

Departamento de Registro Farmacéutico

KESIMPTA[®] (ofatumumab)
solución inyectable 20 mg/mL

Folleto de Información al Profesional

Versión 2.1

AVISO

La Información básica para la prescripción (CDS, *Core Data Sheet*) de Novartis ilustra la posición actual de la empresa con respecto a las características importantes del medicamento, como puede ser la información básica sobre la seguridad según la directriz E2C del ICH.

La CDS de Novartis contiene todos los datos pertinentes relacionados con las indicaciones, la posología, la farmacología y la información básica sobre la seguridad que Novartis exige que se especifiquen en todos los países donde se registra el producto farmacéutico en cuestión.

Fecha de entrada en vigor:	9 de agosto de 2023
N.º de referencia (SLC):	2023-PSB/GLC-1370-s
Versión del documento:	Última

Propiedad de Novartis
Confidencial

No se usará, divulgará, publicará ni dará a conocer
sin el consentimiento de Novartis

1 **Marca comercial**

KESIMPTA[®] 20 mg en 0,4 ml de solución inyectable.

2 **Descripción y composición**

Formas farmacéuticas

20 mg en 0,4 ml de solución inyectable en una jeringa prellenada en autoinyector.

La solución inyectable para un solo uso es estéril, sin conservantes, de límpida a ligeramente opalescente y de incolora a ligeramente amarillo-parduzca.

Sustancia activa

Cada jeringa prellenada en autoinyector contiene una solución inyectable de 20 mg de ofatumumab (0,4 ml de solución, 50 mg/ml).

El ofatumumab es un anticuerpo monoclonal recombinante, completamente humano y de isotipo IgG1, dirigido contra el antígeno CD20 humano expresado en los linfocitos B. El ofatumumab se produce en una línea celular murina (NS0) por ingeniería genética (tecnología del ADN recombinante).

Excipientes

L-arginina, acetato de sodio trihidrato, cloruro de sodio, polisorbato 80, edetato disódico dihidrato, ácido clorhídrico (para ajuste de pH) y agua para inyectables.

3 **Indicaciones**

Kesimpta está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con formas recurrentes de esclerosis múltiple (EMR) con enfermedad activa definida por características clínicas o de imagen.

4 **Posología y administración**

Posología

La dosis recomendada de Kesimpta es de 20 mg administrada por inyección subcutánea de la siguiente forma:

- dosis iniciales en las semanas 0, 1 y 2, seguidas de
- dosis mensuales a partir de la cuarta semana.

Omisión de una dosis

En el caso de omitir una inyección de Kesimpta, esta deberá administrarse lo antes posible, sin esperar hasta la siguiente dosis programada. Luego, las dosis sucesivas deben administrarse según los intervalos recomendados.

Poblaciones especiales

Disfunción renal

No se realizaron estudios específicos con el ofatumumab en pacientes con disfunción renal.

En los estudios clínicos participaron pacientes con disfunción renal leve. No hay experiencia en pacientes con disfunción renal moderada o severa. Sin embargo, dado que el ofatumumab no se elimina por la orina, no se prevé que sea necesario modificar la dosis en los pacientes con disfunción renal (véase el apartado 11 Farmacología clínica).

Disfunción hepática

No se realizaron estudios sobre el ofatumumab en pacientes con disfunción hepática.

Puesto que el metabolismo hepático de los anticuerpos monoclonales, como el ofatumumab, es desdeñable, no se espera que la disfunción hepática influya en la farmacocinética del ofatumumab. Por consiguiente, no se prevé que sea necesario modificar la dosis en los pacientes con disfunción hepática (véase el apartado 11 Farmacología clínica).

Pacientes pediátricos (menores de 18 años)

La seguridad y la eficacia en pacientes pediátricos (menores de 18 años) con esclerosis múltiple (EM) aún no se han estudiado.

Pacientes geriátricos (a partir de 65 años)

No se han realizado estudios en pacientes ancianos con EM. El ofatumumab se estudió en pacientes de 18 a 55 años de edad con EMR. Los resultados de farmacocinética poblacional indican que no es necesario ajustar la dosis en los pacientes ancianos (véase el apartado 11 Farmacología clínica).

Modo de administración

Kesimpta está previsto para que el paciente se lo autoadministre por inyección subcutánea.

Los lugares habituales de las inyecciones subcutáneas son el abdomen, el muslo y la cara externa del brazo.

La primera inyección de Kesimpta debe efectuarse bajo la guía de un profesional sanitario (véase el apartado 6 Advertencias y precauciones).

En el apartado 14, Información farmacéutica, se proporcionan instrucciones completas para la administración.

5 Contraindicaciones

Antecedentes de hipersensibilidad conocida a Kesimpta (véase el apartado 6 Advertencias y precauciones)

Infección activa por el virus de la hepatitis B.

6 Advertencias y precauciones

Reacciones relacionadas con la inyección

Las manifestaciones (locales) de reacciones en la zona de inyección observadas en los estudios clínicos fueron eritema, hinchazón, picazón y dolor.

Las reacciones sistémicas relacionadas con la inyección que se observaron en los estudios clínicos se presentaron, en la mayoría de los casos, después de la primera inyección. Los síntomas observados fueron fiebre, cefalea, mialgia, escalofríos y fatiga. En su mayoría (99,7%) no revistieron gravedad y fueron de severidad leve o moderada. No hubo reacciones potencialmente mortales a la inyección en los estudios clínicos sobre EMR.

Las reacciones sistémicas relacionadas con la inyección adicionales notificadas desde la comercialización del producto incluyen erupción, urticaria, disnea y angioedema (p. ej., hinchazón de la lengua, faringe o laringe), así como casos raros que se notificaron como anafilaxia. La mayoría de los casos no fueron graves y se produjeron después de la primera inyección. Aunque hubo algunos casos graves que motivaron la interrupción del tratamiento con Kesimpta, también hubo casos graves en los que los pacientes pudieron continuar el tratamiento con el fármaco sin más incidencias.

Algunos síntomas de las reacciones sistémicas relacionadas con la inyección pueden ser clínicamente indistinguibles de las reacciones de hipersensibilidad aguda de tipo I (mediadas por la IgE). Debe advertirse a los pacientes que las reacciones sistémicas relacionadas con la inyección suelen aparecer en las primeras 24 horas y principalmente después de la primera inyección. Si se presentaran reacciones sistémicas relacionadas con la inyección, pueden manejarse con tratamiento sintomático.

Puede producirse una reacción de hipersensibilidad después de cualquier inyección, aunque por lo general no se producen con la primera inyección. Si en las inyecciones posteriores los síntomas son más severos que los experimentados previamente o aparecen nuevos síntomas severos, debe considerarse que se trata de una posible reacción de hipersensibilidad. No se debe tratar con Kesimpta a los pacientes con hipersensibilidad conocida al fármaco mediada por la IgE (véase el apartado 5 Contraindicaciones)

En los estudios clínicos sobre EMR, la premedicación con corticoides, antihistamínicos o paracetamol tuvo escaso efecto beneficioso. Los pacientes tratados con ofatumumab y premedicados con metilprednisolona (u otro corticoide equivalente) tuvieron menos síntomas tales como fiebre, mialgia, escalofríos y náuseas. Sin embargo, con el uso de premedicación con corticoides se presentaron con mayor frecuencia rubefacción, molestia torácica, hipertensión, taquicardia y dolor abdominal, incluso en ausencia de tratamiento con ofatumumab (es decir, en los pacientes que recibieron inyecciones de placebo). Por lo tanto, no se considera necesario el uso de premedicación.

La primera inyección de Kesimpta debe efectuarse bajo la guía de un profesional sanitario debidamente capacitado.

