

## Información para el Médico

### **OLUMIANT® BARICITINIB**

2 mg  
Comprimidos recubiertos  
Vía oral

### **OLUMIANT® BARICITINIB**

4 mg  
Comprimidos recubiertos  
Vía oral

## DESCRIPCIÓN

OLUMIANT (baricitinib) es un inhibidor de la Janus quinasa (JAK, por sus siglas en inglés). Está disponible como comprimido recubierto con película de liberación inmediata para administración vía oral. Los comprimidos contienen una zona cóncava en cada lado.

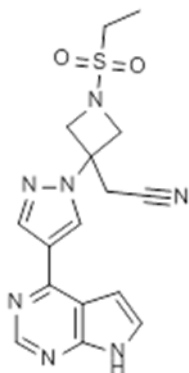
### OLUMIANT 2 mg

Comprimidos recubiertos con película de color rosa claro, de forma oblonga, grabados en bajorrelieve con “Lilly” en un lado y “2” en el otro.

### OLUMIANT 4 mg

Comprimidos recubiertos con película de color rosa de intensidad media, redondos, grabados en bajorrelieve con “Lilly” en un lado y “4” en el otro.

El nombre químico de baricitinib es {1-(etilsulfonyl)-3-[4-(7H-pirrol[2,3-d]pirimidin-4-il)-1H-pirazol-1-yl]azetidín-3-yl}acetonitrilo. La fórmula estructural es:



La fórmula empírica del baricitinib es C<sub>16</sub>H<sub>17</sub>N<sub>7</sub>O<sub>2</sub>S y el peso molecular es 371,42.

## FÓRMULA CUALI-CUANTITATIVA

Cada comprimido recubierto de OLUMIANT 2 mg contiene:

Baricitinib.....2 mg

Excipientes:

Comprimido: [celulosa microcristalina, croscarmelosa de sodio, estearato de magnesio, manitol]  
c.s.p.

Ingredientes mezcla de color: [óxido de hierro, lecitina (soja), polietilenglicol, alcohol polivinílico, talco, dióxido de titanio] c.s.p.

Cada comprimido recubierto de OLUMIANT 4 mg contiene:

Baricitinib.....4 mg

Excipientes:

Comprimido: [celulosa microcristalina, croscarmelosa de sodio, estearato de magnesio, manitol] c.s.p.

Ingredientes mezcla de color: [óxido de hierro, lecitina (soja), polietilenglicol, alcohol polivinílico, talco, dióxido de titanio] c.s.p.

## **CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA**

Grupo farmacoterapéutico: inmunosupresores selectivos, código ATC: L04AA37.

## **INDICACIONES**

### **Artritis Reumatoide**

OLUMIANT está indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa de moderada a grave en pacientes adultos que no han respondido de forma adecuada o que son intolerantes a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD, por sus siglas en inglés) (incluyendo DMARD biológicos o sintéticos convencionales) en donde puede ser usado como monoterapia o en combinación con DMARD sintéticos convencionales (ver las secciones *Advertencias y Precauciones Especiales de Uso, Interacciones Medicamentosas y Propiedades Farmacológicas* para los datos disponibles sobre diferentes combinaciones).

### **Dermatitis Atópica**

Olumiant está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada a grave en pacientes adultos que son candidatos a tratamiento sistémico, cuya enfermedad no es controlada adecuadamente con tratamientos tópicos (corticosteroides, inmunomoduladores) o sistémicos (corticosteroides, antihistamínicos, dupilumab), o cuando se presente intolerancia o estén contraindicados.

## **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS**

### **Propiedades farmacodinámicas**

#### Mecanismo de acción

Baricitinib es un inhibidor selectivo y reversible de la Janus quinasa (JAK)1 y JAK2. En modelos de actividad enzimática aislada, baricitinib inhibió la actividad de JAK1, JAK2, Tirosina Quinasa 2 y JAK3 con valores de IC<sub>50</sub> de 5,9; 5,7; 53 y > 400 nM, respectivamente.

Las Janus quinasas (JAK) son enzimas que transducen señales intracelulares desde receptores de la superficie celular para una serie de citoquinas y factores de crecimiento involucrados en la hematopoyesis, inflamación y función inmune. Dentro de la vía de señalización intracelular, las JAK fosforilan y activan transductores de señal y activadores de la transcripción (STAT, por sus siglas en inglés), lo que activa la expresión genética dentro de la célula. Baricitinib modula estas vías de señalización inhibiendo parcialmente la actividad enzimática de JAK1 y JAK2, reduciendo de este modo la fosforilación y activación de los STAT.

#### Efectos farmacodinámicos

##### *Inhibición de la fosforilación de STAT3 inducida por IL-6*

La administración de baricitinib tuvo como resultado una inhibición dosis dependiente de la fosforilación de STAT3 inducida por IL-6 en todo el torrente sanguíneo de voluntarios sanos con una inhibición máxima observada 2 horas después de la administración, volviendo a un estado próximo al basal a las 24 horas.

### *Inmunoglobulinas*

Los valores promedio en suero de IgG, IgM e IgA disminuyeron 12 semanas después del inicio del tratamiento con OLUMIANT y se mantuvieron estables en un valor inferior al valor basal hasta al menos 104 semanas. Para la mayoría de los pacientes, los cambios en las inmunoglobulinas se produjeron dentro del intervalo normal de referencia.

### *Linfocitos*

El recuento absoluto de linfocitos promedio aumentó 1 semana después del inicio del tratamiento con OLUMIANT, volvió al valor basal en la semana 24, y después permaneció estable durante al menos 104 semanas. Para la mayoría de los pacientes, los cambios en el recuento de linfocitos se produjeron dentro del intervalo normal de referencia.

### *Proteína C-reactiva*

En pacientes con artritis reumatoide se observaron descensos en los niveles de proteína C-reactiva (PCR) en suero a partir de la 1ª semana después de iniciar el tratamiento con OLUMIANT, y se mantuvieron durante el tratamiento.

### *Creatinina*

Baricitinib indujo un aumento promedio en los niveles de creatinina sérica de 3,8 µmol/L después de dos semanas de tratamiento en comparación con placebo, que permaneció estable a partir de entonces hasta 104 semanas de tratamiento. Esto puede ser debido a la inhibición de la secreción de creatinina por baricitinib en los túbulos renales. En consecuencia, las estimaciones de la tasa de filtración glomerular basadas en la creatinina sérica se pueden reducir ligeramente, sin pérdida real de la función renal o aparición de acontecimientos adversos renales.

### Eficacia clínica y seguridad

La eficacia y seguridad de OLUMIANT administrado una vez al día se evaluó en 4 ensayos fase III aleatorizados, doble ciego, multicéntricos en pacientes con artritis reumatoide activa de moderada a severa diagnosticados de acuerdo a los criterios ACR/EULAR 2010 (ver Tabla 1). Los pacientes mayores de 18 años fueron aptos para participar. Se requería la presencia de al menos 6 articulaciones dolorosas y 6 articulaciones inflamadas en estado basal. Todos los pacientes que completaron estos ensayos eran aptos para ser reclutados en un estudio de extensión a largo plazo por un periodo de hasta 4 años de tratamiento continuo.

El ensayo RA-BEGIN en pacientes naïve a metotrexato (MTX, por sus siglas en inglés) apoya el tratamiento en la población de pacientes con respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD, por sus siglas en inglés) (ver sección *Indicaciones*).

**Tabla 1. Resumen de los Ensayos Clínicos**

<b>Nombre Ensayo (Duración)</b>	<b>Población (Número)</b>	<b>Brazos de tratamiento</b>	<b>Resumen de las principales medidas de resultado</b>
RA-BEGIN (52 semanas)	Naïve a MTX <sup>1</sup> (584)	<ul style="list-style-type: none"><li>• OLUMIANT 4 mg QD</li><li>• OLUMIANT 4 mg QD + MTX</li><li>• MTX</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Criterio de valoración primario: ACR20 a la semana 24</li><li>• Función física (HAQ-DI)</li><li>• Progresión radiográfica (mTSS)</li><li>• Baja actividad de la enfermedad y Remisión (SDAI)</li></ul>

RA-BEAM (52 semanas)	MTX-RI <sup>2</sup> (1305)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OLUMIANT 4 mg QD</li> <li>• Adalimumab 40 mg SC Q2W</li> <li>• Placebo</li> </ul> <p>Todos los pacientes con tratamiento de fondo con MTX</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterio de valoración primario: ACR20 a la semana 12</li> <li>• Función física (HAQ-DI)</li> <li>• Progresión radiográfica (mTSS)</li> <li>• Baja actividad de la enfermedad y Remisión (SDAI)</li> <li>• Rigidez Matutina de las Articulaciones</li> </ul>
RA-BUILD (24 semanas)	cDMARD-RI <sup>3</sup> (684)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OLUMIANT 4 mg QD</li> <li>• OLUMIANT 2 mg QD</li> <li>• Placebo</li> </ul> <p>Tratamiento de fondo con cDMARD<sup>5</sup> a una dosis estable al ser incluidos en el ensayo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterio de valoración primario: ACR20 a la semana 12</li> <li>• Función física (HAQ-DI)</li> <li>• Baja actividad de la enfermedad y remisión (SDAI)</li> <li>• Progresión radiográfica (mTSS)</li> <li>• Rigidez Matutina de las Articulaciones</li> </ul>
RA-BEACON (24 semanas)	antiTNF-RI <sup>4</sup> (527)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OLUMIANT 4 mg QD</li> <li>• OLUMIANT 2 mg QD</li> <li>• Placebo</li> </ul> <p>Tratamiento de fondo con cDMARD<sup>5</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterio de valoración primario: ACR20 a la semana 12</li> <li>• Función física (HAQ-DI)</li> <li>• Baja actividad de la enfermedad y Remisión (SDAI)</li> </ul>

