

ANEXO I

FICHA TÉCNICA O RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Revolade 12,5 mg comprimidos recubiertos con película
Revolade 25 mg comprimidos recubiertos con película
Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película
Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Revolade 12,5 mg comprimidos recubiertos con película

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 12,5 mg de eltrombopag.

Revolade 25 mg comprimidos recubiertos con película

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 25 mg de eltrombopag.

Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 50 mg de eltrombopag.

Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 75 mg de eltrombopag.

Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimido recubierto con película.

Revolade 12,5 mg comprimidos recubiertos con película

Comprimido recubierto con película, de color blanco, redondo, biconvexo (aproximadamente 7,9 mm de diámetro), grabado con 'GS MZ1' y '12.5' en una cara.

Revolade 25 mg comprimidos recubiertos con película

Comprimido recubierto con película, de color blanco, redondo, biconvexo, grabado con 'GS NX3' y '25' en una cara.

Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película

Comprimido recubierto con película, de color marrón, redondo, biconvexo (aproximadamente 10,3 mm de diámetro), grabado con 'GS UFU' y '50' en una cara.

Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película

Comprimido recubierto con película, de color rosa, redondo, biconvexo (aproximadamente 10,3 mm de diámetro), grabado con 'GS FFS' y '75' en una cara.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

Revolade está indicado en pacientes adultos para el tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria (PTI) que son refractarios a otros tratamientos (por ejemplo, corticosteroides, inmunoglobulinas) (ver las secciones 4.2 y 5.1).

Revolade está indicado en pacientes pediátricos de 1 año o más de edad para el tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria (PTI) de 6 meses o más de duración desde el diagnóstico y que son refractarios a otros tratamientos (por ejemplo, corticosteroides, inmunoglobulinas) (ver las secciones 4.2 y 5.1).

Revolade está indicado para el tratamiento de la trombocitopenia en pacientes adultos con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), cuando el grado de trombocitopenia es el principal factor que impide el inicio o limita la capacidad de mantener un tratamiento basado en interferón de forma óptima (ver las secciones 4.4 y 5.1).

Revolade está indicado en pacientes adultos con anemia aplásica grave (AAG) adquirida que han sido refractarios a un tratamiento inmunosupresor previo o muy pretratados y que no son candidatos a un trasplante de progenitores hematopoyéticos (ver sección 5.1).

4.2 Posología y forma de administración

El tratamiento con eltrombopag se debe iniciar por y permanecer bajo la supervisión de un médico con experiencia en el tratamiento de enfermedades hematológicas o con experiencia en el manejo de la hepatitis C crónica y sus complicaciones.

Posología

La pauta posológica de eltrombopag se debe individualizar en base al recuento de plaquetas del paciente. El objetivo del tratamiento con eltrombopag no debe ser normalizar el recuento de plaquetas.

El polvo para suspensión oral puede provocar una mayor exposición de eltrombopag que la formulación en comprimidos (ver sección 5.2.). Cuando se cambie de formulación de comprimidos a polvo para suspensión oral, se debe monitorizar semanalmente los niveles de plaquetas durante 2 semanas.

Trombocitopenia inmune (primaria)

Se debe utilizar la mínima dosis de eltrombopag para alcanzar y mantener un recuento de plaquetas $\geq 50\,000/\mu\text{l}$. Los ajustes de dosis se deben hacer en función de la respuesta sobre el recuento de plaquetas. No se debe utilizar eltrombopag para normalizar el recuento de plaquetas. En estudios clínicos con eltrombopag, el incremento en el recuento de plaquetas se produjo de forma general entre la 1^a y 2^a semana después de iniciar el tratamiento, y disminuyó entre la 1^a y 2^a semana después de la suspensión del tratamiento.

Adultos y población pediátrica de 6 a 17 años

La dosis inicial recomendada de eltrombopag es de 50 mg una vez al día. Para pacientes de ascendencia del Este o Sudeste asiático, el tratamiento con eltrombopag se debe iniciar a una dosis reducida de 25 mg una vez al día (ver sección 5.2).

Población pediátrica de 1 a 5 años

La dosis inicial recomendada de eltrombopag es de 25 mg una vez al día.

Monitorización y ajuste de dosis

Después de iniciar el tratamiento con eltrombopag, la dosis se debe ajustar para alcanzar y mantener un recuento de plaquetas $\geq 50\,000/\mu\text{l}$, necesario para reducir el riesgo de sangrado. No se debe sobrepasar la dosis diaria de 75 mg.

Durante el tratamiento con eltrombopag, se debe monitorizar frecuentemente el perfil hematológico y las pruebas hepáticas, y se debe modificar la pauta posológica de eltrombopag en función del recuento de plaquetas, tal y como se recoge en la Tabla 1. Durante el tratamiento con eltrombopag se deben evaluar semanalmente los recuentos sanguíneos completos (RSC), incluyendo recuento de plaquetas y frotis de sangre periférica hasta que se haya alcanzado un recuento de plaquetas estable ($\geq 50\,000/\mu\text{l}$ durante al menos 4 semanas). Posteriormente se deben realizar mensualmente recuentos sanguíneos completos, incluyendo recuento de plaquetas y frotis de sangre periférica.

Tabla 1 Ajustes de dosis de eltrombopag en pacientes con PTI

Recuento de plaquetas	Ajuste de dosis o respuesta
< 50 000/ μl después de al menos dos semanas de tratamiento	Aumentar la dosis diaria en 25 mg hasta un máximo de 75 mg/día*.
$\geq 50\,000/\mu\text{l}$ a $\leq 150\,000/\mu\text{l}$	Utilizar la menor dosis de eltrombopag y/o tratamiento concomitante para PTI para mantener un recuento de plaquetas que evite o reduzca el sangrado.
$> 150\,000/\mu\text{l}$ a $\leq 250\,000/\mu\text{l}$	Disminuir la dosis diaria en 25 mg. Esperar 2 semanas para evaluar los efectos de ésta reducción de dosis y de posteriores ajustes de dosis [•] .
$> 250\,000/\mu\text{l}$	Interrumpir el tratamiento con eltrombopag. Aumentar la frecuencia de monitorización de plaquetas a dos veces por semana. En el momento que el recuento de plaquetas sea $\leq 100\,000/\mu\text{l}$, reiniciar el tratamiento reduciendo 25 mg la dosis diaria.

* Para pacientes que toman 25 mg de eltrombopag una vez en días alternos, aumentar la dosis a 25 mg una vez al día.
• Para pacientes que toman 25 mg de eltrombopag una vez al día disminuir la dosis a 12,5 mg una vez al día o 25 mg una vez en días alternos.

Eltrombopag se puede administrar junto con otros medicamentos para el tratamiento de la PTI. Para evitar un aumento excesivo en el recuento de plaquetas durante el tratamiento con eltrombopag, se debe modificar la pauta posológica de la medicación concomitante utilizada para el tratamiento de la PTI.

Es necesario esperar al menos 2 semanas para observar el efecto de cualquier ajuste de dosis en la respuesta plaquetaria del paciente, antes de realizar otro ajuste de dosis.

El ajuste de dosis estándar de eltrombopag, tanto para un incremento de la dosis como para una disminución, debe ser de 25 mg una vez al día.

Suspensión del tratamiento

Si después de 4 semanas de tratamiento con eltrombopag a dosis de 75 mg una vez al día, el recuento de plaquetas no aumenta hasta alcanzar un nivel suficiente como para evitar un sangrado clínicamente importante, se debe suspender el tratamiento.

De forma periódica, los pacientes deben ser evaluados clínicamente y el médico que le esté tratando debe decidir sobre la continuación del tratamiento de forma individual. En pacientes no esplenectomizados se debe evaluar la esplenectomía. Es posible que la trombocitopenia reaparezca en cuanto se interrumpa el tratamiento (ver sección 4.4).

Trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica (VHC)

Cuando se administra eltrombopag en combinación con antivirales, se debe consultar la ficha técnica completa de los medicamentos que se administran junto con eltrombopag para examinar los detalles relevantes de la información de seguridad o contraindicaciones.

En los estudios clínicos, el incremento en el recuento de plaquetas se produjo de forma general en la 1^a semana de inicio del tratamiento con eltrombopag. El objetivo del tratamiento con eltrombopag es alcanzar el nivel mínimo necesario en el recuento de plaquetas que permita iniciar el tratamiento antiviral, cumpliendo con las recomendaciones de la práctica clínica. Durante el tratamiento antiviral, el objetivo del tratamiento con eltrombopag es mantener un nivel en el recuento de plaquetas, normalmente entre 50 000 - 75 000/ µl, que evite complicaciones por riesgo de sangrado. Se debe evitar alcanzar un recuento de plaquetas > 75 000/ µl. Se debe utilizar la mínima dosis de eltrombopag para alcanzar estos niveles. Los ajustes de dosis se deben realizar en función de la respuesta sobre el recuento de plaquetas.

Pauta posológica de inicio

Se debe iniciar el tratamiento con una dosis de 25 mg de eltrombopag una vez al día. No es necesario realizar ajustes de dosis en pacientes con VHC de ascendencia del Este o Sudeste asiático o en pacientes con insuficiencia hepática leve (ver sección 5.2).

Monitorización y ajustes de dosis

Los ajustes de dosis con eltrombopag se deben realizar en incrementos de 25 mg cada 2 semanas, y según sea necesario para alcanzar el recuento de plaquetas requerido para iniciar el tratamiento antiviral. Antes de iniciar el tratamiento antiviral, se debe monitorizar el recuento de plaquetas todas las semanas. Una vez se inicie el tratamiento antiviral el recuento de plaquetas puede caer, por lo que se debe evitar realizar ajustes de dosis inmediatos de eltrombopag (ver Tabla 2).

Durante el tratamiento antiviral, se pueden producir descensos en el recuento de plaquetas que pueden poner a los pacientes en riesgo de sangrado, por lo tanto se debe ajustar la dosis de eltrombopag según sea necesario para evitar reducciones de dosis de peginterferón (ver Tabla 2). Durante el tratamiento antiviral, se debe monitorizar el recuento de plaquetas semanalmente hasta que se alcance un recuento de plaquetas estable, normalmente alrededor de 50 000 - 75 000/µl. Posteriormente, se deben realizar recuentos sanguíneos completos (RSC) mensuales, incluyendo recuento de plaquetas y frotis de sangre periférica. Si el recuento de plaquetas excede el nivel deseado, se puede realizar una reducción de la dosis diaria de 25 mg. Se recomienda esperar 2 semanas para evaluar los efectos de esta reducción de dosis así como de posteriores ajustes de dosis.

No se debe sobrepasar la dosis de 100 mg de eltrombopag una vez al día.

