometieron a una resección completa del tumor y fueron elegibles para recibir hasta 4 ciclos de quimioterapia basada en cisplatino. Los regímenes de quimioterapia con cisplatino se describen en la tabla 6.

Tabla 6: Regímenes de quimioterapia adyuvante (IMpower010)

Quimioterapia adyuvante basada en cisplatino: Cisplatino 75 mg/m ² intravenoso el día 1 de cada ciclo de 21 días con uno de los siguientes regímenes de tratamiento	Vinorelbina 30 mg/m ² intravenosa, días 1 y 8
	Docetaxel 75 mg/m ² intravenoso día 1
	Gemcitabina 1250 mg/m ² intravenosa días 1 y 8
	Pemetrexed 500 mg/m ² intravenoso, día 1 (no escamosos)

Después de completar la quimioterapia basada en cisplatino (hasta 4 ciclos) un total de 1.005 pacientes fueron aleatorizados en un *ratio* 1:1 a recibir atezolizumab (grupo A) o la mejor terapia soporte (BSC) (grupo B). Atezolizumab fue administrado a una dosis fija de 1.200 mg mediante una perfusión intravenosa cada 3 semanas, durante 16 ciclos a menos que hubiese recidiva de la enfermedad o toxicidad inaceptable. La aleatorización se estratificó en función del sexo, estadio de la enfermedad, histología, y expresión de PD-L1.

Los pacientes fueron excluidos en caso de antecedentes de enfermedad autoinmune, administración de una vacuna con virus vivos atenuados en los 28 días previos a la aleatorización, administración de fármacos inmunoestimuladores sistémicos en las 4 semanas previas o medicamentos inmunosupresores sistémicos en las 2 semanas previas a la aleatorización. Las evaluaciones del tumor se realizaron al inicio de la fase de aleatorización y cada 4 meses durante el primer año después del ciclo 1, día 1, y luego cada 6 meses hasta el quinto año, y después anualmente.

Las características demográficas y las características basales de la enfermedad en la población ITT estaban bien equilibradas entre los grupos de tratamiento. La mediana de edad fue de 62 años (rango: 26 a 84) y el 67 % de los pacientes fueron del sexo masculino. La mayoría de los pacientes eran de raza blanca (73 %), el 24 % asiáticos. La mayor parte de los pacientes eran fumadores o lo habían sido (78 %) y con estado funcional El porcentaje de pacientes que tenían tumores con una expresión de PD-L1 $\geq 1\%$ y $\geq 50\%$ en CT ECOG 0 (55 %) o 1 (44 %). En general el estadio de la enfermedad era el 12% de los pacientes estadio IB, el 47 % estadio II y el 41% estadio IIIA. El porcentaje de pacientes con tumores con expresión PD-L1 $\geq 1\%$, medida por el ensayo VENTANA PD-L1 (SP263), fue del 55 %.

La variable primaria de eficacia fue sobrevida libre de enfermedad (SLE) evaluada por el investigador. La SLE se definió como el tiempo transcurrido desde la fecha de aleatorización hasta la fecha de aparición de cualquiera de los siguientes factores: primera recidiva documentada de la enfermedad, nuevo CPNCP primario o fallecimiento por cualquier causa, lo que ocurra primero. El objetivo de eficacia principal fue evaluar la SLE en la población de pacientes con PD-L1 $\geq 1\%$ de CT estadio II-III A. Los objetivos de eficacia secundarios fueron evaluar la SLE en la población de pacientes con PD-L1 $\geq 50\%$ de CT en estadio II- IIIA y la sobrevida global (SG) en la población ITT.

En el momento del análisis interino de SLE, el estudio cumplió el objetivo principal de valoración y mostró una mejoría estadísticamente significativa y de trascendencia clínica de la SLE en el grupo de Tecentriq en comparación con el grupo de mejor terapia soporte en la población de pacientes con un estadio II-III A y $\geq 1\%$ de CT con expresión del PD-L1. La mediana del tiempo de seguimiento fue de aproximadamente 32 meses. Los datos de sobrevida global (SG) eran inmaduros en el momento del análisis intermedio de la SLE, con aproximadamente un 18,9 % de las muertes notificadas en ambos grupos en la población de pacientes con un estadio II-III A y $\geq 1\%$ de CT según la clasificación PD-L1.

Un análisis exploratorio de la SG indicó una tendencia favorable al Tecentriq en comparación con la mejor terapia soporte (HR estratificado = 0,77 [IC95 %: 0,51, 1,17]) en esta población de pacientes.

El estudio también demostró una mejora estadísticamente significativa de la SLE en todos los pacientes aleatorizados en estadio II-III A (HR estratificado: 0,79 [IC95 %: 0,64, 0,96], valor de p 0,0205).

Los principales resultados de eficacia para la población PD-L1 ≥ 1 % CT estadios II- IIIA están incluidos en la tabla 7. La curva de *Kaplan-Meier* para SLE está en la figura 2.

Tabla 7: Resumen de resultados de eficacia para la población PD-L1 ≥ 1 % CT estadios II- IIIA

Variable de eficacia	Grupo A (Atezolizumab) N=248	Grupo B (Mejor terapia soporte) N=228
SLE evaluada por investigador	N=248	N=228
No. de acontecimientos (%)	88 (35,5 %)	105 (46,1 %)
Mediana de duración de SLE (meses)	NE	35,3
IC 95 %	36,1, NE	29,0 – NE
<i>Hazard ratio</i> estratificado (IC 95 %)	0,66 (0,50; 0,88)	
Tasa SLE a los 3 años (%)	60,0	48,2

SLE = Sobrevida Libre de Enfermedad; IC = intervalo de confianza; NE = no estimable.

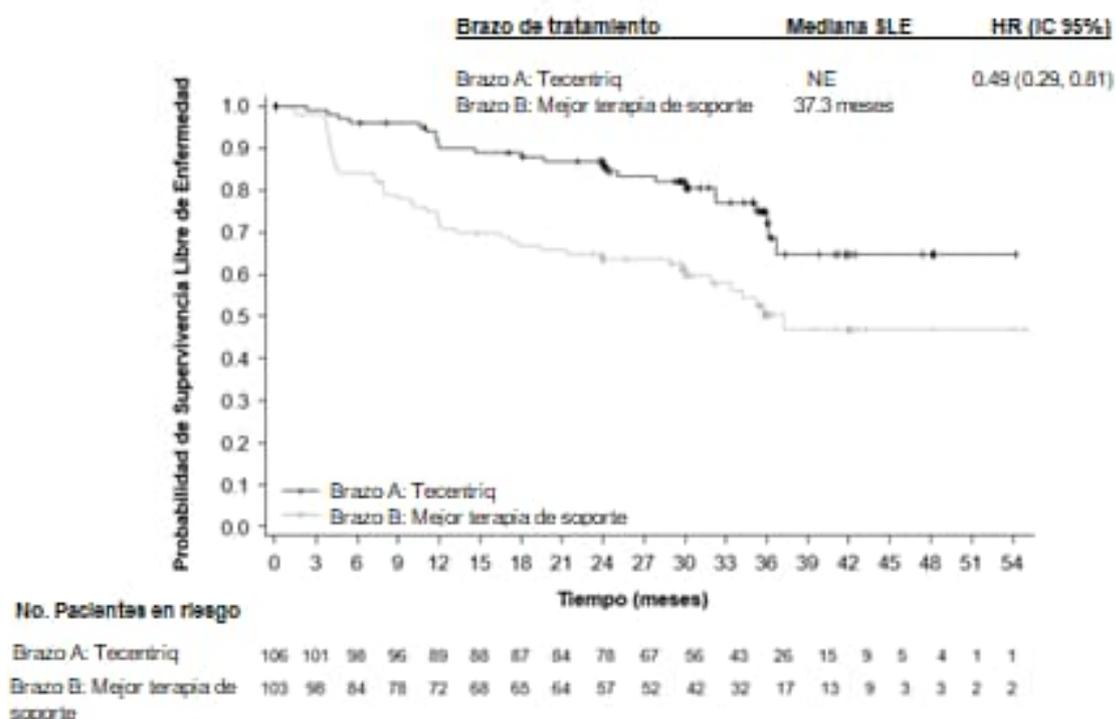
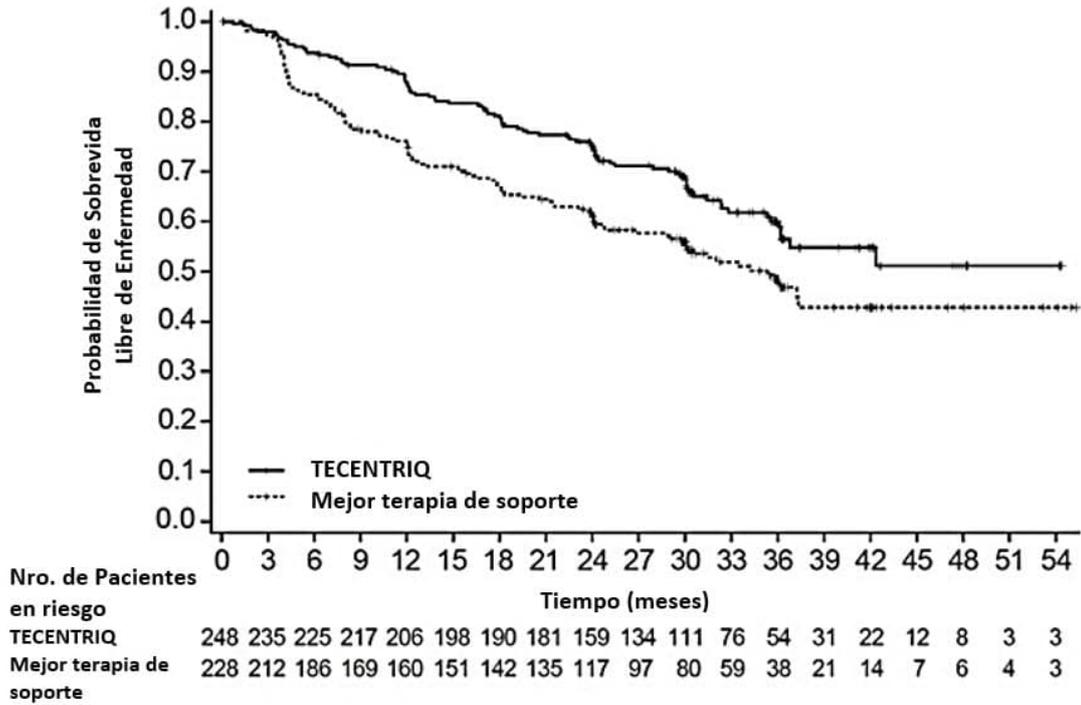


Figura 2. Curva Kaplan-Meier para sobrevida libre de enfermedad en población PD-L1 \geq 1% CT estadios II-III A (Impower010)



La mejoría observada en SLE en el grupo de atezolizumab comparada con el grupo de mejor terapia de soporte se mostró de forma consistente en la mayoría de los subgrupos preespecificados en la población de pacientes con PD-L1 \geq 1 % de CT estadio II - IIIA, incluyendo tanto a los pacientes con CPCNP no escamoso (HR no estratificado de 0,60, IC del 95%: 0,42,0,84; mediana de SLE de 42,3 frente a 30,1 meses) como a los pacientes con CPCNP escamoso (HR no estratificado de 0,78, IC del 95 %: 0,47, 1,29; mediana de SLE NE frente a NE meses).

Tratamiento de primera línea para cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico

IMpower150 (GO29436): Ensayo en combinación con paclitaxel y carboplatino con o sin bevacizumab, aleatorizado de fase III en pacientes con CPCNP no escamoso metastásico que no han sido tratados previamente con quimioterapia.

IMpower150, ensayo de fase III abierto, aleatorizado, multicéntrico e internacional, se realizó para evaluar la eficacia y seguridad de atezolizumab en combinación con paclitaxel y carboplatino, con o sin bevacizumab, en pacientes con CPCNP no escamoso metastásico que no habían sido tratados previamente con quimioterapia.

Los pacientes fueron excluidos en caso de antecedentes de enfermedad autoinmune, administración de una vacuna con virus vivos atenuados en los 28 días previos a la aleatorización, administración de fármacos inmunoestimuladores sistémicos en las 4 semanas previas o medicamentos inmunosupresores sistémicos en las 2 semanas previas a la aleatorización, metástasis en el sistema nervioso central (SNC) activas o no tratadas, infiltración tumoral clara en grandes vasos torácicos o cavitación clara de lesiones pulmonares observadas en las pruebas de diagnóstico por imagen. Se llevaron a cabo evaluaciones tumorales cada 6 semanas durante las primeras 48 semanas tras el día 1 del ciclo 1 y cada 9 semanas en adelante. Se evaluaron muestras tumorales para la expresión de PD-L1 en las células tumorales (CT) y células inmunes infiltrantes del tumor (CI) y los resultados se utilizaron para definir los subgrupos de expresión de PD-L1 para los análisis descritos a continuación.

Se incluyó a un total de 1.202 pacientes, que fueron aleatorizados (1:1:1) a recibir uno de los regímenes de tratamiento descritos en la Tabla 8. La aleatorización se estratificó por sexo, presencia de metástasis hepáticas y expresión tumoral de PD-L1 en CT y CI.

Tabla 8: Regímenes de tratamiento intravenoso (IMpower150)

Régimen de tratamiento	Inducción (cuatro o seis ciclos de 21 días)	Mantenimiento (ciclos de 21 días)
A	Atezolizumab ^a (1.200 mg) + paclitaxel (200 mg/m ²) ^{b,c} + carboplatino ^c (AUC 6)	Atezolizumab ^a (1.200 mg)
B	Atezolizumab ^a (1.200 mg) + bevacizumab ^d (15 mg/kg pc) + paclitaxel (200 mg/m ²) ^{b,c} + carboplatino ^c (AUC 6)	Atezolizumab ^a (1.200 mg) + bevacizumab ^d (15 mg/kg pc)
C	Bevacizumab ^d (15 mg/kg pc) + paclitaxel (200 mg/m ²) ^{b,c} + carboplatino ^c (AUC 6)	Bevacizumab ^d (15 mg/kg pc)

^a Atezolizumab se administra hasta pérdida del beneficio clínico, según la evaluación del investigador.

^b La dosis inicial de paclitaxel en los pacientes de raza/etnia asiática fue de 175 mg/m² debido a que el nivel global de toxicidad hematológica era más alto en los pacientes de países asiáticos que en los que provenían de países no asiáticos.

^c Paclitaxel y carboplatino se administran hasta terminar 4 o 6 ciclos, progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable, lo que ocurra antes.

^d Bevacizumab se administra hasta progresión de enfermedad o toxicidad inaceptable.

Las características demográficas y las características basales de la enfermedad de la población de estudio estaban bien equilibradas en los diferentes grupos de tratamiento. La mediana de edad fue de 63 años (rango: 31 a 90) y el 60 % de los pacientes eran de sexo masculino. La mayoría de los pacientes eran de raza blanca (82 %). Aproximadamente el 10 % de los pacientes presentaba mutación conocida de EGFR, el 4 % tenía reordenamientos conocidos de ALK, el 14 % tenía metástasis hepática en el momento basal y la mayoría de los pacientes eran fumadores o ex fumadores (80 %). El estado funcional ECOG basal era 0 (43 %) o 1 (57 %). El 51% de los tumores de los pacientes tenía expresión para PD-L1 ≥ 1 % TC o ≥ 1 % IC y el 49% de los tumores de los pacientes tenía expresión para PD-L1 de <1 % TC y <1 % IC.

En el momento del análisis final de la SLP, los pacientes habían sido objeto de seguimiento durante una mediana de 15,3 meses. La población ITT, incluidos los pacientes con mutaciones de EGFR o reordenamientos de ALK que deberían haber recibido tratamiento previamente con inhibidores de tirosina quinasa, mostró una mejora clínicamente significativa de la SLP en el grupo B en comparación con el grupo C (HR: de 0,61, [95 %: 0,52, 0,72], mediana de la SLP, 8,3 frente a 6,8 meses).

En el momento del análisis intermedio de la SG, los pacientes habían sido objeto de seguimiento durante una mediana de 19,7 meses. Los resultados clave de este análisis, así como un análisis de SLP actualizado en la población ITT se resumen en las Tablas 7 y 8. La curva de Kaplan-Meier de SG en la población ITT se presenta en la Figura 2. En la Figura 3 se resumen los resultados de SG en los subgrupos de ITT y PD-L1. Los resultados actualizados de la SLP se presentan también en las Figuras 4 y 5.

Tabla 9: Resumen de la eficacia actualizada en población ITT (IMpower150)

Variable principal de la eficacia	Grupo A (Atezolizumab + Paclitaxel Carboplatino)	Grupo B (Atezolizumab + Bevacizumab Paclitaxel Carboplatino)	Grupo C (Bevacizumab + Paclitaxel Carboplatino)
Variabales secundarias[#]			
SLP evaluada por el investigador (RECIST v1.1)*	n = 402	n = 400	n = 400
N.º de acontecimientos (%)	330 (82,1 %)	291 (72,8 %)	355 (88,8 %)
Mediana de la duración de la SLP (meses)	6,7	8,4	6,8
IC 95 %	(5,7; 6,9)	(8,0 ; 9,9)	(6,0; 7,0)
<i>Hazard ratio</i> estratificada [‡] ^ (IC 95 %)	0,91 (0,78 ; 1,06)	0,59 (0,50 ; 0,69)	---
Valor de p ^{1,2}	0,2194	< 0,0001	
SLP a 12 meses (%)	24	38	20
Análisis intermedio de la SG*	n = 402	n = 400	n = 400
N.º de muertes (%)	206 (51,2 %)	192 (48,0 %)	230 (57,5 %)
Mediana del tiempo hasta los acontecimientos (meses)	19,5	19,8	14,9
IC 95%	(16,3 ; 21,3)	(17,4 ;24,2)	(13,4 ; 17,1)
<i>Hazard ratio</i> estratificada [‡] ^ (IC 95 %)	0,85 (0,71 ; 1,03)	0,76 (0,63 ; 0,93)	---
Valor de p ^{1,2}	0,0983	0,006	
SG a 6 meses (%)	84	85	81
SG a 12 meses (%)	66	68	61

Tabla 9: Resumen de la eficacia actualizada en población ITT (IMpower150) (cont.)