Abreviaturas: QD=Una vez al día; Q2W=Una vez cada 2 semanas; SC=Vía subcutánea; ACR= American College of Rheumatology (Colegio Americano de Reumatología); SDAI=Simplified Disease Activity Index (Índice Simplificado de Actividad de la Enfermedad); cDMARD=Conventional DMARD (Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad convencional); HAQ-DI=Health Assessment Questionnaire-Disability Index (Cuestionario de Evaluación de la Salud-Índice de Discapacidad); mTSS=modified Total Sharp Score (Índice Total de Sharp modificado)

<sup>1</sup> Pacientes que habían recibido menos de 3 dosis de MTX; naïve a otros DMARD convencionales o biológicos

<sup>2</sup> Pacientes que habían tenido una respuesta inadecuada a MTX (+/- otros cDMARD); naïve a biológicos

<sup>3</sup> Pacientes que habían tenido una respuesta inadecuada o fueron intolerantes a  $\geq 1$  cDMARD; naïve a biológicos

<sup>4</sup> Pacientes que habían tenido una respuesta inadecuada o fueron intolerantes a  $\geq 1$  bDMARD (Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológico); incluyendo al menos un antiTNF

<sup>5</sup> Los cDMARD concomitantes más frecuentes incluyeron MTX, hidroxicloroquina, leflunomida y sulfasalazina

#### *Respuesta Clínica:*

En todos los ensayos, los pacientes tratados con OLUMIANT 4 mg una vez al día alcanzaron una respuesta ACR20, ACR50 y ACR70 mayor estadísticamente significativa a las 12 semanas en comparación con placebo, MTX o Adalimumab (ver Tabla 2). El tiempo de inicio de la eficacia fue rápido en todos los parámetros de evaluación con respuestas significativamente mayores observadas a partir de la semana 1. Se observaron tasas de respuesta continuas, duraderas, con respuestas ACR20/50/70 que se mantuvieron durante al menos 2 años incluyendo el estudio de extensión a largo plazo.

El tratamiento con OLUMIANT 4 mg, solo o en combinación con cDMARD, tuvo como resultado mejorías significativas en todos los componentes individuales de la respuesta ACR, incluyendo

número de articulaciones dolorosas e inflamadas, evaluaciones globales por el paciente y por el médico, HAQ-DI, evaluación del dolor y proteína C reactiva (PCR), en comparación con placebo o MTX en monoterapia. En el ensayo RA-BEAM, el tratamiento con OLUMIANT tuvo como resultado una mejora significativa en las evaluaciones globales por el paciente y por el médico, HAQ-DI, evaluación del dolor y PCR en las semanas 12, 24 y 52 en comparación con adalimumab.

En los ensayos controlados con placebo en los que no fue obligatorio el uso de MTX, 501 pacientes aleatorizados a baricitinib 2 mg o 4 mg recibieron MTX como tratamiento de fondo, y 303 recibieron DMARD convencionales diferentes a MTX (aproximadamente la mitad con MTX y la mitad sin). Los DMARD concomitantes más frecuentes en estos pacientes fueron MTX (79% de los pacientes), hidroxicloroquina (19%), leflunomida (11%) y sulfasalazina (9%). No se observaron diferencias relevantes en relación a la eficacia y seguridad en subgrupos definidos por tipos de DMARD concomitantes utilizados en combinación con baricitinib.

#### *Remisión y baja actividad de la enfermedad*

Una proporción mayor estadísticamente significativa de pacientes tratados con OLUMIANT 4 mg en comparación con placebo o MTX, alcanzó la remisión, definida por un SDAI  $\leq 3,3$  y CDAI (Clinical Disease Activity Index, CDAI por sus siglas en inglés)  $\leq 2,8$ , en las semanas 12 y 24 (Tabla 2).

En los 4 ensayos, una proporción de pacientes significativamente mayor tratados con OLUMIANT 4 mg en comparación con placebo o MTX alcanzó baja actividad de la enfermedad o remisión (DAS28-VSG o DAS28-PCRus  $\leq 3,2$  y DAS28-VSG o DAS28-PCRus  $< 2,6$  [disease activity score, DAS por sus siglas en inglés; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCRus, Proteína C-reactiva ultrasensible]) en las semanas 12 y 24.

Se observaron mayores tasas de remisión en comparación con placebo a partir de la semana 4. Las tasas de remisión y baja actividad de la enfermedad se mantuvieron durante al menos 2 años, incluyendo los datos del estudio de extensión a largo plazo.

**Tabla 2. Respuesta, Remisión y Función Física**

Ensayo	RA-BEGIN Pacientes naïve a MTX			RA-BEAM Pacientes MTX-RI			RA-BUILD Pacientes cDMARD-RI			RA-BEACON Pacientes anti-TNF-RI		
	MTX	OLU 4 mg	OLU 4 mg + MTX	PBO	OLU 4 mg	ADA 40 mg Q2W	PBO	OLU 2 mg	OLU 4 mg	PBO	OLU 2 mg	OLU 4 mg
N	210	159	215	488	487	330	228	229	227	176	174	177
<b>ACR20:</b>												
Semana 12	59 %	79 %***	77 %***	40 %	70 %***†	61 %***	39 %	66 %***	62 %***	27 %	49 %***	55 %***
Semana 24	62 %	77 %**	78 %***	37 %	74 %***†	66 %***	42 %	61 %***	65 %***	27 %	45 %***	46 %***
Semana 52	56 %	73 %***	73 %***		71 %††	62 %						
<b>ACR50:</b>												
Semana 12	33 %	55 %***	60 %***	17 %	45 %***††	35 %***	13 %	33 %***	34 %***	8 %	20 %**	28 %***
Semana 24	43 %	60 %**	63 %***	19 %	51 %***	45 %***	21 %	41 %***	44 %***	13 %	23 %*	29 %***
Semana 52	38 %	57 %***	62 %***		56 %†	47 %						

<b>ACR70:</b>												
Semana 12	16 %	31 %***	34 %***	5 %	19 %***†	13 %***	3 %	18 %***	18 %***	2 %	13 %***	11 %**
Semana 24	21 %	42 %***	40 %***	8 %	30 %***†	22 %***	8 %	25 %***	24 %***	3 %	13 %***	17 %***
Semana 52	25 %	42 %***	46 %***		37 %	31 %						
<b>DAS28-PCRus ≤ 3,2:</b>												
Semana 12	30 %	47 %***	56 %***	14 %	44 %***††	35 %***	17 %	36 %***	39 %***	9 %	24 %***	32 %***
Semana 24	38 %	57 %***	60 %***	19 %	52 %***	48 %***	24 %	46 %***	52 %***	11 %	20 %*	33 %***
Semana 52	38 %	57 %***	63 %***		56 %†	48 %						
<b>DAS28-VSG ≤ 3,2:</b>												
Semana 12	15 %	21 %	34 %***	7 %	24 %***	21 %***	7 %	21 %***	22 %***	4 %	13 %**	12 %**
Semana 24	23 %	36 %**	39 %***	10 %	32 %***	34 %***	10 %	29 %***	32 %***	7 %	11 %	17 %**
Semana 52	27 %	36 %	45 %***		39 %	36 %						
<b>SDAI ≤ 3,3:</b>												
Semana 12	6 %	14 %*	20 %***	2 %	8 %***	7 %***	1 %	9 %***	9 %***	2 %	2 %	5 %
Semana 24	10 %	22 %**	23 %***	3 %	16 %***	14 %***	4 %	17 %***	15 %***	2 %	5 %	9 %**
Semana 52	13 %	25 %**	30 %***		23 %	18 %						
<b>CDAI ≤ 2,8:</b>												
Semana 12	7 %	14 %*	19 %***	2 %	8 %***	7 %**	2 %	10 %***	9 %***	2 %	3 %	6 %
Semana 24	11 %	21 %**	22 %**	4 %	16 %***	12 %***	4 %	15 %***	15 %***	3 %	5 %	9 %*
Semana 52	16 %	25 %*	28 %**		22 %	18 %						
<b>HAQ-DI Diferencia Mínima Clínicamente Importante (disminución en la puntuación HAQ-DI ≥ 0,30):</b>												
Semana 12	60 %	81 %***	77 %***	46 %	68 %***	64 %***	44 %	60 %***	56 %**	35 %	48 %*	54 %***
Semana 24	66 %	77 %*	74 %	37 %	67 %***†	60 %***	37 %	58 %***	55 %***	24 %	41 %***	44 %***
Semana 52	53 %	65 %*	67 %**		61 %	55 %						

Nota: Las proporciones de respondedores en cada momento de evaluación se basan en aquéllos inicialmente aleatorizados a tratamiento (N). Los pacientes que abandonaron o que recibieron tratamiento de rescate fueron considerados como no respondedores a partir de entonces.

Abreviaturas: ADA=adalimumab; MTX=metotrexato; OLU=OLUMIANT; PBO=Placebo

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$  vs. placebo (vs. MTX para el ensayo RA-BEGIN)

†  $p \leq 0,05$ ; ††  $p \leq 0,01$ ; †††  $p \leq 0,001$  vs. adalimumab

### Respuesta radiográfica

El efecto de OLUMIANT sobre la progresión del daño estructural articular se evaluó radiográficamente en los ensayos RA-BEGIN, RA-BEAM y RA-BUILD, y se evaluó utilizando el Índice Total de Sharp modificado (mTSS) y sus componentes, el índice de erosión y el de disminución del espacio articular.