Tabla 2 Ajustes de dosis de eltrombopag en pacientes con HCV durante el tratamiento antiviral

Recuento de plaquetas	Ajustes de dosis o respuesta
< 50 000/ μ l después de al menos 2 semanas de tratamiento	Aumentar 25 mg la dosis diaria hasta un máximo de 100 mg/día.
\geq 50 000/ μ l a \leq 100 000/ μ l	Usar la menor dosis de eltrombopag necesaria para evitar reducciones de dosis de peginterferón.
$>$ 100 000/ μ l a \leq 150 000/ μ l	Disminuir 25 mg la dosis diaria. Esperar 2 semanas para evaluar los efectos de esta reducción de dosis y posteriores ajustes de dosis*.
$>$ 150 000/ μ l	Suspender el tratamiento con eltrombopag. Aumentar la frecuencia de monitorización del recuento de plaquetas a dos veces por semana. Cuando el recuento de plaquetas sea de \leq 100 000/ μ l, reiniciar el tratamiento reduciendo 25 mg* la dosis diaria.

* Para pacientes que estén tomando 25 mg de eltrombopag una vez al día, se debe considerar el reinicio del tratamiento con 25 mg de eltrombopag en días alternos (un día sí, un día no).

* Al iniciar el tratamiento antiviral el recuento de plaquetas puede caer, por lo que se debe evitar realizar reducciones inmediatas de la dosis de eltrombopag.

Suspensión del tratamiento

Si después de 2 semanas de tratamiento con eltrombopag a dosis de 100 mg no se alcanza el nivel de plaquetas necesario para iniciar el tratamiento antiviral, se debe suspender el tratamiento.

El tratamiento con eltrombopag debe finalizar cuando se suspenda el tratamiento antiviral, a menos que esté justificado continuar el tratamiento con eltrombopag. También se debe suspender el tratamiento con eltrombopag si el recuento de plaquetas es excesivo o si aparecen alteraciones en las pruebas de función hepática.

Anemia aplásica grave

Pauta posológica de inicio

Se debe iniciar con una dosis de 50 mg de eltrombopag, una vez al día. En pacientes de ascendencia del Este o Sudeste asiático, se debe iniciar con una dosis reducida de eltrombopag de 25 mg una vez al día (ver sección 5.2). Si el paciente presenta una anormalidad citogenética en el cromosoma 7 no se debe iniciar el tratamiento.

Monitorización y ajuste de dosis

La respuesta hematológica requiere una titulación de la dosis, generalmente hasta 150 mg, y puede tardar hasta 16 semanas después de empezar con eltrombopag (ver sección 5.1). Se debe ajustar la dosis de eltrombopag con incrementos de 50 mg cada 2 semanas hasta alcanzar recuentos de plaquetas \geq 50 000/ μ l. En pacientes que toman 25 mg una vez al día, primero se debe aumentar la dosis a 50 mg al día antes de aumentar la dosis con incrementos de 50 mg. No se debe sobrepasar la dosis de 150 mg al día. Se deben monitorizar clínicamente los recuentos hematológicos y realizar regularmente pruebas de función hepática durante el tratamiento con eltrombopag y modificar la pauta posológica de eltrombopag en función del recuento de plaquetas, como se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3 Ajuste de dosis de eltrombopag en pacientes con anemia aplásica grave

Recuento de plaquetas	Ajuste de dosis o respuesta
< 50 000/ μ l después de al menos 2 semanas de tratamiento	Incrementos de dosis de 50 mg al día hasta un máximo de 150 mg/día. En pacientes que toman 25 mg una vez al día, primero se ha de aumentar la dosis a 50 mg al día antes de aumentar la dosis con incrementos de 50 mg.
\geq 50 000/ μ l a \leq 150 000/ μ l	Utilizar la dosis más baja de eltrombopag que mantenga los recuentos plaquetarios.
$>$ 150 000/ μ l a \leq 250 000/ μ l	Disminuir la dosis diaria en 50 mg. Esperar 2 semanas para evaluar el efecto de éste y cualquier otro ajuste de dosis.
$>$ 250 000/ μ l	Suspender el tratamiento con eltrombopag; durante al menos una semana. Cuando el recuento de plaquetas sea de \leq 100 000/ μ l, reiniciar el tratamiento con la dosis diaria reducida en 50 mg.

Disminución gradual de los respondedores para las tres líneas (glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas)

En pacientes que obtienen respuesta en las tres líneas, incluida la independencia transfusional, con una duración de al menos 8 semanas: la dosis de eltrombopag se puede reducir en un 50 %.

Si los recuentos se mantienen estables después de 8 semanas con la dosis reducida, entonces se debe suspender eltrombopag y vigilar los recuentos sanguíneos. Si los recuentos de plaquetas cayesen a $<$ 30 000/ μ l, los de hemoglobina cayeran a $<$ 9 g/dl o el recuento absoluto de neutrófilos (RAN) a $<$ 0,5 \times 10⁹/l, se puede reanudar el tratamiento con eltrombopag con la dosis anterior eficaz.

Suspensión del tratamiento

Si no hubiera respuesta hematológica después de 16 semanas de tratamiento con eltrombopag, se debe suspender el tratamiento. Si se detectaran nuevas anormalidades citogenéticas, se debe evaluar la conveniencia de continuar con eltrombopag (ver las secciones 4.4 y 4.8). Respuestas excesivas en el recuento plaquetario (como se indicaba en la Tabla 3) o anomalías importantes en las pruebas hepáticas requieren también la suspensión del tratamiento con eltrombopag (ver sección 4.8.).

Poblaciones especiales

Insuficiencia renal

No es necesario realizar ajustes de dosis en pacientes con insuficiencia renal. Los pacientes con la función renal alterada deben utilizar eltrombopag con precaución y estrecha monitorización, por ejemplo mediante análisis de creatinina en suero y/o realizando análisis de orina (ver sección 5.2).

Insuficiencia hepática

No se debe utilizar eltrombopag en pacientes con PTI y con insuficiencia hepática (escala Child-Pugh \geq 5) a menos que el beneficio esperado sea mayor que el riesgo identificado de trombosis venosa portal (ver sección 4.4).

Si se considera necesario utilizar eltrombopag en pacientes con PTI y con insuficiencia hepática, la dosis inicial debe ser de 25 mg una vez al día. En pacientes con insuficiencia hepática, se debe observar un periodo de 3 semanas desde el inicio del tratamiento con eltrombopag, para poder realizar incrementos de la dosis.

No se requieren ajustes de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve y trombocitopenia asociada a VHC crónica (escala Child-Pugh \leq 6). Los pacientes con VHC crónica o con AAG y con insuficiencia hepática, deben iniciar el tratamiento con eltrombopag a dosis de 25 mg una vez al día.

(ver sección 5.2). En pacientes con insuficiencia hepática, se debe observar un periodo de 2 semanas desde el inicio del tratamiento con eltrombopag para poder realizar incrementos de la dosis.

Existe mayor riesgo de tener reacciones adversas incluyendo descompensación hepática y acontecimientos tromboembólicos (ATEs), en pacientes trombocitopénicos con enfermedad hepática avanzada tratados con eltrombopag en la preparación de un procedimiento quirúrgico invasivo y en pacientes con VHC que estén recibiendo tratamiento antiviral (ver las secciones 4.4 y 4.8).

Pacientes de edad avanzada

Los datos sobre el uso de eltrombopag en pacientes con PTI a partir de 65 años son limitados y no existe experiencia clínica en pacientes con PTI mayores de 85 años. En los estudios clínicos de eltrombopag, en general no se observaron diferencias clínicamente significativas en la seguridad de eltrombopag entre pacientes de al menos 65 años y pacientes más jóvenes. En otra experiencia clínica notificada, no se han identificado diferencias en las respuestas entre los pacientes de edad avanzada y los más jóvenes, pero no se puede descartar una mayor sensibilidad en algunos pacientes mayores (ver sección 5.2).

Los datos sobre el uso de eltrombopag en pacientes mayores de 75 años con VHC o con AAG, son limitados. Se aconseja tener precaución en estos pacientes (ver sección 4.4).

Pacientes del Este o Sudeste asiático

En pacientes adultos y pediátricos de ascendencia del Este o Sudeste asiático, incluidos los que tienen insuficiencia hepática, se recomienda iniciar el tratamiento con eltrombopag con una dosis reducida de 25 mg una vez al día (ver sección 5.2).

Se debe monitorizar continuamente el recuento de plaquetas de los pacientes y seguir los criterios estándar en modificaciones de dosis posteriores.

Población pediátrica

No se recomienda el uso de Revolade en niños menores de 1 año con PTI debido a la ausencia de datos suficientes de seguridad y de eficacia.

No se ha establecido la seguridad y eficacia de eltrombopag en niños y adolescentes (< 18 años) con trombocitopenia relacionada con VHC crónica. No se dispone de datos.

No se ha establecido la seguridad y eficacia de eltrombopag en niños y adolescentes (< 18 años) con AAG. Los datos actualmente disponibles están descritos en la sección 4.8, 5.1 y 5.2, sin embargo no se puede hacer una recomendación posológica.

Forma de administración

Vía oral.

Los comprimidos se deben tomar al menos dos horas antes o cuatro horas después de cualquiera de los siguientes productos que contengan cationes polivalentes (por ej., hierro, calcio, magnesio, aluminio selenio y zinc), tales como antiácidos, productos lácteos (u otros alimentos que contengan calcio), o suplementos minerales (ver las secciones 4.5 y 5.2).

4.3 Contraindicaciones

Hipersensibilidad a eltrombopag o a alguno de los excipientes, incluidos en la sección 6.1.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

En pacientes trombocitopénicos con VHC y con enfermedad hepática avanzada, definidos como aquellos con niveles bajos de albúmina $\leq 35 \text{ g/l}$ o con puntuación en la escala *Model for End Stage Liver Disease* (MELD) ≥ 10 , existe un mayor riesgo de presentar reacciones adversas incluyendo descompensación hepática mortal y acontecimientos tromboembólicos, cuando reciben tratamiento con eltrombopag en combinación con un tratamiento basado en interferón. Además, en este tipo de pacientes los beneficios del tratamiento en términos del porcentaje de pacientes que alcanzaron una Respuesta Viral Sostenida (RVS) frente a placebo, fue modesto (especialmente en aquellos con un nivel basal de albúmina $\leq 35 \text{ g/l}$) comparado con el conjunto global. En estos pacientes, el tratamiento con eltrombopag sólo debe ser iniciado por médicos con experiencia en el manejo de pacientes con VHC avanzada, y solamente cuando el riesgo de trombocitopenia o el mantenimiento del tratamiento antiviral precisen de intervención. Si el tratamiento está indicado clínicamente, se requiere una estrecha monitorización de los pacientes.

Combinación con medicamentos antivirales de acción directa

No se ha establecido la eficacia y seguridad de eltrombopag en combinación con medicamentos antivirales de acción directa aprobados para el tratamiento de la infección por hepatitis C crónica.