Infecciones

Es recomendable evaluar el estado inmunitario de los pacientes antes de iniciar la terapia.

Dado su modo de acción, el ofatumumab podría aumentar el riesgo de infecciones. En los pacientes que presenten una infección activa, la administración debe posponerse hasta que la infección se resuelva.

En los estudios clínicos sobre EMR, la proporción de pacientes con infecciones fue similar en los grupos de tratamiento con ofatumumab y con teriflunomida. En los estudios clínicos pivotales de fase III, el 51,6% de los pacientes tratados con ofatumumab presentaron al menos una infección, en comparación con el 52,7% de los tratados con teriflunomida.

Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)

No se notificaron casos de LMP con la administración de ofatumumab en los estudios clínicos sobre EMR. No obstante, puesto que en los pacientes tratados con anticuerpos anti-CD20 y otros tratamientos para la EM se ha observado infección por el virus de John Cunningham (VJC) que dio lugar a LMP, el médico debe estar alerta para detectar cualquier síntoma clínico o resultados de resonancia magnética (RM) sospechosos de LMP. Ante la sospecha de LMP, el tratamiento con Kesimpta debe suspenderse hasta que se haya descartado la LMP.

Reactivación del virus de la hepatitis B (VHB)

No se observaron casos de reactivación del VHB en los estudios clínicos de EMR con Kesimpta. Sin embargo, se ha observado reactivación de la hepatitis B en pacientes tratados con anticuerpos anti-CD20, que en algunos casos causaron hepatitis fulminante, insuficiencia hepática y muerte.

Los pacientes con hepatitis B activa no deben recibir tratamiento con Kesimpta. En todos los pacientes deben realizarse pruebas para la detección del VHB antes de iniciar un tratamiento con Kesimpta. Como mínimo, estas deben incluir la detección del antígeno de superficie del VHB (AgHBs) y de los anticuerpos contra el antígeno del núcleo del VHB (anticuerpos anti-HBc). Estas pruebas podrán complementarse con el estudio de otros marcadores relevantes según las pautas locales. Los pacientes con serología positiva para la hepatitis B (AgHBs o anticuerpos anti-HBc) deben consultar con expertos en enfermedades hepáticas antes de iniciar el tratamiento y deben ser monitoreados y atendidos según las normas de atención locales para prevenir la reactivación de la hepatitis B.

Vacunas

Todas las vacunas deben administrarse según las guías de vacunación, por lo menos 4 semanas antes de iniciar la administración de Kesimpta si se trata de vacunas de microorganismos vivos o atenuados y, siempre que sea posible, por lo menos 2 semanas antes de comenzar a administrar Kesimpta en el caso de vacunas inactivadas.

Kesimpta podría reducir la eficacia de las vacunas inactivadas.

No se ha estudiado la seguridad de las vacunas de microorganismos vivos o atenuados después del tratamiento con Kesimpta. Se desaconseja el uso de vacunas de microorganismos vivos o

atenuados durante el tratamiento o tras su suspensión hasta que se hayan normalizado los recuentos de linfocitos B (véase el apartado 11 Farmacología clínica).

Vacunación de bebés lactantes nacidos de madres tratadas con Kesimpta durante el embarazo

Los bebés lactantes de madres tratadas con Kesimpta durante el embarazo no deben recibir vacunas de microorganismos vivos o atenuados hasta haber confirmado la recuperación de los linfocitos B en los bebés. El agotamiento de linfocitos B en los lactantes puede aumentar el riesgo asociado a las vacunas de microorganismos vivos o atenuados.

Pueden administrarse vacunas inactivadas según estén indicadas antes de la recuperación del número de linfocitos B; sin embargo, debe realizarse una evaluación de la respuesta inmunitaria a la vacuna, que incluya la consulta con un especialista idóneo, para determinar si se ha logrado una respuesta inmunitaria protectora (véase el apartado 9 Embarazo, lactancia, mujeres y varones con capacidad de procrear).

7 Reacciones adversas

Resumen del perfil toxicológico

Aproximadamente 1500 pacientes con EMR recibieron ofatumumab en estudios clínicos. En los dos estudios pivotaes de fase III, se aleatorizaron 1882 pacientes con EMR, de los cuales 946 recibieron tratamiento con ofatumumab durante una mediana de 85 semanas, y el 33% de estos pacientes recibieron ofatumumab durante más de 96 semanas (véase el apartado 12 Estudios clínicos).

La proporción de pacientes con eventos adversos (EA) (83,6% frente a 84,2%) y la de pacientes con EA que provocaron la suspensión definitiva del fármaco (5,7% frente a 5,2%) fue similar en los grupos de ofatumumab y de teriflunomida.

Resumen tabulado de las reacciones adversas en los estudios clínicos

Las reacciones adversas notificadas en los estudios clínicos pivotaes se enumeran con arreglo a la clase de órgano, aparato o sistema del MedDRA (Tabla 7-1). Dentro de cada clase de órgano, aparato o sistema, las reacciones adversas se clasifican por orden decreciente de frecuencia (es decir, las más frecuentes primero). Dentro de cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad. Además, la correspondiente categoría de frecuencia para cada reacción adversa sigue la siguiente convención (CIOMS III): muy frecuente ($\geq 1/10$), frecuente ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), infrecuente ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$), rara ($\geq 1/10\ 000$ a $< 1/1000$), muy rara ($< 1/10\ 000$).

Tabla 7-1 Porcentaje de pacientes con reacciones adversas en los estudios ASCLEPIOS I y II¹⁾

Reacciones adversas	Ofatumumab 20 mg N = 946 %	Teriflunomida 14 mg N = 936 %	Categoría de frecuencia
Infecciones e infestaciones			
Infección del tracto respiratorio superior ²⁾	39,4	37,8	Muy frecuente
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración			
Reacciones en la zona de inyección (locales)	10,9	5,6 ³⁾	Muy frecuente
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos			
Reacciones relacionadas con la inyección (sistémicas)	20,6	15,3 ³⁾	Muy frecuente
Exploraciones complementarias			
Inmunoglobulina M en sangre disminuida	5,9	2,2	Frecuente
¹⁾ Datos agrupados procedentes de los períodos de tratamiento de G2301 y G2302 (población de análisis de la seguridad). ²⁾ Para la determinación de la frecuencia de las reacciones adversas se consideró la agrupación de términos preferentes, e incluye los siguientes: nasofaringitis, infección de las vías respiratorias altas, gripe, sinusitis, faringitis, rinitis, infección vírica de las vías respiratorias altas, amigdalitis, sinusitis aguda, faringoamigdalitis, laringitis, faringitis estreptocócica, rinitis vírica, sinusitis bacteriana, amigdalitis bacteriana, faringitis vírica, amigdalitis vírica, sinusitis crónica, herpes nasal y traqueítis. ³⁾ El grupo de la teriflunomida recibió inyecciones de un placebo idéntico.			

Reacciones adversas procedentes de comunicaciones espontáneas y de casos publicados (de frecuencia desconocida)

Desde la comercialización de Kesimpta se han notificado las reacciones adversas que se indican a continuación a través de comunicaciones espontáneas de casos y de casos publicados en la literatura específica. Como dichas reacciones se comunican de forma voluntaria a partir de una población de tamaño incierto, no es posible estimar de forma confiable su frecuencia, de modo que esta se considera desconocida. Las reacciones adversas se enumeran según la clase de órgano, aparato o sistema del MedDRA. Dentro de cada clase de órgano, aparato o sistema, se presentan por orden de gravedad decreciente.