El tratamiento con OLUMIANT 4 mg tuvo como resultado una inhibición estadísticamente significativa de la progresión del daño estructural articular (Tabla 3). Los análisis de los índices de erosión y de disminución del espacio articular fueron consistentes con los índices globales. La proporción de pacientes sin progresión radiográfica (cambio en mTSS  $\leq 0$ ) fue significativamente mayor con OLUMIANT 4 mg en comparación con placebo en las semanas 24 y 52.

**Tabla 3. Cambios Radiográficos**

Ensayo	RA-BEGIN Pacientes naïve a MTX			RA-BEAM Pacientes MTX-RI			RA-BUILD Pacientes con RI a cDMARD-RI		
	MTX	OLU 4 mg	OLU 4 mg + MTX	PBO <sup>a</sup>	OLU 4 mg	ADA 40 mg Q2W	PBO	OLU 2 mg	OLU 4 mg
<b>Índice Total de Sharp modificado, cambio promedio desde el estado basal:</b>									
Semana 24	0,61	0,39	0,29*	0,90	0,41***	0,33***	0,70	0,33*	0,15**
Semana 52	1,02	0,80	0,40**	1,80	0,71***	0,60***			
<b>Índice de Erosión, cambio promedio desde el estado basal:</b>									
Semana 24	0,47	0,33	0,26*	0,61	0,29***	0,24***	0,47	0,30	0,11**
Semana 52	0,81	0,55	0,34**	1,23	0,51***	0,42***			
<b>Índice de Disminución del Espacio Articular, cambio promedio desde el estado basal:</b>									
Semana 24	0,14	0,06	0,03	0,29	0,12**	0,10**	0,23	0,03*	0,04*
Semana 52	0,21	0,25	0,06	0,58	0,21***	0,19**			
<b>Proporción de pacientes sin progresión radiográfica<sup>b</sup>:</b>									
Semana 24	68 %	76 %	81 %**	70 %	81 %***	83 %***	74 %	72 %	80 %
Semana 52	66 %	69 %	80 %**	70 %	79 %**	81 %**			

Abreviaturas: ADA=adalimumab; MTX=metotrexato; OLU=OLUMIANT; PBO=Placebo

<sup>a</sup> Datos de placebo a la semana 52 derivados de la extrapolación lineal

<sup>b</sup> Sin progresión se definió como cambio en mTSS  $\leq 0$

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$  vs. placebo (vs. MTX para el ensayo RA-BEGIN)

### Respuesta de la función física y resultados relacionados con la salud

El tratamiento con OLUMIANT 4 mg, solo o en combinación con cDMARD, tuvo como resultado una mejoría significativa en la función física evaluada mediante el HAQ-DI, en comparación con todos los comparadores (placebo, MTX, adalimumab), en las semanas 12, 24 y 52. La proporción de pacientes que alcanzaron una mejoría clínicamente significativa (HAQ-DI  $\geq 0,30$ ) fue también mayor con OLUMIANT en comparación con placebo o MTX en la semana 12 (Tabla 2). Las mejorías se observaron a partir de la semana 1, y en los ensayos RA-BEGIN y RA-BEAM se mantuvieron hasta 52 semanas.

El tratamiento con OLUMIANT 4 mg, solo o en combinación con cDMARD, tuvo como resultado una mejoría significativa del dolor evaluado mediante una escala visual análoga de 0-100, a las 12 semanas, en comparación con todos los comparadores (placebo, MTX, adalimumab). A partir de la semana 1 se observó una reducción del dolor estadísticamente significativa, y en los ensayos RA-BEGIN y RA-BEAM se mantuvo hasta por 52 semanas.

En los ensayos RA-BEAM y RA-BUILD, el tratamiento con OLUMIANT 4 mg tuvo como resultado una mejoría significativa en la media de la duración y la severidad de la rigidez articular matutina evaluada utilizando registros diarios electrónicos de pacientes durante 12 semanas, en comparación con placebo o adalimumab.

En todos los ensayos, los pacientes tratados con OLUMIANT notificaron mejorías en la calidad de vida mediante la evaluación del componente físico de la Encuesta de Salud (SF-36, por sus siglas en inglés); y en la fatiga, medida a través de la escala de Fatiga para la Evaluación Funcional en el Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-F, por sus siglas en inglés).

#### *OLUMIANT 4 mg vs. 2 mg*

Las diferencias en eficacia entre las dosis de 4 mg y de 2 mg fueron más notables en la población con respuesta inadecuada a bDMARD (RA-BEACON), en donde se vieron mejorías estadísticamente significativas en los componentes del ACR: número de articulaciones inflamadas, número de articulaciones dolorosas y VSG para OLUMIANT 4 mg comparado con placebo en la semana 24 pero no para OLUMIANT 2 mg comparado con placebo. Además, en ambos ensayos RA-BEACON y RA-BUILD, el inicio de la eficacia fue más rápido y la magnitud del efecto fue en general mayor para los grupos de la dosis de 4 mg en comparación con los de la dosis de 2 mg.

En el estudio de extensión a largo plazo, los pacientes de los ensayos RA-BEAM, RA-BUILD y RA-BEACON que alcanzaron una baja actividad de la enfermedad sostenida o remisión (CDAI  $\leq$  10) después de al menos 15 meses de tratamiento con OLUMIANT 4 mg una vez al día fueron reaseñados 1:1 en forma doble ciego para continuar con 4 mg una vez al día o reducir la dosis a 2 mg una vez al día. La mayoría de los pacientes mantuvieron baja actividad de la enfermedad o remisión de acuerdo a la puntuación del CDAI:

- En la semana 12: 234/251 (93%) continuaron con 4 mg vs. 207/251 (82%) que redujeron la dosis a 2 mg ( $p \leq 0,001$ )
- En la semana 24: 163/191 (85%) continuaron con 4 mg vs. 144/189 (76%) que redujeron la dosis a 2 mg ( $p \leq 0,05$ )
- En la semana 48: 57/73 (78%) continuaron con 4 mg vs. 51/86 (59%) que redujeron la dosis a 2 mg ( $p \leq 0,05$ )

La mayoría de los pacientes que perdieron el estado de baja actividad de la enfermedad o remisión después de la reducción de la dosis pudieron recuperar el control de la enfermedad cuando volvieron a la dosis de 4 mg.

#### *Dermatitis Atópica*

Se evaluó la eficacia y seguridad de OLUMIANT como monoterapia o en combinación con corticosteroides tópicos (CST) en 3 estudios fase III aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo, de 16 semanas (BREEZE AD1, AD2 y AD7). Los estudios incluyeron 1568 pacientes con dermatitis atópica moderada a grave definida por el puntaje  $\geq 3$  de la Evaluación global del investigador (IGA), un puntaje de índice de gravedad y área de eccema (EASI)  $\geq 16$ , y una participación del área de superficie corporal (BSA) de  $\geq 10\%$ . Los pacientes elegibles tenían más de 18 años y tenían una respuesta inadecuada previa o eran intolerantes a la medicación tópica. A los pacientes se les permitió recibir tratamiento de rescate (que incluía terapia tópica o sistémica), en cuyo momento se les consideró no respondedores. Al inicio del estudio BREEZE-AD7, todos los pacientes estaban en tratamiento concomitante con corticoides tópicos y se les permitió utilizar inhibidores de calcineurina tópicos. Todos los pacientes que completaron estos estudios fueron elegibles para inscribirse en un estudio de extensión a largo plazo (BREEZE AD 3) por hasta 2 años de tratamiento continuo.



El estudio fase III, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo BREEZE-AD4 evaluó la eficacia de baricitinib en combinación con corticosteroides tópicos durante 52 semanas en 463 pacientes con DA de moderada a grave con respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al tratamiento con ciclosporina oral.

#### *Características basales*

En los estudios fase III controlados por placebo (BREEZE-AD1, -AD2, -AD7 y -AD4), el 37% eran mujeres, el 64% caucásicos, el 31% asiáticos y el 0,6% negros y la edad media fue 35,6 años. En estos estudios, entre el 42% y el 51% de los pacientes presentaba una puntuación IGA basal de 4 (dermatitis atópica grave) y entre el 54% y el 79% de los pacientes había recibido previamente un tratamiento sistémico para la dermatitis atópica. La puntuación EASI media en el basal estaba en un margen entre 29,6 y 33,5; la puntuación media basal en la Escala de Valoración Numérica del prurito promediada semanalmente (*Numerical Rating Scale*, NRS por sus siglas en inglés) estaba entre 6,5 y 7,1, el Índice de calidad de vida dermatológica (*Dermatology Life Quality Index*, DLQI por sus siglas en inglés) medio basal estaba entre 13,6 y 14,9, y la puntuación media basal total en la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS por sus siglas en inglés) estaba en un margen entre 10,9 y 12,1.

#### Respuesta Clínica

*Estudios monoterapia de 16 semanas (BREEZE-AD1 y BREEZE-AD2) y en combinación con CST (BREEZE-AD7)*

Una proporción significativamente mayor de pacientes aleatorizados con baricitinib 4 mg, logró una respuesta IGA 0 o 1, EASI75, o una mejora de  $\geq 4$  puntos en la escala NRS de prurito en comparación con el placebo en la semana 16 (Tabla 5). La figura 1 muestra el cambio porcentual medio en el EASI respecto al basal hasta la semana 16.