Riesgo de hepatotoxicidad

La administración de eltrombopag puede causar anomalías en la función hepática y hepatotoxicidad grave, que podría amenazar la vida (ver sección 4.8).

Se deben medir los niveles séricos de alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST) y bilirrubina antes de iniciar el tratamiento con eltrombopag, cada 2 semanas durante la fase de ajuste de dosis, y mensualmente una vez alcanzada la dosis estable. Eltrombopag inhibe UGT1A1 y OATP1B1, lo que puede provocar hiperbilirrubinemia indirecta. Si los niveles de bilirrubina son elevados, se debería analizar la bilirrubina fraccionada. Se deben evaluar las alteraciones de las pruebas en suero de la función hepática, con pruebas repetidas entre los 3 y los 5 días siguientes. Si las alteraciones se confirman, se deben monitorizar las pruebas en suero de la función hepática hasta que las alteraciones se resuelvan, se estabilicen o vuelvan a niveles basales. Se debe interrumpir el tratamiento con eltrombopag si los niveles de ALT aumentan (≥ 3 veces el límite superior normal [$x \text{ LSN}$], en pacientes con función hepática normal, o $\geq 3 \times$ valor basal o $> 5 \times \text{LSN}$, el que sea más bajo, en pacientes con elevación de transaminasas en tratamientos previos) y son:

- progresivos, o
- persistentes durante ≥ 4 semanas, o
- acompañados de bilirrubina directa aumentada, o
- acompañados de síntomas de daño hepático o evidencias de descompensación hepática

Se debe tener precaución cuando se administre eltrombopag en pacientes con enfermedad hepática. En pacientes con PTI o con AAG, se debe utilizar una dosis inicial de eltrombopag menor. Cuando se administre eltrombopag en pacientes con insuficiencia hepática se debe llevar a cabo una estrecha monitorización (ver sección 4.2).

Descompensación hepática (uso de eltrombopag en combinación con interferón)

Descompensación hepática en pacientes con hepatitis C crónica: se deben monitorizar a los pacientes con niveles de albúmina bajos ($\leq 35 \text{ g/l}$) o puntuación en la escala MELD ≥ 10 en situación basal.

Los pacientes con VHC crónica y cirrosis hepática, pueden presentar riesgo de descompensación hepática cuando reciben tratamiento con interferón alfa. En dos estudios clínicos controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC, la descompensación hepática (ascitis, encefalopatía hepática, varices hemorrágicas, peritonitis bacteriana espontánea) ocurrió con mayor frecuencia en el grupo de eltrombopag (11 %) que en el grupo de placebo (6 %). En pacientes con niveles bajos de albúmina ($\leq 35 \text{ g/l}$) o con una puntuación en la escala de MELD ≥ 10 en situación basal, el riesgo de

descompensación hepática fue 3 veces mayor, con un mayor riesgo de acontecimientos adversos mortales en comparación con aquellos pacientes que presentaron enfermedad hepática menos avanzada. Además, en este tipo de pacientes los beneficios del tratamiento en términos del porcentaje de pacientes que alcanzaron una Respuesta Viral Sostenida (RVS) frente a placebo, fue modesto (especialmente en aquellos con un nivel basal de albúmina ≤ 35 g/l) comparado con el conjunto global. Sólo se debe administrar eltrombopag en estos pacientes, tras evaluar cuidadosamente los beneficios esperados del tratamiento en comparación con los riesgos. Los pacientes con estas características deben ser estrechamente monitorizados con el fin de identificar signos y síntomas de descompensación hepática. Se debe consultar la ficha técnica de interferón para ver los criterios de suspensión del tratamiento. El tratamiento con eltrombopag debe interrumpirse si el tratamiento antiviral se suspende por descompensación hepática.

Complicaciones trombóticas/tromboembólicas

En estudios controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC que recibieron tratamiento basado en interferón (N = 1 439), 38 de los 955 pacientes (4 %) tratados con eltrombopag, y 6 de los 484 pacientes (1 %) del grupo del placebo experimentaron ATEs. Se notificaron complicaciones trombóticas/tromboembólicas incluyendo acontecimientos venosos y arteriales. La mayoría de los ATEs no fueron importantes y se resolvieron al final del estudio. El ATE más frecuente en ambos grupos de tratamiento fue la trombosis venosa portal (2 % de los pacientes tratados con eltrombopag frente a < 1 % de los que recibieron placebo). No se ha observado una relación temporal específica entre el inicio del tratamiento y la aparición de ATEs. En los pacientes con niveles bajos de albúmina (≤ 35 g/l) o puntuación en la escala MELD ≥ 10 , el riesgo de ATEs fue 2 veces mayor que en pacientes con niveles altos de albúmina. En los pacientes de ≥ 60 años, el riesgo de ATEs fue dos veces mayor en comparación con pacientes más jóvenes. Sólo se debe administrar eltrombopag en estos pacientes, tras evaluar cuidadosamente los beneficios esperados del tratamiento en comparación con los riesgos. Los pacientes deben ser estrechamente monitorizados para identificar signos y síntomas de ATEs.

Se ha identificado que el riesgo de tener ATEs es mayor en aquellos pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC) que fueron tratados con 75 mg de eltrombopag una vez al día durante 2 semanas, y que se estaban preparando para un proceso invasivo. Seis de los 143 (4 %) pacientes adultos con EHC que recibieron eltrombopag presentaron ATEs (todos en el sistema venoso portal) y dos de los 145 (1 %) pacientes en el grupo de placebo presentaron ATEs (uno en el sistema venoso portal y el otro infarto de miocardio). Cinco de los 6 pacientes tratados con eltrombopag presentaron complicaciones trombóticas con recuentos plaquetarios $> 200\,000/\mu\text{l}$ en los 30 días posteriores a la última dosis de eltrombopag. Eltrombopag no está indicado para el tratamiento de la trombocitopenia en pacientes con enfermedad hepática crónica, que se estén preparando para un procedimiento quirúrgico invasivo.

En los estudios clínicos de eltrombopag en PTI, se observaron acontecimientos tromboembólicos con recuentos de plaquetas bajos y normales. Se debe tener precaución cuando se administre eltrombopag a pacientes con factores de riesgo conocidos de tromboembolismo, incluyendo pero no limitándose a factores hereditarios (por ej. Factor V Leiden) o factores de riesgo adquiridos (por ej. deficiencia ATIII, síndrome antifosfolipídico), edad avanzada, pacientes con períodos prolongados de inmovilización, neoplasias, anticonceptivos y terapia hormonal sustitutiva, cirugía/traumatismo, obesidad y tabaquismo. Se debe realizar una estrecha monitorización del recuento de plaquetas y considerar realizar una reducción de la dosis o interrumpir el tratamiento con eltrombopag, si el recuento de plaquetas excede los niveles deseados (ver sección 4.2). En pacientes con riesgo de padecer ATEs de cualquier etiología, se debe considerar el balance beneficio/riesgo.

En el estudio clínico de AAG refractaria no se identificó ningún caso de ATE, sin embargo no se puede excluir el riesgo de padecer esta reacción en esta población de pacientes debido al bajo número de pacientes expuestos. Como la dosis más elevada autorizada está indicada en los pacientes con AAG (150 mg/día) y debido a la naturaleza de la reacción, cabe esperar ATEs en esta población de pacientes.

Eltrombopag no se debe utilizar en pacientes con PTI e insuficiencia hepática (escala Child-Pugh ≥ 5) a menos que el beneficio esperado sea mayor que el riesgo identificado de trombosis venosa portal. Cuando el tratamiento se considere adecuado, se debe tener precaución cuando se administre eltrombopag a pacientes con insuficiencia hepática (ver las secciones 4.4 y 4.8).

Sangrado tras la interrupción del tratamiento con eltrombopag

Después de interrumpir el tratamiento con eltrombopag, es probable que la trombocitopenia reaparezca. En la mayoría de los pacientes, tras la interrupción del tratamiento con eltrombopag, el recuento de plaquetas vuelve a niveles basales a las 2 semanas, lo que aumenta el riesgo de sangrado, llegando en algunos casos a producirse sangrado. Este riesgo es mayor si el tratamiento con eltrombopag se interrumpe en presencia de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios. Si se interrumpe el tratamiento con eltrombopag, se recomienda que el tratamiento para la PTI se reinicie de acuerdo a las guías actuales de tratamiento. La asistencia médica adicional puede incluir la interrupción del tratamiento anticoagulante y/o antiagregante plaquetario, la reversión de la anticoagulación, o el tratamiento complementario con plaquetas. Tras la interrupción del tratamiento con eltrombopag, se debe hacer un seguimiento semanal, durante 4 semanas, del recuento de plaquetas.

En los estudios clínicos en VHC, tras la suspensión del tratamiento de peginterferón, ribavirina y eltrombopag, se ha notificado una mayor incidencia de sangrado gastrointestinal incluyendo casos graves y mortales. Despues de suspender el tratamiento, los pacientes deben ser monitorizados para identificar cualquier signo o síntoma de sangrado gastrointestinal.

Formación de reticulina en la médula ósea y riesgo de fibrosis en la médula ósea

Eltrombopag puede aumentar el riesgo de desarrollo o progresión de fibras de reticulina en la médula ósea. Al igual que con otros agonistas del receptor de trombopoyetina (R-TPO), no se ha establecido todavía la relevancia de este hallazgo.

Antes de iniciar el tratamiento con eltrombopag, debe examinarse el frotis sanguíneo periférico para establecer un nivel basal de anomalías morfológicas celulares. Tras la identificación de una dosis estable de eltrombopag, se debe realizar mensualmente un recuento sanguíneo completo, incluyendo un recuento diferencial de leucocitos. Si se observan células inmaduras o displásicas, se debe examinar el frotis de sangre periférica para detectar anomalías morfológicas nuevas o un empeoramiento (p. ej. dacriocitos y eritrocitos nucleados, glóbulos blancos inmaduros) o citopenia(s). Si el paciente desarrolla anomalías morfológicas nuevas o hay un empeoramiento o citopenia(s), se debe interrumpir el tratamiento con eltrombopag y considerar hacer una biopsia de médula ósea, incluyendo una tinción para detectar fibrosis.

Progresión de síndromes mielodisplásicos (SMD) existentes

Existe una preocupación teórica de que los agonistas del R-TPO podrían estimular la progresión de cánceres hematológicos existentes tales como SMD. Los agonistas del receptor de TPO son factores de crecimiento que promueven a la expansión de células progenitoras trombopoyéticas, a su diferenciación y a la producción de plaquetas. El receptor de TPO se expresa predominantemente en la superficie de las células del linaje mieloide.

En estudios clínicos con agonistas del receptor de TPO en pacientes con SMD se observaron casos de incrementos transitorios en los recuentos de blastos y se notificaron casos de progresión de la enfermedad de SMD a leucemia mieloide aguda (LMA).