Mejor respuesta global evaluada por el investigador^{3*} (RECIST 1.1)	n = 401	n = 397	n = 393
N.º de pacientes con respuesta (%)	163 (40,6 %)	224 (56,4 %)	158 (40,2 %)
IC 95 %	(35,8 ; 45,6)	(51,4 ; 61,4)	(35,3 ; 45,2)
N.º de respuestas completas (%)	8 (2,0 %)	11 (2,8 %)	3 (0,8 %)
N.º de respuestas parciales (%)	155 (38,7 %)	213 (53,7 %)	155 (39,4 %)
DOR* evaluada por el investigador (RECIST v1.1)	n = 163	n = 224	n = 158
Mediana en meses	8,3	11,5	6,0
IC 95%	(7,1 ; 11,8)	(8,9 ; 15,7)	(5,5 ; 6,9)

Las variables principales de eficacia fueron la SLP y la SG que se analizaron en la población ITT (WT-*wild-type*) sin mutaciones, excluyendo a los pacientes con mutaciones EGFR o reordenamientos de ALK.

¹Basado en la prueba del orden logarítmico estratificada.

² Para fines informativos; en la población ITT, las comparaciones entre el Grupo B y el Grupo C así como entre el Grupo A y el Grupo C no se probaron formalmente conforme a la jerarquía de análisis predeterminada.

³ Mejor respuesta global para la respuesta completa y la respuesta parcial.

‡ Estratificado por sexo, presencia de metástasis hepáticas y expresión tumoral de PD-L1 en CT y CI.

^ El Grupo C es el grupo de comparación para todos los *hazard ratios*.

* Los análisis de SLP actualizados y análisis intermedio de SG a fecha de corte 22 de enero de 2018.

SLP = supervivencia libre de progresión; RECIST = Criterios de evaluación de la respuesta en tumores sólidos, v1.1.

IC = intervalo de confianza; DOR = duración de la respuesta; SG = supervivencia global.

Tabla 10: Resumen de la eficacia actualizada para el Grupo A en comparación con el Grupo B en la población ITT (IMpower150)

Variable principal de la eficacia	Grupo A (Atezolizumab + Paclitaxel + Carboplatino)	Grupo B (Atezolizumab + Bevacizumab + Paclitaxel + Carboplatino)
SLP evaluada por el investigador (RECIST v1.1)*	n = 402	n = 400
N.º de acontecimientos (%)	330 (82,1 %)	291 (72,8 %)
Mediana de la duración de la SLP (meses)	6,7	8,4
IC 95 %	(5,7; 6,9)	(8,0 ; 9,9)
Hazard ratio estratificada [‡] ^ (IC 95%)		0,67 (0,57, 0,79)
Valor de p ^{1,2}		<0,0001
Análisis intermedio de la SG*	n = 402	n = 400
N.º de muertes (%)	206 (51,2 %)	192 (48,0 %)
Mediana del tiempo hasta los acontecimientos (meses)	19,5	19,8
IC 95 %	(16,3 ; 21,3)	(17,4 ; 24,2)
Hazard ratio estratificada [‡] ^ (IC 95 %)		0,90 (0,74, 1,10)
Valor de p ^{1,2}		0,3000

¹Basado en la prueba del orden logarítmico estratificada.

² Para fines informativos; en la población ITT, las comparaciones entre el Grupo A y el Grupo B no se incluyeron en la jerarquía de análisis predeterminada.

[‡] Estratificado por sexo, presencia de metástasis hepáticas y expresión tumoral de PD-L1 en CT y CI.

^{*} Los análisis de SLP actualizados y análisis intermedio de SG a fecha de corte 22 de enero de 2018.

[^] El Grupo A es el grupo de comparación para todos los *hazard ratios*.

Figura 3: Curva de Kaplan-Meier de la supervivencia global en la población ITT (IMpower150)

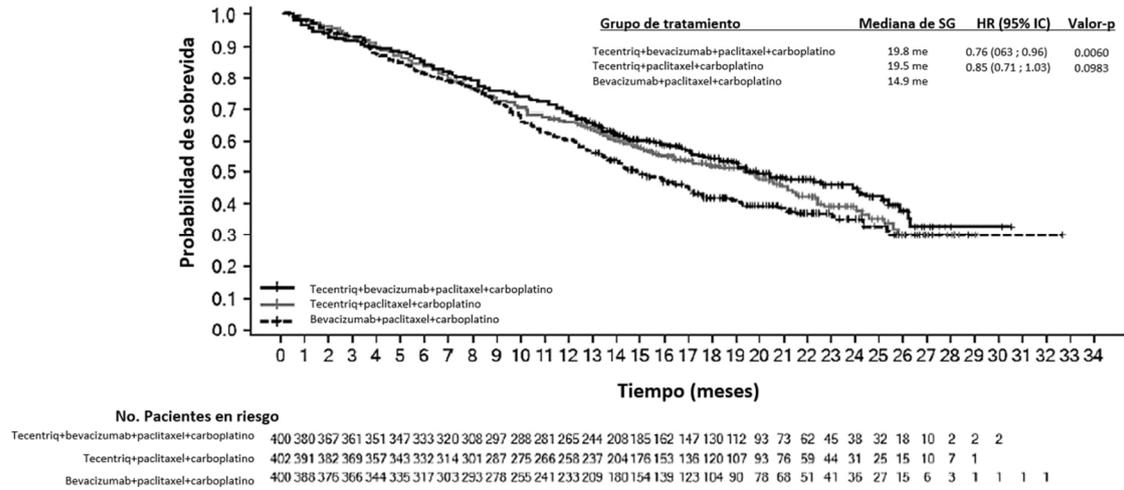


Figura 4: Forest plot de la supervivencia global por expresión de PD-L1 en la población ITT, Grupo B frente a C (IMpower150)

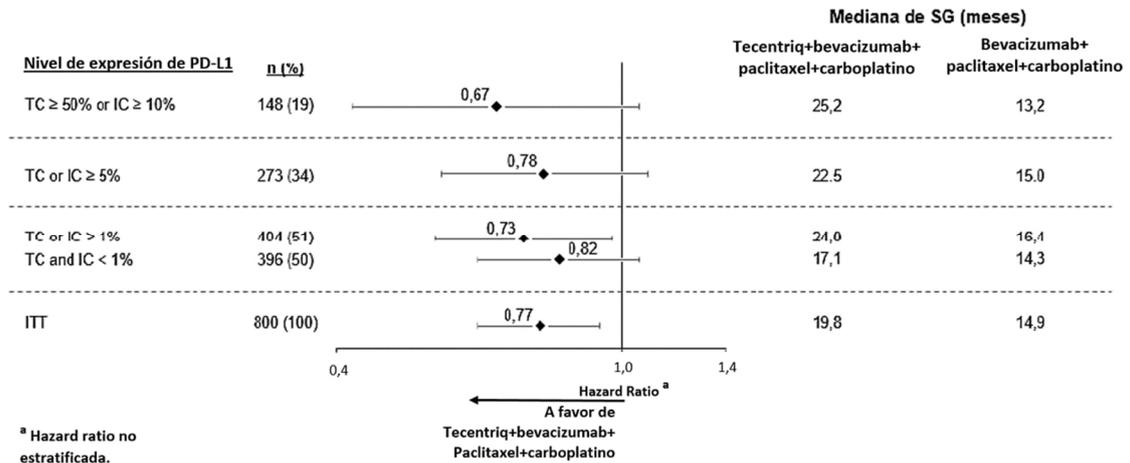


Figura 5: Curva de Kaplan-Meier de la SLP en la población ITT (IMpower150)

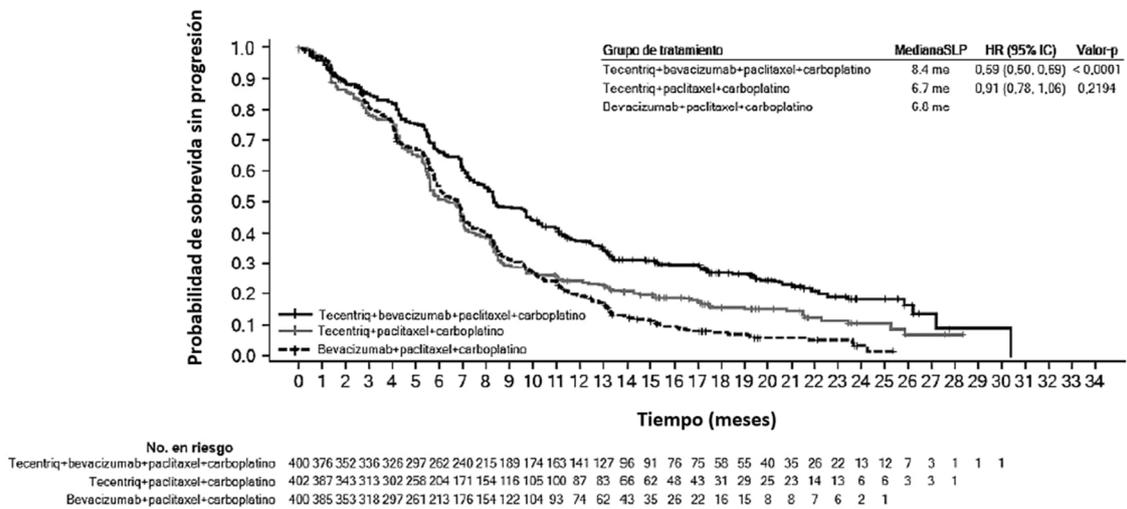
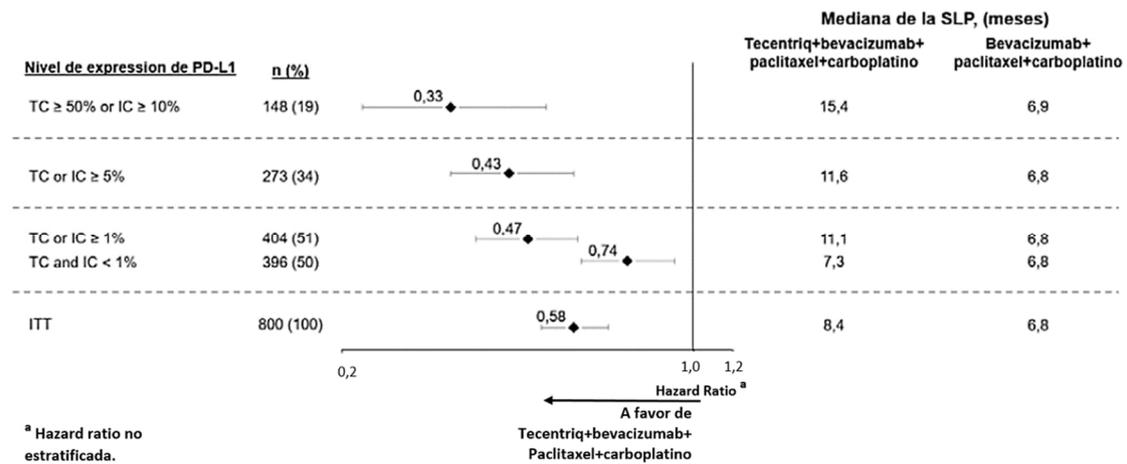


Figura 6: Forest plot de la sobrevida libre de progresión por expresión de PD-L1 en la población ITT, Grupo B frente a C (IMpower150)



En el grupo B en comparación con el C, en el análisis intermedio de la SG, los subgrupos predeterminados revelaron una mejora de la SG en pacientes con mutaciones EGFR o reordenamiento de ALK (*hazard ratio* [HR] de 0,54, 95 % IC: 0,29, 1,03; mediana de SG no alcanzada frente a. 17,5 meses) y metástasis hepáticas (HR de 0,52, 95 % IC: 0,33, 0,82; mediana de la SG 13,3 frente a 9,4 meses). También se observaron mejoras de la SLP en los pacientes con mutaciones de EGFR o reordenamientos de ALK (HR de 0,55, 95 % IC: 0,35, 0,87; mediana de SLP 10,0 vs. 6,1 meses) y metástasis hepáticas (HR de 0,41, 95% IC: 0,26, 0,62; mediana de SLP 8,2 frente a. 5,4 meses). para pacientes en los subgrupos de edades < 65 y ≥ 65 respectivamente. Los datos en pacientes ≥ 75 años son muy limitados para extraer conclusiones en esta población. No se planificaron análisis estadísticos para todos los subgrupos.

IMpower130 (GO29537): Ensayo clínico fase III aleatorizado en combinación con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino en pacientes con CPNCP metastásico no escamoso no tratados previamente con quimioterapia.

Un ensayo clínico fase III, GO29537 (IMpower130), aleatorizado, abierto, fue llevado a cabo para evaluar la eficacia y la seguridad de atezolizumab en combinación con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino, en pacientes con CPNCP metastásico no escamoso no tratados previamente con quimioterapia. Los pacientes con mutaciones EGFR o reordenamientos ALK deben haber sido previamente tratados con inhibidores de la tirosina quinasa.

Los pacientes se clasificaron de acuerdo con los criterios de la 7ª edición del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC). Los pacientes fueron excluidos si: tenían antecedentes de una enfermedad autoinmune, se les había administrado una vacuna viva atenuada dentro de los 28 días previos a la aleatorización, o agentes inmunoestimuladores dentro de las 4 semanas previas a la aleatorización o medicamentos inmunosupresores sistémicos dentro de las 2 semanas previas a la aleatorización, y si presentaban metástasis activas o no tratadas en el SNC.

No se eligieron pacientes que habían recibido tratamiento previo con agonistas CD137 o terapias inhibitoras de punto de control inmunitario (anticuerpos terapéuticos anti-PD-1, y anti-PD-L1). Sin embargo, pacientes que habían recibido tratamiento previo anti-CTLA-4 pudieron ser reclutados, siempre y cuando la última dosis fuera recibida al menos 6 semanas antes de la aleatorización, y no tuvieran antecedentes de reacciones adversas inmunorrelacionadas graves frente a anti-CTLA-4 (Grado 3 y 4 NCI CTCAE). Las evaluaciones de los tumores se llevaron a cabo cada 6 semanas durante las primeras 48 semanas tras el Ciclo 1, posteriormente cada 9 semanas. Las muestras de tumores se evaluaron para determinar la expresión de PD-L1 en células tumorales (CT) y células inmunes infiltrantes de tumor (CI) y los resultados fueron utilizados para definir los subgrupos con expresión PD-L1 empleados en el análisis descrito a continuación.

Se reclutaron pacientes, incluidos aquellos con mutaciones EGFR o reordenamientos ALK, y se aleatorizaron en una *ratio* 2:1 para recibir uno de los regímenes de tratamiento descritos en la Tabla 11. La aleatorización fue estratificada por sexo, presencia de metástasis hepáticas y expresión de PD-L1 en CT y CI. Los pacientes que recibieron el régimen de tratamiento B pudieron cambiar de grupo de tratamiento y recibir atezolizumab en monoterapia tras la progresión de la enfermedad.

Tabla 11: Regímenes de tratamiento intravenoso (IMpower130)

Régimen de tratamiento	Inducción (Cuatro o seis ciclos de 21 días cada uno)	Mantenimiento (Ciclos de 21 días)
A	Atezolizumab (1.200 mg) ^a + paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) (100 mg/m ²) ^{b,c} + carboplatino (AUC 6) ^c	Atezolizumab (1.200 mg) ^a
B	paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) (100 mg/m ²) ^{b,c} + carboplatino (AUC 6) ^c	Mejor tratamiento de soporte o pemetrexed

^a Se administró Atezolizumab hasta la pérdida de beneficio clínico evaluado por el investigador.

^b Se administró paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) los días 1, 8, y 15 de cada ciclo.

^c Se administró paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino hasta completar 4-6 ciclos o progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable cualquiera que ocurra primero.

Las características demográficas y basales de la enfermedad en la población de estudio definida como ITT-WT (n=679) estuvieron bien balanceadas entre los dos grupos de tratamiento. La mediana de edad fue de 64 años (rango de 18 a 86 años). La mayoría de los pacientes fueron hombres (59 %) y blancos (90 %). Catorce coma siete por ciento de los pacientes presentaron metástasis hepáticas al inicio, y la mayoría de los pacientes eran fumadores o lo habían sido (90 %). La mayoría de los pacientes presentaron un estado funcional ECOG basal de 1 (59 %) y una expresión de PD-L1 <1% (52 % aproximadamente). Entre los 107 pacientes del grupo de tratamiento B que tenían un estatus de respuesta de enfermedad estable, respuesta parcial o respuesta completa después de la terapia de inducción, 40 cambiaron a terapia de mantenimiento con pemetrexed.

El análisis primario fue llevado a cabo en todos los pacientes definidos como población ITT-WT (n=679), excluyendo aquellos con mutaciones EGFR o reordenamientos ALK. Los pacientes presentaron una mediana del tiempo de seguimiento de la supervivencia de 18,6 meses y mostraron mejoras de la SG y de la SLP con atezolizumab, paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino en comparación con las del control.

Los datos más relevantes se resumen en la Tabla 12 y las curvas Kaplan-Meier para la SG y la SLP se presentan en las Figuras 7 y 9, respectivamente. Los resultados exploratorios para la SG y la SLP en pacientes con expresión PD-L1 se incluyen en las Figuras 8 y 10, respectivamente. Los pacientes con metástasis hepáticas tratados con atezolizumab, paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino no mostraron una SLP o SG mejorada en comparación con los pacientes tratados con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino (HR de 0,93, IC 95 %: 0,59; 1,47 para SLP y HR de 1,04, IC 95 %: 0,63; 1,72 para SG, respectivamente).

El cincuenta y nueve por ciento de los pacientes del grupo de tratamiento con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino recibió alguna terapia inmunooncológica después del progreso de la enfermedad, que incluyó atezolizumab como tratamiento cruzado (41 % de los pacientes), en comparación con el 7,3 % de los pacientes del grupo de tratamiento con atezolizumab, paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y carboplatino. En un análisis exploratorio con un seguimiento más largo (mediana: 24,1 meses), la mediana de SG para ambos grupos de tratamiento fue invariante en relación al análisis primario, con HR =0,82 (IC 95 %: 0,67; 1,01).