Una proporción significativamente mayor de pacientes asignados al azar a baricitinib 4 mg alcanzó una mejora de  $\geq 4$  puntos en la NRS del prurito en comparación con placebo (durante la primera semana de tratamiento en el BREEZE-AD1 y -AD2; y ya en la semana 2 en el BREEZE-AD7;  $p \leq 0,002$ ).

Los efectos del tratamiento en subgrupos (peso, edad, sexo, raza, gravedad de la enfermedad y tratamiento previo, incluidos los inmunosupresores) fueron consistentes con los resultados en la población general del estudio.

**Tabla 4. Eficacia de baricitinib en la semana 16 (FAS<sup>a</sup>)**

Estudio	Monoterapia						Combinación con CST		
	BREEZE-AD1			BREEZE-AD2			BREEZE-AD7		
Grupo de tratamiento	PBO	OLU 2 mg	OLU 4 mg	PBO	OLU 2 mg	OLU 4 mg	PBO + CST	OLU 2 mg + CST	OLU 4 mg + CST
N	249	123	125	244	123	123	109	109	111
% de respondedores IGA 0 o 1 <sup>b,c</sup>	4.8	11.4**	16.8**	4.5	10.6**	13.8**	14.7	23.9	30.6**
% de respondedores EASI-75 <sup>c</sup>	8.8	18.7**	24.8**	6.1	17.9**	21.1**	22.9	43.1*	47.7**

% de respondedores NRS de prurito ( $\geq 4$ puntos de mejora) <sup>c, d</sup>	7.2	12.0	21.5**	4.7	15.1**	18.7**	20.2	38.1*	44.0**
--------------------------------------------------------------------------------	-----	------	--------	-----	--------	--------	------	-------	--------

OLU = Olumiant; PBO = Placebo

\* estadísticamente significativo vs placebo sin ajuste por multiplicidad; \*\* estadísticamente significativo vs placebo con ajuste por multiplicidad.

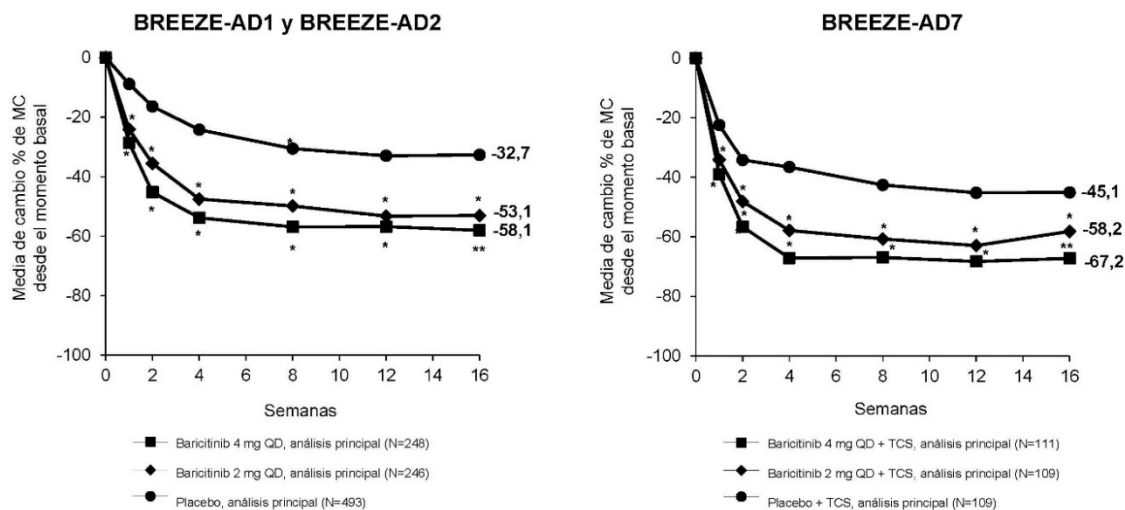
<sup>a</sup> Un conjunto de análisis completo (FAS) que incluye a todos los pacientes aleatorizados.

<sup>b</sup> El respondedor se definió como un paciente con IGA 0 o 1 ("aclaramiento total" o "aclaramiento casi total") con una reducción de  $\geq 2$  puntos en la escala 0-4 IGA.

<sup>c</sup> Imputación de no respondedores: los pacientes que recibieron tratamiento de rescate o con datos faltantes fueron considerados como no respondedores.

<sup>d</sup> Los resultados se muestran en el subconjunto de pacientes elegibles para la evaluación (pacientes con prurito NRS  $\geq 4$  al inicio del estudio).

**Figura 1. Cambio porcentual medio desde el inicio en EASI (FAS)<sup>a</sup>**



MC = mínimos cuadrados; \* estadísticamente significativo vs placebo sin ajuste por multiplicidad; \*\* estadísticamente significativo vs placebo con ajuste por multiplicidad.

<sup>a</sup> conjunto de análisis completo (FAS) que incluye todos los pacientes asignados al azar. Los datos recopilados después de la terapia de rescate o después de la interrupción permanente del fármaco en el estudio se consideraron perdidos. Los medios MC provienen del análisis MMRM que incorporan la imputación múltiple de datos faltantes.

### Mantenimiento de respuesta

Para evaluar el mantenimiento de la respuesta, 1.373 pacientes tratados con baricitinib durante 16 semanas en BREEZE-AD1 (N=541), BREEZE-AD2 (N=540) y BREEZE-AD7 (N=292) fueron incluidos en BREEZE-AD3, un estudio de extensión a largo plazo. Se dispone de datos hasta 68 semanas de tratamiento acumulado para los pacientes de BREEZE-AD1 y BREEZE-AD2, y de hasta 32 semanas para los pacientes de BREEZE-AD7. Se observó una respuesta continuada en pacientes con al menos alguna respuesta (IGA 0, 1 o 2) tras iniciar baricitinib.

*Calidad de vida / Resultados informados por el paciente en la dermatitis atópica*

En ambos estudios de monoterapia (BREEZE AD1 y BREEZE AD2) y en el estudio CST concomitante (BREEZE AD7), baricitinib 4 mg mejoró significativamente los resultados informados por el paciente, incluyendo prurito, sueño (medido por ADSS, POEM y SCORAD), dolor de piel (NRS) y calidad de vida (DLQI), sin ajuste por multiplicidad, y los síntomas de ansiedad y depresión (HADS) en la semana 16 en comparación con placebo (ver Tabla 8).

**Tabla 5. Resultados de calidad de vida/resultados informados por el paciente de la monoterapia con baricitinib y baricitinib en combinación con CST en la semana 16 (FAS)<sup>a</sup>**

Ensayo	Monoterapia						Combinación con CST		
	BREEZE-AD1			BREEZE-AD2			BREEZE-AD7		
Grupo de tratamiento	PBO	OLU 2 mg	OLU 4 mg	PBO	OLU 2 mg	OLU 4 mg	PBO + CST	OLU 2 mg + CST	OLU 4 mg + CST
N	249	123	125	244	123	123	109	109	111
ADSS Item 2 ≥ 2-puntos de mejora, % respondedores <sup>c, d</sup>	12,8	11,4	32,7*	8,0	19,6	24,4*	30,6	61,5*	66,7*
NRS del dolor de piel, cambio medio (EE) <sup>b</sup>	-0,84 (0,24)	-1,58 (0,29)	-1,93** (0,26)	-0,86 (0,26)	-2,61** (0,30)	-2,49** (0,28)	-2,06 (0,23)	-3,22* (0,22)	-3,73* (0,23)
DLQI, cambio medio (EE) <sup>b</sup>	-2,46 (0,57)	- 4,30* (0,68)	-6,76* (0,60)	-3,35 (0,62)	-7,44* (0,71)	-7,56* (0,66)	-5,58 (0,61)	-7,50* (0,58)	-8,89* (0,58)
HADS, cambio medio (EE) <sup>b</sup>	-1,22 (0,48)	- 3,22* (0,58)	-3,56* (0,52)	-1,25 (0,57)	-2,82 (0,66)	-3,71* (0,62)	-3,18 (0,56)	-4,75* (0,54)	-5,12* (0,54)

OLU = Olumiant; PBO = Placebo

\* estadísticamente significativo vs placebo sin ajuste por multiplicidad; \*\* estadísticamente significativo vs placebo con ajuste por multiplicidad.

<sup>a</sup> conjunto de análisis completo (FAS) que incluye a todos los pacientes aleatorizados.

<sup>b</sup> Los resultados mostrados son el cambio medio de MC desde el inicio (EE). Los datos recopilados después de la terapia de rescate o después de la interrupción permanente del fármaco en el estudio se consideraron perdidos. Los medios MC provienen de análisis MMRM que incorporan la imputación múltiple de datos faltantes.

<sup>c</sup> ADSS Elemento 2: número medio de despertares nocturnos debido a prurito

<sup>d</sup> Imputación de no respondedores: los pacientes que recibieron tratamiento de rescate o con datos faltantes fueron considerados como no respondedores. Resultados de los pacientes aptos para este análisis (pacientes con ADSS Item 2 en el basal ≥ 2).

*Respuesta clínica en pacientes con experiencia o contraindicación al tratamiento con ciclosporina (estudio BREEZE-AD4)*

Se incluyeron un total de 463 pacientes, que bien habían fallado (n=173), presentaban una intolerancia (n=75), o tenían contraindicado el tratamiento (n=126) con ciclosporina oral. La variable primaria fue la proporción de pacientes que alcanzó una respuesta EASI-75 en la semana 16. En la Tabla 8 se resume la variable primaria y algunas de las variables secundarias más importantes en la semana 16.