El diagnóstico de PTI o AAG en pacientes adultos y de edad avanzada debe ser confirmado mediante la exclusión de otras entidades clínicas que cursen con trombocitopenia, en concreto debe excluirse el diagnóstico de SMD. Se debe contemplar la realización de un aspirado de la médula ósea y una biopsia durante el curso de la enfermedad y del tratamiento, especialmente en pacientes mayores de

60 años, y en aquellos pacientes con síntomas sistémicos, o signos anormales como incremento de blastos en sangre periférica.

No se ha establecido la efectividad y la seguridad de Revolade para el tratamiento de trombocitopenia asociada al SMD. Revolade no se debe utilizar fuera de estudios clínicos para el tratamiento de la trombocitopenia asociada al SMD.

Anormalidades citogenéticas y progresión de SMD/LMA en pacientes con AAG

Se sabe que en los pacientes con AAG pueden aparecer anormalidades citogenéticas. Se desconoce si eltrombopag aumenta el riesgo de sufrir anormalidades citogenéticas en los pacientes con AAG. En un estudio clínico fase II de AAG refractaria con eltrombopag a una dosis inicial de 50 mg/día (escalado cada 2 semanas hasta una dosis máxima de 150 mg/día) (ELT112523), se observó una incidencia de nuevas anormalidades citogenéticas de un 17,1 % de los pacientes adultos [7/41 (donde 4 de ellos presentaron cambios en el cromosoma 7)]. La mediana del tiempo de estudio hasta la aparición de una anormalidad citogenética fue de 2,9 meses.

En un estudio clínico fase II de AAG refractaria con eltrombopag a una dosis de 150 mg/día (con modificaciones según la raza o la edad) (ELT116826), se observó una incidencia de nuevas anormalidades citogenéticas de un 22,6 % en los pacientes adultos [7/31 (donde 3 de ellos presentaron cambios en el cromosoma 7)]. Los 7 pacientes tenían una citogenética normal al inicio. Seis de ellos presentó la anormalidad citogénica a los 3 meses de tratamiento con eltrombopag, y el otro, a los 6 meses.

En los estudios clínicos de AAG con eltrombopag, al 4 % de los pacientes (5/133) se les diagnosticó SMD. La mediana del tiempo para el diagnóstico fue de 3 meses desde el inicio con el tratamiento con eltrombopag.

En los pacientes con AAG, refractarios a un tratamiento inmunosupresor previo o muy pretratados, se recomienda que se les realicen un aspirado de médula ósea para examen citogenético antes de empezar el tratamiento con eltrombopag, a los 3 meses del tratamiento y 6 meses después. En el caso de que se detectara una nueva anormalidad citogenética, se debe evaluar la continuidad del tratamiento con eltrombopag.

Cambios oculares

En los estudios toxicológicos de eltrombopag en roedores se observaron cataratas (ver sección 5.3). En los estudios controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC que recibieron tratamiento con interferón (N = 1 439), se notificaron casos de progresión de cataratas pre-existentes en situación basal o incidencia de cataratas en el 8 % del grupo de eltrombopag y en el 5 % del grupo de placebo. En pacientes con VHC que recibieron tratamiento con interferón, ribavirina y eltrombopag, se han notificado hemorragias en la retina, la mayoría de grado 1 o 2 (2 % en el grupo de eltrombopag y 2 % en el grupo de placebo). Las hemorragias se produjeron en la superficie de la retina (pre-retinal), debajo de la retina (sub-retinal), o dentro del tejido de la retina. Se recomienda realizar un seguimiento oftalmológico rutinario de estos pacientes.

Prolongación del intervalo QT/QTc

En un estudio del intervalo QTc en voluntarios sanos que recibieron dosis de 150 mg de eltrombopag al día, no se observaron efectos clínicamente significativos sobre la repolarización cardíaca. En estudios clínicos en pacientes con PTI y pacientes trombocitopénicos con VHC, se han notificado casos de prolongación del intervalo QTc. Se desconoce la significación clínica de estos acontecimientos de prolongación del intervalo QTc.

Pérdida de respuesta a eltrombopag

La pérdida de respuesta, o la incapacidad del tratamiento con eltrombopag para mantener una respuesta plaquetaria dentro del intervalo de dosis recomendado, debe motivar la búsqueda de factores causales, incluyendo un aumento de reticulina en la médula ósea.

Población pediátrica

Las advertencias y precauciones dadas para PTI también aplican a la población pediátrica.

Interferencia con pruebas de laboratorio

Eltrombopag tiene un color intenso, por lo que puede interferir con algunas pruebas de laboratorio. Se ha notificado, en pacientes que toman Revolade, una alteración del color del suero e interferencia con las pruebas de bilirrubina total y de creatinina. En caso de que los resultados de laboratorio y las observaciones clínicas sean incompatibles, se recomienda repetir la prueba utilizando un método alternativo para verificar la validez del resultado.

Contenido en sodio

Este medicamento contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por comprimido recubierto con película; esto es, esencialmente “exento de sodio”.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Efectos de eltrombopag en otros medicamentos

Inhibidores de la HMG CoA reductasa

La administración de 75 mg de eltrombopag una vez al día, durante 5 días, con una dosis única de 10 mg de rosuvastatina, sustrato de OATP1B1 y BCRP, a 39 sujetos adultos sanos aumentó la C_{max} de rosuvastatina en plasma un 10 3% (90 % del intervalo de confianza [IC]: 82 %, 126 %) y el $AUC_{0-\infty}$ un 55 % (90 % IC: 42 %, 69 %). También se esperan interacciones con otros inhibidores de la HMG-CoA reductasa, incluyendo atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina y simvastatina. Cuando se administran estatinas junto con eltrombopag, se debe considerar la reducción de dosis de estatinas y realizar un seguimiento cuidadoso para detectar reacciones adversas atribuibles a las estatinas (ver sección 5.2).

Sustratos de OATP1B1 y BCRP

La administración conjunta de eltrombopag y de los sustratos OATP1B1 (por ej. metotrexato) y BCRP (por ej. topotecan y metotrexato) debe realizarse con precaución (ver sección 5.2).

Sustratos del citocromo P450

En los estudios que utilizan microsomas hepáticos humanos, eltrombopag (hasta 100 μ M) mostró no inhibir *in vitro* las enzimas CYP450, 1A2, 2A6, 2C19, 2D6, 2E1, 3A4/5, y 4A9/11, e inhibió CYP2C8 y CYP2C9 utilizando para la medición paclitaxel y diclofenaco como los sustratos de investigación. La administración de 75 mg de eltrombopag una vez al día, durante 7 días, a 24 varones sanos, no inhibió o indujo el metabolismo de los sustratos de investigación para 1A2 (cafeína), 2C19 (omeprazol), 2C9 (flurbiprofeno), o 3A4 (midazolam) en humanos. No se esperan interacciones clínicamente significativas cuando se administran conjuntamente eltrombopag y sustratos de CYP450 (ver sección 5.2).

Inhibidores de proteasa en VHC

No es necesario realizar ajustes de dosis cuando eltrombopag se administra de forma conjunta con telaprevir o boceprevir. La administración conjunta de una dosis única de 200 mg de eltrombopag con 750 mg de telaprevir cada 8 horas, no alteró la exposición plasmática de telaprevir.

La administración conjunta de una dosis única de 200 mg de eltrombopag con 800 mg de boceprevir cada 8 horas, no alteró el $AUC_{(0-\tau)}$ de boceprevir, pero incrementó la C_{max} en un 20 %, y disminuyó la C_{min} en un 32 %. No se ha establecido la relevancia clínica de la disminución en la C_{min} , por lo que se recomienda una mayor monitorización clínica y analítica sobre la supresión del VHC.

Efectos de otros medicamentos en eltrombopag

Ciclosporina

Cuando se administró de forma concomitante con 200 mg y 600 mg de ciclosporina (un inhibidor de BCRP) se observó una disminución de eltrombopag. La administración concomitante con 200 mg de ciclosporina disminuyó la C_{max} y la $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag en un 25 % y en un 18 %, respectivamente. La administración concomitante con 600 mg de ciclosporina disminuyó la C_{max} y la $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag en un 39 % y en un 24 %, respectivamente. Durante el tratamiento se puede ajustar la dosis de eltrombopag en función del recuento plaquetario del paciente (ver sección 4.2). Cuando se administre junto con ciclosporina se debe controlar el recuento plaquetario, al menos semanalmente durante 2 a 3 semanas. En función del recuento plaquetario, puede ser necesario tener que aumentar la dosis de eltrombopag.

Cationes polivalentes (quelación)

Eltrombopag forma quelatos con cationes polivalentes como el hierro, calcio, magnesio, aluminio, selenio y zinc. La administración de una dosis única de 75 mg de eltrombopag con un antiácido que contiene un catión polivalente (1 524 mg de hidróxido de aluminio y 1 425 mg de carbonato de magnesio) disminuyó el $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag en plasma en un 70 % (90 % IC: 64 %, 76 %) y la C_{max} en un 70 % (90 % IC: 62 %, 76 %). Para evitar una reducción significativa en la absorción de eltrombopag debida a la quelación, eltrombopag se debe tomar al menos dos horas antes o cuatro horas después de tomar cualquier producto como antiácidos, productos lácteos o suplementos minerales que contengan cationes polivalentes (ver las secciones 4.2 y 5.2).

Lopinavir/ritonavir

La administración concomitante de eltrombopag con lopinavir/ritonavir puede causar un descenso en la concentración de eltrombopag. Un estudio en 40 voluntarios sanos mostró que la administración concomitante de una dosis única de 100 mg de eltrombopag con dosis repetidas de lopinavir/ritonavir de 400/100 mg dos veces al día resultó en una reducción del $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag en plasma en un 17 % (90 % IC: 6,6 %; 26,6 %). Por tanto, se debe tener precaución cuando se administre eltrombopag junto con lopinavir/ritonavir. Se debe hacer un seguimiento estrecho del recuento de plaquetas, para asegurar un adecuado manejo médico del tratamiento de eltrombopag cuando se inicie o se interrumpa el tratamiento con lopinavir/ritonavir.

Inhibidores e inductores de CYP1A2 y CYP2C8

Eltrombopag se metaboliza a través de múltiples vías, incluyendo CYP1A2, CYP2C8, UGT1A1, y UGT1A3 (ver sección 5.2). Es poco probable que los medicamentos que inhiben o inducen una única enzima, afecten de manera significativa a las concentraciones plasmáticas de eltrombopag. Por otro lado, es posible que los medicamentos que inhiben o inducen múltiples enzimas, aumenten (por ej. fluvoxamina) o disminuyan (por ej. rifampicina) las concentraciones de eltrombopag.