Tabla 7-2 Reacciones adversas procedentes de comunicaciones espontáneas y de casos publicados (de frecuencia desconocida)

Trastornos del sistema inmunitario	Reacción de hipersensibilidad
---	-------------------------------

Descripción de reacciones adversas específicas

Infecciones del tracto respiratorio superior

Una proporción más alta de pacientes tratados con ofatumumab presentaron infecciones del tracto respiratorio superior, en comparación con los pacientes tratados con teriflunomida. En

los estudios clínicos sobre EMR, el 39,4% de los pacientes tratados con ofatumumab presentaron infecciones del tracto respiratorio superior, frente al 37,8% de los pacientes tratados con teriflunomida. Las infecciones fueron en general de grado leve o moderado, y la mayoría de los casos consistieron en nasofaringitis, infección del tracto respiratorio superior e influenza (gripe).

Reacciones relacionadas con la inyección y reacciones en la zona de inyección

En los pacientes tratados con ofatumumab de los estudios clínicos de fase III sobre EMR, se notificaron reacciones relacionadas con la inyección (sistémicas) y reacciones en la zona de inyección (locales) en el 20,6% y el 10,9% de los pacientes tratados con ofatumumab, respectivamente.

La incidencia de reacciones relacionadas con la inyección alcanzó el máximo con la primera inyección (14,4%) y disminuyó significativamente con las inyecciones siguientes (4,4% con la segunda y <3% con la tercera inyección). Las reacciones relacionadas con la inyección fueron en su mayoría (99,8%) de severidad leve o moderada. Solo dos de los pacientes (0,2%) con EM tratados con ofatumumab comunicaron reacciones graves relacionadas con la inyección. Ninguna de las reacciones relacionadas con la inyección fue potencialmente mortal. Los síntomas comunicados con mayor frecuencia ($\geq 2\%$) fueron fiebre, cefalea, mialgia, escalofríos y fatiga.

Las reacciones locales en la zona de inyección fueron muy frecuentes y todas ellas de severidad leve o moderada, y no graves. Los síntomas comunicados con mayor frecuencia ($\geq 2\%$) fueron eritema, dolor, picazón e hinchazón (véase el apartado 6 Advertencias y precauciones).

Anomalías de laboratorio

Inmunoglobulinas

Durante el transcurso de los estudios clínicos de fase III sobre EMR, se observó una disminución de la concentración media de inmunoglobulina M (IgM) (disminución del 30,9% después de 48 semanas y disminución del 38,8% después de 96 semanas) y, que no se asoció con riesgo de infecciones, incluidas infecciones graves. En el 14,3% de los pacientes participantes en los estudios clínicos de fase III sobre EMR, el tratamiento con Kesimpta causó una reducción de la concentración de IgM por debajo de 0,34 g/L.

No hubo disminución en los valores medios de la concentración de inmunoglobulina G (IgG).

8 Interacciones

El ofatumumab no comparte una vía de depuración común con sustancias químicas farmacológicas metabolizadas por las enzimas del sistema del citocromo P450 o por otras enzimas metabolizadoras de fármacos. Tampoco hay datos que indiquen que los anticuerpos monoclonales (AcM) anti-CD20 participen en la regulación de la expresión de las enzimas metabolizadoras de fármacos. No se han investigado en estudios formales las interacciones entre Kesimpta y otros medicamentos.

Vacunas

No se han investigado la seguridad ni la capacidad de generar, durante el tratamiento con ofatumumab, una respuesta primaria o anamnésica (de recuerdo) a la inmunización con vacunas a base de microorganismos vivos, atenuados o inactivados. El agotamiento de linfocitos B podría afectar la respuesta inmunitaria a las vacunas. Es recomendable que los pacientes completen las vacunaciones antes de iniciar un tratamiento con Kesimpta (véase el apartado 6 Advertencias y precauciones).

Otros tratamientos inmunosupresores o inmunomoduladores

Se debe tener en cuenta el riesgo de efectos aditivos en el sistema inmunitario si se administran tratamientos inmunosupresores junto con Kesimpta.

Cuando se sustituyan medicamentos que poseen efectos inmunitarios prolongados, tales como ocrelizumab, cladribina, fingolimod, natalizumab, teriflunomida, mitoxantrona, o dimetilfumarato, debe tenerse presente la duración y el modo de acción de esos medicamentos, dada la posibilidad de posibles efectos inmunosupresores aditivos al iniciar la administración de Kesimpta.

9 Embarazo, lactancia, mujeres y varones con capacidad de procrear

9.1 Embarazo

Resumen de los riesgos

Hay pocos datos sobre el uso del ofatumumab en mujeres embarazadas. El ofatumumab podría atravesar la placenta y reducir el número de linfocitos B en el feto, según los resultados de los estudios en animales (véase Datos en animales). No se observaron efectos teratógenos después de la administración intravenosa de ofatumumab a macacas preñadas, durante el período de organogénesis, en dosis equivalentes a por lo menos 160 veces la dosis terapéutica en términos del área bajo la curva (AUC).

Se han comunicado casos de agotamiento de linfocitos B y linfocitopenia transitorios en bebés lactantes de madres expuestas a otros anticuerpos anti-CD20 durante el embarazo. Se desconoce la posible duración de la disminución del número de linfocitos B en los lactantes que fueron expuestos al ofatumumab en el útero. Tampoco se conocen las consecuencias de esta reducción de los linfocitos B en la seguridad y la eficacia de las vacunas (véanse los apartados 6 Advertencias y precauciones y 11 Farmacología clínica).

Para ayudar a determinar los efectos del ofatumumab en embarazadas, se alienta a los profesionales sanitarios a que notifiquen al titular de la autorización de comercialización todos los embarazos y complicaciones que se produzcan durante el tratamiento o hasta 6 meses después de la última dosis de Kesimpta, a fin de poder vigilar a estas pacientes a través del programa de vigilancia intensiva del desenlace de los embarazos (PRIM).

Los estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos, Canadá, los principales países de la Unión Europea y en países sudamericanos han revelado que el riesgo de anomalías congénitas en la población con EM es similar al de la población general. En lo que respecta a abortos espontáneos y muertes fetales, el riesgo específico en la población con EM en EE. UU. parece ser similar al de la población general de este país.

Datos en animales

Los estudios de desarrollo embrionario (DEF) y de desarrollo pre- y posnatal de diseño mejorado (DPPNm) en macacos indicaron que la exposición al ofatumumab administrado por vía intravenosa durante la gestación no causa toxicidad materna, efectos teratogénicos ni efectos adversos durante el desarrollo embrionario y pre- y posnatal. La dosis máxima sin efecto adverso observado (NOAEL) para estos parámetros supone, en función del AUC, márgenes de seguridad 160 veces mayores como mínimo, en comparación con la exposición humana a la dosis terapéutica de 20 mg una vez al mes.

En estos estudios, el ofatumumab se detectó en la sangre de los fetos y los lactantes, lo que confirma la transferencia placentaria y la exposición fetal al ofatumumab y su persistencia en el período posnatal (vida media prolongada del anticuerpo monoclonal). La exposición al ofatumumab durante la gestación causó, como es de esperar, un agotamiento de linfocitos B CD20+ en las hembras gestantes, así como en sus fetos y crías lactantes, que se acompañó de una disminución del peso del bazo (sin correlato histológico) en los fetos y de una menor respuesta inmunitaria humoral frente a dosis altas de hemocianina de lapa en las crías lactantes. Todos estos cambios fueron reversibles durante los seis primeros meses del período posnatal. En los lactantes, se observó mortalidad posnatal temprana con dosis 160 veces superiores a la dosis terapéutica (basada en el AUC), probablemente debida a las posibles infecciones secundarias a la inmunomodulación. La NOAEL relacionada con la actividad farmacológica del ofatumumab en lactantes en el estudio DPPNm se traduce en un margen de seguridad (en función del AUC) al menos 22 veces mayor, cuando se compara la exposición materna a la NOAEL con la exposición humana a la dosis terapéutica de 20 mg una vez al mes.