**Tabla 6: Eficacia de baricitinib en combinación con CST<sup>a</sup> en la semana 16 en BREEZE-AD4 (GAC)<sup>b</sup>**

Ensayo	BREEZE-AD4		
	PBO <sup>a</sup>	OLU 2 mg <sup>a</sup>	OLU 4 mg <sup>a</sup>
N	93	185	92
EASI-75, % de respondedores <sup>c</sup>	17,2	27,6	31,5**
IGA de 0 o 1, % de respondedores <sup>c, e</sup>	9,7	15,1	21,7*
NSR del prurito, (≥ 4 puntos de mejora) % de respondedores <sup>c, f</sup>	8,2	22,9*	38,2**
Cambio medio en el DLQI (EE) <sup>d</sup>	-4,95 (0,752)	-6,57 (0,494)	-7,95* (0,705)

OLU = Olumiant; PBO = Placebo

\* estadísticamente significativo vs placebo sin ajuste por multiplicidad; \*\* estadísticamente significativo vs placebo con ajuste por multiplicidad.

<sup>a</sup> Todos los pacientes recibieron tratamiento concomitante con corticosteroides tópicos y se permitió el uso de inhibidores tópicos de la calcineurina.

<sup>b</sup> El grupo de análisis completo (GAC) incluye a todos los pacientes aleatorizados.

<sup>c</sup> Imputación de no respondedor: los pacientes que recibieron tratamiento de rescate o aquellos con datos no disponibles se consideraron no respondedores.

<sup>d</sup> Los datos recogidos después de la administración de tratamiento de rescate o tras la interrupción permanente del fármaco de estudio se consideraron no disponibles. Las medias de MC proceden del análisis mediante el modelo mixto para medidas repetidas (MMRM).

<sup>e</sup> Paciente respondedor se definió como un paciente con IGA de 0 a 1 (“aclaramiento total de la piel” o “aclaramiento casi total de la piel”), con una disminución de ≥ 2 puntos en una escala IGA de 0-4.

<sup>f</sup> Resultados de los pacientes aptos para este análisis (pacientes con una puntuación en la NRS del prurito en el basal ≥ 4).

#### Población pediátrica

Ver sección *Posología y Modo de Administración* para consultar la información sobre el uso en la población pediátrica.

#### **Propiedades farmacocinéticas**

Tras la administración oral de baricitinib se observó un aumento proporcional a la dosis en la exposición sistémica dentro del margen terapéutico. La farmacocinética de baricitinib es lineal con respecto al tiempo.

#### Absorción

Tras la administración oral, baricitinib se absorbe rápidamente con un  $t_{máx}$  promedio de aproximadamente 1 hora (intervalo de 0,5-3,0 h) y una biodisponibilidad absoluta de

aproximadamente 79% (CV = 3,94%). La ingesta de alimento condujo a una disminución de la exposición de hasta un 14%, una disminución en la  $C_{\text{máx}}$  de hasta 18% y un retraso en el  $t_{\text{máx}}$  de 0,5 horas. La administración con las comidas no se asoció con un efecto clínicamente relevante sobre la exposición.

#### Distribución

El volumen promedio de distribución tras la administración mediante perfusión intravenosa fue de 76 L, lo que indica la distribución de baricitinib en los tejidos. Baricitinib se une en aproximadamente en un 50% a las proteínas plasmáticas.

#### Biotransformación

El metabolismo de baricitinib está mediado por CYP3A4, con menos del 10% de la dosis sometida a biotransformación. No hubo metabolitos cuantificables en plasma. En un estudio de farmacología clínica baricitinib se excretó de forma predominante en orina (69%) y heces (15%) como principio activo inalterado y solo se identificaron 4 metabolitos oxidativos menores (3 en orina; 1 en heces), lo que constituye aproximadamente un 5% y un 1% de la dosis, respectivamente. *In vitro*, baricitinib es un sustrato de CYP3A4, OAT3, Pgp, BCRP y MATE2-K, y un inhibidor de los transportadores OAT1, OAT3, OCT1, OCT2, OATP1B3, BCRP, MATE1 y MATE2-K, pero es poco probable que se produzcan interacciones clínicamente significativas con medicamentos que son sustratos de estos transportadores, a excepción de los sustratos de OCT1 (ver sección *Interacciones Medicamentosas*).

#### Eliminación

La eliminación renal es el principal mecanismo de depuración de baricitinib a través de la filtración glomerular y la secreción activa por OAT3, Pgp, BCRP y MATE2-K. En un estudio de farmacología clínica aproximadamente un 75% de la dosis administrada se eliminó por la orina, mientras que alrededor de un 20% de la dosis se eliminó en las heces. El promedio de la depuración aparente (Cl/F) y la vida media en pacientes con artritis reumatoide fueron de 9,42 L/h (CV=34,3%) y 12,5 h (CV=27,4%), respectivamente. La  $C_{\text{máx}}$  y el AUC en el estado estacionario fueron 1,4 y 2,0 veces mayores, respectivamente, en pacientes con artritis reumatoide en comparación con voluntarios sanos.

#### Insuficiencia Renal

Se observó que la función renal afecta significativamente la exposición a baricitinib. La media de las proporciones de AUC en pacientes con insuficiencia renal leve y moderada y pacientes con función renal normal son 1,41 (IC del 90%: 1,15-1,74) y 2,22 (IC del 90%: 1,81-2,73), respectivamente. La media de las proporciones de  $C_{\text{máx}}$  en pacientes con insuficiencia renal leve y moderada y pacientes con función renal normal son 1,16 (IC del 90%: 0,92-1,45) y 1,46 (IC del 90%: 1,17-1,83), respectivamente. Ver sección *Posología y Modo de Administración* para recomendaciones posológicas.

#### Insuficiencia Hepática

No hubo efecto clínicamente relevante sobre la farmacocinética de baricitinib en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. No se ha estudiado el uso de baricitinib en pacientes con insuficiencia hepática severa.

#### Población de edad avanzada

La edad  $\geq 65$  años o  $\geq 75$  años no tiene efecto sobre la exposición a baricitinib ( $C_{\text{máx}}$  y AUC).

#### Población pediátrica

No se ha establecido aún la seguridad, eficacia y farmacocinética de baricitinib en la población pediátrica (ver sección *Posología y Modo de Administración*).

### Otros factores intrínsecos

El peso corporal, el sexo, la raza y la etnia no tuvieron un efecto clínicamente relevante sobre la farmacocinética de baricitinib. La media de los efectos de los factores intrínsecos sobre los parámetros farmacocinéticos (AUC y  $C_{m\acute{a}x}$ ) generalmente estuvieron dentro de la variabilidad farmacocinética interindividual de baricitinib. Por tanto, no es necesario ajustar la dosis de acuerdo a estos factores de los pacientes.

### **Datos preclínicos sobre seguridad**

Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, genotoxicidad y potencial carcinogénico.

En ratones, ratas y perros se observaron descensos en linfocitos, eosinófilos y basófilos, así como una depleción linfocítica en órganos/tejidos del sistema inmune. Se observaron infecciones oportunistas relacionadas con demodicosis (sarna) en perros a niveles de exposición de aproximadamente 7 veces la exposición en humanos. Se observaron descensos en los parámetros eritrocitarios en ratones, ratas y perros a niveles de exposición de aproximadamente 6 a 36 veces la exposición en humanos. Se observó degeneración de la placa de crecimiento esternal en algunos perros, en una baja incidencia, y también en animales de control, pero con una relación dosis-efecto respecto a la severidad. Actualmente se desconoce si esto es clínicamente relevante.

En estudios de toxicología reproductiva en rata y conejo, se mostró que baricitinib reducía el crecimiento/peso fetal y que producía malformaciones esqueléticas (a exposiciones aproximadamente entre 10 y 39 veces la exposición en humanos, respectivamente). No se observaron reacciones adversas fetales a niveles de exposición 2 veces superiores a la exposición en humanos de acuerdo al AUC.

En un estudio de fertilidad combinado en ratas macho/hembra, baricitinib redujo el rendimiento global de apareamiento (índices más bajos de fertilidad y fecundación). En ratas hembra hubo una disminución en el número de cuerpos lúteos y lugares de implantación, aumento de pérdida preimplantación y/o reacciones adversas sobre la supervivencia intrauterina de los embriones. Dado que no hubo efectos sobre la espermatogénesis (evaluado por histopatología) o sobre los parámetros semen/espermatozoide en ratas macho, la disminución del rendimiento global de apareamiento fue probablemente el resultado de estos efectos sobre las hembras.

Se detectó baricitinib en la leche de ratas lactantes. En un estudio de desarrollo pre y postnatal se observó una disminución del peso de los perros y disminución de la supervivencia postnatal a niveles de exposición de 4 y 21 veces, respectivamente la exposición en humanos.

### **POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN**

El tratamiento debe ser iniciado por médicos con experiencia en el diagnóstico y el tratamiento de la artritis reumatoide.

#### Posología

##### *Artritis Reumatoide*

La dosis recomendada de OLUMIANT es de 4 mg una vez al día. Una dosis de 2 mg una vez al día es apropiada para pacientes  $\geq 75$  años de edad y puede ser apropiada para pacientes con antecedentes de infecciones crónicas o recurrentes. También se puede considerar la administración de una dosis de 2 mg una vez al día en pacientes que hayan alcanzado un control sostenido de la actividad de la enfermedad con 4 mg una vez al día y que sean elegibles para una disminución progresiva de la dosis (ver sección *Propiedades Farmacológicas*).