Tabla 12: Resumen de la eficacia en el análisis poblacional primario (IMpower130) (población ITT-WT)

Variab les de la eficacia	Grupo A (Atezolizumab + paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) + Carboplatino)	Grupo B (Paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) + Carboplatino)
Covariables principales		
SG	n = 451	n = 228
N.º de muertes (%)	226 (50,1 %)	131 (57,5 %)
Mediana de la duración de los eventos (meses)	18,6	13,9
IC 95%	(16,0; 21,2)	(12,0 ; 18,7)
<i>Hazard ratio</i> estratificada [‡] (IC 95%)	0,79 (0,64 ; 0,98)	
p-valor	0,033	
SG a los 12 meses (%)	63	56
SLP evaluada por el investigador (RECIST v1.1)	n = 451	n = 228
N.º de eventos (%)	347 (76,9 %)	198 (86,8 %)
Mediana de la duración de la SLP (meses)	7,0	5,5
IC 95 %	(6,2 ; 7,3)	(4,4 ;5,9)
<i>Hazard ratio</i> estratificada [‡] (IC 95 %)	0,64 (0,54 ; 0,77)	
p-valor	< 0.0001	
SLP a los 12 meses (%)	29 %	14 %
Otras Variables		
TRO evaluada por el investigador (RECIST 1.1) ^	n = 447	n = 226
N.º de respondedores confirmados (%)	220 (49,2 %)	72 (31,9 %)
IC 95 %	(44,5 ; 54,0)	(25,8 ; 38,4)
N.º de respuestas completas (%)	11 (2,5 %)	3 (1,3 %)
N.º de respuestas parciales (%)	209 (46,8 %)	69 (30,5 %)
DR confirmada evaluada por el investigador (RECIST v1.1) ^	n = 220	n = 72
Mediana en meses	8,4	6,1
IC 95%	(6,9 ; 11,8)	(5,5 ; 7,9)

‡Estratificado por sexo y expresión PD-L1 en CT y CI.

^La TRO y la DR confirmadas son variables exploratorias.

SLP=sobrevida libre de progresión; RECIST= Criterios de Evaluación de Respuesta en Tumores Sólidos v1.1.; IC=intervalo de confianza; TRO=tasa de respuesta objetiva; DR=duración de la respuesta; SG=sobrevida global.

Figura 7: Curvas Kaplan-Meier para la sobrevida global (IMpower130)

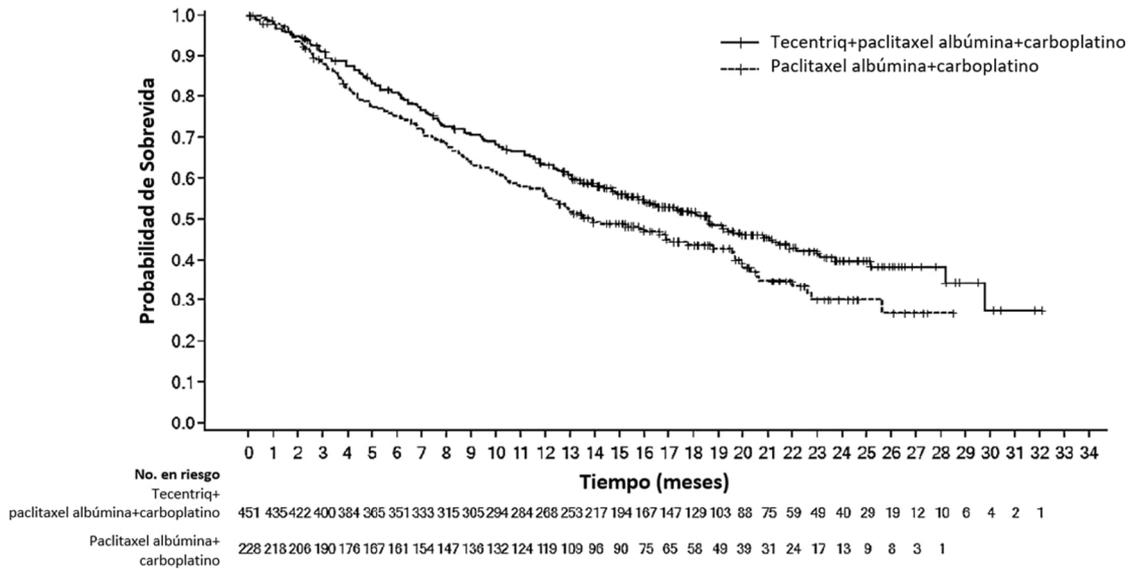


Figure 8: Forest plot de la sobrevida global por expresión PD-L1 (IMpower130)

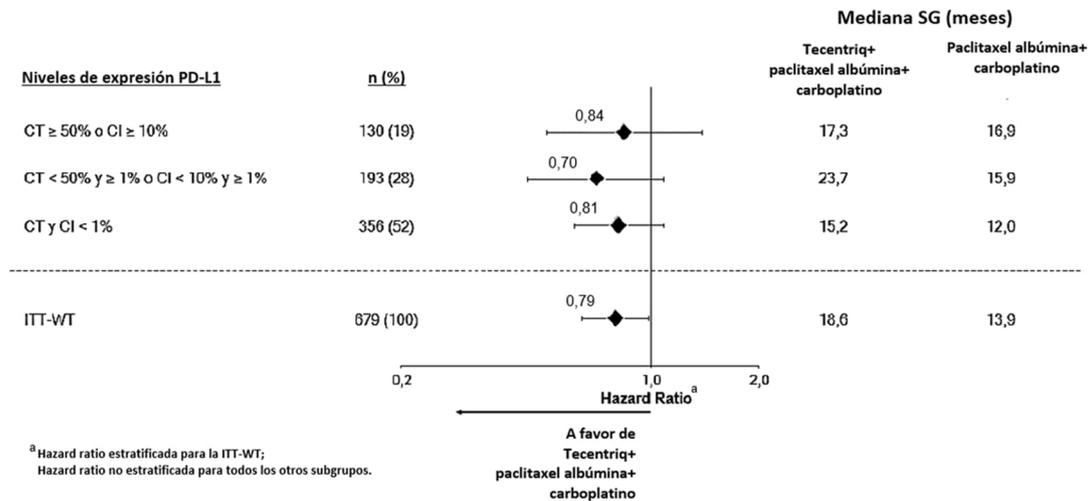


Figure 9: Curvas Kaplan-Meier para la sobrevida libre de progresión (IMpower130)

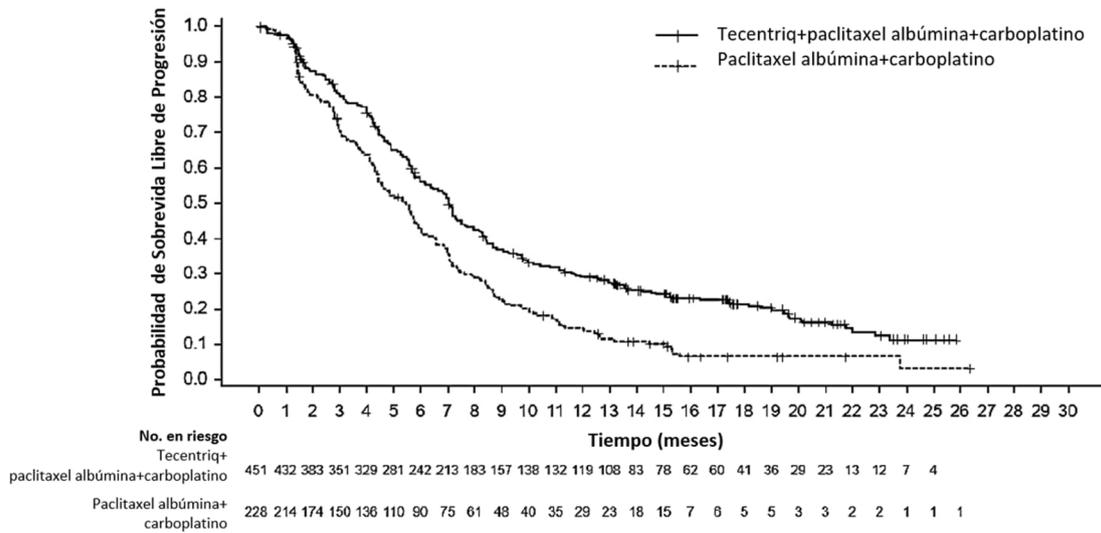
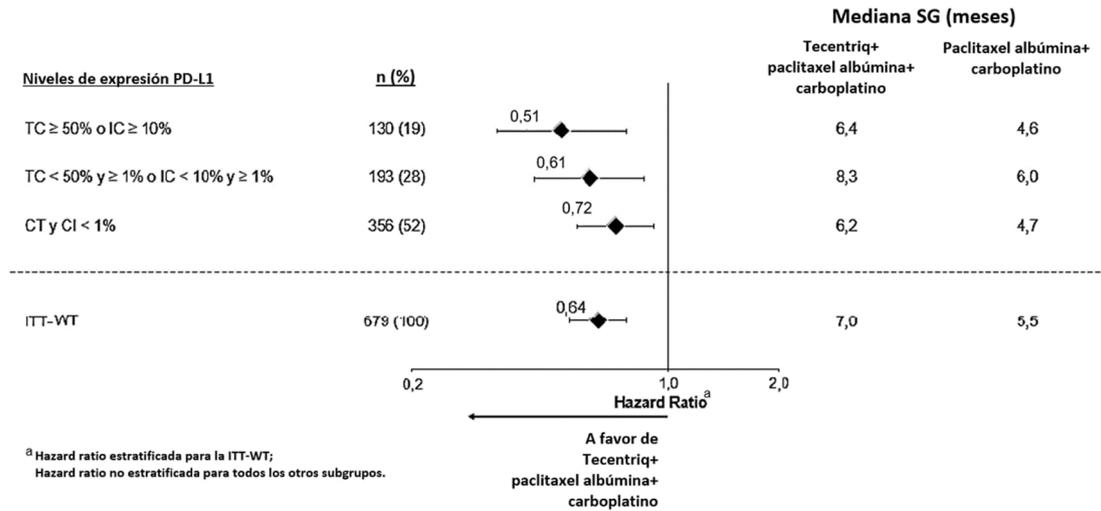


Figure 10: Forest plot de la sobrevida libre de progresión para expresión PD-L1 (IMpower130)



IMpower 110 (GO29431): Ensayo de fase III aleatorizado en pacientes con CPCNP metastásico no tratados previamente con quimioterapia.

El estudio fase III, IMpower110, abierto, multicéntrico, aleatorizado, fue realizado para evaluar la eficacia y la seguridad de atezolizumab en pacientes con CPCNP metastásico no tratados previamente con quimioterapia. Los pacientes presentaron una expresión de PD-L1 ≥ 1 % en CT (PD-L1 ≥ 1 % en células tumorales) o ≥ 1 % de CI (PD-L1 de células inmunes infiltrantes de tumor que cubre ≥ 1 % del área del tumor) de acuerdo con el ensayo VENTANA PD-L1 (SP142).

Un total de 572 pacientes fueron aleatorizados en una proporción 1:1 para recibir atezolizumab (Grupo A) o quimioterapia (Grupo B). Se administró atezolizumab a una dosis fija de 1200 mg mediante perfusión IV cada 3 semanas hasta la pérdida de beneficio clínico evaluada por el investigador o toxicidad inaceptable. Los regímenes de quimioterapia están descritos en la Tabla 13. La aleatorización fue estratificada por sexo, estado funcional ECOG, histología, y expresión de PD-L1 en CT y CI.

Tabla 13: Regímenes de tratamiento de quimioterapia intravenosa (IMpower110)

Régimen de tratamiento	Inducción (Cuatro o Seis ciclos de 21 días)	Mantenimiento (ciclos de 21 días)
B (No escamoso)	Cisplatino ^a (75 mg/m ²) + pemetrexed ^a (500 mg/m ²) o carboplatino ^a (AUC 6) + pemetrexed ^a (500 mg/m ²)	Pemetrexed ^{b,d} (500 mg/m ²)
B (Escamoso)	Cisplatino ^a (75 mg/m ²) + gemcitabina ^{a,c} (1.250 mg/m ²) o carboplatino ^a (AUC 5) + gemcitabina ^{a,c} (1.000 mg/m ²)	Mejor tratamiento de soporte ^d

^a Se administró cisplatino, carboplatino, pemetrexed y gemcitabina hasta completar 4 o 6 ciclos, o progresión de la enfermedad, o toxicidad inaceptable.

^b Se administró pemetrexed como régimen de mantenimiento cada 21 días hasta progresión de la enfermedad, o toxicidad inaceptable.

^c Se administró gemcitabina los días 1 y 8 de cada ciclo.

^d No se permitió cruzar del grupo control (quimioterapia basada en platino) al grupo de tratamiento con atezolizumab (Grupo A).

Los pacientes fueron excluidos si tenían antecedentes de enfermedad autoinmune; se les había administrado una vacuna viva atenuada dentro de los 28 días previos a la aleatorización, o agentes inmunoestimulantes sistémicos dentro de las 4 semanas previas a la aleatorización o medicamentos inmunosupresores sistémicos dentro de las 2 semanas previas a la aleatorización o presentaban metástasis en SNC no tratadas o activas. Las evaluaciones de los tumores se realizaron cada 6 semanas durante las 48 primeras semanas desde el día 1 del Ciclo 1, y cada 9 semanas a partir de entonces.

Las características demográficas y basales de la enfermedad en los pacientes con expresión de PD-L1 ≥ 1 % en CT o ≥ 1 % de CI sin mutaciones EGFR o reordenamientos ALK (n=554), estuvieron bien balanceadas entre los grupos de tratamiento. La mediana de edad fue de 64,5 años (rango: 30 a 87), y el 70 % de los pacientes fueron varones. La mayoría de los pacientes eran blancos (84 %) y asiáticos (14 %). La mayoría de los pacientes eran fumadores o lo habían sido (87 %) y el estado funcional ECOG basal en los pacientes fue 0 (36 %) o 1 (64 %).

En general, el 69 % de los pacientes tenía histología no escamosa y el 31 % de los pacientes tenía histología escamosa. Las características demográficas y basales de la enfermedad en pacientes con alta expresión de PD-L1 (PD-L1 \geq 50 % en CT o \geq 10% de CI) sin mutaciones EGFR o reordenamientos ALK (n = 205) fueron por lo general representativas de la población total del estudio y estuvieron balanceadas entre los grupos de tratamiento.

La variable primaria fue la sobrevida global (SG). En el momento del análisis intermedio de la SG, los pacientes con una alta expresión de PD-L1, excluyendo aquellos con mutaciones EGFR o reordenamientos ALK (n=205), mostraron una mejora estadísticamente significativa de la SG para los pacientes aleatorizados al grupo de tratamiento con atezolizumab (Grupo A) en comparación con el de quimioterapia (Grupo B) (HR de 0,59, IC del 95 %: 0,40; 0,89; mediana de SG de 20,2 meses vs 13,1 meses) con un p-valor de dos colas de 0,0106. La mediana del tiempo de seguimiento de la sobrevida en pacientes con alta expresión de PD-L1 fue de 15,7 meses.

En un análisis exploratorio de SG con un seguimiento más prolongado (mediana: 31,3 meses) para estos pacientes, la mediana de SG para el grupo de atezolizumab no cambió en relación con el análisis intermedio primario de la SG (20,2 meses) y fue de 14,7 meses para el grupo de quimioterapia (HR de 0,76, IC del 95 %: 0,54; 1,09). Los principales resultados del análisis exploratorio se resumen en la Tabla 14. Las curvas de Kaplan-Meier para la SG y la SLP en pacientes con alta expresión de PD-L1 se presentan en las Figuras 11 y 12. Una mayor proporción de pacientes murió en los primeros 2,5 meses en el grupo de tratamiento con atezolizumab (16/107, 15,0 %) en comparación con el grupo de quimioterapia (10/98, 10,2 %). No se pudieron identificar factor(es) específico(s) asociado(s) con las muertes tempranas.

Tabla 14: Resumen de la eficacia en pacientes con alta expresión de PD-L1 \geq 50 % en CT o \geq 10 % de CI (IMpower110)

Variables de la eficacia	Grupo A (Atezolizumab)	Grupo B (Quimioterapia)
Variable primaria		
<i>Sobrevida global</i>	n = 107	n = 98
N.º de muertes (%)	64 (59,8 %)	64 (65,3%)
Mediana de tiempo hasta los acontecimientos (meses)	20,2	14,7
IC 95%	(17,2; 27,9)	(7,4 ; 17,7)
Hazard ratio estratificada [‡] (IC 95 %)	0,76 (0,54 ; 1,09)	
SG a los 12 meses (%)	66,1	52,3
Variables secundarias		
<i>SLP evaluada por el investigador (RECIST v1.1)</i>	n = 107	n = 98
N.º de acontecimientos (%)	82 (76,6 %)	87 (88,8 %)
Mediana de la duración de la SLP (meses)	8,2	5,0
IC 95 %	(6,8 ; 11,4)	(4,2 ; 5,7)
Hazard ratio estratificada [‡] (IC 95 %)	0,59 (0,43 ; 0,81)	
SLP a los 12 meses (%)	39,2 %	19,2 %
<i>TRO evaluada por el investigador (RECIST 1.1)</i>	n = 107	n = 98
N.º de respondedores (%)	43 (40,2 %)	28 (28,6 %)
IC 95%	(30,8 ; 50,1)	(19,9 ; 38,6)
N.º de respuestas completas (%)	1 (0,9 %)	2 (2,0 %)
N.º de respuestas parciales (%)	42 (39,3 %)	26 (26,5 %)

Tabla 14: Resumen de la eficacia en pacientes con alta expresión de PD-L1 ≥ 50 % en CT o ≥ 10 % de CI (IMpower110) (cont.)

<i>DR evaluada por el investigador (RECIST v1.1)</i>	n = 43	n = 28
Mediana en meses	38,9	8,3
IC del 95%	(16,1 ; NE)	(5,6 ; 11,0)

‡ Estratificado por sexo y estado funcional ECOG (0 vs. 1).

SLP = sobrevida libre de progresión; RECIST = Criterios de Evaluación de Respuesta en Tumores Sólidos v1.1.; IC = intervalo de confianza; TRO = tasa de respuesta objetiva; DR = duración de la respuesta; SG = sobrevida global; NE = no estimable.