9.2 Lactancia

Resumen de los riesgos

No se ha estudiado el uso del ofatumumab en mujeres durante la lactancia. Se desconoce si el ofatumumab pasa a la leche materna; no obstante, hay presencia de IgG humana en la leche materna. No hay datos sobre los efectos de Kesimpta en bebés alimentados con leche materna ni sobre la producción de leche. Los datos publicados sugieren que los anticuerpos presentes en la leche materna no pasan en cantidad significativa a la circulación neonatal ni a la del lactante. Los beneficios de la lactancia materna para el desarrollo y la salud del niño deben ponderarse en función de la necesidad clínica de la madre de recibir Kesimpta y de los posibles efectos adversos de Kesimpta en el lactante.

9.3 Mujeres y varones con capacidad de procrear

Anticoncepción

Las mujeres con capacidad de procrear deben usar métodos anticonceptivos eficaces (métodos con tasas de embarazo inferiores al 1%) mientras reciben Kesimpta y hasta 6 meses después de la última dosis de Kesimpta.

Fecundidad

No hay datos acerca del efecto del Kesimpta sobre la fecundidad humana.

Los datos preclínicos no indicaron riesgos potenciales para el ser humano según los parámetros de fecundidad en machos y hembras evaluados en macacos. La exposición relacionada con la dosis máxima sin efecto observado (NOEL) es por lo menos 260 veces mayor que la exposición humana a la dosis terapéutica de 20 mg una vez al mes en términos del AUC.

10 Sobredosis

No se comunicaron casos de sobredosis en los estudios clínicos sobre EMR.

En los estudios clínicos de pacientes con EM se han administrado dosis intravenosas de hasta 700 mg sin aparición de toxicidad limitante de la dosis. En el caso de sobredosis, se recomienda vigilar al paciente para detectar signos o síntomas de reacciones adversas y administrar el tratamiento sintomático adecuado si fuera necesario.

11 Farmacología clínica

Grupo farmacoterapéutico, ATC

Grupo farmacoterapéutico: Inmunosupresores selectivos, código ATC: L04AG12

Modo de acción

Los linfocitos B desempeñan una función importante en la patogenia de la EM debido a la producción de citocinas proinflamatorias, a la liberación de anticuerpos autorreactivos y a la activación de linfocitos T patógenos. El ofatumumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 completamente humano dirigido contra el antígeno CD20. Se une a un epítipo bien definido que comprende los bucles extracelulares pequeño y grande de la molécula CD20, con lenta disociación y gran afinidad de unión. La molécula CD20 es una fosfoproteína transmembranaria que se expresa en los linfocitos B desde el estadio pre-B hasta el estadio de linfocito B maduro. La molécula CD20 también se expresa en una pequeña proporción de linfocitos T activados.

La unión del ofatumumab a CD20 provoca la lisis de los linfocitos B CD20+, principalmente por citotoxicidad dependiente del complemento y, en menor medida, por citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos. También se ha demostrado que el ofatumumab induce lisis celular tanto en las células con alto grado de expresión de CD20 como en aquellas con baja expresión de este antígeno. El ofatumumab también reduce el número de linfocitos T que expresan CD20.

Farmacodinámica

Agotamiento de linfocitos B

En los estudios de fase III sobre EMR, la administración de 20 mg de ofatumumab cada 4 semanas, tras una dosificación inicial de 20 mg en los días 1, 7 y 14, produjo una reducción rápida y sostenida del número de linfocitos B por debajo del límite inferior de la normalidad (LIN) a partir de las dos semanas del inicio del tratamiento, y este efecto se mantuvo hasta 120 semanas si se mantenía el tratamiento.

Se observaron resultados similares en un estudio de bioequivalencia con el mismo esquema posológico usado en los estudios de fase III. Antes de iniciar la fase de mantenimiento en la semana 4, se alcanzaron cifras totales de linfocitos B <10 linfocitos/ μ l en el 94% de los pacientes, porcentaje que aumentó al 98% en la semana 12.

Recuperación del número de linfocitos B

Los datos de los estudios de fase III de la EMR indican que el valor de la mediana de tiempo para la recuperación de los linfocitos B hasta el valor del LIN o al valor inicial, tras la suspensión del tratamiento, es de 24,6 semanas. La modelización de la relación farmacocinética-linfocitos B y la simulación de la recuperación del número de linfocitos B confirman estos datos, y predicen una mediana de 23 semanas para la recuperación de los linfocitos B hasta el LIN tras suspender el tratamiento.

Inmunogenia

Por ser un anticuerpo monoclonal completamente humano, el ofatumumab tiene baja capacidad inductora de anticuerpos contra el fármaco (ACF). En los estudios de fase III sobre EMR, la incidencia de ACF fue muy baja: se detectaron ACF inducidos por el tratamiento en 2 de 914 pacientes tratados con ofatumumab y no se identificaron pacientes con ACF neutralizantes o aumentados por el tratamiento. En ninguno de los pacientes la presencia de ACF afectó la farmacocinética, el perfil toxicológico o la cinética de los linfocitos B.

Farmacocinética

El ofatumumab tiene una vida media prolongada y un volumen de distribución bajo, al igual que otros anticuerpos monoclonales. Se elimina a través de una vía no lineal mediada por la diana y de otra vía independiente de la diana, por endocitosis inespecífica seguida de catabolismo intracelular. Al comienzo del tratamiento, las cifras iniciales más elevadas de linfocitos B se traducen en un mayor componente de eliminación mediado por la diana y en una vida media más corta del ofatumumab. Las sucesivas dosis de ofatumumab causan un marcado agotamiento de linfocitos B, con la consiguiente disminución del valor global de depuración.

Absorción

Una dosis subcutánea mensual de 20 mg da lugar a un $AUC_{(0-\infty)}$ media de 483 μ g·h/ml y a una $C_{m\acute{a}x}$ media de 1,43 μ g/ml en el estado de equilibrio.

Se considera que el ofatumumab administrado por vía subcutánea se absorbe principalmente a través del sistema linfático como otros anticuerpos monoclonales terapéuticos.

Distribución

Se estimó que el volumen de distribución en el estado de equilibrio era de 5,42 litros tras la administración subcutánea repetida de Kesimpta a una dosis de 20 mg.

Biotransformación y metabolismo

Por ser una proteína, la vía metabólica previsible del ofatumumab es la degradación a péptidos pequeños y a aminoácidos, por parte de enzimas proteolíticas ampliamente presentes.

Eliminación

El ofatumumab se elimina a través de dos vías: una independiente de la diana, mediada por una endocitosis inespecífica de catabolismo intracelular, como ocurre con otras moléculas de IgG; y una segunda mediada por la diana, asociada a la unión del fármaco a los linfocitos B. Los linfocitos B presentes al inicio hacen que la depuración del ofatumumab mediada por la diana sea más elevada al inicio del tratamiento. La administración de ofatumumab causa un marcado agotamiento de los linfocitos B, con la consiguiente disminución del valor global de depuración. Se estimó que la vida media en el estado de equilibrio tras la administración subcutánea repetida de Kesimpta a una dosis de 20 mg era de unos 16 días.

Linealidad/no linealidad

La farmacocinética del ofatumumab no es lineal, puesto que su depuración va disminuyendo conforme pasa el tiempo.

Poblaciones especiales

Pacientes pediátricos (menores de 18 años)

Aún no se han establecido la seguridad ni la eficacia en pacientes pediátricos (menores de 18 años).

Pacientes geriátricos (a partir de 65 años)

No se han realizado estudios en pacientes ancianos con EM. El ofatumumab se estudió en pacientes de 18 a 55 años de edad con EMR. Los resultados de farmacocinética poblacional indican que no es necesario ajustar la dosis en los pacientes ancianos.