### *Dermatitis Atópica*

La dosis recomendada de OLUMIANT es de 4 mg una vez al día. Una dosis de 2 mg una vez al día es apropiada para pacientes  $\geq 75$  años de edad y puede ser apropiada para pacientes con antecedentes de infecciones crónicas o recurrentes. También se puede considerar la administración de una dosis de 2 mg una vez al día en pacientes que hayan alcanzado un control sostenido de la actividad de la enfermedad con 4 mg una vez al día y que sean aptos para una disminución progresiva de la dosis (ver sección: *Propiedades Farmacodinámicas*)

OLUMIANT puede ser usado con o sin corticosteroides tópicos. La eficacia de Olumiant puede aumentar cuando se administra con corticosteroides tópicos (ver sección: *Propiedades Farmacodinámicas*). También pueden ser usados inhibidores de calcineurina tópicos, pero se deben reservar solo para zonas sensibles, como la cara, el cuello, las áreas intertriginosas y genitales.

Se debe considerar la interrupción del tratamiento en pacientes que no muestren evidencia de beneficio terapéutico después de 8 semanas de tratamiento.

### *Inicio del Tratamiento*

El tratamiento no se debe iniciar en pacientes con un recuento absoluto de linfocitos (RAL) menor de  $0,5 \times 10^9$  células/L, un recuento absoluto de neutrófilos (RAN) menor de  $1 \times 10^9$  células/L, o que tengan un valor de hemoglobina menor de 8 g/dL. El tratamiento se puede iniciar una vez que los valores hayan aumentado por encima de estos límites (ver sección *Advertencias y Precauciones Especiales de Uso*).

### *Insuficiencia renal*

La dosis recomendada es de 2 mg una vez al día en pacientes con depuración de creatinina entre 30 y 60 mL/min. No se recomienda el uso de OLUMIANT en pacientes con depuración de creatinina  $< 30$  mL/min (ver sección *Propiedades Farmacológicas*).

### *Insuficiencia hepática*

No se requiere un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. No se recomienda el uso de OLUMIANT en pacientes con insuficiencia hepática severa (ver sección *Propiedades Farmacológicas*).

### *Administración conjunta con inhibidores del OAT3*

En pacientes que toman inhibidores del Transportador de Aniones Orgánicos 3 (OAT3, por sus siglas en inglés) con un fuerte potencial inhibidor, tales como probenecid, la dosis recomendada es de 2 mg una vez al día (ver sección *Interacciones Medicamentosas*).

### *Pacientes de edad avanzada*

La experiencia clínica en pacientes  $\geq 75$  años es muy limitada y en estos pacientes es apropiada una dosis de inicio de 2 mg.

### *Población pediátrica*

No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de OLUMIANT en niños y adolescentes de 0 a 18 años. No se dispone de datos.

### Modo de administración

#### Vía oral.

OLUMIANT se debe tomar una vez al día con o sin alimentos y se puede tomar en cualquier momento del día.

## CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Fórmula Cualitativa-Cuantitativa*.

Embarazo (ver sección *Fertilidad, embarazo y lactancia*).

## ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE USO

### Infecciones

Baricitinib se asocia con un aumento en la tasa de infecciones tales como infecciones del tracto respiratorio superior en comparación con placebo (ver sección *Reacciones Adversas*). En pacientes naïve (sin tratamiento previo), la combinación con metotrexato (MTX) tuvo como resultado un aumento en la frecuencia de infecciones en comparación con baricitinib como monoterapia. Los riesgos y beneficios del tratamiento con OLUMIANT se deben considerar cuidadosamente antes de iniciar el tratamiento en pacientes con infecciones activas, crónicas o recurrentes (ver sección *Posología y Modo de Administración*). Si se desarrolla una infección, se debe vigilar cuidadosamente al paciente y el tratamiento con OLUMIANT se debe interrumpir temporalmente si el paciente no responde al tratamiento estándar. El tratamiento con OLUMIANT no se debe reanudar hasta que se resuelva la infección.

### *Tuberculosis*

Los pacientes deben someterse a pruebas de detección de tuberculosis (TBC) antes de comenzar el tratamiento con OLUMIANT. No se debe administrar OLUMIANT a pacientes con TBC activa. Se debe considerar la administración de tratamiento antituberculoso antes de iniciar el tratamiento con OLUMIANT en pacientes con TBC previa latente no tratada.

### Anomalías hematológicas

Se reportaron Recuento Absoluto de Neutrófilos (RAN)  $< 1 \times 10^9$  células/L, Recuento Absoluto de Linfocitos (RAL)  $< 0,5 \times 10^9$  células/L y hemoglobina  $< 8$  g/dL en menos del 1% de los pacientes en los ensayos clínicos. El tratamiento no se debe iniciar o se debe interrumpir temporalmente en pacientes con un RAN  $< 1 \times 10^9$  células/L, un RAL  $< 0,5 \times 10^9$  células/L o hemoglobina  $< 8$  g/dL observados durante el control rutinario del paciente (ver sección *Posología y Modo de Administración*).

El riesgo de linfocitosis aumenta en pacientes de edad avanzada con artritis reumatoidea. Se han notificado casos raros de trastornos linfoproliferativos.

### Reactivación viral

En los ensayos clínicos se reportó reactivación viral, incluyendo casos de reactivación del virus del herpes (por ejemplo, herpes zóster, herpes simple) (ver sección *Reacciones Adversas*). Se notificó con más frecuencia herpes zóster en pacientes  $\geq 65$  años de edad que habían sido tratados previamente con DMARD biológicos y convencionales. Si un paciente desarrolla herpes zóster, el tratamiento con OLUMIANT se debe interrumpir temporalmente hasta que se resuelva el episodio.

Antes de iniciar el tratamiento con OLUMIANT se deben realizar pruebas de detección de hepatitis viral de acuerdo con las guías clínicas. Los pacientes con signos de infección activa por hepatitis B o C fueron excluidos de los ensayos clínicos. Se permitió la participación de pacientes que dieron positivo para el anticuerpo contra el virus de la hepatitis C pero negativo para el ARN del virus de la hepatitis C. A los pacientes con anticuerpo de superficie contra la hepatitis B y anticuerpo del núcleo (core) contra la hepatitis B, sin antígeno de superficie de la hepatitis B, también se les permitió participar; a estos pacientes se les debe hacer seguimiento de la expresión del ADN del virus de la



hepatitis B (VHB). Si se detecta ADN del VHB, se debe consultar con un hepatólogo para determinar si está justificada la interrupción del tratamiento.

#### Vacunación

No se dispone de datos sobre la respuesta a la vacunación con vacunas vivas atenuadas o inactivadas en pacientes en tratamiento con baricitinib. No se recomienda el uso de vacunas vivas atenuadas durante el tratamiento con OLUMIANT o inmediatamente antes de comenzar el mismo. En el caso de que se considere la vacunación contra varicela-zóster antes de comenzar el tratamiento con OLUMIANT, se deben seguir las guías internacionales sobre la vacunación en pacientes con artritis reumatoide.

#### Lípidos

En pacientes tratados con baricitinib se reportaron aumentos en los niveles de lípidos en sangre dependientes de la dosis en comparación con placebo (ver sección *Reacciones Adversas*). Los aumentos en el nivel de colesterol LDL disminuyeron hasta niveles previos al tratamiento en respuesta a la terapia con estatinas. Los niveles de lípidos se deben evaluar aproximadamente 12 semanas después de iniciar el tratamiento con OLUMIANT y posteriormente los pacientes deben ser tratados de acuerdo a las guías clínicas internacionales de tratamiento de hiperlipidemia. No se ha determinado el efecto de estas elevaciones en los niveles de lípidos sobre la morbimortalidad cardiovascular.

#### Elevaciones de las transaminasas hepáticas

En menos del 1% de los pacientes de los ensayos clínicos se reportaron aumentos en la alanina transaminasa (ALT) y en la aspartato transaminasa (AST)  $\geq 5$  y  $\geq 10$  x límite superior normal (LSN). En pacientes naïve, la combinación con metotrexato tuvo como resultado un aumento de la frecuencia en las elevaciones de transaminasas hepáticas en comparación con la monoterapia con baricitinib (ver sección *Reacciones Adversas*). Si se observan aumentos de ALT o AST durante el control rutinario del paciente y se sospecha daño hepático inducido por medicamentos, se debe interrumpir temporalmente el tratamiento con OLUMIANT hasta que este diagnóstico se excluya.

#### Neoplasias malignas

El riesgo de neoplasias malignas incluyendo linfoma se incrementa en pacientes con artritis reumatoide. Los medicamentos inmunomoduladores pueden aumentar el riesgo de neoplasias malignas incluyendo linfoma. Los datos clínicos son insuficientes para evaluar la incidencia potencial de neoplasias malignas tras la exposición a baricitinib. Las evaluaciones de seguridad a largo plazo están en curso.