Figura 11: Curva de Kaplan-Meier para la sobrevida global en pacientes con alta expresión de PD-L1 ≥ 50 % en CT o ≥ 10 % de CI (IMpower110)

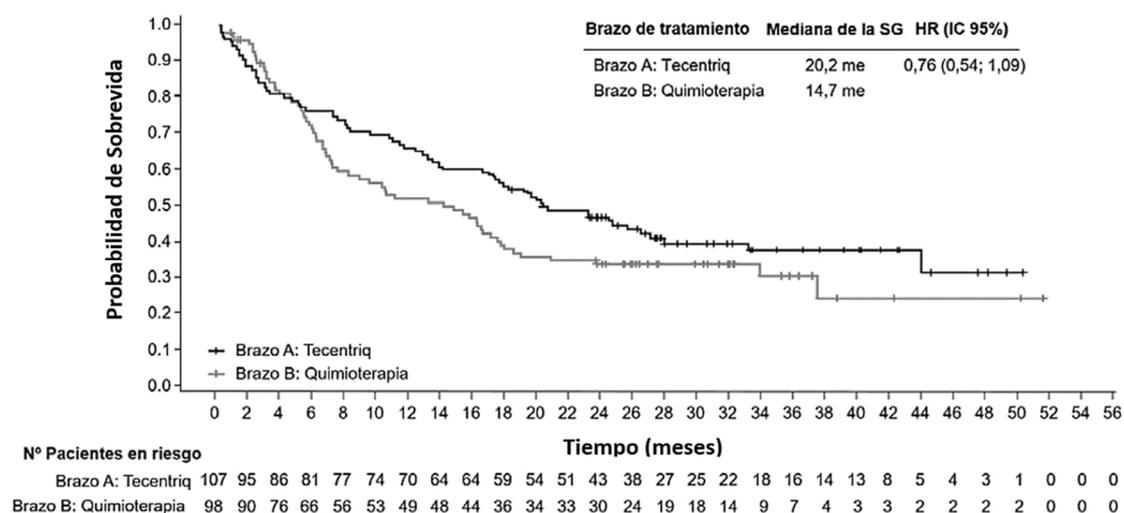
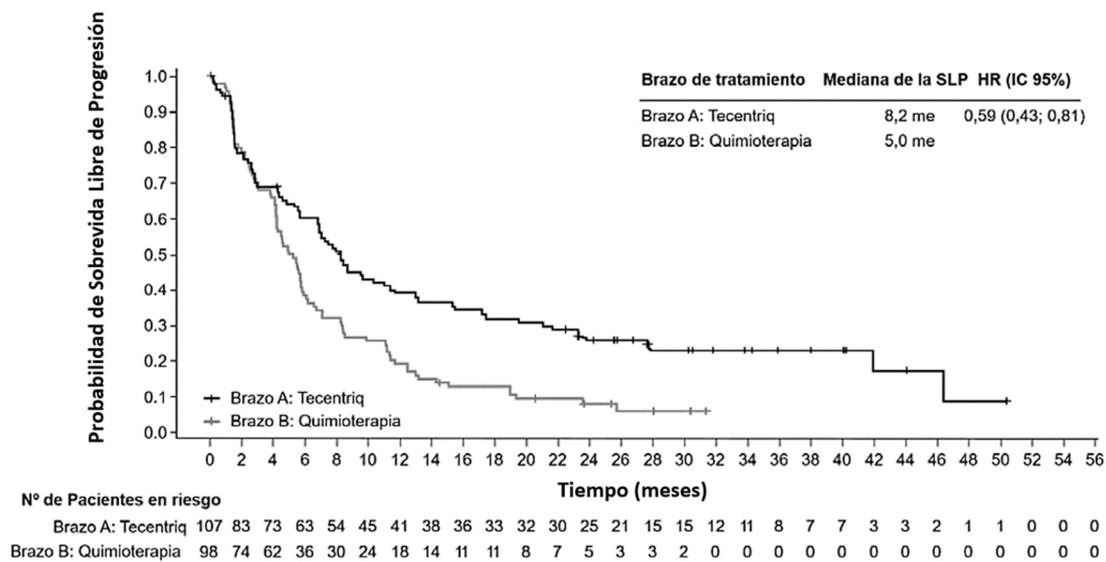


Figura 12: Curva Kaplan-Meier para la sobrevida libre de progresión en pacientes con alta expresión de PD-L1 ≥ 50 % en CT o ≥ 10 % de CI (IMpower110)



La mejora de la SG observada en el grupo de tratamiento con atezolizumab en comparación con el grupo de quimioterapia se mostró de manera consistente en los subgrupos de pacientes con alta expresión de PD-L1, incluidos los pacientes con CPCNP no escamoso (*hazard ratio* [HR] de 0,62; IC del 95 %: 0,40; 0,96; mediana de SG de 20,2 frente a 10,5 meses) y pacientes con CPCNP escamoso (HR de 0,56, IC del 95 %: 0,23; 1,37; mediana de SG no alcanzada frente a 15,3 meses). Los datos para pacientes ≥ 75 años y pacientes que nunca fueron fumadores son demasiado limitados para sacar conclusiones en estos subgrupos.

Tratamiento de segunda línea para cáncer de pulmón de células no pequeñas OAK (GO28915): Ensayo de fase III aleatorizado en pacientes con CPCNP localmente avanzado o metastásico previamente tratados con quimioterapia.

Un estudio de fase III, OAK, abierto, multicéntrico, internacional, aleatorizado, fue realizado para evaluar la eficacia y seguridad de atezolizumab en comparación con docetaxel en pacientes con CPCNP localmente avanzado o metastásico que progresaron durante o después de un régimen que contenga platino. Este estudio excluyó a los pacientes que tenían historia de enfermedad autoinmune, metástasis cerebrales activas o dependientes de corticoesteroides, si se les había administrado una vacuna viva, atenuada dentro de los 28 días anteriores al reclutamiento, si se les habían administrado agentes inmunoestimuladores sistémicos en las 4 semanas anteriores al reclutamiento o medicamentos inmunosupresores sistémicos en las 2 semanas anteriores al reclutamiento. Las evaluaciones del tumor se realizaron cada 6 semanas durante las 36 primeras semanas, y cada 9 semanas después. Las muestras de tumor se evaluaron prospectivamente para la detección de la expresión de PD-L1 en células tumorales (CT) y células inmunes infiltrantes del tumor (CI).

Se incluyó un total de 1.225 pacientes, y de acuerdo al plan de análisis los primeros 850 pacientes aleatorizados se incluyeron en el análisis primario de eficacia. La aleatorización se estratificó por el estado de expresión de PD-L1 en CI, por el número de regímenes previos de quimioterapia, y por histología. Los pacientes fueron aleatorizados (1:1) para recibir atezolizumab o docetaxel.

Se administró atezolizumab en una dosis fija de 1.200 mg mediante perfusión intravenosa cada 3 semanas. No se permitió la reducción de dosis. Los pacientes fueron tratados hasta pérdida del beneficio clínico según la evaluación del investigador. Se administró docetaxel 75 mg/m² mediante perfusión intravenosa en el día 1 de cada ciclo de 3 semanas hasta progresión de la enfermedad. Para todos los pacientes tratados, la mediana de duración del tratamiento fue de 2,1 meses para el grupo de docetaxel y 3,4 meses para el grupo de atezolizumab.

Las características demográficas y basales de la enfermedad en la población del análisis primario estuvieron bien balanceadas entre los diferentes grupos de tratamiento. La mediana de edad fue de 64 años (rango: 33 a 85), y el 61 % de los pacientes eran hombres. La mayoría de los pacientes eran blancos (70 %). Aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes tuvieron histología no escamosa (74 %), el 10% tuvieron mutación EGFR conocida, el 0,2 % tuvieron reordenamiento de ALK conocidas, el 10% tuvieron metástasis del SNC al inicio, y la mayoría de los pacientes eran fumadores actuales o previos (82%). El estado funcional ECOG inicial fue 0 (37 %) o 1 (63 %). El setenta y cinco por ciento de los pacientes recibieron solo un régimen terapéutico previo basado en platino.

La variable principal de eficacia fue la SG. Los resultados clave de este estudio con una mediana de seguimiento de la sobrevida de 21 meses, se resumieron en la Tabla 15. Las curvas de Kaplan-Meier para la SG en la población ITT se presentan en la Figura 13. La Figura 14 resume los resultados de SG en ITT y los subgrupos de PD-L1, demostrando el beneficio de la SG con atezolizumab en todos los subgrupos, incluyendo aquellos con expresión de PD-L1 <1 % en CT y CI.

Tabla 15: Resumen de la eficacia en la población del análisis primario (independientemente del nivel de expresión de PD-L1)* (OAK)

VARIABLES DE EFICACIA	ATEZOLIZUMAB (n=425)	DOCETAXEL (n=425)
Variable de eficacia principal		
SG		
N.º de muertes (%)	271 (64 %)	298 (70 %)
Mediana de duración SG (meses)	13,8	9,6
IC 95 %	(11,8; 15,7)	(8,6; 11,2)
Hazard ratio estratificada [‡] (IC 95 %)	0,73 (0,62 ; 0,87)	
Valor-p **	0,0003	
SG a los 12 meses (%)***	218 (55 %)	151 (41 %)
SG a los 18 meses (%)***	157 (40 %)	98 (27 %)
Variables secundarias		
SLP* evaluada por el investigador (RECIST v1.1)		
N.º de acontecimientos (%)	380 (89 %)	375 (88 %)
Mediana de la duración de SLP (meses)	2,8	4,0
IC 95 %	(2,6 ; 3,0)	(3,3 ; 4,2)
Hazard ratio estratificada [‡] (IC 95 %)	0,95 (0,82 ; 1,10)	
TRO evaluada por el investigador* (RECIST 1.1)		
N.º de respondedores (%)	58 (14 %)	57 (13 %)
IC 95 %	(10,5 ; 17,3)	(10,3 ; 17,0)
DR* evaluada por el investigador (RECIST v1.1)		
	n = 58	n = 57
Mediana en meses	16,3	6,2
IC del 95 %	(10,0 ; NE)	(4,9 ; 7,6)

IC=intervalo de confianza; DR=duración de la respuesta; NE=no estimable; TRO=tasa de respuesta objetiva; SG=sobrevida global; SLP= sobrevida libre de progresión; RECIST= Criterios de Evaluación de Respuesta en Tumores Sólidos v1.1.

* La población del análisis primario consiste en los primeros 850 pacientes aleatorizados.

‡ Estratificado por la expresión de PD-L1 en células inmunes infiltrantes de tumor, el número de regímenes de quimioterapia previos, y la histología.

** Basado en el test de *log-rank* estratificado.

*** Basado en las estimaciones de *Kaplan-Meier*.

Figura 13: Curva de Kaplan-Meier para la sobrevida global en la población del análisis primario (independientemente del nivel de expresión de PD-L1) (OAK)

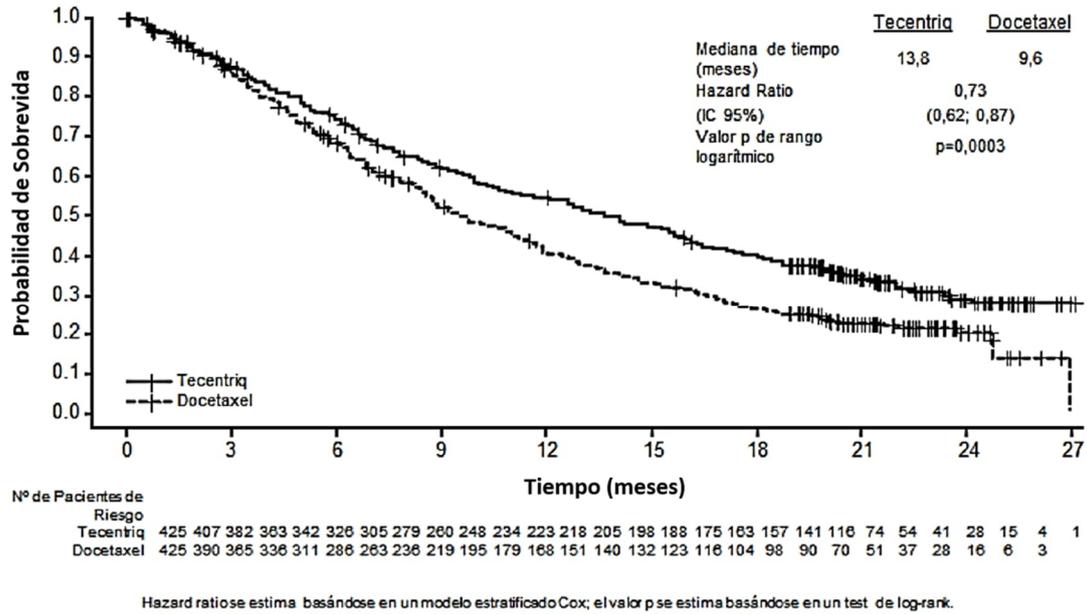
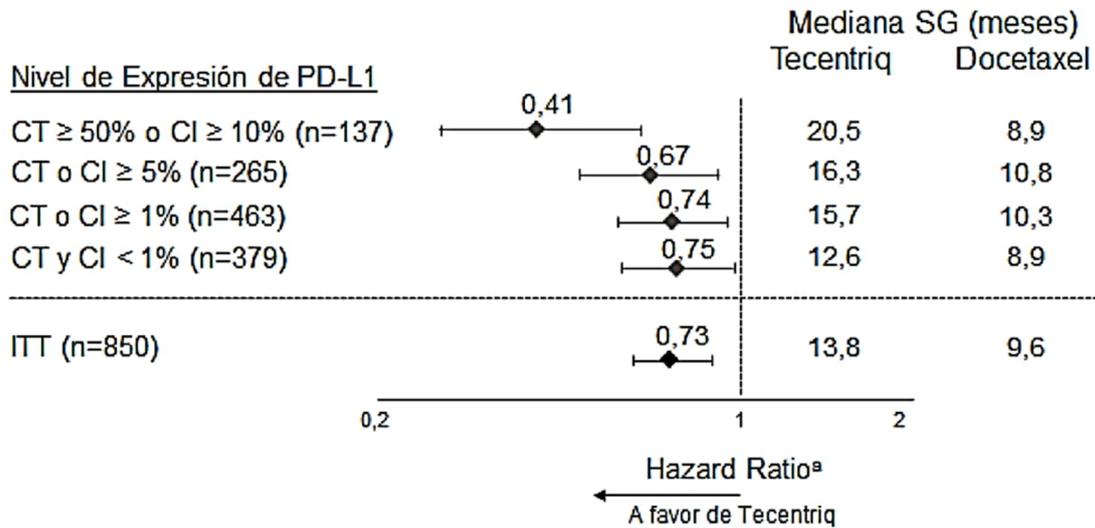


Figura 14: Forest plot de la sobrevida global en función de la expresión de PD-L1 en la población del análisis primario (OAK)



Se observó una mejoría en la SG con atezolizumab en comparación con docetaxel en ambos grupos de pacientes, en pacientes con CPCNP no escamoso (*hazard ratio* [HR] de 0,73, IC 95 %: 0,60, 0,89; mediana de SG de 15,6 frente a 11,2 meses para atezolizumab y docetaxel, respectivamente) y en pacientes con CPCNP escamoso (HR de 0,73, IC 95 %: 0,54; 0,98; mediana de SG de 8,9 frente a 7,7 meses para atezolizumab y docetaxel, respectivamente). La mejora en SG observada fue consistente con la demostrada a través de los subgrupos de pacientes incluyendo aquellos con metástasis cerebrales al inicio (HR de 0,54, IC 95 %: 0,31; 0,94; mediana de SG de 20,1 frente a 11,9 meses para atezolizumab y docetaxel respectivamente) y pacientes que nunca fueron fumadores (HR de 0,71, IC 95 %: 0,47; 1,08; mediana de SG de 16,3 frente a 12,6 meses para atezolizumab y docetaxel, respectivamente). Sin embargo, los pacientes con mutaciones de EGFR no mostraron mejoría en la SG con atezolizumab en comparación con docetaxel (HR de 1,24, IC 95 %: 0,71; 2,18; mediana de SG de 10,5 frente a 16,2 meses para atezolizumab y docetaxel, respectivamente).

Atezolizumab prolongó el tiempo hasta el deterioro del dolor referido por el paciente en el pecho medido por la escala EORTC QLQ-LC13 en comparación con docetaxel (HR de 0,71, IC 95 %: 0,49; 1,05; la mediana no se alcanzó en ninguno de los dos grupos). El tiempo hasta el deterioro en otros síntomas del cáncer de pulmón (p.ej. tos, disnea, y dolor de brazo/hombro) medido por la escala EORTC QLQ-LC13 fue similar entre atezolizumab y docetaxel. Estos resultados deben ser interpretados con cautela debido al diseño abierto del estudio.

POPLAR (GO28753): Estudio fase II aleatorizado en pacientes con CPCNP localmente avanzado o metastásico que han sido previamente tratados con quimioterapia.

Estudio fase II, multicéntrico, internacional, aleatorizado, abierto, controlado, que se llevó a cabo en pacientes con CPCNP localmente avanzado o metastásico que progresaron durante o después de un régimen que contenía platino, independientemente de la expresión de PD-L1. El principal parámetro de eficacia fue la sobrevida global. Un total de 287 pacientes fueron aleatorizados 1:1 para recibir atezolizumab (1.200 mg mediante perfusión intravenosa cada 3 semanas hasta pérdida del beneficio clínico) o docetaxel (75 mg/m² mediante perfusión intravenosa en el día 1 de cada ciclo de 3 semanas hasta progresión de la enfermedad). Se estratificó la aleatorización según el estado de expresión de PD-L1 en CI, por el número de regímenes de quimioterapia previos y por histología. Un análisis actualizado con un total de 200 muertes observadas y una mediana de seguimiento de la sobrevida de 22 meses mostró una mediana de SG de 12,6 meses en pacientes tratados con atezolizumab, frente a 9,7 meses en pacientes tratados con docetaxel (HR de 0,69, IC de 95 %: 0,52; 0,92). La TRO fue de 15,3 % frente a 14,7 % y la mediana de DR fue de 18,6 meses frente a 7,2 meses para atezolizumab frente a docetaxel respectivamente.

Cáncer de Pulmón de células pequeñas

IMpower133 (GO30081): Ensayo clínico fase I/III aleatorizado en combinación con carboplatino y etopósido en pacientes con CPCP en estadio extendido no tratados previamente con quimioterapia.

Un ensayo clínico fase I/III, IMpower133, aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo, se llevó a cabo para evaluar la eficacia y la seguridad de atezolizumab en combinación con carboplatino y etopósido en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extendido (CPCP-EE) no tratados previamente con quimioterapia.

Los pacientes fueron excluidos si: presentaban metástasis en el SNC activas o no tratadas; antecedentes de enfermedad autoinmune; se les había administrado una vacuna viva atenuada dentro de las 4 semanas previas a la aleatorización; o medicamentos inmunosupresores sistémicos dentro de la 1 semana previa a la aleatorización. Las evaluaciones de los tumores se realizaron cada 6 semanas durante las primeras 48 semanas tras el día 1 del Ciclo 1, y cada 9 semanas a partir de entonces. En aquellos pacientes que cumplían el criterio establecido y estuvieron de acuerdo en ser tratados más allá de la progresión de la enfermedad, las evaluaciones de los tumores se realizaron cada 6 semanas hasta la suspensión del tratamiento.

Se reclutaron un total de 403 pacientes y fueron aleatorizados (1:1) para recibir uno de los regímenes de tratamiento descritos en la Tabla 16. La aleatorización fue estratificada por sexo, estado funcional ECOG, y presencia de metástasis cerebrales.