Sexo biológico

El sexo biológico ejerció un efecto pequeño (12%) sobre el V_d del ofatumumab en un estudio poblacional con datos combinados de distintos estudios. Los valores más altos de $C_{máx}$ y AUC se observaron en pacientes mujeres (en este análisis, el 48% de los pacientes eran varones y el 52%, mujeres); estos efectos no se consideraron clínicamente relevantes y no se recomienda ajustar la dosis.

Disfunción renal

El ofatumumab no se excreta en la orina; por lo tanto, no se prevé que sea necesario modificar la dosis en los pacientes con disfunción renal.

Disfunción hepática

Puesto que el metabolismo hepático de los anticuerpos monoclonales, como el ofatumumab, es desdeñable, no es esperable que la disfunción hepática influya en la farmacocinética del ofatumumab. Por consiguiente, no se prevé que sea necesario modificar la dosis en los pacientes con disfunción hepática.

12 Estudios clínicos

La eficacia y la seguridad de Kesimpta se evaluaron en dos estudios pivotaes de fase III, aleatorizados, con doble enmascaramiento, comparativos con tratamiento activo, de idéntico diseño (G2301 [ASCLEPIOS I] y G2302 [ASCLEPIOS II]) en pacientes de 18 a 55 años de edad con EMR, con discapacidad inicial de 0 a 5,5 puntos en la escala ampliada del estado de discapacidad (EDSS, *expanded disability status scale*), que habían presentado por lo menos una recidiva documentada durante el último año o dos recidivas durante los dos últimos años o una exploración de RM positiva realizada con gadolinio (Gd) durante el último año. Se incluyeron tanto pacientes de diagnóstico reciente como aquellos que cambiaron el tratamiento que estaban recibiendo.

En los dos estudios, 927 y 955 pacientes con EMR, respectivamente, fueron aleatorizados en una proporción 1:1 para recibir inyecciones subcutáneas de 20 mg de ofatumumab cada 4 semanas a partir de la semana 4 después de una pauta posológica inicial de tres dosis de 20 mg en los primeros 14 días (administradas a razón de una dosis por semana los días 1, 7 y 14) o para recibir cápsulas orales de 14 mg de teriflunomida una vez por día. Los pacientes también recibieron un placebo idéntico, correspondiente al otro grupo de tratamiento, para garantizar el enmascaramiento (diseño con doble simulación o *double-dummy*).

La duración del tratamiento en cada paciente fue variable, ya que dependió del momento en que se cumplieran los criterios de finalización del estudio. En ambos estudios, la mediana de la duración del tratamiento fue de 85 semanas; el 33,0% de los pacientes del grupo de ofatumumab frente al 23,2% de los pacientes del grupo de la teriflunomida recibieron más de 96 semanas de tratamiento.

Las características demográficas y nosológicas iniciales en los distintos grupos de tratamiento en ambos estudios estaban bien equilibradas (véase la Tabla 12-1). La media de edad fue de 38 años, la media de duración de la enfermedad fue de 8,2 años desde la aparición de los primeros síntomas y la media de la puntuación EDSS fue de 2,9; el 40% de los pacientes no habían recibido anteriormente un tratamiento modificador de la enfermedad y el 40% de los pacientes presentaban lesiones en T1 realizadas con Gd en la exploración de RM inicial.

En ambos estudios, el criterio de valoración principal de la eficacia fue la tasa anualizada de recidivas confirmadas, según la EDSS. Los criterios de valoración secundarios claves fueron el tiempo transcurrido hasta el empeoramiento de la discapacidad evaluada con la EDSS (confirmada durante 3 meses y 6 meses), definido como un aumento en la puntuación EDSS

$\geq 1,5$, ≥ 1 o $\geq 0,5$ en pacientes con valores iniciales de 0, 1-5 o $\geq 5,5$, respectivamente. Otros criterios de valoración secundarios claves fueron el tiempo transcurrido hasta la mejoría de la discapacidad evaluada con la EDSS (confirmada durante 6 meses), el número de lesiones en T1 realizadas con Gd por exploración de RM, la tasa anualizada del número de lesiones en T2 nuevas o agrandadas, la concentración sérica de la cadena ligera de los neurofilamentos (NfL) y la tasa de pérdida del volumen cerebral. Los criterios de valoración secundarios claves relacionados con la discapacidad se evaluaron en un metaanálisis de los datos combinados de los estudios G2301 y G2302, tal como se especifica en sus protocolos.

Tabla 12-1 Características demográficas y nosológicas iniciales

Características	Estudio G2301 (ASCLEPIOS I)		Estudio G2302 (ASCLEPIOS II)	
	Ofatumumab (N = 465)	Teriflunomida (N = 462)	Ofatumumab (N = 481)	Teriflunomida (N = 474)
Media de edad (años)	38,9	37,8	38,0	38,2
Rango de edad (años)	19-55	18-55	18-55	18-55
Mujeres (%)	68,4	68,6	66,3	67,3
Media / mediana de la duración de la EM desde los primeros síntomas (años)	8,36 / 6,41	8,18 / 6,69	8,20 / 5,70	8,19 / 6,30
Media / mediana de la duración de la EM desde el diagnóstico (años)	5,77 / 3,94	5,64 / 3,49	5,59 / 3,15	5,48 / 3,10
Tratados previamente con TME (%)	58,9	60,6	59,5	61,8
Número de recidivas en los últimos 12 meses	1,2	1,3	1,3	1,3
Media / mediana de la puntuación EDSS	2,97 / 3,00	2,94 / 3,00	2,90 / 3,00	2,86 / 2,50
Media del volumen total de lesiones en T2 (cm ³)	13,2	13,1	14,3	12,0
Pacientes sin lesiones en T1 realizadas con Gd (%)	62,6	63,4	56,1	61,4
Número de lesiones en T1 realizadas con Gd (media)	1,7	1,2	1,6	1,5

Los resultados de eficacia en ambos estudios se presentan en la Tabla 12-2, la Figura 12-1 y la Figura 12-3.

En los dos estudios de fase III (G2301 y G2302), Kesimpta produjo una reducción significativa del 50,5% y del 58,4% de la tasa anualizada de recidivas, respectivamente (ambas reducciones con $p < 0,001$), en comparación con la teriflunomida.

El metaanálisis preespecificado de los datos combinados demostró que Kesimpta redujo significativamente el riesgo de empeoramiento confirmado de la discapacidad (ECD) durante 3 meses (reducción del riesgo = 34,3%; $p = 0,003$) y del ECD durante 6 meses (reducción del riesgo = 32,4%; $p = 0,012$) en comparación con la teriflunomida (véase la Figura 12-1).

Kesimpta redujo significativamente el número de lesiones en T1 realizadas con Gd y la tasa del número de lesiones en T2 nuevas o agrandadas en un 95,9% y un 83,5%, respectivamente (ambos estudios combinados).

Los resultados de eficacia fueron concordantes en los dos estudios de fase III (G2301 y G2302) y entre los subgrupos definidos por sexo, edad, tratamiento previo para la EM, actividad de recidivas al inicio y durante el estudio, actividad inicial de la enfermedad por RM, puntuación inicial en la EDSS y diagnóstico de EMRR o EMSP (esclerosis múltiple secundaria progresiva).