#### Monitoreo de laboratorio

**Tabla 4. Mediciones de laboratorio y guía de monitoreo**

<b>Medición de laboratorio</b>	<b>Acción</b>	<b>Guía de monitoreo</b>
Niveles de lípidos	Los pacientes deben ser tratados de acuerdo a las guías clínicas internacionales de tratamiento de hiperlipidemia	12 semanas después de iniciar el tratamiento y posteriormente de acuerdo a las guías clínicas internacionales de tratamiento de hiperlipidemia

Recuento Absoluto de Neutrófilos (RAN)	El tratamiento se debe interrumpir si el RAN es $< 1 \times 10^9$ células/L y se puede reanudar una vez que el RAN vuelva a estar por encima de este valor	Antes de iniciar el tratamiento y posteriormente de acuerdo al control rutinario del paciente
Recuento Absoluto de Linfocitos (RAL)	El tratamiento se debe interrumpir si el RAL es $< 0,5 \times 10^9$ células/L y se puede reanudar una vez que el RAL vuelva a estar por encima de este valor	
Hemoglobina (Hb)	El tratamiento se debe interrumpir si la Hb es $< 8$ g/dL y se puede reanudar una vez que la Hb vuelva a estar por encima de este valor	
Transaminasas hepáticas	El tratamiento se debe interrumpir temporalmente si se sospecha daño hepático inducido por medicamentos	

#### Medicamentos inmunosupresores

No se recomienda la combinación con DMARD biológicos u otros inhibidores de la Janus quinasa (JAK), dado que no se puede excluir un riesgo de inmunosupresión aditiva. Los datos sobre el uso de baricitinib con medicamentos inmunosupresores potentes son limitados (por ejemplo, azatioprina, tacrolimus, ciclosporina) y se debe tener precaución cuando se utilicen tales combinaciones (véase la sección *Interacciones Medicamentosas*).

#### **Fertilidad, embarazo y lactancia**

##### Embarazo

La vía JAK/STAT ha mostrado estar involucrada en la adhesión y polaridad celular, lo que puede afectar al desarrollo embrionario temprano. No hay datos suficientes acerca del uso de baricitinib en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad para la reproducción (ver sección *Propiedades Farmacológicas*). Baricitinib fue teratogénico en ratas y conejos. Los estudios en animales indican que baricitinib puede producir un efecto adverso sobre el desarrollo óseo *in utero* a dosis elevadas.

OLUMIANT está contraindicado durante el embarazo (ver sección *Contraindicaciones*). Las mujeres en edad fértil tienen que utilizar un anticonceptivo eficaz durante y por lo menos 1 semana después del tratamiento. Si una paciente queda embarazada durante el tratamiento con OLUMIANT se debe informar a los padres del riesgo potencial para el feto.

##### Lactancia

Se desconoce si baricitinib/sus metabolitos se excretan en la leche humana. Los datos farmacodinámicos/toxicológicos disponibles en animales han mostrado la excreción de baricitinib en la leche (ver sección *Propiedades Farmacológicas*).

No se puede excluir un riesgo para los recién nacidos/lactantes, y OLUMIANT no se debe utilizar durante la lactancia. Se debe tomar una decisión sobre si interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento con OLUMIANT teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la mujer.

### Fertilidad

Los estudios en animales sugieren que el tratamiento con baricitinib tiene el potencial de disminuir la fertilidad femenina durante el tratamiento, pero no hubo efecto sobre la espermatogénesis masculina (ver sección *Propiedades Farmacológicas*).

### **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas**

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

## **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS**

### Interacciones farmacodinámicas

#### *Medicamentos inmunosupresores:*

No se ha estudiado la combinación con DMARD biológicos u otros inhibidores de la JAK. El uso de baricitinib con medicamentos inmunosupresores potentes tales como azatioprina, tacrolimus o ciclosporina estuvo limitado en los ensayos clínicos de baricitinib, y no se puede excluir un riesgo de inmunosupresión aditiva (ver sección *Advertencias y Precauciones Especiales de Uso*).

### Potencial de otros medicamentos para afectar la farmacocinética de baricitinib

#### *Transportadores*

*In vitro*, baricitinib es un sustrato del transportador de aniones orgánicos (OAT)3, la glicoproteína-P (Pgp), la proteína de resistencia de cáncer de mama (BCRP) y la proteína de extrusión de multifármacos y toxinas (MATE)2-K. En un estudio de farmacología clínica, la dosificación de probenecid (un inhibidor de OAT3 con un fuerte potencial de inhibición) tuvo como resultado un aumento de aproximadamente 2 veces en el  $AUC_{(0-\infty)}$  de baricitinib sin cambio en su  $t_{m\acute{a}x}$  o  $C_{m\acute{a}x}$ . En consecuencia, la dosis recomendada en pacientes que toman inhibidores de OAT3 con un fuerte potencial inhibidor, tales como probenecid, es de 2 mg una vez al día (ver sección *Posología y Modo de Administración*). No se han llevado a cabo estudios de farmacología clínica con inhibidores de OAT3 con menor potencial inhibidor. El profármaco leflunomida se transforma rápidamente en teriflunomida, que es un inhibidor de OAT3 débil y por tanto puede conducir a un aumento en la exposición a baricitinib. Dado que no se han realizado ensayos específicos de interacciones, se debe tener precaución cuando se administren leflunomida o teriflunomida de forma concomitante con baricitinib. El uso concomitante de los inhibidores de OAT3 ibuprofeno y diclofenaco puede conducir a un aumento en la exposición a baricitinib, sin embargo, su potencial inhibidor de OAT3 es menor comparado con probenecid así que no se espera una interacción clínicamente relevante. La administración conjunta de baricitinib con ciclosporina (inhibidor de Pgp/BCRP) o metotrexato (sustrato de varios transportadores incluyendo OATP1B1, OAT1, OAT3, BCRP, MRP2, MRP3 y MRP4) no tuvo efectos clínicamente significativos sobre la exposición a baricitinib.

#### *Enzimas del citocromo P450*

*In vitro*, baricitinib es un sustrato de la enzima (CYP)3A4 del citocromo P450, aunque menos del 10% de la dosis se metaboliza mediante oxidación. No hubo efecto clínicamente significativo sobre la farmacocinética de baricitinib en ensayos clínicos farmacológicos cuando se administró de forma conjunta baricitinib con ketoconazol (un potente inhibidor de CYP3A). La administración conjunta de baricitinib con fluconazol (inhibidor moderado de CYP3A/CYP2C19/CYP2C9) o rifampicina (potente inductor de CYP3A) no supuso cambios clínicamente significativos en la exposición a baricitinib.

### Agentes modificadores del pH gástrico

La elevación del pH gástrico con omeprazol no tuvo efecto clínicamente significativo sobre la exposición a baricitinib.

### Potencial de baricitinib para afectar a la farmacocinética de otros medicamentos

#### *Transportadores*

*In vitro*, baricitinib inhibió a OAT1, OAT3, al transportador de cationes orgánicos (OCT) 1, OCT2, OATP1B3, BCRP y MATE1 y MATE2-K. Es poco probable que se produzcan cambios clínicamente significativos en la farmacocinética de medicamentos que son sustratos de estos transportadores, a excepción de los sustratos de OCT1. No se puede descartar que baricitinib sea un inhibidor de OCT1 clínicamente relevante, sin embargo, actualmente no existen sustratos selectivos de OCT1 conocidos para los cuales se puedan predecir interacciones clínicamente significativas. En estudios de farmacología clínica no hubo efectos clínicamente significativos sobre la exposición cuando se administró baricitinib con digoxina (sustrato de Pgp) o metotrexato (sustrato de varios transportadores) de forma conjunta.

#### *Enzimas del citocromo P450*

En estudios de farmacología clínica, la administración conjunta de baricitinib con los sustratos de CYP3A simvastatina, etinilestradiol o levonorgestrel no supuso cambios clínicamente significativos en la farmacocinética de estos medicamentos.

## **REACCIONES ADVERSAS**

### Resumen del perfil de seguridad

Las reacciones adversas al medicamentos (RAM) reportadas con más frecuencia que ocurrieron en  $\geq 2\%$  de los pacientes tratados con OLUMIANT en monoterapia o en combinación con DMARD sintéticos convencionales fueron aumento del colesterol LDL (33,6%), infecciones del tracto respiratorio superior (14,7%) y náuseas (2,8%). Las infecciones reportadas con el tratamiento con OLUMIANT incluyeron herpes zóster.

### Tabla de reacciones adversas

Un total de 3.464 pacientes fueron tratados con OLUMIANT en ensayos clínicos en artritis reumatoide, lo que representa 4.214 pacientes-año de exposición. De estos, 2.166 pacientes con artritis reumatoide estuvieron expuestos a OLUMIANT durante al menos un año. Se integraron seis ensayos controlados con placebo (997 pacientes recibieron 4 mg una vez al día y 1.070 pacientes recibieron placebo) con el fin de evaluar la seguridad de OLUMIANT en comparación con placebo durante un periodo de hasta 16 semanas después de iniciar el tratamiento.

### **Tabla 5. Reacciones Adversas**

Frecuencia estimada: Muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ), poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ).

Sistema de clasificación de órganos	Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes
Infecciones e infestaciones	Infecciones del tracto respiratorio superior <sup>a</sup>	Herpes zóster Herpes simple <sup>b</sup> Gastroenteritis Infecciones del tracto urinario	

Trastornos de la sangre y del sistema linfático		Trombocitosis >600 x 10 <sup>9</sup> células/L <sup>c</sup>	Neutropenia <1 x 10 <sup>9</sup> células/L <sup>c</sup>
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Hipercolesterolemia <sup>c</sup>		Hipertrigliceridemia <sup>c</sup>
Trastornos gastrointestinales		Náuseas	
Trastornos hepato biliares		Aumento de ALT ≥3 x LSN <sup>c</sup>	Aumento de AST ≥3 x LSN <sup>c</sup>
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo			Acné
Investigaciones			Aumento de peso Aumento de creatina fosfoquinasa >5 x LSN <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Término combinado (sinusitis aguda, epiglotitis, laringitis, nasofaringitis, dolor orofaríngeo, faringitis, faringoamigdalitis, rinitis, sinusitis, amigdalitis, traqueítis, infección del tracto respiratorio superior).