Inhibidores de proteasa en VHC

Los resultados de un estudio farmacocinético de interacción entre fármacos, mostraron que la coadministración de dosis repetidas de 800 mg de boceprevir cada 8 horas o 750 mg de telaprevir cada 8 horas, con una única dosis de 200 mg de eltrombopag, no alteró la exposición plasmática de eltrombopag de forma clínicamente significativa.

Medicamentos para el tratamiento de PTI

Los medicamentos utilizados en los ensayos clínicos en el tratamiento de PTI en combinación con eltrombopag incluyeron corticosteroides, danazol y/o azatioprina, inmunoglobulina intravenosa (IgIV) e inmunoglobulina anti-D. Cuando se combina eltrombopag con otros medicamentos para el tratamiento de PTI, se debe hacer un seguimiento de los recuentos de plaquetas para evitar que estos se salgan del rango recomendado (ver sección 4.2).

Interacción con alimentos

La administración de los comprimidos o del polvo para suspensión oral de eltrombopag con una comida con alto contenido en calcio (p. ej. comidas que incluyen productos lácteos) redujeron significativamente la $AUC_{0-\infty}$ y $C_{\text{máx}}$ en plasma. Sin embargo, la administración de eltrombopag 2 horas antes o 4 horas después de una comida rica en calcio o pobre en calcio [< 50 mg de calcio], no alteró la exposición de eltrombopag en plasma de forma clínicamente significativa (ver la sección 4.2).

La administración de una dosis única de 50 mg de eltrombopag en comprimidos con un desayuno estándar con alto contenido en calorías, rico en grasas, que incluyó productos lácteos redujo el $AUC_{0-\infty}$ medio de eltrombopag plasmático en un 59 % y la $C_{\text{máx}}$ media en un 65 %.

La administración de una dosis única de 25 mg de eltrombopag en polvo para suspensión oral con una comida con alto contenido en calcio, moderada en grasas y calorías, redujo el $AUC_{0-\infty}$ medio de eltrombopag plasmático en un 75 % y la $C_{\text{máx}}$ media en un 79 %. Esta disminución en la exposición se atenuó cuando se administró la dosis única de 25 mg de eltrombopag polvo para suspensión oral 2 horas antes de la comida rica en calcio ($AUC_{0-\infty}$ media disminuyó en un 20 % y la $C_{\text{máx}}$ media en un 14 %).

Los alimentos bajos en calcio (< 50 mg de calcio) incluida la fruta, jamón magro, carne de vaca no enriquecidos (sin calcio, magnesio o hierro añadido), zumo de fruta, leche de soja sin aditivos y cereales sin aditivos, no afectaron significativamente a la exposición de eltrombopag plasmático, a pesar de su contenido calórico y en grasas (ver las secciones 4.2 y 4.5).

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

No hay datos disponibles o son datos limitados, del uso de eltrombopag en mujeres embarazadas. En los estudios en animales se ha observado toxicidad reproductiva (ver sección 5.3). Se desconoce el riesgo potencial en humanos.

No se recomienda utilizar Revolade durante el embarazo.

Mujeres en edad fértil/ Anticoncepción en hombres y mujeres

No se recomienda el uso de Revolade en mujeres en edad fértil que no usen métodos anticonceptivos.

Lactancia

Se desconoce si eltrombopag o sus metabolitos se excretan en la leche materna. Los estudios en animales han mostrado que es probable que eltrombopag secrete en la leche (ver sección 5.3); por

tanto no se puede descartar el riesgo en niños a los que se le esté dando el pecho. Debe tomarse la decisión de interrumpir la lactancia o continuar/abstenerse del tratamiento con Revolade, teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la mujer.

Fertilidad

La fertilidad de ratas macho y hembra no se vio afectada a exposiciones comparables a las empleadas en humanos. Sin embargo, no se puede descartar el riesgo en humanos (ver sección 5.3).

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

La influencia de eltrombopag sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es insignificante. Se debe tener en cuenta el estado clínico del paciente y el perfil de reacciones adversas, incluyendo mareo y falta de atención, cuando se evalúe la capacidad para realizar tareas que requieran juicio, habilidades motoras y cognitivas.

4.8 Reacciones adversas

Resumen del perfil de seguridad

Trombocitopenia inmune en pacientes adultos y pediátricos

La seguridad de Revolade se evaluó en pacientes adultos (N = 763) mediante los estudios combinados doble ciego, controlados con placebo TRA100773A y B, TRA102537 (RAISE) y TRA113765, en los que 403 pacientes fueron expuestos a Revolade y 179, a placebo, además de los datos de los estudios abiertos ya finalizados (N=360) TRA108057 (REPEAT), TRA105325 (EXTEND) y TRA112940 (ver sección 5.1). Los pacientes recibieron la medicación del estudio durante 8 años (en EXTEND). Las reacciones adversas graves más importantes fueron hepatotoxicidad, eventos trombóticos/tromboembólicos. Las reacciones adversas más frecuentes que ocurrieron al menos en el 10 % de los pacientes fueron: náuseas, diarrea, alanina aminotransferasa elevada y dolor de espalda.

Se ha comprobado la seguridad de Revolade en pacientes pediátricos (de 1 a 17 años) con PTI tratados previamente en dos estudios (N = 171) (ver sección 5.1). PETIT2 (TRA115450) fue un estudio de dos partes, doble ciego y abierto, aleatorizado, controlado con placebo. Los pacientes fueron aleatorizados 2:1 y recibieron Revolade (N = 63) o placebo (N = 29) durante 13 semanas en el período aleatorizado del estudio. PETIT (TRA108062) fue un estudio de tres partes, de cohorte escalonada, abierto y doble ciego, aleatorizado, y controlado con placebo. Los pacientes fueron aleatorizados 2:1 y recibieron Revolade (N = 44) o placebo (N = 21), durante 7 semanas. El perfil de reacciones adversas fue comparable al visto en adultos con algunas reacciones adversas adicionales marcadas con ♦ en la tabla de abajo. Las reacciones adversas más frecuentes en pacientes pediátricos con PTI de más de 1 año (> 3 % y mayor que placebo) fueron infecciones del tracto respiratorio superior, nasofaringitis, tos, fiebre, dolor abdominal, dolor orofaríngeo, odontalgia y rinorrea.

Trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica (VHC) en pacientes adultos

ENABLE 1 (TPL103922 N = 716, 715 tratados con eltrombopag) y ENABLE 2 (TPL108390 N = 805) fueron estudios multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo, que evaluaron la eficacia y la seguridad de Revolade en pacientes con trombocitopenia y con infección del VHC, que por otro lado eran elegibles para iniciar un tratamiento antiviral. En los estudios de VHC, la población de seguridad fueron todos los pacientes aleatorizados que recibieron el medicamento del estudio doble ciego durante la Parte 2 de ENABLE 1 (tratamiento de Revolade N = 450, tratamiento con placebo N = 232) y de ENABLE 2 (tratamiento de Revolade N = 506, placebo tratamiento N = 252). Los pacientes se analizaron de acuerdo con el tratamiento recibido (población de doble ciego de seguridad total, Revolade N = 955 y placebo N = 484). Las reacciones adversas graves más importantes identificadas fueron hepatotoxicidad y eventos trombóticos/tromboembólicos. Las reacciones adversas más frecuentes que ocurrieron en el 10 % de los pacientes fueron: cefalea, anemia,

disminución del apetito, tos, náuseas, diarrea, hiperbilirrubinemia, alopecia, prurito, mialgia, fiebre, fatiga, síndromes gripales, astenia, escalofríos y edema.

Anemia aplásica grave en pacientes adultos

La seguridad de Revolade en adultos con AAG se evaluó en un estudio abierto de un solo grupo (N = 43) del que 11 pacientes (26 %) fueron tratados durante > 6 meses y 7 pacientes (16 %), durante > 1 año (ver sección 5.1). Las reacciones adversas más frecuentes que ocurrieron, al menos en el 10 % de los pacientes fueron: cefalea, mareos, tos, dolor orofaríngeo, rinorrea, náusea, diarrea, dolor abdominal, aumento de las transaminasas, artralgia, dolor en las extremidades, espasmos musculares, fatiga, y pirexia.

Anemia aplásica grave en pacientes pediátricos

La seguridad de Revolade en pacientes pediátricos con AAG refractaria o en recaída (grupo A; N = 14) o sin tratamiento previo (grupo B; N = 37) se evalúa en un estudio en marcha, abierto, no controlado, de escalada de dosis intra-pacientes (N = 51) (ver también sección 5.1 para detalles del estudio). Las reacciones adversas importantes, como daño reñal agudo, hepatotoxicidad, eventos tromboembólicos, y evolución clonal o anomalías citogenéticas se notificaron en 29 pacientes (56,9 %), 39 (76,5 %), 2 (3,9 %) y 1 (2,0 %), respectivamente. En general, la frecuencia, tipo y gravedad de las reacciones adversas observadas para eltrombopag en pacientes pediátricos con AAG fueron consistentes con las observadas en pacientes adultos con AAG.

Tabla de reacciones adversas

A continuación se enumeran las reacciones adversas de los estudios en adultos con PTI (N = 763), de los estudios pediátricos con PTI (N = 171), de los estudios en VHC (N = 1 520), del estudio AAG en adultos (N = 43), estudio AAG en pediatría (N = 51) y de los informes posautorización de acuerdo a la clasificación por órganos y sistemas de MedDRA y por frecuencia (Tablas 4, 5 y 6). Dentro de cada clasificación por órganos y sistemas, las reacciones adversas se clasifican por frecuencia, con las reacciones más frecuentes primero. La categoría de frecuencia correspondiente para cada reacción adversa se basa en la siguiente convención (CIOMS III): muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1\,000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10\,000$ a $< 1/1\,000$); y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Tabla 4 Reacciones adversas en la población de estudio en PTI

Clase del sistema orgánico	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e infestaciones	Muy frecuentes	Nasofaringitis*, infecciones del tracto respiratorio superior*
	Frecuentes	Faringitis, gripe, herpes labial, neumonía, sinusitis, tonsilitis, infección del tracto respiratorio, gingivitis
	Poco frecuentes	Infección cutánea
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluyendo quistes y pólipos)	Poco frecuentes	Cáncer rectosigmoideo
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Frecuentes	Anemia, eosinofilia, leucocitosis, trombocitopenia, descenso de la hemoglobina, descenso en el recuento de leucocitos
	Poco frecuentes	Anisocitosis, anemia hemolítica, mielocitosis, incremento en el recuento de neutrófilos, presencia de mielocitos, incremento en el recuento plaquetario, aumento de la hemoglobina
Trastornos del sistema inmunológico	Poco frecuentes	Hipersensibilidad

Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Frecuentes	Hipopotasemia, disminución del apetito, aumento del ácido úrico en sangre
	Poco frecuentes	Anorexia, gota, hipocalcemia
Trastornos psiquiátricos	Frecuentes	Trastornos del sueño, depresión
	Poco frecuentes	Apatía, alteraciones de humor, llanto fácil
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes	Parestesia, hipoestesia, somnolencia, migraña
	Poco frecuentes	Tremor, alteración del equilibrio, disestesia, hemiparesia, migraña con aura, neuropatía periférica, neuropatía periférica sensitiva, trastornos del habla, neuropatía tóxica, cefalea vascular
Trastornos oculares	Frecuentes	Ojo seco, visión borrosa, dolor ocular, agudeza visual disminuida
	Poco frecuentes	Opacidades lenticulares, astigmatismo, catarata cortical, aumento del lagrimeo, hemorragia retinal, epitelopatía pigmentaria de la retina, alteración visual, pruebas anormales de agudeza visual, blefaritis y queratoconjuntivitis seca
Trastornos del oído y del laberinto	Frecuentes	Dolor de oídos, vértigo
Trastornos cardíacos	Poco frecuentes	Taquicardia, infarto agudo de miocardio, trastorno cardiovascular, cianosis, taquicardia sinus, prolongación de intervalo QT del electrocardiograma
Trastornos vasculares	Frecuentes	Trombosis venosa profunda, hematoma, sofocos
	Poco frecuentes	Embolismo, tromboflebitis superficial, rubefacción
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy frecuentes	Tos*
	Frecuentes	Dolor orofaringeo*, rinorrea*
	Poco frecuentes	Embolia pulmonar, infarto pulmonar, molestia nasal, lesiones ampollas orofaríngeas, trastorno de senos, síndrome de apnea del sueño
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes	Náuseas, diarrea
	Frecuentes	Úlceras bucales, odontalgia*, vómitos, dolor abdominal*, hemorragia oral, flatulencia * Muy frecuentes en pacientes pediátricos con PTI
	Poco frecuentes	Boca seca, glosodinia, sensibilidad abdominal, decoloración de las heces, intoxicación alimentaria, movimientos intestinales frecuentes, hematemesis, molestias bucales
Trastornos hepatobiliares	Muy frecuentes	Aumento de la alanina aminotransferasa†
	Frecuentes	Aumento de la aspartato aminotransferasa†, hiperbilirrubinemia, función hepática anormal
	Poco frecuentes	Colestasis, lesión hepática, hepatitis, daño hepático inducido por medicamentos
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Frecuentes	Erupción, alopecia, hiperhidrosis, prurito generalizado, petequias
	Poco frecuentes	Urticaria, dermatosis, sudor frío, eritema, melanosis, trastorno de la pigmentación, decoloración de la piel, descamación de la piel
	Muy frecuentes	Dolor de espalda

Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Frecuentes	Mialgia, espasmo muscular, dolor muscoesquelético, dolor óseo
	Poco frecuentes	Debilidad muscular
Trastornos renales y urinarios	Frecuentes	Proteinuria, aumento de la creatinina en sangre, microangiopatía trombótica con fallo renal [‡]
	Poco frecuentes	Fallo renal, leucocituria, nefritis lúpica, nicturia, aumento de la urea sanguínea, incremento en la proporción proteína/creatinina en orina
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Frecuentes	Menorragia
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Frecuentes	Pirexia*, dolor torácico, astenia * Muy frecuentes en pacientes pediátricos con PTI
	Poco frecuentes	Sensación de calor, hemorragia en la zona de punción de un vaso, sensación de inquietud, inflamación de las heridas, malestar general, sensación de cuerpo extraño
Exploraciones complementarias	Frecuentes	Aumento de la fosfatasa alcalina en sangre
	Poco frecuentes	Aumento de la albúmina en sangre, aumento de las proteínas totales, descenso de albúmina en sangre, aumento del pH en orina
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos	Poco frecuentes	Quemaduras solares
<p>♦ Reacciones adversas adicionales observadas en los estudios pediátricos (de 1 a 17 años de edad).</p> <p>† Pueden ocurrir simultáneamente aumentos de alanina aminotransferasa y de aspartato aminotransferasa, aunque con menor frecuencia.</p> <p>‡ Término general que recoge los términos de lesión real aguda y fallo renal.</p>		

Tabla 5 Reacciones adversas en la población de estudio con VHC (en combinación con tratamiento antiviral de interferón y ribavirina)

Clase del sistema orgánico	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e infestaciones	Frecuentes	Infección en el tracto urinario, infección en el tracto respiratorio superior, bronquitis, nasofaringitis, gripe, herpes labial
	Poco frecuentes	Gastroenteritis, faringitis
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluyendo quistes y pólipos)	Frecuentes	Neoplasia hepática maligna
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Muy frecuentes	Anemia
	Frecuentes	Linfopenia
	Poco frecuentes	Anemia hemolítica
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Muy frecuentes	Disminución del apetito
	Frecuentes	Hiperglycemia, pérdida anormal de peso
Trastornos psiquiátricos	Frecuentes	Depresión, ansiedad, trastornos del sueño
	Poco frecuentes	Estado confusional, agitación

Trastornos del sistema nervioso	Muy frecuentes	Cefalea
	Frecuentes	Mareos, trastornos de atención, disgeusia, encéfalopatía hepática, letargia, trastornos de la memoria, parestesia
Trastornos oculares	Frecuentes	Cataratas, exudado retinal, ojo seco, ictericia ocular, hemorragia retinal
Trastornos del oído y del laberinto	Frecuentes	Vértigo
Trastornos cardíacos	Frecuentes	Palpitaciones
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy frecuentes	Tos
	Frecuentes	Disnea, dolor orofaríngeo, disnea de esfuerzo, tos productiva
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes	Náuseas, diarrea
	Frecuentes	Vómitos, ascitis, dolor abdominal, dolor en la zona superior del abdomen, dispepsia, boca seca, estreñimiento, distensión abdominal, odontalgia, estomatitis, reflujo gastroesofágico, hemorroides, molestia abdominal, varices esofágicas
	Poco frecuentes	Hemorragia de varices esofágica, gastritis, estomatitis aftosa
Trastornos hepatobiliares	Frecuentes	Hiperbilirrubinemia, ictericia, daño hepático inducido por medicamentos
	Poco frecuentes	Trombosis venosa portal, fallo hepático
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Muy frecuentes	Prurito
	Frecuentes	Erupción, piel seca, eczema, erupción prurítica, eritema, hiperhidrosis, prurito generalizado, alopecia
	Poco frecuentes	Lesión en la piel, decoloración de la piel, hiperpigmentación de la piel, sudoración nocturna
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Muy frecuentes	Mialgia
	Frecuentes	Artralgia, espasmos musculares, dolor de espalda, dolor en las extremidades, dolor musculoesquelético, dolor de huesos
Trastornos renales y urinarios	Poco frecuentes	Microangiopatía trombótica con fallo renal agudo [†] , disuria
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Muy frecuentes	Pirexia, fatiga, malestar similar al que provoca la gripe, astenia, escalofríos
	Frecuentes	Irritabilidad, dolor, malestar general, reacción en el lugar de la inyección, dolor en el pecho no cardíaco, edema, edema periférico
	Poco frecuentes	Prurito en el lugar de inyección, erupción en el lugar de la inyección, malestar torácico

Exploraciones complementarias	Frecuentes	Aumento de la bilirrubina en sangre, disminución de peso, descenso del recuento de glóbulos blancos, descenso de hemoglobina, descenso del recuento de neutrófilos, incrementos de la Ratio Internacional Normalizada (INR), prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada, aumento de la glucosa en sangre, descenso de la albúmina en sangre
	Poco frecuentes	Prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma

† Término general que recoge los términos de oliguria, fallo renal e insuficiencia renal.

Tabla 6 Reacciones adversas en la población de estudio con AAG

Clase del sistema orgánico	Frecuencia	Reacción adversa
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Frecuentes	Neutropenia, infarto esplénico
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Frecuentes	Sobrecarga de hierro, disminución del apetito, hipoglucemia, aumento del apetito
Trastornos psiquiátricos	Frecuentes	Ansiedad, depresión
Trastornos del sistema nervioso	Muy frecuentes	Cefalea, vértigos
	Frecuentes	Síncope
Trastornos oculares	Frecuentes	Sequedad de ojos, cataratas, coloración amarilla de los ojos, visión borrosa, discapacidad visual, cuerpos vítreos flotantes
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy frecuentes	Tos, dolor orofaringeo, rinorrea
	Frecuentes	Epistaxis
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes	Diarrea, náuseas, dolor abdominal
	Frecuentes	Ampollas en la mucosa oral, dolor bucal, vómitos, malestar abdominal, estreñimiento, sangrado gingival, distensión abdominal, disfagia, heces decoloradas, lengua inflamada, alteraciones en la motilidad gastrointestinal, flatulencia
Trastornos hepatobiliares	Muy frecuentes	Aumento de las transaminasas
	Frecuentes	Aumento de la bilirrubina en sangre (hiperbilirrubinemia), ictericia
	No conocida	Daño hepático inducido por medicamentos
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Frecuentes	Petequias, erupción, prurito, urticaria, lesiones en la piel, erupción macular
	No conocida	Decoloración de la piel, hiperpigmentación de la piel
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Muy frecuentes	Artralgia, dolor en las extremidades, espasmos musculares
	Frecuentes	Dolor de espalda, mialgia, dolor de hueso
Trastornos renales y urinarios	Frecuentes	Cromaturia
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Muy frecuentes	Fatiga, pirexia, escalofrios
	Frecuentes	Astenia, edema periférico, malestar
Exploraciones complementarias	Frecuentes	Aumento de la creatinina fosfoquinasa en sangre

Descripción de reacciones adversas seleccionadas

Acontecimientos trombóticos/tromboembólicos (ATEs)

En 3 ensayos clínicos controlados y 2 no controlados entre los pacientes adultos con PTI que recibieron eltrombopag (N = 446), 17 pacientes experimentaron un total de 19 ATEs, que incluyeron (en orden decreciente de aparición) trombosis venosa profunda (N = 6), embolia pulmonar (N = 6), infarto agudo de miocardio (N = 2), infarto cerebral (N = 2), embolia (N = 1) (ver sección 4.4).

En un estudio controlado con placebo (N = 288, Población de seguridad), tras 2 semanas de tratamiento para la preparación de un procedimiento invasivo, 6 de los 143 (4 %) pacientes adultos con enfermedad hepática crónica que recibieron eltrombopag presentaron 7 ATEs en el sistema venoso portal y 2 de los 145 (1 %) pacientes en el grupo de placebo presentaron 3 ATEs. Cinco de los 6 pacientes tratados con eltrombopag presentaron ATEs con un recuento de plaquetas > 200 000/μl.

No se identificaron factores de riesgo específicos en los pacientes que presentaron ATEs, con la excepción de recuentos de plaquetas $\geq 200\,000/\mu\text{l}$ (ver sección 4.4.).