Tabla 12-2 Resumen de los resultados de los estudios de fase III sobre EMR

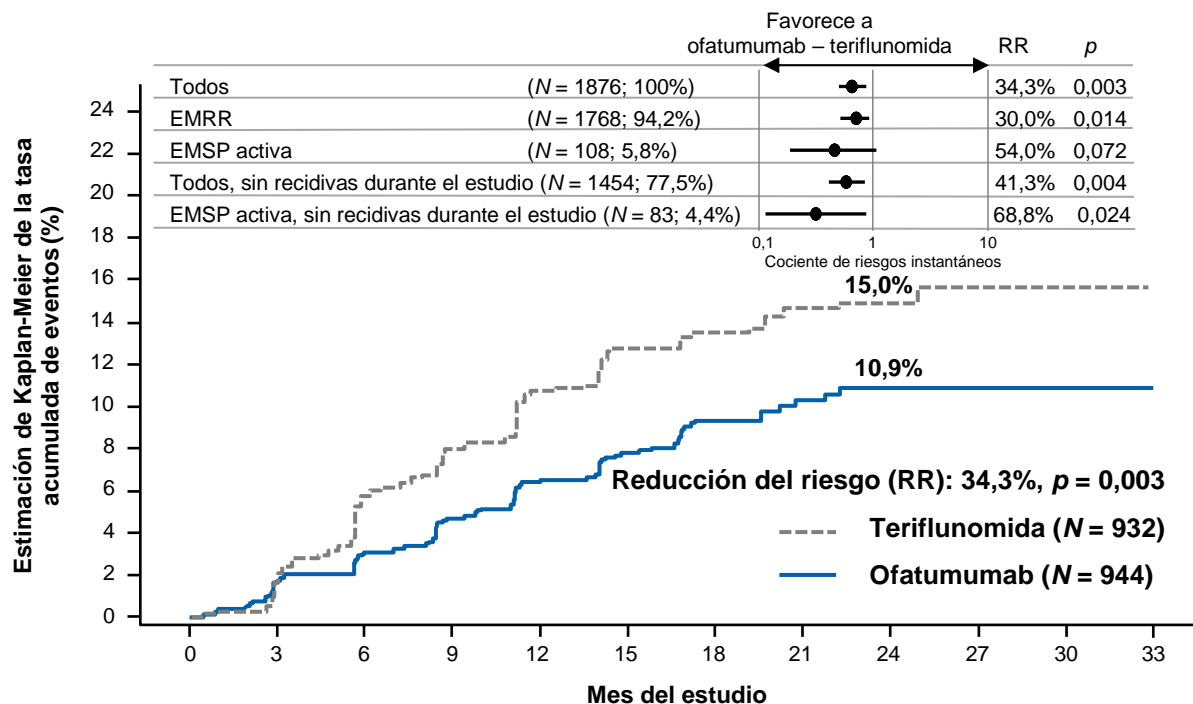
Criterios de valoración	Estudio G2301 (ASCLEPIOS I)		Estudio G2302 (ASCLEPIOS II)	
	Ofatumumab 20 mg (n = 465)	Teriflunomida 14 mg (n = 462)	Ofatumumab 20 mg (n = 481)	Teriflunomida 14 mg (n = 474)
Criterios de valoración en cada estudio				
Tasa anualizada de recaídas (criterio de valoración principal) ¹	0,11	0,22	0,10	0,25
Reducción en la tasa	50,5% ($p < 0,001$)		58,4% ($p < 0,001$)	
Media del número de lesiones en T1 realzadas con Gd por exploración de RM	0,0115	0,4555	0,0317	0,5172
Reducción relativa	97,5% ($p < 0,001$)		93,9% ($p < 0,001$)	
Número de lesiones en T2 nuevas o agrandadas por año	0,72	4,00	0,64	4,16
Reducción relativa	81,9% ($p < 0,001$)		84,6% ($p < 0,001$)	
NfL ² en el mes 3 (pg/ml)	8,80	9,41	8,92	10,02
Reducción relativa	7% ($p = 0,011$)		11% ($p < 0,001$)	
NfL ² en el mes 12 (pg/ml)	7,02	9,63	7,06	9,53
Reducción relativa	27% ($p < 0,001$)		26% ($p < 0,001$)	
NfL ² en el mes 24 (pg/ml)	6,90	8,99	6,80	8,99
Reducción relativa	23% ($p < 0,001$)		24% ($p < 0,001$)	
Criterios de valoración basados en los metaanálisis preespecificados				
Proporción de pacientes con ECD durante 3 meses ³	10,9% con ofatumumab frente a 15,0% con teriflunomida			
Reducción del riesgo (metaanálisis)	34,3% ($p = 0,003$)			
Proporción de pacientes con ECD durante 6 meses ³	8,1% con ofatumumab frente a 12,0% con teriflunomida			
Reducción del riesgo (metaanálisis)	32,4% ($p = 0,012$)			

¹ Recaídas confirmadas (acompañadas de un cambio de trascendencia clínica en la EDSS).

² En el suero.

³ El empeoramiento de la discapacidad se definió como un aumento de la EDSS de al menos 1,5, 1 o 0,5 puntos en los pacientes con una EDSS inicial de 0, 1-5 o $\geq 5,5$, respectivamente.

Figura 12-1 Tiempo transcurrido hasta el primer ECD durante 3 meses por tratamiento (G2301 y G2302 combinados, población completa de análisis) y subgrupos



Número de pacientes en riesgo												
Ofatumumab	944	908	878	844	810	784	533	319	176	49	1	0
Teriflunomida	932	901	841	804	756	718	477	297	146	41	1	0

La elevación de las concentraciones séricas de la NfL es un marcador específico de daño neuronal. En ambos estudios de fase III (G2301 y G2302), Kesimpta redujo significativamente las concentraciones de NfL en el mes 3 y en todas las visitas posteriores al inicio, en comparación con la teriflunomida (véase la Tabla 12-2).

Además, en ambos estudios, las concentraciones iniciales más elevadas de NfL se correlacionaron con un mayor número de lesiones en T2 nuevas o agrandadas hacia el final del estudio; es decir, NfL tuvo valor pronóstico ($p < 0,001$) para la formación de lesiones durante el estudio (véase la Figura 12-2). Kesimpta redujo el número de lesiones durante el estudio, con independencia de las concentraciones iniciales de NfL.

Figura 12-2 **Número de lesiones en T2 nuevas o agrandadas por año (al final del estudio con respecto al inicio), por cuartiles de NfL al inicio**

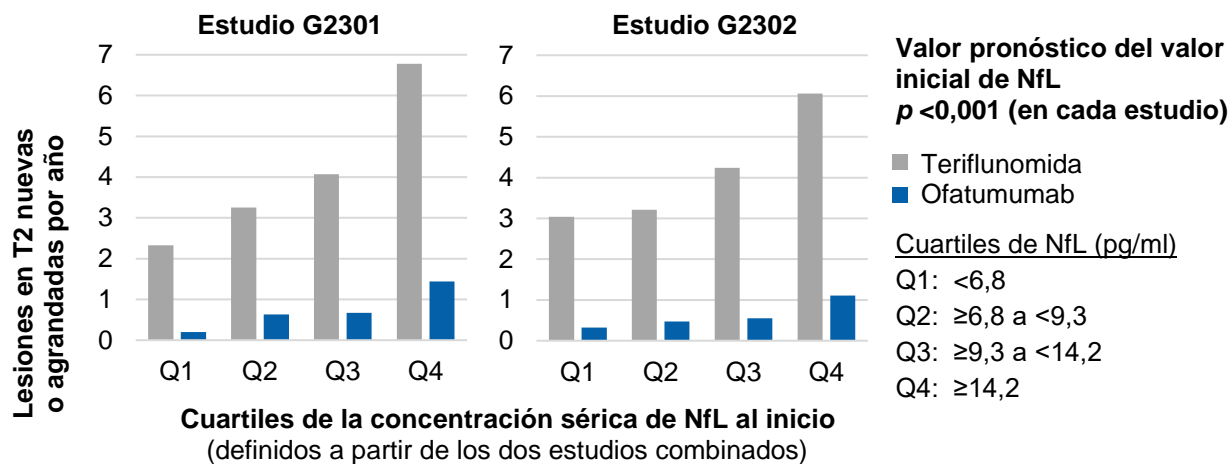


Figura 12-3 Tasa anualizada de recidivas (G2301 y G2302 combinados, población completa de análisis) por subgrupo