Tabla 16: Régimen de tratamiento intravenoso (IMpower133)

Régimen de tratamiento	Inducción (Cuatro Ciclos de 21 días cada uno)	Mantenimiento (Ciclos de 21 días)
A	atezolizumab (1.200 mg) ^a + carboplatino (AUC 5) ^b + etopósido (100 mg/m ²) ^{b,c}	atezolizumab (1.200 mg) ^a
B	placebo + carboplatino (AUC 5) ^b + etopósido (100 mg/m ²) ^{b,c}	placebo

^a Se administró Atezolizumab hasta la pérdida de beneficio clínico evaluado por el investigador.

^b Se administró carboplatino y etopósido hasta completar 4 ciclos, o progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable, cualquiera que ocurra primero.

^c Se administró etopósido los días 1, 2 y 3 de cada ciclo.

Las características demográficas y basales de la enfermedad en la población de estudio estuvieron bien balanceadas entre los dos grupos de tratamiento. La mediana de edad fue de 64 años (rango: 26 a 90 años) con un 10 % de pacientes de edad ≥ 75 años. La mayoría de los pacientes fueron hombres (65 %), blancos (80 %), y 9 % con metástasis cerebrales y la mayoría de los pacientes eran actuales fumadores o lo habían sido (97 %). El estado funcional ECOG basal fue 0 (35 %) o 1 (65 %).

En el momento del análisis principal, los pacientes presentaron una mediana del tiempo de seguimiento de la supervivencia de 13,9 meses. Se observó una mejora estadísticamente significativa de la SG con atezolizumab en combinación con carboplatino y etopósido en comparación con el grupo control (HR de 0,70, IC95 %: 0,54, 0,91; mediana de la SG de 12,3 meses vs. 10,3 meses). En el análisis exploratorio final de la SG con un seguimiento más largo (mediana: 22,9 meses), la mediana de la SG para ambos grupos de tratamiento no cambió respecto al análisis intermedio primario de la SG. Los resultados más relevantes de la SLP, TRO y DR para el análisis primario, así como para el análisis exploratorio final de la SG se resumen en la Tabla 17. Las curvas Kaplan-Meier para la SG y la SLP se presentan en las Figuras 15 y la 16. Los datos de los pacientes con metástasis cerebrales son demasiado limitados para sacar conclusiones sobre esta población.

Tabla 17: Resumen de la eficacia (IMpower133)

VARIABLES DE LA EFICACIA	Grupo A (Atezolizumab + carboplatino + etopósido)	Grupo B (Placebo+ carboplatino + etopósido)
Covariables principales		
SG*	n = 201	n = 202
N.º de muertes (%)	142 (70,6 %)	160 (79,2 %)
Mediana de la duración de los eventos (meses)	12,3	10,3
IC 95%	(10,8 ; 15,8)	(9,3 ; 11,3)
<i>Hazard ratio</i> estratificada [‡] (IC 95 %)	0,76 (0,60 ; 0,95)	
p-valor	0,0154***	
SG a los 12 meses (%)	51,9	39,0
SLP evaluada por el investigador (RECIST 1.1)**		
	n = 201	n = 202
N.º de eventos (%)	171 (85,1 %)	189 (93,6 %)
Mediana de duración de la SLP (meses)	5,2	4,3
IC 95 %	(4,4 ; 5,6)	(4,2 ; 4,5)
<i>Hazard ratio</i> estratificada [‡] (IC 95%)	0,77 (0,62 ; 0,96)	
p-valor	0.0170	
SLP a los 6 meses (%)	30,9	22,4
SLP a los 12 meses (%)	12,6	5,4
Otras Variables		

Tabla 17: Resumen de la eficacia (IMpower133) (cont.)

VARIABLES DE LA EFICACIA	Grupo A (Atezolizumab + carboplatino + etopósido)	Grupo B (Placebo+ carboplatino + etopósido)
<i>TRO evaluada por el investigador (RECIST 1.1) ***^</i>	n=201	n=202
Número de respondedores (%)	121 (60,2 %)	130 (64,4 %)
IC 95 %	(53,1 ; 67,0)	(57,3 ; 71,0)
Número de respuestas completas (%)	5 (2,5 %)	2 (1,0 %)
Número de respuestas parciales (%)	116 (57,7 %)	128 (63,4 %)
<i>DR evaluada por el investigador (RECIST 1.1) ***^</i>	n = 121	n = 130
Mediana en meses	4,2	3,9
IC 95 %	(4,1 ; 4,5)	(3,1 ; 4,2)

SLP= sobrevida libre de progresión; RECIST= Criterios de Evaluación de Respuesta en Tumores Sólidos v1.1.; IC=intervalo de confianza; TRO=tasa de respuesta objetiva; DR=duración de la respuesta; SG= sobrevida global.

‡ Estratificado por sexo y estado funcional ECOG.

* Análisis exploratorio final de la SG punto de corte 24 de enero 2019.

** Análisis de la SLP, TRO y DR punto de corte 24 de abril 2018.

*** Sólo con propósitos descriptivos.

^ La TRO y la DR confirmadas son variables exploratorias.

Figura 15: Curva Kaplan-Meier para la sobrevida global (IMpower133)

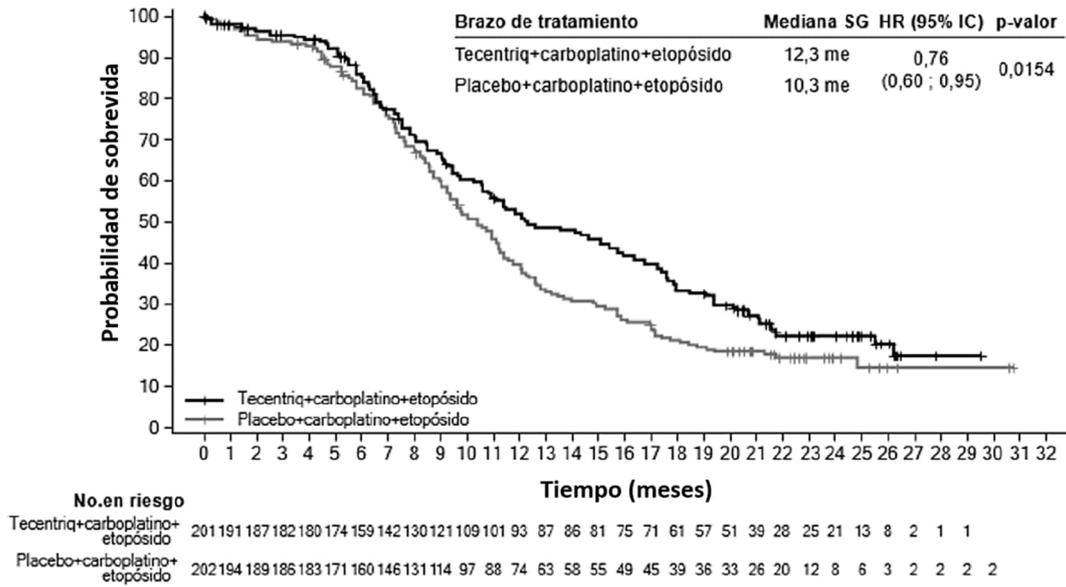
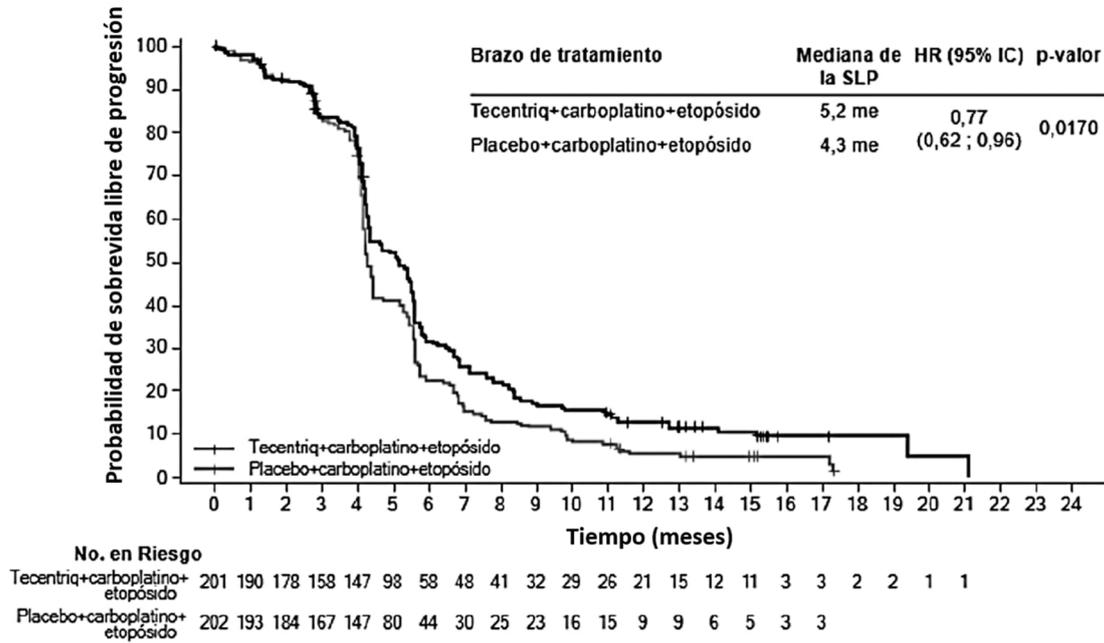


Figura 16: Curva Kaplan-Meier para la sobrevida libre de progresión (IMpower133)



Cáncer de mama triple negativo

IMpassion130 (WO29522): Ensayo clínico fase III aleatorizado en pacientes con CMTN localmente avanzado o metastásico previamente no tratados para la enfermedad metastásica.

Un ensayo clínico fase III, IMpassion130, doble ciego, de dos grupos de tratamiento, multicéntrico, internacional, aleatorizado, controlado con placebo, fue llevado a cabo para evaluar la eficacia y la seguridad de atezolizumab en combinación con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel), en pacientes con CMTN localmente avanzado irreseccable o metastásico, que no habían recibido quimioterapia previa para la enfermedad metastásica. Los pacientes debían ser elegibles para la monoterapia con taxano (es decir, ausencia de progresión clínica rápida, metástasis viscerales potencialmente mortales o necesidad de rápido control sintomático y/o de la enfermedad) y siendo excluidos aquellos que: habían recibido quimioterapia previa neoadyuvante o adyuvante dentro de los 12 últimos meses, tenían antecedentes de enfermedad autoinmune; se les había administrado una vacuna viva atenuada dentro de las 4 semanas previas a la aleatorización, o agentes inmunoestimulantes sistémicos dentro de las 4 semanas previas a la aleatorización o medicamentos inmunosupresores sistémicos dentro de las 2 semanas previas a la aleatorización; presentaban metástasis cerebrales no tratadas, sintomáticas o dependientes de corticoesteroides. Las evaluaciones de los tumores se realizaron cada 8 semanas (\pm 1 semana) durante los 12 primeros meses tras el día 1 del Ciclo 1, y cada 12 semanas (\pm 1 semana) a partir de entonces.

Se reclutaron un total de 902 pacientes y se estratificaron por metástasis hepáticas, tratamiento previo con taxanos y niveles de expresión de PD-L1 en células inmunes infiltrantes de tumor (CI) (expresión de PD-L1 en células inmunes infiltrantes de tumor teñidas [CI] <1 % del área del tumor vs. ≥ 1 % del área del tumor) evaluada mediante el ensayo VENTANA PD-L1 (SP142).

Los pacientes fueron aleatorizados para recibir atezolizumab 840 mg o placebo, mediante perfusión intravenosa los días 1 y 15 de cada ciclo de 28 días, más paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) (100 mg/m²) administrado en forma de perfusión intravenosa los días 1, 8 y 15 de cada ciclo de 28 días. Los pacientes recibieron tratamiento hasta que se observó progresión de la enfermedad medible, mediante evaluación radiográfica de acuerdo con los criterios RECIST v1.1, o toxicidad inaceptable. El tratamiento con atezolizumab podría continuarse cuando el tratamiento con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) se pare debido a toxicidad inaceptable. La mediana del número de ciclos de tratamiento fue 7 para atezolizumab y 6 para paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) en cada grupo de tratamiento.

Las características demográficas y basales de la enfermedad en la población de estudio estuvieron bien balanceadas entre los diferentes grupos de tratamiento. La mayoría de los pacientes fueron mujeres (99,6 %), de las cuales 67,5 % fueron blancas y 17,8 % asiáticas. La mediana de edad fue de 55 años (rango: 20 a 86). El estado basal ECOG fue 0 (58,4 %) o 1 (41,3 %). En general, el 41 % de los pacientes reclutados presentaron una expresión PD-L1 ≥ 1 %, el 27 % presentaron metástasis hepáticas y el 7 % presentaron metástasis cerebrales asintomáticas al inicio. Aproximadamente, la mitad de los pacientes habían recibido tratamiento (neo)adyuvante con taxanos (51 %) o antraciclinas (54 %). Las características demográficas y basales de la enfermedad tumoral en los pacientes con expresión PD-L1 ≥ 1 % fueron representativas de la población general del estudio.

Las covariables principales de eficacia incluyeron la sobrevida libre de progresión (SLP) evaluada por el investigador en la población ITT y en pacientes con expresión PD-L1 ≥ 1 %, de acuerdo con los criterios RECIST v1.1, así como sobrevida global (SG) en población ITT y en pacientes con expresión PD-L1 ≥ 1 %. Las variables secundarias de eficacia incluyeron la tasa de respuesta objetiva (TRO) y la duración de la respuesta (DR) de acuerdo con los criterios RECIST v1.1.

Los resultados de las variables SLP, TRO y DR del estudio IMpassion130 para pacientes con expresión PD-L1 ≥ 1 % en el momento del análisis final de SLP con una mediana de seguimiento de la sobrevida de 13 meses se resumen en la Tabla 16 con curvas de Kaplan-Meier para la SG, que se presentan en la Figura 16. Los pacientes con expresión PD-L1 < 1 % no mostraron mejoría de la SLP cuando atezolizumab fue añadido al tratamiento con paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) (HR de 0,94, 95 % IC 0,78, 1,13).

Se realizó un análisis final de la SG en pacientes con expresión PD-L1 ≥ 1 % con una mediana de seguimiento de 19,12 meses. Los resultados de la SG se presentan en la Tabla 16 y en la curva de Kaplan-Meier de la Figura 17. Los pacientes con expresión PD-L1 < 1 % no mostraron mejoría de la SG cuando se añadió atezolizumab a paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) (HR de 1,02, 95 % CI 0,84, 1,24).

Se realizaron análisis de subgrupos exploratorios en pacientes con expresión PD-L1 ≥ 1 %, explorando el tratamiento previo (neo)adyuvante, la mutación BRCA1/2 y las metástasis cerebrales asintomáticas al inicio.

En pacientes que habían recibido tratamiento previo (neo)adyuvante (n=242), el *hazard ratio* para la SLP primaria (final) fue 0,79 y 0,77 para la SG final, mientras que en pacientes que no habían recibido tratamiento previo (neo)adyuvante (n=127), el *hazard ratio* para la SLP primaria (final) fue 0,44 y 0,54 para la SG final.

En el estudio IMpassion 130, de los 614 pacientes analizados, 89 (15 %) portaron mutaciones patogénicas BRCA 1/2, Del subgrupo con mutaciones PD-L1+/BRCA 1/2, 19 pacientes recibieron atezolizumab más paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) y 26 placebo más paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel). En base al análisis exploratorio y al reconocimiento del pequeño tamaño de muestra, la presencia de la mutación BRCA1/2 no parece afectar el beneficio clínico de la SLP de atezolizumab y paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel).

Debido al bajo número de pacientes incluidos con metástasis cerebrales al inicio, no hubo evidencia de eficacia, la mediana de SLP fue de 2,2 meses en el grupo de tratamiento de atezolizumab más paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) (n=15) en comparación con 5,6 meses en el grupo de placebo más paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel) (n=11) (HR 1,40; IC 95 % 0,57; 3,44).

Tabla 18 – Resumen de la eficacia del ensayo (IMpassion130) en pacientes con expresión PD-L1 ≥ 1 %

Variables de la eficacia	(Atezolizumab + paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel))	(Placebo+ paclitaxel albúmina (nab-paclitaxel))
<i>Variables primarias de eficacia</i>	n=185	n=184
SLP evaluada por el investigador (RECIST v1.1)³		
N.º de eventos (%)	138 (74,6 %)	157 (85,3 %)
Mediana de la duración de SLP (meses)	7,5	5,0
IC 95 %	(6,7; 9,2)	(3,8; 5,6)
<i>Hazard ratio</i> estratificada [‡] (IC 95%)		0,62 (0,49; 0,78)
Valor-p ¹		<0,0001
SLP a los 12 meses (%)	29,1	16,4
<i>SLP evaluada por el investigador (RECIST 1.1) – Análisis exploratorio actualizado⁴</i>		
N.º de eventos (%)	149 (80,5 %)	163 (88,6 %)
Mediana de duración de SLP (meses)	7,5	5,3
IC 95 %	(6,7; 9,2)	(3,8; 5,6)
<i>Hazard ratio</i> estratificada [‡] (IC 95 %)		0,63 (0,50-0,80)
Valor-p ¹		<0,0001
SLP a los 12 meses (%)	30,3	17,3
<i>SG^{1,2,5}</i>		
Número de muertes (%)	120 (64,9 %)	139 (75,5 %)
Mediana de duración hasta los eventos (meses)	25,4	17,9
IC 95%	(19,6; 30,6)	(13,6; 20,3)
<i>Hazard ratio</i> estratificada [‡] (IC 95 %)		0,67 (0,53; 0,86)
<i>Variables secundaria y exploratoria</i>		
<i>TRO evaluada por el investigador (RECIST 1.1)³</i>	n = 185	n = 183
Número de respondedores (%)	109 (58,9 %)	78 (42,6 %)
IC 95 %	(51,5; 66,1)	(35,4;50,1)
Número de respuestas completas (%)	19 (10,3 %)	2 (1,1 %)
Número de respuestas parciales (%)	90 (48,6 %)	76 (41,5 %)
Número de enfermedades estables	38 (20,5 %)	49 (26,8 %)

Tabla 18 – Resumen de la eficacia del ensayo (IMpassion130) en pacientes con expresión PD-L1 $\geq 1\%$ (cont.)

DR evaluada por el investigador³	n=109	n=78
Mediana en meses	8,5	5,5
IC 95 %	(7,3; 9,7)	(3,7; 7,1)

¹ Basado en el test *log-rank* estratificado.

² Las comparaciones de la SG entre los grupos de tratamiento en pacientes con expresión PD-L1 $\geq 1\%$ no se testaron formalmente, de acuerdo con la jerarquía de análisis preespecificada.

³ 17 de abril 2018 punto de corte para el análisis final de SLP, TRO, DR y el primer análisis intermedio de SG.