En los estudios controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC (N = 1 439), 38 de los 955 pacientes (4 %) tratados con eltrombopag experimentaron un ATE, y 6 de los 484 pacientes (1 %) en el grupo de placebo experimentaron ATEs. El ATE más común en ambos grupos de tratamiento fue la trombosis venosa portal (2 % de los pacientes tratados con eltrombopag versus < 1 % para el placebo) (ver sección 4.4). En los pacientes con niveles bajos de albúmina ($\leq 35\text{g/l}$) o puntuación en la escala MELD ≥ 10 , el riesgo de ATEs fue 2 veces mayor que en pacientes con niveles más altos de albúmina. En los pacientes de ≥ 60 años el riesgo de ATEs fue 2 veces mayor en comparación con pacientes más jóvenes.

Descompensación hepática (uso de eltrombopag en combinación con interferón)

Los pacientes con VHC crónica y cirrosis, pueden presentar riesgo de descompensación hepática cuando reciben tratamiento con interferón alfa. En los 2 estudios controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC, se notificó descompensación hepática (ascitis, encefalopatía hepática, varices hemorrágicas, peritonitis bacteriana espontánea) con mayor frecuencia en el grupo de eltrombopag (11 %) que en el grupo de placebo (6 %). En los pacientes con niveles bajos de albúmina ($\leq 35\text{ g/l}$) o puntuación en la escala MELD ≥ 10 en situación basal, el riesgo de descompensación hepática y el incremento del riesgo de tener un acontecimiento adverso mortal fue 3 veces mayor comparado con aquellos pacientes que presentaron enfermedad hepática menos avanzada. Sólo se debe administrar eltrombopag en estos pacientes, tras evaluar cuidadosamente los beneficios esperados del tratamiento en comparación con los riesgos. Los pacientes con estas características deben ser estrechamente monitorizados para identificar signos y síntomas de descompensación hepática (ver sección 4.4).

Hepatotoxicidad

En los estudios clínicos controlados de PTI crónica con eltrombopag, se observaron aumentos de la ALT, AST y bilirrubina sérica (ver sección 4.4).

Estos hallazgos fueron mayoritariamente leves (Grade 1-2), reversibles y no fueron acompañados de síntomas clínicamente significativos que indicaran una alteración de la función del hígado. En los 3 estudios controlados con placebo en adultos con PTI crónica, 1 paciente en el grupo de placebo y 1 paciente en el grupo de eltrombopag experimentó una anomalía en la prueba hepática de grado 4. En dos estudios controlados con placebo en pacientes pediátricos (de 1 a 17 años) con PTI crónica, se notificó ALT $\geq 3 \times \text{LSN}$ en el 4,7 % y el 0 % de los grupos de eltrombopag y placebo, respectivamente.

En los 2 estudios clínicos controlados en pacientes con HCV, se notificó una ALT o AST $\geq 3 \times \text{LSN}$ en el 34 % y 38 % del grupo de eltrombopag y placebo, respectivamente. La mayoría de pacientes que

reciban eltrombopag en combinación con un tratamiento de peginterferon/ribavirina experimentará hiperbilirrubinemia indirecta. En general, se reportó una bilirrubina total de $\geq 1,5 \times \text{LSN}$ en el 76 % y 50 % del grupo de eltrombopag y placebo, respectivamente.

En el estudio fase II de AAG refractaria de un solo grupo en monoterapia, en el 5 % de los pacientes se notificaron ALT o AST $> 3 \times \text{LSN}$ con una bilirrubina total (indirecta) $> 1,5 \times \text{LSN}$. Una bilirrubina total $> 1,5 \times \text{LSN}$ se observó en el 14 % de los pacientes.

Trombocitopenia tras la interrupción del tratamiento

En los 3 estudios clínicos controlados en PTI, después de la interrupción del tratamiento se observaron disminuciones transitorias del recuento de plaquetas a niveles inferiores a los basales, de un 8 % en el grupo de eltrombopag y un 8 % en el grupo de placebo (ver sección 4.4).

Aumento de reticulina en la médula ósea

A lo largo del programa, ningún paciente presentó evidencia de anomalías en la médula ósea clínicamente relevantes o hallazgos clínicos que indiquen disfunción de la médula ósea. En un pequeño número de pacientes con PTI, se interrumpió el tratamiento debido a la presencia de reticulina en la médula ósea (ver sección 4.4).

Anormalidades citogenéticas

La incidencia de nuevas anormalidades citogenéticas observada en el estudio clínico fase II de AAG refractaria con una dosis inicial de eltrombopag de 50 mg/día (escalado cada 2 semanas hasta un máximo de 150 mg/día) (ELT112523) fue de 17,1 % en pacientes adultos [7/41 (donde 4 de ellos presentaron cambios en el cromosoma 7)]. La mediana de tiempo de la aparición de una anormalidad citogenética en el estudio fue de 2,9 meses.

La incidencia de nuevas anormalidades citogenéticas observada en el estudio clínico fase II de AAG refractaria con una dosis inicial de eltrombopag de 150 mg/día (con modificaciones por raza o edad según lo indicado) (ELT116826) fue de 22,6 % en pacientes adultos [7/31 (donde 3 de ellos presentaron cambios en el cromosoma 7)]. Los 7 pacientes presentaron citogenéticas normales al inicio. Seis pacientes presentaron una anormalidad citogenética a los 3 meses del tratamiento de eltrombopag y uno a los 6 meses.

Neoplasias hematológicas

En un estudio clínico abierto de un solo grupo en AAG, se diagnosticaron tres pacientes (7 %) con SMD tras el tratamiento con eltrombopag. En los dos estudios en marcha (ELT116826 y ELT11643), se diagnosticó SMD o LMA en 1/28 (4 %) y 1/62 (2 %) de los pacientes en cada uno de los estudios.

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del sistema nacional de notificación incluido en el [Apéndice V](#).

4.9 Sobredosis

En el caso de sobredosis, el recuento de plaquetas pueden aumentar excesivamente y dar lugar a complicaciones trombóticas/tromboembólicas. En caso de sobredosis, se debe considerar la administración oral de preparados que contengan cationes metálicos, como preparados de calcio, aluminio o magnesio, para formar quelatos con eltrombopag y limitar su absorción. Se debe hacer un seguimiento estrecho del recuento de plaquetas. Se debe reiniciar el tratamiento con eltrombopag de acuerdo con las recomendaciones de dosis y administración (ver sección 4.2).

En los estudios clínicos se notificó un caso de sobredosis en el que un paciente ingirió 5 000 mg de eltrombopag. Las reacciones adversas notificadas incluyeron erupción leve, bradicardia transitoria, elevación de ALT y AST y fatiga. Las enzimas hepáticas medidas entre los Días 2 y 18 después de la ingesta, alcanzaron un pico de 1,6 veces el LSN de AST, 3,9 veces el LSN de ALT y 2,4 veces el LSN de bilirrubina total. El recuento de plaquetas en el día 18 después de la ingesta fue de 672 000/ μ l, y el recuento de plaquetas máximo fue de 929 000/ μ l. Todos los acontecimientos se resolvieron sin secuelas tras el tratamiento.

Debido a que eltrombopag no se excreta de forma significativa por vía renal, y a que se une extremadamente a proteínas plasmáticas, no se espera que la hemodiálisis sea un método efectivo para aumentar la eliminación de eltrombopag.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Antihemorrágicos, otros hemostáticos sistémicos, código ATC: B02BX 05

Mecanismo de acción

La trombopoyetina (TPO) es la principal citoquina involucrada en la regulación de la megacariopoyesis y en la producción de plaquetas, y es un ligando endógeno para el receptor de trombopoyetina (R-TPO). Eltrombopag interactúa con el dominio transmembrana del R-TPO humano e inicia las cascadas de señalización similares pero no idénticas a las de la trombopoyetina endógena (TPO), induciendo la proliferación y diferenciación desde las células progenitoras de la médula ósea.

Eficacia clínica y seguridad

Estudios de trombocitopenia inmune (primaria) (PTI)

La eficacia y seguridad de eltrombopag en pacientes adultos con PTI previamente tratados, se evaluó en dos estudios fase III, aleatorizados, doble ciego, controlados por placebo, el estudio RAISE (TRA102537) y el estudio TRA100773B, y en dos ensayos abiertos, REPEAT (TRA108057) y EXTEND (TRA105325). En total, se administró eltrombopag a 277 pacientes con PTI durante al menos 6 meses y 202 pacientes durante al menos 1 año. El estudio TAPER fase II (CETB115J2411) con un solo grupo, evaluó la seguridad y eficacia de eltrombopag y su capacidad para inducir una respuesta sostenida después de la discontinuación del tratamiento en 105 pacientes adultos con PTI que recayeron o no respondieron al tratamiento de primera línea con corticosteroides.

Ensayos clínicos doble ciego controlados por placebo

RAISE:

Se aleatorizaron 197 pacientes con PTI en proporción 2:1, a eltrombopag (N = 135) o placebo (N = 62). La aleatorización se estratificó en base al estado de esplenectomía, el uso de medicamentos para la PTI en situación basal y el recuento de plaquetas basal. La dosis de eltrombopag se ajustó durante los 6 meses del periodo de tratamiento en base a los recuentos de plaquetas individuales. Todos los pacientes iniciaron el tratamiento con 50 mg de eltrombopag. Desde el día 29 hasta el final del tratamiento, del 15 al 28 % de los pacientes tratados con eltrombopag se mantuvieron con una dosis \leq 25 mg, y del 29 al 53 % recibieron 75 mg.

Además, los pacientes podían reducir la medicación concomitante para la PTI y recibir tratamiento de rescate según las directrices locales de práctica clínica habitual. Más de la mitad de todos los pacientes en cada grupo de tratamiento recibieron \geq 3 tratamientos para la PTI previos, y el 36 % tuvo una esplenectomía previa.

La mediana del recuento de plaquetas a nivel basal fue de 16 000/ μ l para ambos grupos de tratamiento y en el grupo de eltrombopag se mantuvo sobre 50 000/ μ l en todas las visitas durante el tratamiento comenzando en el día 15. En comparación, la mediana del recuento de plaquetas en el grupo placebo permaneció < 30 000/ μ l durante todo el estudio.

Se alcanzó una respuesta de recuento de plaquetas entre 50 000 - 400 000/ μ l en ausencia de medicación de rescate en un número de pacientes significativamente mayor en el grupo tratado con eltrombopag durante el periodo de tratamiento de 6 meses ($p < 0,001$) (Tabla 7). El cincuenta y cuatro por ciento (54 %) de los pacientes tratados con eltrombopag y el 13 % de los pacientes tratados con placebo alcanzaron este nivel de respuesta tras 6 semanas de tratamiento. Una respuesta plaquetaria similar se mantuvo durante todo el estudio, con un 52 % y un 16 % de los pacientes que respondieron al final del periodo de tratamiento de 6 meses.