	% de la población total	Razón de tasas (IC del 95%)	Favorece a ofatumumab - teriflunomida	Reducción de la tasa (%) / valor de p
Global	100,0	0,47 (0,39; 0,58)		52,6 / <0,001
Edad (años)				
≤40	58,1	0,41 (0,31; 0,53)		59,3 / <0,001
>40	41,9	0,62 (0,45; 0,85)		38,5 / 0,003
Sexo				
Femenino	67,6	0,56 (0,44; 0,71)		43,9 / <0,001
Masculino	32,4	0,32 (0,22; 0,47)		68,0 / <0,001
Peso corporal				
<Q1	24,8	0,66 (0,45; 0,96)		34,5 / 0,030
≥Q1 y <Q2	25,1	0,42 (0,29; 0,63)		57,6 / <0,001
≥Q2 y <Q3	25,0	0,47 (0,31; 0,71)		53,2 / <0,001
≥Q3	25,1	0,36 (0,23; 0,55)		64,4 / <0,001
Región				
Europa	51,8	0,50 (0,38; 0,66)		49,9 / <0,001
Norteamérica	22,4	0,52 (0,34; 0,79)		48,2 / 0,002
Resto del mundo	25,9	0,39 (0,26; 0,59)		60,7 / <0,001
Tipo de EM				
EMRR	94,3	0,47 (0,38; 0,58)		53,0 / <0,001
EMSP activa	5,7	0,57 (0,23; 1,38)		43,4 / 0,212
Puntuación en la EDSS al inicio				
≤3,5	71,7	0,39 (0,31; 0,51)		60,7 / <0,001
>3,5	28,3	0,65 (0,46; 0,91)		35,4 / 0,013
Número de recidivas en los 2 años anteriores				
≤2	72,3	0,46 (0,35; 0,59)		54,3 / <0,001
>2	27,7	0,52 (0,37; 0,71)		48,4 / <0,001
Lesiones en T1 realizadas con Gd				
0	60,8	0,51 (0,39; 0,66)		49,5 / <0,001
>0	37,2	0,42 (0,31; 0,58)		57,8 / <0,001
Volumen de las lesiones en T2 al inicio				
<Q1	24,8	0,54 (0,35; 0,82)		46,5 / 0,005
≥Q1 y <Q2	24,8	0,34 (0,22; 0,53)		65,6 / <0,001
≥Q2 y <Q3	24,7	0,52 (0,35; 0,77)		48,2 / 0,001
≥Q3	24,8	0,47 (0,32; 0,69)		52,5 / <0,001
Administración previa de un fármaco modificador de la EM				
Sí	60,2	0,47 (0,37; 0,60)		53,1 / <0,001
No	39,8	0,49 (0,34; 0,70)		50,8 / <0,001

0,1 1 10
 Razón de tasas (IC del 95%)

13 Datos sobre toxicidad preclínica

Los datos preclínicos no revelaron ningún riesgo especial para el ser humano, según los estudios habituales de toxicidad con dosis repetidas (incluidos criterios de valoración de la seguridad farmacológica).

En todos los estudios pivotaes de toxicidad con dosis repetidas, la dosis más alta de ofatumumab de 100 mg/kg se definió como la NOAEL. Esto corresponde a márgenes de seguridad por lo menos 110 veces mayores, en comparación con la exposición clínica a la dosis terapéutica de 20 mg una vez al mes.

No se han realizado estudios de carcinogénesis y mutagénesis con el ofatumumab. Puesto que el ofatumumab es un anticuerpo, no se prevé que interactúe directamente con el ADN. Para consultar información sobre la toxicidad en la función reproductora, véase el apartado 9 Embarazo, lactancia, mujeres y varones con capacidad de procrear.

14 Información farmacéutica

Incompatibilidades

Este producto no debe mezclarse con otros medicamentos.

Precauciones especiales de conservación

Conservar entre 2 °C y 8 °C.

No congelar.

Conservar el producto en su caja original, protegido de la luz.

Si fuera necesario, Kesimpta puede conservarse sin refrigerar durante un único período de hasta 7 días a temperatura ambiente (no superior a 30 °C). Si no se utiliza durante ese tiempo, Kesimpta puede volver a refrigerarse durante 7 días como máximo.

La información podría variar de un país a otro.

Kesimpta debe conservarse fuera del alcance y de la vista de los niños.

Instrucciones de uso y manipulación

Instrucciones de uso del autoinyector prellenado de Kesimpta

Asegúrese de leer, comprender y seguir estas «Instrucciones de uso» antes de administrarse la inyección de Kesimpta. Consulte con su profesional sanitario si tiene cualquier pregunta antes de usar Kesimpta por primera vez.

Recuerde:

- **No use** el autoinyector de Kesimpta si el sello del envase de cartón o el sello del blíster está roto. Conserve el autoinyector de Kesimpta en el embalaje sellado hasta el momento en que vaya a usarla.
- **No agite** el autoinyector de Kesimpta.
- Si se le cae el autoinyector de Kesimpta, **no la use** si parece estar dañada o si se le cayó sin la tapa.

Tire (deseche) el autoinyector de Kesimpta inmediatamente después de utilizarla.

No reutilice el autoinyector de Kesimpta. Consulte «¿Cómo debo desechar el autoinyector de Kesimpta usado?» al final de estas «Instrucciones de uso».

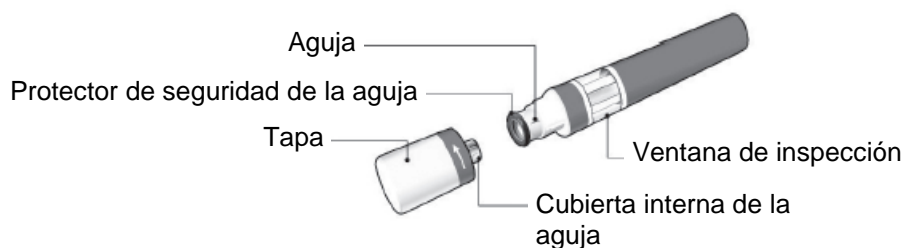
¿Cómo debo conservar Kesimpta?

- Conserve la caja del autoinyector de Kesimpta en refrigeración, entre 2 °C y 8 °C.
- Mantenga el autoinyector de Kesimpta en su caja original para protegerla de la luz hasta el momento en que vaya a utilizarla.
- **No congele** el autoinyector de Kesimpta.
- Si fuera necesario, Kesimpta puede conservarse sin refrigerar durante un único período de hasta 7 días a temperatura ambiente (no superior a 30 °C). Si no se utiliza durante ese tiempo, Kesimpta puede volver a refrigerarse durante 7 días como máximo.

Mantenga Kesimpta y todos los medicamentos fuera del alcance de los niños.

Partes del autoinyector Sensoready® de Kesimpta (véase la Figura A):

Figura A



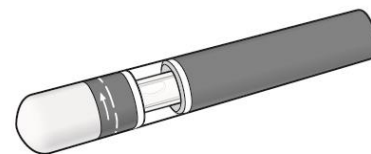
El autoinyector de Kesimpta se muestra con la tapa suelta. **No retire** la tapa del autoinyector hasta el momento en que vaya a usarla.

Material necesario para la inyección:

La caja del producto incluye:

El autoinyector de Kesimpta nueva (véase la **Figura B**).