⁴ 2 de enero de 2019 punto de corte para el análisis exploratorio de SLP.

⁵ 14 de abril de 2020 punto de corte para el análisis final de SG.

† Estratificado por presencia de metástasis hepáticas, y por tratamiento previo con taxanos.

SLP=sobrevida libre de progresión; RECIST= Criterios de Evaluación de Respuesta en Tumores

Sólidos v1.1.; IC=intervalo de confianza; TRO=tasa de respuesta objetiva; DR=duración de la respuesta;

SG=sobrevida global, NE=no estimable.

Figura 17: Curva Kaplan-Meier para la supervivencia Libre de Progresión en pacientes con expresión PD-L1 $\geq 1\%$ (IMpassion130)

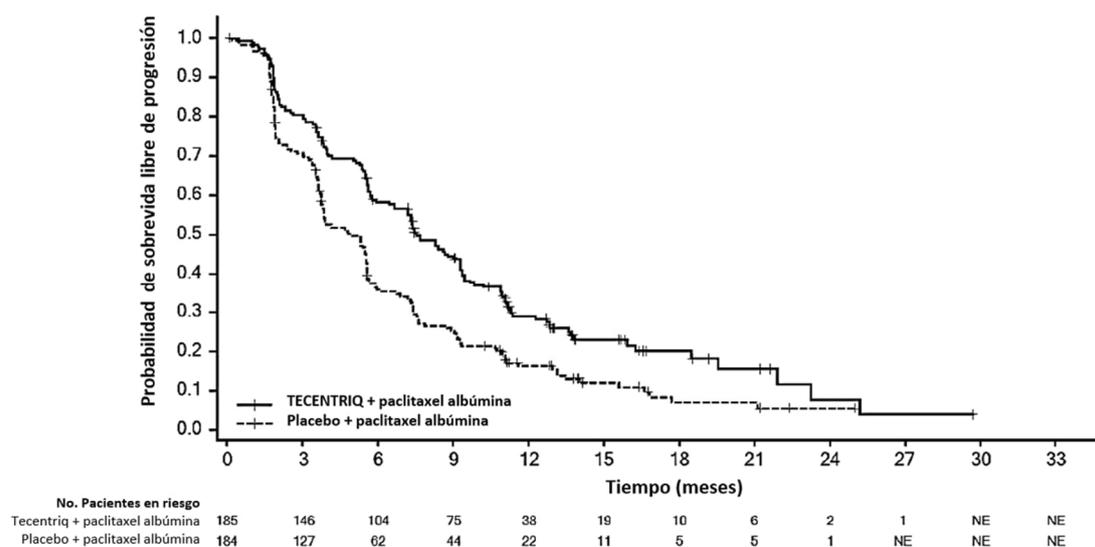
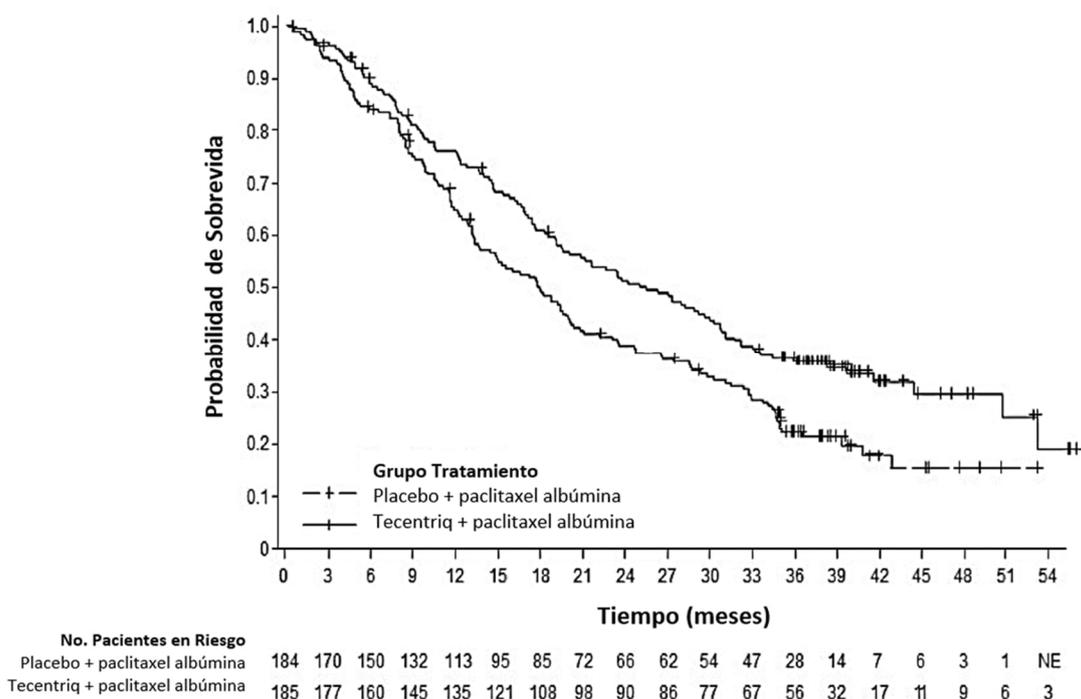


Figura 18: Curva de Kaplan-Meier para la Sobrevida Global en pacientes con expresión PD-L1 \geq 1% (IMpassion130)



El tiempo hasta el deterioro (declive sostenido \geq 10 puntos desde la puntuación inicial) de paciente que informaron de estados basales de salud global/calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) medido por el EORTC QLQ-C30 fue similar en ambos grupos de tratamiento, indicando que todos los pacientes mantuvieron su CVRS basal durante un tiempo comparable.

Hepatocarcinoma

Imbrave150 (YO40245): Estudio fase III aleatorizado en pacientes con HCC irresecable que no han sido previamente tratados con terapia sistémica, en combinación con bevacizumab.

Un estudio fase III (Imbrave150), aleatorizado, multicéntrico, internacional, abierto, fue llevado a cabo para evaluar la eficacia y la seguridad de atezolizumab en combinación con bevacizumab, en pacientes con HCC localmente avanzado metastásico y/o irresecable, que no habían recibido tratamiento sistémico previo. Se reclutaron un total de 501 pacientes y fueron aleatorizados (2:1) para recibir atezolizumab (1.200 mg) y 15 mg/kg pc de bevacizumab cada 3 semanas administrados mediante perfusión intravenosa, o sorafenib 400 mg oral dos veces por día. La aleatorización fue estratificada por región geográfica, invasión macrovascular y/o diseminación extrahepática, α -fetoproteína basal (AFP) y estado funcional ECOG.

Los pacientes de ambos grupos recibieron tratamiento hasta la pérdida de beneficio clínico o toxicidad inaceptable. Los pacientes podían suspender el tratamiento con atezolizumab o bevacizumab (por ejemplo, debido a eventos adversos) y continuar con un solo agente terapéutico hasta la pérdida de beneficio clínico o toxicidad inaceptable asociada con dicho agente.

El estudio incluyó adultos cuya enfermedad no era susceptible o no progreso después de cirugía o de terapias locorregionales, clase A en la escala de Child-Pugh, ECOG 0/1 y que no habían recibido tratamiento sistémico previo. El sangrado (incluidos los eventos mortales) es una reacción adversa conocida de bevacizumab y el sangrado del tracto superior gastrointestinal es una complicación común y potencialmente mortal en pacientes con HCC. Por ello, en los pacientes debía ser evaluada la presencia de varices dentro de los 6 meses previos al tratamiento, y fueron excluidos si tenían sangrado varicoso dentro de los 6 meses previos al tratamiento, varices no tratadas o tratadas de forma incompleta con sangrado o alto riesgo de sangrado. Pacientes con hepatitis B activa se requirió ADN VHB < 500 IU/mL en los 28 días anteriores al inicio del tratamiento del estudio, y tratamiento estándar anti-VHB durante un mínimo de 14 días antes del ingreso al estudio y durante la duración del mismo.

Los pacientes también fueron excluidos si: presentaban ascitis moderada o grave; antecedentes de encefalopatía hepática; HCC fibrolamelar conocido; HCC sarcomatoide, colangiocarcinoma mixto y HCC; coinfección activa de VHB y VHC; antecedentes de enfermedad autoinmune; si se les había administrado una vacuna viva atenuada dentro de las 4 semanas previas a aleatorización; o agentes inmunoestimuladores sistémicos dentro de las 4 semanas previas a la aleatorización o medicamentos inmunosupresores sistémicos dentro de las 2 semanas previas a la aleatorización; o presentaban metástasis cerebrales sin tratamiento o dependiente de corticosteroides. Las evaluaciones tumorales se realizaron cada 6 semanas durante las primeras 54 semanas tras el día 1 del Ciclo 1, y cada 9 semanas a partir de entonces.

Las características demográficas y basales de la enfermedad en la población de estudio estuvieron bien balanceadas entre los grupos de tratamiento. La mediana de edad fue de 65 años (rango: 26 a 88 años) y el 83 % fueron hombres. La mayoría de los pacientes fueron asiáticos (57 %) y blancos (35 %). El 40% fueron de Asia (excluyendo Japón), mientras que el 60 % fueron del resto del mundo. Aproximadamente el 75 % de los pacientes presentaron invasión macrovascular y/o diseminación extrahepática y el 37 % tenía una AFP basal ≥ 400 ng / ml. El estado funcional ECOG basal fue 0 (62 %) o 1 (38 %). Los principales factores de riesgo para el desarrollo de HCC fueron: infección por el virus de la hepatitis B en el 48 % de los pacientes, infección por el virus de la hepatitis C en el 22 % de los pacientes y enfermedad no viral en el 31 % de los pacientes. El HCC fue categorizado de acuerdo al Estadio C de BCLC (*Barcelona Clinic Liver Cancer*) en el 82% de los pacientes, estadio B en el 16% de los pacientes y estadio A en el 3% de los pacientes.

Las covariables primarias de eficacia fueron SG y SLP evaluados por un comité de revisión independiente (CRI) mediante RECIST v1.1. En el momento del análisis primario, los pacientes tuvieron una mediana de duración del seguimiento de la sobrevida de 8,6 meses. Los datos demostraron una mejora estadísticamente significativa en SG y SLP con atezolizumab + bevacizumab en comparación con sorafenib según lo evaluado por el CRI mediante RECIST v1.1. También se observó una mejora estadísticamente significativa en la tasa de respuesta objetiva confirmada (TRO) evaluado por el CRI mediante RECIST v1.1. y los criterios RECIST modificados de HCC (mRECIST). Los resultados clave de eficacia del análisis primario se resumen en la Tabla 19.

Se realizó un análisis de eficacia descriptivo actualizado con una mediana del tiempo de seguimiento de la sobrevida de 15,6 meses. La mediana de la SG fue 19,2 meses (IC 95 %: 17,0 – 23,7) en el grupo de atezolizumab + bevacizumab versus 13,4 meses (IC 95 %: 11,4 – 16,9) en el grupo de sorafenib, con un HR de 0,66 (IC 95 %: 0,52 – 0,85). La mediana de la SLP evaluada por CRI mediante RECIST v1.1 fue 6,9 meses (IC 95 %: 5,8 – 8,6) en el grupo de atezolizumab + bevacizumab versus 4,3 meses (IC 95 %: 4,0 – 5,6) en el grupo de sorafenib, con un HR de 0,65 (IC 95 %: 0,53 – 0,81).

La TRO evaluada por CRI mediante RECIST v1.1 fue 29,8 % (IC 95 %: 24,8 – 35,0) en el grupo de atezolizumab + bevacizumab y 11,3 % (IC 95 %: 6,9 – 17,3) en el grupo de sorafenib. La mediana de la duración de la respuesta (DR) evaluada por CRI mediante RECIST v1.1 en los respondedores confirmados fue de 18,1 meses (IC 95 %: 14,6 – NE) en el grupo de atezolizumab + bevacizumab comparado con 14,9 meses (IC 95 %: 4,9 – 17,0) en el grupo de sorafenib.

Las curvas de Kaplan-Meier para SG (análisis actualizado) y SLP (análisis primario) se presentan en las Figuras 19 y 20, respectivamente.

Tabla 19: Resumen de eficacia (Análisis primario IMbrave150)

Variables de eficacia claves	Atezolizumab + Bevacizumab	Sorafenib
SG	n=336	n=165
N.º de muertes (%)	96 (28,6 %)	65 (39,4 %)
Mediana de duración hasta los eventos (meses)	NE	13,2
IC 95 %	(NE, NE)	(10,4; NE)
<i>Hazard ratio</i> estratificado [‡] (IC 95 %)	0,58 (0,42; 0,79)	
p-valor ¹	0,0006	
SG a los 6 meses (%)	84,8 %	72,3 %
SLP evaluada por CRI, RECIST 1.1)	n=336	n=165
N.º de eventos (%)	197 (58,6 %)	109 (66,1 %)
Mediana de la duración de SLP (meses)	6,8	4,3
IC 95 %	(5,8 , 8,3)	(4,0 , 5,6)
<i>Hazard ratio</i> estratificado [‡] (IC 95 %)	0,59 (0,47 , 0,76)	
p-valor ¹	< 0,0001	
SLP a los 6 meses	54,5 %	37,2 %

Tabla 19: Resumen de eficacia (Análisis primario IMbrave150)(cont.)

TRO evaluada por CRI, RECIST 1.1	n=326	n=159
Número de respondedores confirmados (%)	89 (27,3 %)	19 (11,9 %)
IC 95 %	(22,5 , 32,5)	(7,4 , 18,0)
p-valor ²	< 0,0001	
Número de respuestas completas (%)	18 (5,5 %)	0
Número de respuestas parciales (%)	71 (21,8 %)	19 (11,9 %)
Número de enfermedad estable (%)	151 (46,3 %)	69 (43,4 %)
DR evaluada por CRI, RECIST 1.1	n=89	n=19
Mediana en meses	NE	6,3
IC 95 %	(NE, NE)	(4,7, NE)
Rango (meses)	(1,3+ , 13,4+)	(1,4+ , 9,1+)
TRO evaluada por CRI, mRECIST en HCC	n=325	n=158
Número de respondedores confirmados (%)	108 (33,2 %)	21 (13,3%)
IC 95 %	(28,1 , 38,6)	(8,4 , 19,6)
p-valor ²	< 0,0001	
Número de respuestas completas (%)	33 (10,2 %)	3 (1,9 %)
Número de respuestas parciales (%)	75 (23,1 %)	18 (11,4 %)
Número de enfermedad estable (%)	127 (39,1 %)	66 (41,8 %)
DR evaluada por CRI, mRECIST en HCC	n=108	n=21
Mediana en meses	NE	6,3
IC 95 %	(NE, NE)	(4,9, NE)
Rango (meses)	(1,3+ , 13,4+)	(1,4+ , 9,1+)

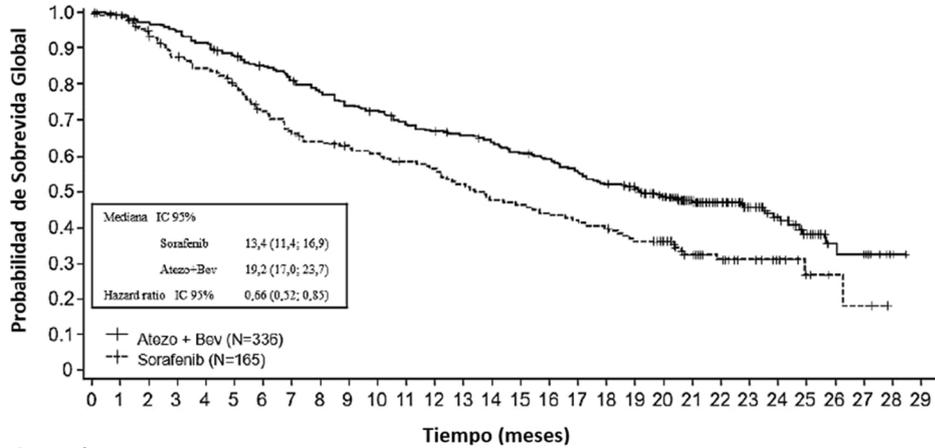
‡ Estratificado por región geográfica (Asia excluyendo Japón vs resto del mundo), invasión macrovascular y/o diseminación extrahepática (presencia vs. ausencia), y AFP basal (<400 vs. ≥400 ng/ml).

¹ Basado en un test bilateral *log-rank* estratificado.

² Basado en un test bilateral Cochran-Mantel-Haenszel.

SLP = supervivencia libre de progresión; RECIST = Criterios de Evaluación de Respuesta en Tumores Sólidos v1.1; HCC mRECIST = Evaluación RECIST modificado para el hepatocarcinoma; CI = intervalo de confianza; TRO = tasa de respuesta objetiva; DR = duración de la respuesta; SG = supervivencia global; NE = no estimable; N/A = no aplicable.

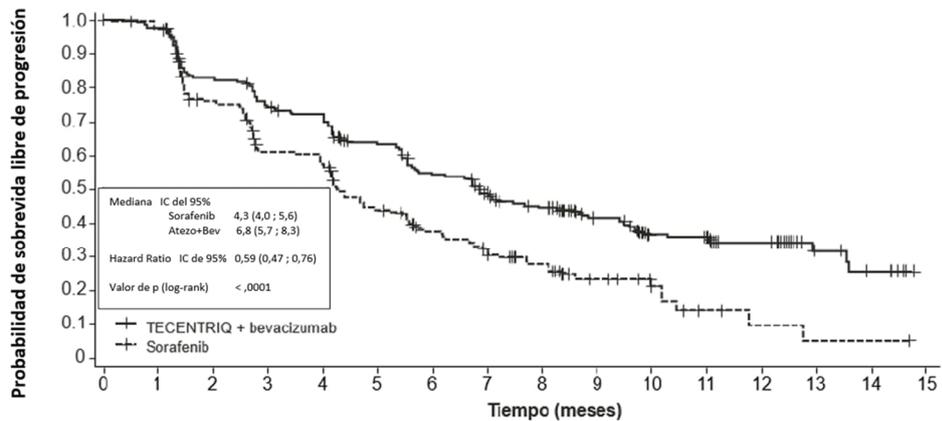
Figura 19: Curva Kaplan-Meier para la Sobrevida Global en la población ITT (Análisis actualizado IMbrave 150)



No. de Pacientes en riesgo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Atezo + Bev	336	329	320	312	302	288	276	263	252	240	233	221	214	209	202	192	186	175	164	156	134	105	80	57	42	24	12	11	2	NE
Sorafenib	165	158	144	133	128	119	106	95	92	88	85	81	78	72	65	64	61	58	55	49	44	32	24	18	12	7	3	2	NE	NE

El Hazard ratio procede de un análisis estratificado. Los factores de estratificación incluyen región geográfica (Asia excluyendo Japón vs. resto del mundo), invasión macrovascular y/o diseminación extrahepática (presencia vs. ausencia), y AFP basal (<400 vs. ≥400 ng/ml) en el screening por IxRS.