<sup>b</sup> Término combinado (eccema herpético, herpes simple, herpes simple oftálmico, herpes oral).

<sup>c</sup> Incluye cambios detectados durante el monitoreo de laboratorio (ver sección Monitoreo de laboratorio).

#### Descripción de reacciones adversas seleccionadas

##### *Náuseas*

En pacientes naïve, a lo largo de 52 semanas, la frecuencia de náuseas fue mayor para el tratamiento en combinación de metotrexato y OLUMIANT (9,3%) en comparación con metotrexato solo (6,2%) u OLUMIANT solo (4,4%). Las náuseas fueron más frecuentes durante las primeras 2 semanas de tratamiento.

##### *Infecciones*

En ensayos controlados de hasta 16 semanas, la tasa de incidencia de todas las infecciones (tasa de pacientes con acontecimientos ≥1 por 100 pacientes-año de exposición) fue de 101 con OLUMIANT en comparación con 83 en el grupo placebo. La mayoría de las infecciones fueron de severidad leve a moderada. En ensayos que incluyeron ambas dosis, se reportaron infecciones en el 31,9%, 28,8% y 24,1% de los pacientes hasta las 16 semanas en los grupos de 4 mg, 2 mg y placebo, respectivamente. Las tasas de reporte para OLUMIANT en comparación con placebo para las RAM relacionadas con infección fueron: infecciones del tracto respiratorio superior (14,7% vs. 11,7%), infecciones del tracto urinario (3,4% vs. 2,7%), gastroenteritis (1,6% vs. 0,8%), herpes simple (1,8% vs. 0,7%) y herpes zóster (1,4% vs. 0,4%). En pacientes naïve, hasta las 52 semanas, la frecuencia de infecciones del tracto respiratorio superior fue mayor para el tratamiento de combinación de metotrexato y OLUMIANT (26,0%) en comparación con metotrexato solo (22,9%) u OLUMIANT solo (22,0%). La tasa de infecciones serias con OLUMIANT (1,1%) fue similar a placebo (1,2%). Para OLUMIANT, las infecciones serias más frecuentes fueron herpes zóster y celulitis. La tasa de infecciones serias permaneció estable durante la exposición a largo plazo. La tasa de incidencia global de infecciones serias en el programa de ensayos clínicos fue de 3,2 por 100 pacientes-año.

##### *Elevaciones de las transaminasas hepáticas*

En ensayos controlados hasta por 16 semanas, se observaron aumentos en la alanina transaminasa (ALT) y en la aspartato transaminasa (AST) ≥ 3 x límite superior normal (LSN) en 1,4% y 0,8% de

los pacientes tratados con OLUMIANT en comparación con 1,0% y 0,8% respectivamente de los pacientes tratados con placebo. La mayoría de los casos de elevaciones de las transaminasas hepáticas fueron asintomáticos y transitorios.

En pacientes naïve, la combinación de OLUMIANT con medicamentos potencialmente hepatotóxicos, tales como metotrexato, tuvo como resultado un aumento en la frecuencia de estas elevaciones. Hasta por 52 semanas, la frecuencia de las elevaciones de ALT y AST  $\geq 3$  x LSN fue mayor para el tratamiento de combinación de metotrexato y OLUMIANT (7,5% y 3,8%) en comparación con metotrexato solo (2,9% y 0,5%) u OLUMIANT solo (1,9% y 1,3%).

El patrón y la incidencia de elevación en ALT/AST permanecieron estables a lo largo del tiempo incluyendo en el estudio de extensión a largo plazo.

#### *Elevaciones de lípidos*

El tratamiento con baricitinib se asoció con aumentos dependientes de la dosis en los niveles de lípidos incluyendo colesterol total, triglicéridos, colesterol LDL y colesterol HDL. No hubo ningún cambio en el cociente LDL/HDL. Las elevaciones se observaron a las 12 semanas y se mantuvieron estables a partir de entonces en valores más altos que los valores basales, incluido en el estudio de extensión a largo plazo. En ensayos controlados hasta por 16 semanas, se observaron las siguientes tasas para OLUMIANT vs. placebo:

- Colesterol total aumentado  $\geq 5,17$  mmol/L: 49,1% vs. 15,8%, respectivamente
- Colesterol LDL aumentado  $\geq 3,36$  mmol/L: 33,6% vs. 10,3%, respectivamente
- Colesterol HDL aumentado  $\geq 1,55$  mmol/L: 42,7% vs. 13,8%, respectivamente
- Triglicéridos aumentados  $\geq 5,65$  mmol/L: 0,4% vs. 0,5%, respectivamente

En ensayos que incluyeron ambas dosis se observó una relación con la dosis en el aumento del colesterol total  $\geq 5,17$  mmol/L, reportado en 48,8%, 34,7% y 17,8% de los pacientes hasta por 16 semanas, en los grupos que recibieron 4 mg, 2 mg y placebo, respectivamente.

Las elevaciones en el colesterol LDL disminuyeron a los niveles previos al tratamiento en respuesta a la terapia con estatinas.

#### *Creatina fosfoquinasa (CPK, por sus siglas en inglés)*

En ensayos controlados hasta por 16 semanas fueron frecuentes los aumentos en los valores de CPK. Se produjeron aumentos significativos ( $> 5$  x LSN) en el 0,8% de los pacientes tratados con OLUMIANT y en el 0,3% de los pacientes tratados con placebo. Se observó una relación con la dosis en las elevaciones de CPK  $\geq 5$  x LSN en el 1,5%, 0,8% y 0,6% de los pacientes a las 16 semanas en los grupos que recibieron 4 mg, 2 mg y placebo, respectivamente. La mayoría de los casos fueron transitorios y no precisaron la interrupción del tratamiento. En los ensayos clínicos no hubo casos confirmados de rabdomiolisis. Se observaron elevaciones de CPK a las 4 semanas y después permanecieron estables en un valor más alto que el basal, incluso en el estudio de extensión a largo plazo.

#### *Neutropenia*

En ensayos controlados hasta por 16 semanas, se produjeron descensos en los recuentos de neutrófilos por debajo de  $1 \times 10^9$  células/L en el 0,3% de los pacientes tratados con OLUMIANT en comparación con el 0% de los pacientes tratados con placebo. No hubo una relación clara entre los descensos de recuentos de neutrófilos y la aparición de infecciones serias. Sin embargo, en los ensayos clínicos, el tratamiento se interrumpió en los casos en los que se presentase un RAN  $< 1 \times 10^9$  células/L. El patrón

y la incidencia de los descensos en los recuentos de neutrófilos permanecieron estables en un valor inferior al valor basal a lo largo del tiempo incluso en el estudio de extensión a largo plazo.

#### *Trombocitosis*

En ensayos controlados hasta por 16 semanas, se produjeron aumentos en los recuentos de plaquetas por encima de  $600 \times 10^9$  células/L en el 2,0% de los pacientes tratados con 4 mg de OLUMIANT y en el 1,1% de los pacientes tratados con placebo. No se observó asociación entre el aumento de los recuentos de plaquetas y los acontecimientos adversos de naturaleza trombótica. El patrón y la incidencia de aumentos en los recuentos de plaquetas permanecieron estables en un valor más alto que el basal a lo largo del tiempo incluso en el estudio de extensión a largo plazo.

#### Reporte de sospechas de reacciones adversas

Es importante reportar la sospecha de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a reportar las sospechas de reacciones adversas.

#### **INCOMPATIBILIDADES**

No procede.

#### **SOBREDOSIS**

Se han administrado dosis únicas de hasta 40 mg y dosis múltiples de hasta 20 mg diariamente durante 10 días en ensayos clínicos sin toxicidad limitante de la dosis. Los acontecimientos adversos fueron comparables a los observados con dosis más bajas y no se identificaron toxicidades específicas. Los datos farmacocinéticos de una dosis única de 40 mg en voluntarios sanos indican que se espera que más del 90% de la dosis administrada se elimine en 24 horas. En caso de una sobredosis se recomienda vigilar al paciente en busca de signos o síntomas de reacciones adversas. Los pacientes que desarrollen reacciones adversas deben recibir el tratamiento adecuado.

#### **CONSERVACIÓN**

Consérvese a temperatura no mayor a 30°C.

**MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.**

No usar este medicamento después de la fecha de vencimiento que se indica en el rotulado.

#### **PRESENTACIONES**

OLUMIANT comprimidos recubiertos de 2 mg y 4 mg están disponibles en cajas de cartón (estuches) conteniendo 7, 14 y 28 comprimidos recubiertos.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

**Fabricado por:** Lilly del Caribe Inc. Km 12,6 65th Infantry Road, Carolina, Puerto Rico – EUA.

**Acondicionado por:** Lilly S.A. Alcobendas – Madrid, España.

Lilly® y OLUMIANT son marcas comerciales propiedad de, o licenciadas por Eli Lilly and Company, sus subsidiarias o afiliadas.

**Colombia:** Venta con receta médica. Importado por Eli Lilly Interamérica Inc. Bogotá DC.

IPP02DEC2021