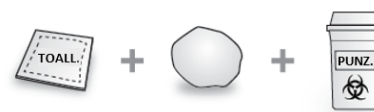
Figura B



La caja del producto no incluye (véase la **Figura C**):

- 1 toallita empapada en alcohol
- 1 gasa o torunda de algodón
- Un recipiente para objetos punzantes

Figura C



Consulte «¿Cómo debo desechar los autoinyectores de Kesimpta usados?» al final de estas «Instrucciones de uso».

Antes de la inyección:

Retire del refrigerador (heladera o nevera) el autoinyector de Kesimpta **entre 15 y 30 minutos antes de la inyección** para que alcance la temperatura ambiente.

Paso 1. Controles de seguridad importantes antes de administrarse la inyección (véase la **Figura D**):

- Examine la ventana de inspección. El líquido debe ser transparente a levemente opalescente.
No use el autoinyector si el líquido contiene partículas visibles o está turbio.
Es posible que vea una burbuja de aire pequeña, pero eso es normal.
- Compruebe la **fecha de caducidad (EXP)** en el autoinyector de Kesimpta. **No use** el autoinyector después de la fecha de caducidad.

Figura D

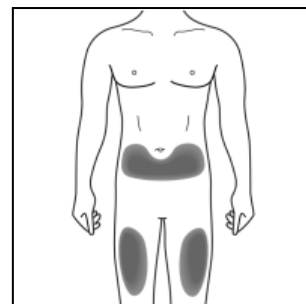


Póngase en contacto con su farmacéutico o profesional sanitario si el autoinyector no cumple con alguno de los requisitos anteriores.

Paso 2. Elija el lugar de inyección:

- El lugar recomendado es la cara anterior de los muslos. También puede usar la zona inferior del abdomen, pero siempre a más de cinco centímetros de distancia del ombligo (véase la **Figura E**).
- Elija un lugar distinto para cada nueva inyección de Kesimpta.

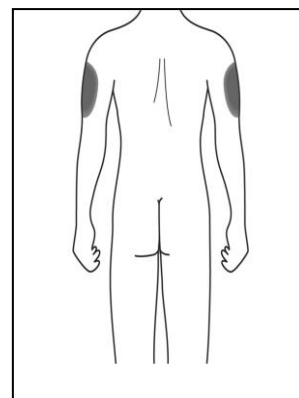
Figura E



- No inyecte el producto en ninguna zona de la piel que esté dolorida, magullada, enrojecida, descamada o dura. Evite las zonas con cicatrices o estrías.

Si **un cuidador o un profesional sanitario** le administra la inyección, esta también puede aplicarse en la parte superior externa del brazo (**véase la Figura F**).

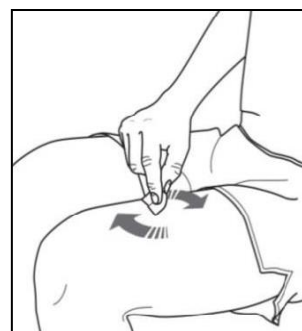
Figura F
(únicamente para el cuidador y el profesional sanitario)



Paso 3. Limpie el lugar de inyección:

- Lávese bien las manos con agua y jabón.
- Con un movimiento circular, limpie el lugar de inyección con la toallita empapada en alcohol. Deje secar la zona antes de proceder a la inyección (**véase la Figura G**).
- No vuelva a tocar la zona limpia antes de la inyección.

Figura G

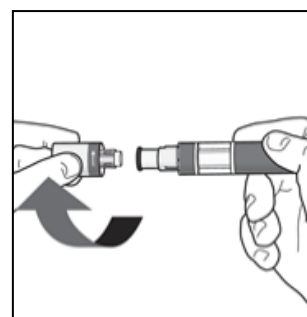


La inyección:

Paso 4. Retire la tapa:

- Retire la tapa únicamente cuando usted esté listo para usar el autoinyector.
- Desenrosque la tapa en el sentido contrario al de las agujas del reloj (**véase la Figura H**).
- Deseche la tapa. **No intente enroscarlo de nuevo.**
- Use el autoinyector en los 5 minutos siguientes a la retirada de la tapa.

Figura H



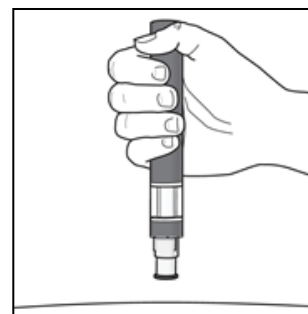
Puede que observe algunas gotas de producto saliendo de la punta de la aguja. Esto es normal.

Paso 5. Cómo sostener el autoinyector de Kesimpta:

- Sostenga el autoinyector formando un ángulo de 90 grados con respecto al lugar de inyección limpio (véase la Figura I).



Figura I



Importante: Durante la inyección, usted oír 2 clics intensos.

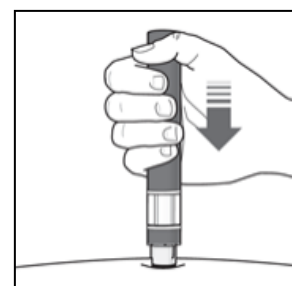
- El **primer clic** indica el **inicio de la inyección**.
- El **segundo clic** indica que **la inyección está a punto de finalizar**.

Debe mantener el autoinyector de Kesimpta firmemente presionada contra la piel hasta que el **indicador verde** llene por completo la ventana y haya dejado de moverse.

Paso 6. Inicie la inyección:

- Presione con firmeza el autoinyector contra la piel para iniciar la inyección (véase la Figura J).
- El **primer clic** indica el **inicio de la inyección**.
- **Siga manteniendo** el autoinyector firmemente presionado contra la piel.
- El **indicador verde** muestra el progreso de la inyección.

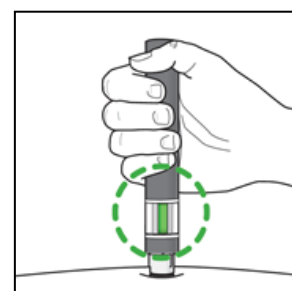
Figura J



Paso 7. Finalice la inyección:

- Esté atento al **segundo clic**. Ello indica que la inyección está **a punto de finalizar**.
- Verifique que el **indicador verde** llene por completo la ventana y haya dejado de moverse (véase la Figura K).
- Ya puede retirar el autoinyector (véase la Figura L).

Figura K



Después de la inyección:

- Si el indicador verde no llena por completo la ventana, significa que el medicamento no se ha administrado como corresponde. En ese caso, póngase en contacto con su profesional sanitario.
- Es posible que haya un poco de sangre en el lugar de la inyección. Puede presionar con una gasa o torunda de algodón el lugar de la inyección durante 10 segundos. No frote el lugar de la inyección. Si fuera necesario, cúbralo con un pequeño apósito adhesivo.

¿Cómo debo desechar los autoinyectores de Kesimpta usados?

Paso 8. Eliminación del autoinyector de Kesimpta:

- Deseche el autoinyector usado en un recipiente para objetos punzantes (es decir, en un recipiente resistente a las punciones y con tapa, u otro similar) (véase la **Figura M**).
- Nunca intente reutilizar el autoinyector.

Mantenga el recipiente para objetos punzantes fuera del alcance de los niños.

Precauciones especiales de eliminación

Cualquier producto no utilizado o material de desecho debe eliminarse de acuerdo con las exigencias locales.

2023-PSB/GLC-1370-s

Figura L

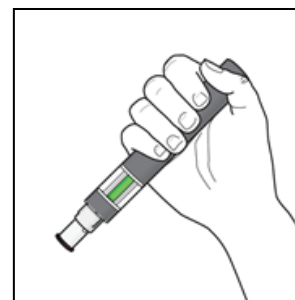


Figura M