Figure 20: Curva Kaplan-Meier para la SLP evaluada por un CRI mediante RECIST v1.1 en población ITT (Análisis primario IMbrave150)



No. de Pac en riesgo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TECENTRIQ + bevacizumab	336	322	270	243	232	201	169	137	120	74	50	46	34	11	7	NE
Sorafenib	165	148	109	84	80	57	44	34	27	15	9	4	2	1	1	NE

Eficacia en pacientes de edad avanzada

En general no se observaron diferencias de eficacia entre los pacientes ≥ 65 años de edad y los más jóvenes que estaban recibiendo atezolizumab en monoterapia. En el estudio Impower150, la edad de ≥ 65 años fue asociada con un menor efecto de atezolizumab en pacientes tratados con atezolizumab en combinación con carboplatino y paclitaxel.

En los estudios IMpower150, IMpower133 e IMpower110, los datos de pacientes ≥ 75 años son muy limitados para extraer conclusiones en esta población.

Población pediátrica

Un estudio de fase temprana abierto multicéntrico fue llevado a cabo en población pediátrica (< 18 años, $n=69$) y pacientes adultos jóvenes (18-30 años, $n=18$) con tumores sólidos recidivantes o progresivos, así como con linfoma Hodgkin y no Hodgkin, para evaluar la seguridad y la farmacocinética de atezolizumab. Los pacientes fueron tratados con 15 mg/kg pc de atezolizumab IV cada 3 semanas (*véase Propiedades farmacocinéticas*).

Propiedades farmacocinéticas

La exposición de los pacientes a atezolizumab aumentó en forma proporcional a la dosis en todo el rango de dosis, de 1 mg/kg a 20 mg/kg, con inclusión de una dosis de 1.200 mg administrada cada 3 semanas. Un análisis de la población que incluía 472 pacientes describió la farmacocinética de atezolizumab para el rango de dosis: 1 a 20 mg/kg pc con un modelo lineal bicompartimental con eliminación de primer orden. Las propiedades farmacocinéticas de atezolizumab 840 mg IV administrado cada 2 semanas, 1.200 mg administrado cada 3 semanas y 1.680 mg administrado cada 4 semanas son las mismas; se espera obtener con estos tres regímenes de dosificación una exposición total comparable. Un análisis farmacocinético de la población sugiere que se obtiene el estado estable después de 6 a 9 semanas de las múltiples dosificaciones. La acumulación sistémica en el área bajo la curva, la concentración máxima y la concentración mínima fue de 1,91; 1,46 y 2,75 veces, respectivamente.

Absorción

Atezolizumab se administra como una perfusión intravenosa. No hay estudios realizados con otras vías de administración.

Distribución

Un análisis farmacocinético de la población indica que el volumen de distribución del compartimento central es de 3,28 l y el volumen en el estado estacionario es de 6,91 l en el paciente habitual.

Biotransformación

No se ha estudiado directamente el metabolismo de atezolizumab. Los anticuerpos se eliminan principalmente por catabolismo.

Eliminación

Un análisis farmacocinético de la población indica que el aclaramiento de atezolizumab es de 0,200 l/día y la vida media de eliminación terminal habitual es de 27 días.

Poblaciones especiales

De acuerdo con un análisis de farmacocinética poblacional y la exposición basada en el análisis de respuesta, la edad (21-89 años), la región o la etnia, la insuficiencia renal, la insuficiencia hepática leve, el nivel de expresión de PD-L1, o el ECOG no tienen efecto sobre la farmacocinética de atezolizumab. El peso corporal, el sexo, el estado AAF positivo, los niveles de albúmina, la carga tumoral, son estadísticamente significativos, pero no clínicamente relevantes para la farmacocinética de atezolizumab. No se requirió ajuste de dosis.

Pacientes de edad avanzada

No se han realizado estudios específicos de atezolizumab en pacientes de edad avanzada. El efecto de la edad sobre la farmacocinética de atezolizumab se evaluó en un análisis farmacocinético de la población. La edad no se identificó como una covariable significativa que influye en la farmacocinética de atezolizumab en base a los pacientes de rango de edad de 21-89 años (n=472), y la mediana de 62 años de edad. No se observaron diferencias clínicamente importantes en la farmacocinética de atezolizumab entre los pacientes <65 años (n=274), los pacientes de 65-75 años (n=152) y los pacientes >75 años (n=46) (*véase Posología y formas de administración*).

Población pediátrica

Los resultados de farmacocinética de un estudio de fase temprana, abierto, multicéntrico que se llevó a cabo en población pediátrica (<18 años, n=69) y pacientes adultos jóvenes (18-30 años, n=18), muestra que el aclaramiento y el volumen de distribución de atezolizumab fueron comparables entre pacientes pediátricos que recibieron 15 mg/kg pc y pacientes adultos jóvenes que recibieron 1.200 mg de atezolizumab cada 3 semanas cuando se normalizó según el peso corporal, con una tendencia de exposición menor en pacientes pediátricos a medida que disminuye el peso corporal. Estas diferencias no se asociaron con una disminución en las concentraciones de atezolizumab por debajo del objetivo terapéutico de exposición. Los datos para niños <2 años son limitados, por lo que no se pueden establecer conclusiones definitivas.

Insuficiencia renal

No se han realizado estudios específicos de atezolizumab en pacientes con insuficiencia renal. En el análisis farmacocinético de la población, no se encontraron diferencias clínicamente importantes en el aclaramiento de atezolizumab en pacientes con insuficiencia renal leve (tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) de 60 a 89 ml/min/1,73 m²; n=208) o moderada (TFG de 30 a 59 ml/min/1,73 m²; n=116), en comparación con pacientes con una función renal normal (TFG mayor o igual a 90 ml/min/1,73 m²; n=140). Solo unos pocos pacientes tenían insuficiencia renal grave (TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m²; n=8) (véase *Posología y formas de administración*). Se desconoce el efecto de la insuficiencia renal grave sobre la farmacocinética de atezolizumab.

Insuficiencia hepática

No se han realizado estudios específicos de atezolizumab en pacientes con insuficiencia hepática. En el análisis farmacocinético de la población, no hubo diferencias clínicamente importantes en el aclaramiento de atezolizumab observado en los pacientes con insuficiencia hepática leve (bilirrubina \leq LSN y AST $>$ LSN o bilirrubina $>1,0 \times$ a $1,5 \times$ LSN y cualquier AST) o insuficiencia hepática moderada (bilirrubina $>1,5$ a $3 \times$ LSN y cualquier valor de AST) en comparación con pacientes con función hepática normal (bilirrubina \leq LSN y AST \leq LSN). No existen datos disponibles en pacientes con insuficiencia hepática grave (bilirrubina $>3 \times$ LSN y cualquier valor de AST). La insuficiencia hepática fue definida según los criterios de disfunción hepática del Instituto Nacional del Cáncer (INC) (*National Cancer Institute - Organ Dysfunction Working Group* (NCI-ODWG) (véase *Posología y formas de administración*). Se desconoce el efecto de la insuficiencia hepática grave bilirrubina $\geq 3 \times$ LSN y cualquier valor de AST) sobre la farmacocinética de atezolizumab.

Datos preclínicos de seguridad

Carcinogenicidad

No se han llevado a cabo estudios de carcinogenicidad para establecer el potencial carcinogénico de atezolizumab.

Mutagenicidad

No se han llevado a cabo estudios de mutagenicidad para establecer el potencial mutagénico de atezolizumab. Sin embargo, no se espera que los anticuerpos monoclonales alteren el ADN o los cromosomas.

Fertilidad

No se han realizado estudios de fertilidad con atezolizumab; sin embargo, se incluyó la evaluación de los órganos reproductores de hembras y machos del mono cynomolgus en el estudio de toxicidad crónica. La administración semanal de atezolizumab a monos hembra a un AUC de aproximadamente 6 veces el AUC de pacientes que reciben la dosis recomendada originó un patrón irregular del ciclo menstrual y una falta de cuerpos lúteos recién formados en los ovarios que fueron reversibles. No hubo ningún efecto sobre los órganos reproductores en machos.

Teratogenicidad

No se han realizado estudios de reproducción o teratogenicidad en animales con atezolizumab. Los estudios en animales han demostrado que la inhibición de la vía PD-L1/PD-1 puede conducir a un rechazo inmune en el desarrollo del feto con resultado de muerte fetal. La administración de atezolizumab podría causar daño fetal, incluida la letalidad embrio-fetal.

Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

Tecentriq no contiene ningún conservante antimicrobiano o agente bacterioestático y debe ser preparado por un profesional sanitario utilizando una técnica aséptica para garantizar la esterilidad de las diluciones preparadas. Use una aguja y jeringa estéril para preparar Tecentriq.

Preparación, manejo y almacenamiento aséptico

Se debe garantizar un manejo aséptico al preparar la perfusión, la preparación debe ser:

- realizada en condiciones asépticas por profesional cualificado de acuerdo con las normas de buenas prácticas, especialmente con respecto a la preparación aséptica de productos parenterales.
- preparada en una campana de flujo laminar o en una cabina de seguridad biológica con precauciones estándar para el manejo seguro de los agentes intravenosos.
- seguido de un almacenamiento adecuado de la solución preparada para perfusión intravenosa para garantizar el mantenimiento de las condiciones asépticas.

No agitar.

Instrucciones para la dilución

Para la dosis recomendada de 840 mg: se deben extraer 14 ml de concentrado de Tecentriq del vial y diluirlo en una bolsa de perfusión de cloruro de polivinilo (PVC), poliolefina (PO), polietileno (PE), o polipropileno (PP) que contiene una solución inyectable de 9 mg/ml (0,9 %) de cloruro de sodio.

Para la dosis recomendada de 1.200 mg: se deben extraer 20 ml de concentrado de Tecentriq del vial y diluirlo en una bolsa de perfusión de cloruro de polivinilo (PVC), poliolefina (PO), polietileno (PE), o polipropileno (PP) que contiene una solución inyectable de 9 mg/ml (0,9 %) de cloruro de sodio.

Para la dosis recomendada de 1.680 mg: se deben extraer 28 ml de concentrado de Tecentriq de dos viales de Tecentriq 840 mg y se diluyen en una bolsa de perfusión de cloruro de polivinilo (PVC), poliolefina (PO), polietileno (PE), o polipropileno (PP) que contiene una solución inyectable de 9 mg/ml (0,9 %) de cloruro de sodio.

Después de la dilución, la concentración final de la solución diluida debe estar entre 3,2 y 16,8 mg/ml.

La bolsa debe invertirse suavemente para mezclar la solución con el fin de evitar la formación de espuma. Una vez preparada la perfusión debe administrarse inmediatamente (*véase Observaciones particulares - Solución diluida*).

Los medicamentos parenterales deben ser inspeccionados visualmente para detectar partículas y cambios de color antes de su administración. Si se observan partículas o cambios de color, la solución no debe ser utilizada.

No se han observado incompatibilidades entre Tecentriq y la bolsa de perfusión de PVC, PO, PE, o PP. Además, no se han observado incompatibilidades con filtro en línea con membranas compuestas de polietersulfona o polisulfona, ni con sets de perfusión ni con otras herramientas de perfusión de PVC, PE, polibutadieno, o polieteruretano. El uso del filtro en línea con membranas es opcional.

No administrar simultáneamente con otros medicamentos a través de la misma línea de perfusión

Eliminación

La liberación de Tecentriq en el medio ambiente debe reducirse al mínimo.

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.

Sobredosificación

No hay información acerca de la sobredosificación con atezolizumab. En caso de sobredosis, los pacientes deben ser vigilados estrechamente en cuanto a signos o síntomas de reacciones adversas y debe instaurarse tratamiento sintomático adecuado.

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

Hospital de Pediatría Dr. Ricardo Gutiérrez: (011) 4962-6666/2247;

Policlínico Dr. G. A. Posadas: (011) 4654-6648; (011) 4658-7777;

Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde: (011) 4300-2115; (011) 4363-2100/2200 (Interno 6217).

Observaciones particulares

Solución diluida

Se ha demostrado la estabilidad química y física del producto en uso de hasta 24 horas a ≤ 30 °C y hasta 30 días entre 2 °C y 8 °C a partir del momento de la preparación.

Desde el punto de vista microbiológico, la solución preparada para perfusión se debe utilizar inmediatamente. Si no se utiliza inmediatamente, los tiempos de almacenamiento en uso y las condiciones previas a su uso son responsabilidad del usuario y en general, no deben ser superiores a 24 horas entre 2 °C y 8 °C o de 8 horas a temperatura de ambiente (≤ 25 °C), a menos que la dilución haya tenido lugar en condiciones asépticas controladas y validadas.

Precauciones especiales de conservación

El vial debe conservarse en heladera entre 2 °C a 8 °C.

Conservar el vial en el envase original para protegerlo de la luz.

No congelar.

Para las condiciones de conservación del medicamento después de su dilución, véase “*Posología y formas de administración*”.

Aspecto y contenido del envase

840 mg

Vial de vidrio tipo I con tapón de caucho butílico con 14 ml de solución.
Envase con 1 vial.

1200 mg

Vial de vidrio tipo I con tapón de caucho butílico con 20 ml de solución.
Envase con 1 vial.

Presentación

Vial de 14 ml con 840 mg (60 mg/ml)
Vial de 20 ml con 1.200 mg (60 mg/ml)

envase con 1
envase con 1

Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud.
Certificado N° 58.461.

840 mg:

Fabricado para: F. Hoffmann-La Roche Ltd.
Basilea, Suiza

Por: F. Hoffmann - La Roche Ltd.
Kaiseraugst, Suiza

Acondicionado por: F. Hoffmann - La Roche Ltd.
Kaiseraugst, Suiza

Importado por: Productos Roche S.A.Q. e I.
Rawson 3150, Ricardo Rojas, Tigre,
Provincia de Buenos Aires, Argentina
Director Técnico: Lucas Marletta Fraile, Farmacéutico

1.200 mg:

Fabricado para: F. Hoffmann - La Roche Ltd.
Basilea, Suiza

Por:

F. Hoffmann - La Roche Ltd.
Kaiseraugst, Suiza

Acondicionado por: F. Hoffmann - La RocheLtd.
Kaiseraugst, Suiza

Importado por: Productos Roche S. A. Q. e I.
Rawson 3150, Ricardo Rojas, Tigre,
Provincia de Buenos Aires, Argentina
Director Técnico: Lucas Marletta Fraile, Farmacéutico

Servicio de Atención al Cliente (Argentina):
0800-77-ROCHE (76243)

Fecha de última revisión: Marzo 2023.

(RI+EMA [EMEAHC004143II0075 + PSUSA00010644202205] +NI [IMpower010 [NI2021-0034]) +CDS: CDS 27.0 C+28.0C+CDS 29.0C+CDS 31.0C+CDS 32.0C).



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Prospecto TECENTRIQ

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 88 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.03.18 11:01:56 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.03.18 11:01:58 -03:00

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE
Tecentriq[®] 1.200 mg
Tecentriq[®] 840 mg
Concentrado para solución para infusión intravenosa
Atezolizumab
Expendio bajo receta archivada
(Adaptado a la Disposición ANMAT N° 5904/96)

Lea toda la *Información para el Paciente* detenidamente antes de recibir este medicamento. Estos datos pueden ser importantes para usted.

- Conserve esta *Información para el Paciente*, ya que puede tener que volver a leerla.
- Si tiene alguna duda, consulte con su médico o enfermero.
- Informe a su médico o enfermero si experimenta alguna reacción adversa, mencionada o no en esta *Información para el Paciente* (véase *Posibles reacciones adversas*).

Contenido de la *Información para el Paciente*

1. Qué es Tecentriq y para qué se utiliza
2. Qué necesita saber antes de empezar a usar Tecentriq
3. Cómo usar Tecentriq
4. Posibles reacciones adversas
5. Conservación de Tecentriq
6. Contenido del envase e información adicional

1. QUÉ ES TECENTRIQ Y PARA QUÉ SE UTILIZA

¿Qué es Tecentriq?

- Tecentriq es un medicamento antitumoral que contiene la sustancia activa ‘atezolizumab’. Es un tipo de proteína que pertenece al grupo de los llamados “anticuerpos monoclonales”.
- Los anticuerpos monoclonales son un tipo de proteína diseñada para reconocer y unirse a una sustancia diana específica en el cuerpo.
- Este anticuerpo puede ayudar a su sistema inmunitario a combatir su cáncer.

Para qué se utiliza Tecentriq

Tecentriq se usa en adultos para tratar:

- Un tipo de cáncer de vejiga, llamado carcinoma urotelial.
- Un tipo de cáncer de pulmón, llamado cáncer de pulmón de células no pequeñas.
- Un tipo de cáncer de pulmón, llamado cáncer de pulmón de células pequeñas.
- Un tipo de cáncer de mama, llamado cáncer de mama triple negativo.
- Un tipo de cáncer de hígado, llamado Hepatocarcinoma.

Los pacientes son tratados con Tecentriq cuando sus cánceres han avanzado a otras partes del cuerpo o tras tratamiento previo.

Los pacientes pueden ser tratados con Tecentriq cuando su cáncer de pulmón no ha avanzado a otras partes del cuerpo, el tratamiento se le dará después de cirugía y quimioterapia. El tratamiento tras cirugía se llama terapia adyuvante.

Tecentriq puede darse en combinación con otros medicamentos anticancerosos. Es importante que usted también lea el prospecto de los otros medicamentos anticancerosos que pueda estar recibiendo. Si tiene alguna duda sobre estos medicamentos, consulte con su médico.

Cómo funciona Tecentriq

Tecentriq actúa uniéndose a una proteína específica que existe en su cuerpo y que se llama ligando del receptor de muerte programada 1 (PD-L1). Esta proteína neutraliza al sistema inmune (defensas) del cuerpo, protegiendo así a las células cancerosas del ataque de las células inmunes. Al unirse a esta proteína, Tecentriq ayuda a su sistema inmunológico a combatir el cáncer.

2. QUÉ NECESITA SABER ANTES DE EMPEZAR A USAR TECENTRIQ

No use Tecentriq:

- Si es alérgico a atezolizumab o a alguno de los demás componentes de este medicamento (*enumerados en la Sección 6. Composición de Tecentriq*).

Si no está seguro, consulte a su médico o enfermero antes de comenzar a usar Tecentriq.

Precauciones y advertencias

Consulte a su médico o enfermero antes de empezar a usar Tecentriq:

- Si tiene una enfermedad autoinmune (una condición en la que el cuerpo ataca a sus propias células).
- Si le han dicho que su cáncer se ha extendido a su cerebro.
- Si tiene antecedentes de inflamación de sus pulmones (llamado neumonitis).
- Si tiene o ha tenido una infección viral crónica del hígado, incluyendo hepatitis B (VHB) o hepatitis C (VHC).
- Si tiene una infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida en humanos (VIH) o si tiene el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Si tiene trastornos cardiovasculares, sanguíneos o daño en algún órgano significativos debido a presión sanguínea inadecuada.
- Si ha tenido efectos adversos graves debido a terapias de anticuerpos que se le hayan administrado para tratar su cáncer.
- Si le administraron medicamentos para estimular su sistema inmune.
- Si le administraron medicamentos para suprimir su sistema inmune.
- Si le administraron una vacuna viva atenuada.
- Si ha recibido medicamentos para tratar infecciones (antibióticos) en las dos semanas anteriores.

Si le ocurre cualquiera de los anteriores (o no está seguro), consulte a su médico o enfermero antes de usar Tecentriq.

Tecentriq puede causar algunos efectos adversos que debe informar a su médico de manera inmediata. Pueden ocurrir semanas o meses después de la última dosis. Informe a su médico inmediatamente si nota cualquiera de los siguientes síntomas:

- Inflamación del pulmón (neumonitis): los síntomas pueden incluir tos reciente o que empeora, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.
- Inflamación del hígado (hepatitis): los síntomas pueden incluir color amarillento de la piel o los ojos, náuseas, vómitos, sangrados o moretones, orina oscura, y dolor de estómago.
- Inflamación del intestino (colitis): los síntomas pueden incluir diarrea (heces acuosas, sueltas o blandas), sangre en las heces, y dolor de estómago.
- Inflamación del tiroides y glándulas suprarrenales y de la glándula pituitaria (hipotiroidismo, hipertiroidismo o insuficiencia suprarrenal o hipofisitis): los síntomas pueden incluir cansancio, pérdida de peso, aumento de peso, cambios de humor, pérdida de cabello, estreñimiento, mareos, dolor de cabeza, sed mayor de lo habitual, necesidad de orinar con mayor frecuencia y cambios en la visión.
- Diabetes tipo 1, incluido ácido en la sangre producido por la diabetes (cetoacidosis diabética): incluye síntomas como sensación de hambre o sed mayor de lo habitual, necesidad de orinar con mayor frecuencia, pérdida de peso y sensación de cansancio o dificultad para pensar con claridad, aliento que huele dulce o afrutado, un sabor dulce o metálico en la boca, o un olor diferente en la orina o el sudor, náuseas o vómitos, dolor de estómago y respiración profunda o rápida.

- Inflamación del cerebro (encefalitis) o inflamación de la membrana que rodea la médula espinal y el cerebro (meningitis): los síntomas pueden incluir rigidez de cuello, dolor de cabeza, fiebre, escalofríos, vómitos, sensibilidad a la luz, confusión y somnolencia.
- Inflamación o problemas de los nervios (neuropatía): los síntomas pueden incluir debilidad muscular y entumecimiento, hormigueo en las manos y los pies.
- Inflamación del páncreas (pancreatitis): incluye síntomas como dolor abdominal, náuseas y vómitos.
- Inflamación del músculo cardíaco (miocarditis): los síntomas pueden incluir dificultad para respirar, disminución en la tolerancia al ejercicio, sensación de cansancio, dolor en el pecho, hinchazón de los tobillos o de las piernas, latido cardíaco irregular y desmayos.
- Inflamación de los riñones (nefritis); los síntomas pueden incluir cambios en la cantidad y color de la orina, dolor en la pelvis e inflamación del cuerpo, y puede dar lugar a fallo de los riñones.
- Inflamación de los músculos (miositis); los síntomas pueden incluir debilidad muscular, fatiga después de caminar o estar de pie, tropezar o caerse y problemas para tragar o respirar.
- Reacciones graves relacionadas con la perfusión (eventos que ocurren durante o dentro del primer día después de la perfusión): pueden incluir fiebre, escalofríos, dificultad para respirar y enrojecimiento.
- Reacciones cutáneas graves (SCARs); las cuales pueden incluir erupción, picor, formación de ampollas, descamación o úlceras en la piel, y/o úlceras en la boca o en la mucosa de la nariz, la garganta o el área genital.
- Inflamación del saco cardíaco con acumulación de líquido en el saco (en algunos casos) (trastornos pericárdicos): los síntomas son similares a los de la miocarditis y pueden incluir dolor torácico (generalmente en la parte delantera del pecho, agudo y empeora al respirar profundamente y mejora cuando se sienta e inclina hacia delante en caso de inflamación del saco cardíaco), tos, latido cardíaco irregular, hinchazón de los tobillos, piernas o abdomen, dificultad para respirar, fatiga y desmayo.
- Una afección en la que el sistema inmunitario produce demasiadas células que combaten las infecciones, denominadas histiocitos y linfocitos, que pueden causar diversos síntomas (linfocitosis hemofagocítica). Estos síntomas pueden incluir agrandamiento del hígado y/o del bazo, erupción cutánea, agrandamiento de los ganglios linfáticos, problemas respiratorios, facilidad para la aparición de hematomas, anomalías renales y problemas cardíacos.

Informe a su médico inmediatamente si presenta cualquiera de los síntomas anteriormente descritos.

No intente tratar sus síntomas con otros medicamentos por su cuenta. Su médico puede:

- Administrarle otros medicamentos para evitar complicaciones y reducir sus síntomas.
- Esperar más tiempo hasta su próxima dosis de Tecentriq.
- Interrumpir su tratamiento con Tecentriq.

Pruebas y controles

Antes de su tratamiento, su médico comprobará su estado general de salud. También le hará análisis de sangre durante su tratamiento.

Niños y adolescentes

No se debe dar este medicamento a niños o adolescentes menores de 18 años. Esto se debe a que la seguridad y la eficacia de Tecentriq no se ha establecido para este grupo de edad.

Otros medicamentos y Tecentriq

Informe a su médico o enfermero si está tomando, ha tomado recientemente o pudiera tener que tomar cualquier otro medicamento. Esto incluye los medicamentos adquiridos sin receta, incluidos los medicamentos a base de plantas.

Fertilidad, embarazo y lactancia

- Si está embarazada o en periodo de lactancia, cree que podría estar embarazada o tiene intención de quedarse embarazada, consulte a su médico antes de utilizar este medicamento.
- No reciba Tecentriq si está embarazada a menos que su médico le haya indicado hacerlo. Esto se debe a que el efecto de Tecentriq en mujeres embarazadas no se conoce - es posible que le pueda causar daño al bebé.
- Si usted podría quedar embarazada, debe utilizar un método anticonceptivo eficaz;
 - mientras esté siendo tratada con Tecentriq y
 - durante 5 meses después de la última dosis.
- Si queda embarazada mientras está en tratamiento con Tecentriq, informe a su médico.

Lactancia

Se desconoce si Tecentriq pasa a la leche materna. No se puede excluir el riesgo para el lactante. Pregunte a su médico si debe interrumpir la lactancia o si debe interrumpir el tratamiento con Tecentriq.

Conducción y uso de máquinas

Tecentriq puede tener una influencia menor sobre su capacidad para conducir y utilizar máquinas. Si se siente cansado, no conduzca ni use máquinas hasta sentirse mejor.

3. CÓMO USAR TECENTRIQ

Usted recibirá tratamiento con Tecentriq de un médico con experiencia en el tratamiento del cáncer en un hospital o una clínica.

Cúanto se administra de Tecentriq

La dosis recomendada es cualquiera de las siguientes:

- 840 miligramos (mg) cada dos semanas, o
- 1.200 miligramos (mg) cada tres semanas, o
- 1.680 miligramos (mg) cada cuatro semanas.

Cómo se administra Tecentriq

Tecentriq se administra en forma de goteo en una vena (por ‘perfusión intravenosa’).

La primera perfusión le será administrada durante un periodo de tiempo de 60 minutos.

- Su médico le vigilará estrechamente durante la primera perfusión.
- Si no tiene una reacción a la perfusión durante la primera perfusión, se le administrarán las siguientes perfusiones durante un periodo de 30 minutos.

Duración del tratamiento

Su médico seguirá administrándole Tecentriq mientras se beneficie de él. Sin embargo, el tratamiento se interrumpirá si los efectos adversos no se toleran.

Si olvidó tomar Tecentriq

Si olvida una cita con su médico, pida otra inmediatamente. Para que el tratamiento sea lo más efectivo posible, es muy importante seguir administrándole las perfusiones.

Si interrumpe el tratamiento con Tecentriq

No interrumpa el tratamiento con Tecentriq a menos que lo haya comentado con su médico. La interrupción de su tratamiento puede detener el efecto del medicamento.

Si tiene cualquier otra duda sobre el uso de este medicamento, pregunte a su médico o enfermero.

4. POSIBLES REACCIONES ADVERSAS

Al igual que todos los medicamentos, este medicamento puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los sufran.

Si experimenta alguno de los efectos adversos descritos a continuación o estos empeoran, **comuníquese a su médico inmediatamente**. Pueden ocurrir semanas o meses después de su última dosis. No se administre con otros medicamentos por su cuenta.

Tecentriq usado solo

Se han comunicado los siguientes efectos adversos en los ensayos clínicos con Tecentriq usado solo:

Muy frecuentes (*pueden afectar a más de 1 de cada 10 pacientes*):

- Fiebre.
- Náusea.
- Vómitos.
- Sentirse muy cansado, sin energía (fatiga).
- Falta de energía.
- Picor de la piel.
- Diarrea.
- Dolor en las articulaciones.
- Erupción.
- Pérdida de apetito.
- Dificultad para respirar.
- Infección del tracto urinario.
- Dolor de espalda.
- Tos.
- Dolor de cabeza.

Frecuentes (*pueden afectar hasta 1 de cada 10 pacientes*):

- Inflamación de los pulmones (neumonitis).
- Niveles bajos de oxígeno que pueden causar dificultad para respirar como consecuencia de la inflamación de los pulmones (hipoxia).
- Dolor de estómago.
- Dolor en los músculos y los huesos.
- Inflamación del hígado.
- Elevación de enzimas hepáticas (que se muestra en las pruebas) que puede ser un signo de inflamación del hígado.
- Dificultad para tragar.
- En los análisis de sangre pueden aparecer bajos niveles de potasio (hipocalemia) o sodio (hiponatremia).
- Presión arterial baja (hipotensión).
- Glándula tiroides poco activa (hipotiroidismo).
- Reacción alérgica (reacción relacionada con la perfusión, hipersensibilidad o anafilaxia).
- Enfermedad de tipo gripal.
- Escalofríos.
- Inflamación de los intestinos.
- Recuento de plaquetas bajo, que puede hacerle más propenso a moratones o sangrado.
- Congestión nasal.
- Elevación de glucosa en sangre.
- Resfriado común (rinofaringitis).
- Dolor de boca y de garganta.
- Piel seca.
- Análisis alterados de parámetros del riñón (posible daño del riñón).
- Glándula tiroides hiperactiva (hipertiroidismo).
- Inflamación del saco cardíaco con acumulación de líquido en el saco (en algunos casos) (trastornos pericárdicos).

Poco frecuentes (*pueden afectar hasta 1 de cada 100 pacientes*):

- Inflamación del páncreas.
- Entumecimiento o parálisis – que pueden ser signos del síndrome ‘Guillain-Barré’.
- Inflamación de la membrana alrededor de la médula espinal y del cerebro.
- Niveles bajos de hormonas suprarrenales.
- Diabetes tipo I (incluyendo cetoacidosis diabética).
- Inflamación de los músculos (miositis).
- Zonas rojas secas y de piel escamosa y engrosada (psoriasis).
- Inflamación de los riñones.
- Picor, formación de ampollas, descamación o úlceras en la piel, y/o úlceras en la boca o en la mucosa de la nariz, la garganta o el área genital, las cuales pueden ser graves (reacciones cutáneas graves).

Raros (*pueden afectar hasta 1 de cada 1.000 pacientes*):

- Inflamación del músculo cardíaco.
- Miastenia gravis, - una enfermedad que puede causar debilidad muscular.
- Inflamación de la glándula pituitaria situada en la base del cerebro.
- Inflamación de los ojos (uveítis).
- Linfocitosis hemofagocítica, un trastorno en el que el sistema inmunitario produce demasiadas células que combaten las infecciones, denominadas histiocitos y linfocitos, que pueden causar diversos síntomas.

Otros efectos secundarios que se han notificado (*se desconoce la frecuencia*):

- Inflamación de la vejiga; los signos y síntomas pueden incluir micción frecuente y/o dolorosa, necesidad de orinar, sangre en la orina, dolor o presión en la parte baja del abdomen.

Tecentriq usado en combinación con medicamentos anticancerosos

Los siguientes efectos secundarios se han notificado en los ensayos clínicos cuando Tecentriq se administra en combinación con medicamentos contra el cáncer.

Muy frecuentes (*pueden afectar a más de 1 de cada 10 pacientes*):

- Recuento bajo de glóbulos rojos, que puede causar cansancio y dificultad para respirar.
- Recuento bajo de glóbulos blancos con o sin fiebre, que puede aumentar el riesgo de infección (neutropenia, leucopenia).
- Recuento bajo de plaquetas, que le pueden hacer más propenso a sufrir moratones o sangrados (trombocitopenia).
- Estreñimiento.
- Daño nervioso, que provoca posible entumecimiento, dolor o pérdida de la función motora (neuropatía periférica).
- Glándula tiroidea menos activa (hipotiroidismo).
- Pérdida de apetito.
- Dificultad para respirar.
- Diarrea.
- Náuseas.
- Picor de la piel
- Erupción
- Dolor en las articulaciones.
- Sensación de cansancio (fatiga).
- Fiebre.
- Dolor de cabeza.
- Tos.
- Dolor en los músculos y en los huesos.
- Vómitos.
- Dolor de espalda.
- Falta de energía.
- Infección pulmonar.
- Resfriado común (rinofaringitis).

- Pérdida de pelo.
- Aumento de la presión sanguínea (hipertensión).
- Hinchazón en brazos o piernas.

Frecuentes (*pueden afectar hasta 1 de cada 10 pacientes*):

- Análisis de sangre que muestran niveles bajos de potasio (hipopotasemia) o de sodio (hiponatremia).
- Inflamación de la boca o los labios.
- Voz ronca (disfonía).
- Niveles bajos de magnesio (hipomagnesemia), que pueden causar debilidad y calambres musculares, entumecimiento y dolor en brazos y piernas.
- Proteína en orina (proteinuria).
- Desvanecimiento.
- Enzimas hepáticas elevadas (detectado en pruebas), la cual puede ser un signo de hígado inflamado.
- Cambio en el sentido del gusto (disgeusia).
- Disminución del número de linfocitos (un tipo de glóbulos blancos), que está asociado a un aumento del riesgo de infección.
- Prueba renal anormal (posible daño en el riñón).
- Hiperactividad de la glándula tiroidea (hipertiroidismo).
- Mareo.
- Reacciones relacionadas con la perfusión.
- Infección grave de la sangre (sepsis).

Poco frecuentes (*pueden afectar hasta 1 de cada 100 pacientes*):

- Zonas rojas secas y de piel escamosa y engrosada (psoriasis).
- Picor, formación de ampollas, descamación o úlceras en la piel, y/o úlceras en la boca o en la mucosa de la nariz, la garganta o el área genital, las cuales pueden ser graves (reacciones cutáneas graves).
- Inflamación del saco cardíaco con acumulación de líquido en el saco (en algunos casos) (trastornos pericárdicos).

Si nota alguno de los efectos secundarios descritos anteriormente o si empeoran, informe a su médico inmediatamente.

Comunicación de reportes de reacciones adversas

Es importante comunicar las presuntas reacciones adversas después de la autorización del medicamento. Esto permite la monitorización continua de la relación riesgo/beneficio. Se solicita a los profesionales de la salud informar sobre cualquier sospecha de eventos adversos asociados con el uso de Tecentriq® al Área de Farmacovigilancia de Roche al siguiente teléfono 0800-77-ROCHE (76243) o escribiendo a argentina.safety@roche.com.

En forma alternativa, esta información puede ser reportada ante ANMAT.

***“Ante cualquier inconveniente con el producto,
el paciente puede llenar la ficha que está en la Página Web de la ANMAT:
<https://www.argentina.gob.ar/anmat/farmacovigilancia/notificanos>
o llamar a ANMAT responde al 0800-333-1234”***

5. CONSERVACIÓN DE TECENTRIQ

Tecentriq será almacenado por los profesionales sanitarios en el hospital o clínica. Los detalles de almacenamiento son los siguientes:

- Mantener este medicamento fuera del alcance y de la vista de los niños.
- No utilice este medicamento después de la fecha de vencimiento que aparece en el envase y en el vial, después de “VEN”. Corresponde al último día del mes que se indica.
- El vial debe conservarse en heladera entre 2 °C y 8 °C. No congelar. No agitar.
- Conservar el vial en el envase original para protegerlo de la luz.
- La solución diluida no debe de conservarse más de 24 horas entre 2 °C y 8 °C u 8 horas a temperatura ambiente (≤ 25 °C), a menos que la dilución haya tenido lugar en condiciones asépticas validadas y controladas.
- No utilice este medicamento si observa que está turbio, descolorido o contiene partículas

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.

6. CONTENIDO DEL ENVASE E INFORMACIÓN ADICIONAL

Composición de Tecentriq

- El principio activo es atezolizumab.

-

1200 mg

Cada vial con un concentrado de 20 ml contiene 1.200 mg de atezolizumab, que corresponde a una concentración previa a la dilución de 60 mg/ml.

840 mg

Cada vial con un concentrado de 14 ml contiene 840 mg de atezolizumab, que corresponde a una concentración previa a la dilución de 60 mg/ml.

- Después de la dilución, la concentración final de la solución diluida debe estar entre 3,2 y 16,8 mg/ml.
- Los otros ingredientes son: L-histidina, ácido acético glacial, sacarosa, polisorbato 20 y agua para inyectables.

Aspecto de Tecentriq y contenido del envase

Tecentriq es un concentrado para solución para perfusión. Es un líquido claro, incoloro a amarillo pálido.

Se suministra en un envase con 1 vial.

Fecha de última revisión: Marzo 2023.

(RI+EMA [EMEAHC004143II0075 + PSUSA00010644202205] +NI [IMpower010 [NI2021-0034]) +CDS: CDS 27.0 C+28.0C+CDS 29.0C+CDS 31.0C+CDS 32.0C).



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Info paciente TECENTRIQ

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 12 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.03.18 11:01:49 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.03.18 11:01:49 -03:00