Tabla 7 Resultados de eficacia secundarios del estudio RAISE

	Eltrombopag N = 135	Placebo N = 62
Principales variables secundarias		
Número de semanas acumuladas con recuentos de plaquetas $\geq 50\,000$ a $400\,000/\mu\text{l}$, Media (DS)	11,3 (9,46)	2,4 (5,95)
Pacientes con $\geq 75\%$ de evaluaciones en el intervalo establecido (50 000 a 400 000/ μ l), N (%)	51 (38)	4 (7)
Valor de p^a		< 0,001
Pacientes con sangrado (Grados 1-4 de la OMS) en cualquier momento durante 6 meses, N (%)	106 (79)	56 (93)
Valor de p^a		0,012
Pacientes con sangrado (Grados 2-4 de la OMS) en cualquier momento durante 6 meses, N (%)	44 (33)	32 (53)
Valor de p^a		0,002
Pacientes que requieren tratamiento de rescate, N (%)	24 (18)	25 (40)
Valor de p^a		0,001
Pacientes que reciben tratamiento para PTI en situación basal (n)	63	31
Pacientes que intentaron reducir/interrumpir el tratamiento del estado basal, N (%) ^b	37 (59)	10 (32)
Valor de p^a		0,016
^a Modelo de regresión logística ajustado para variables de estratificación de aleatorización.		
^b 21 de los 63 (33 %) pacientes tratados con eltrombopag que estaban tomando un medicamento para la PTI en situación basal, interrumpieron permanentemente todos los medicamentos para la PTI del estado basal.		

En el estado basal, más del 70 % de los pacientes con PTI en cada grupo de tratamiento notificaron cualquier sangrado (Grados 1-4 de la OMS) y más del 20 % notificaron sangrado clínicamente significativo (Grados 2-4 de la OMS), respectivamente. La proporción de pacientes tratados con eltrombopag con cualquier sangrado (Grados 1-4) y sangrado clínicamente significativo (Grados 2-4) se redujo respecto a la situación basal en aproximadamente un 50 % desde el día 15 hasta el final del tratamiento, durante los 6 meses del periodo de tratamiento.

TRA100773B:

La variable primaria de eficacia fue la proporción de respondedores, definida como pacientes con PTI que tuvieron un aumento en los recuentos de plaquetas hasta $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ en el día 43 desde un valor basal de < 30 000/ μ l; los pacientes que interrumpieron el tratamiento prematuramente debido a un recuento de plaquetas > 200 000/ μ l se consideraron respondedores, los que interrumpieron el tratamiento por cualquier otra causa se consideraron no respondedores, con independencia del recuento de plaquetas. Un total de 114 pacientes con PTI previamente tratados se aleatorizaron en proporción 2:1, a eltrombopag (N = 76) o placebo (N = 38) (Tabla 8).

Tabla 8 Resultados de eficacia del estudio TRA100773B

	Eltrombopag N = 76	Placebo N = 38
Variables primarias clave		
Pacientes elegibles para el análisis de eficacia, n	73	37
Pacientes con recuento de plaquetas $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ después de hasta 42 días de dosis (en comparación con el recuento basal de $< 30\,000/\mu\text{l}$), N (%)	43 (59)	6 (16)
Valor de p^a		< 0,001
Variables secundarias clave		
Pacientes con evaluación de sangrado en el día 43, N	51	30
Sangrado (Grados 1-4 de la OMS) n (%)	20 (39)	18 (60)
Valor de p^a		0,029

^a Modelo de regresión logística ajustado para variables de estratificación de aleatorización.

En ambos estudios, RAISE y TRA100773B, la respuesta a eltrombopag en comparación con placebo fue similar con independencia del medicamento utilizado para la PTI, el estado de esplenectomía y el recuento de plaquetas basal ($\leq 15\,000/\mu\text{l}$, $> 15\,000/\mu\text{l}$) en la aleatorización.

En los estudios RAISE y TRA100773B, en el subgrupo de los pacientes con PTI y con un recuento de plaquetas en situación basal $\leq 15\,000/\mu\text{l}$, la mediana de los recuentos de plaquetas no alcanzó el nivel establecido ($> 50\,000/\mu\text{l}$), aunque en ambos estudios, el 43 % de estos pacientes tratados con eltrombopag respondieron después de 6 semanas de tratamiento. Además, en el estudio RAISE, el 42 % de los pacientes con recuento de plaquetas basal $\leq 15\,000/\mu\text{l}$ tratados con eltrombopag respondieron al final del periodo de tratamiento de 6 meses. Del 42 al 60 % de los pacientes tratados con eltrombopag en el estudio RAISE recibieron 75 mg desde el día 29 hasta el final del tratamiento.

Estudios abiertos no controlados

REPEAT (TRA108057):

Este estudio abierto, de dosis repetidas (3 ciclos de 6 semanas de tratamiento seguido de 4 semanas sin tratamiento) demostró que no hay pérdida de respuesta con el uso episódico de múltiples ciclos de eltrombopag.

EXTEND (TRA105325):

En el estudio de extensión, abierto, se administró eltrombopag a 302 pacientes con PTI; 218 pacientes completaron 1 año, 180 completaron 2 años, 107 completaron 3 años, 75 completaron 4 años, 34 completaron 5 años y 18 completaron 6 años. La mediana del recuento de plaquetas en situación basal, fue de $19\,000/\mu\text{l}$ antes de iniciar la administración con eltrombopag. La mediana de los recuentos de plaquetas al 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 años en el estudio, fueron de $85\,000/\mu\text{l}$, $85\,000/\mu\text{l}$, $105\,000/\mu\text{l}$, $64\,000/\mu\text{l}$, $75\,000/\mu\text{l}$, $119\,000/\mu\text{l}$ y $76\,000/\mu\text{l}$, respectivamente.

TAPER (CETB115J2411):

Este fue un estudio de fase II con un solo grupo que incluyó a pacientes con PTI tratados con eltrombopag después del fallo con corticosteroides en primera línea, independientemente del tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Se reclutaron un total de 105 pacientes e iniciaron el tratamiento con 50 mg de eltrombopag una vez al día (25 mg una vez al día para pacientes con ascendencia del Este/Sudeste asiático). La dosis de eltrombopag se ajustó durante el período de tratamiento en función de los recuentos de plaquetas individuales con el objetivo de lograr un recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$.

De los 105 pacientes incluidos en el estudio que recibieron al menos una dosis de eltrombopag, 69 pacientes (65,7 %) completaron el tratamiento y 36 (34,3 %) suspendieron el tratamiento de forma prematura.

Análisis de la respuesta sostenida sin tratamiento

La variable primaria fue la proporción de pacientes con respuesta sostenida sin tratamiento hasta el mes 12. Los pacientes que alcanzaron un recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$ y mantuvieron el recuento de plaquetas alrededor de $100\,000/\mu\text{l}$ durante 2 meses (ningún recuento por debajo de $70\,000/\mu\text{l}$) fueron aptos para la retirada gradual del tratamiento con eltrombopag y la suspensión permanente del tratamiento. Para que se considerara que había logrado una respuesta sostenida sin tratamiento, el paciente tiene que mantener recuentos de plaquetas $\geq 30\,000/\mu\text{l}$, sin eventos hemorrágicos o sin el uso de tratamiento de rescate, tanto durante el período de reducción gradual del tratamiento como tras la suspensión del tratamiento hasta el mes 12.

La duración de la reducción gradual de la dosis fue personalizada dependiendo de la dosis inicial y la respuesta del paciente. En la pauta de reducción gradual de la dosis se recomendaron reducciones de la dosis de 25 mg cada 2 semanas si los recuentos de plaquetas se mantenían estables. Después de reducir la dosis diaria a 25 mg durante 2 semanas, se pasa a 25 mg en días alternos durante 2 semanas hasta la suspensión del tratamiento. En pacientes de ascendencia del Este o Sudeste asiático, la reducción se realizó en disminuciones más pequeñas de 12,5 mg cada dos semanas. En caso de recaída (definida como un recuento de plaquetas $< 30\,000/\mu\text{l}$), se ofreció a los pacientes un nuevo ciclo de tratamiento con la dosis inicial adecuada.

Ochenta y nueve pacientes (84,8 %) alcanzaron una respuesta completa (recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$) (Fase 1, Tabla 9) y 65 pacientes (61,9 %) mantuvieron la respuesta completa durante al menos 2 meses con recuentos de plaquetas no por debajo de $70\,000/\mu\text{l}$ (Fase 2, Tabla 9). Cuarenta y cuatro pacientes (41,9 %) pudieron interrumpir progresivamente el tratamiento con eltrombopag hasta la suspensión del tratamiento manteniendo las plaquetas $\geq 30\,000/\mu\text{l}$ sin eventos hemorrágicos y sin necesidad de tratamiento de rescate (Fase 3, Tabla 9).

El estudio consiguió la variable primaria al demostrar que el eltrombopag era capaz de inducir una respuesta mantenida sin tratamiento, en ausencia de eventos hemorrágicos o de tratamiento de rescate, en el mes 12 en 32 de los 105 pacientes incluidos (30,5 %; $p < 0,0001$; IC del 95 %: 21,9, 40,2) (Fase 4, Tabla 9). Al cabo del mes 24, 20 de los 105 pacientes inscritos (19,0 %; IC del 95 %: 12,0; 27,9) mantuvieron la respuesta sostenida sin tratamiento en ausencia de eventos hemorrágicos o de tratamiento de rescate (Fase 5, Tabla 9).

La mediana de la duración de la respuesta sostenida después de la suspensión del tratamiento hasta el mes 12 fue de 33,3 semanas (mín-máx: 4-51), y la mediana de la duración de la respuesta sostenida después de la suspensión del tratamiento hasta el mes 24 fue de 88,6 semanas (mín-máx: 57-107).

Tras la retirada y la suspensión del tratamiento con eltrombopag, 12 pacientes presentaron una pérdida de la respuesta, 8 de ellos reanudaron la administración de eltrombopag y 7 presentaron una recuperación de la respuesta.

Durante el seguimiento de 2 años, 6 de 105 pacientes (5,7 %) experimentaron eventos tromboembólicos, de los cuales 3 pacientes (2,9 %) presentaron trombosis venosa profunda, 1 paciente (1,0 %) presentó trombosis superficial, 1 paciente (1,0 %) presentó trombosis del seno cavernoso, 1 paciente (1,0 %) sufrió un accidente cerebrovascular y 1 paciente (1,0 %) sufrió una embolia pulmonar. De los 6 pacientes, 4 pacientes experimentaron acontecimientos tromboembólicos de grado 3 o superior, y 4 pacientes experimentaron acontecimientos tromboembólicos que se notificaron como graves. No se notificaron casos mortales.

Veinte de los 105 pacientes (19,0 %) presentaron eventos hemorrágicos leves o graves durante el tratamiento antes del inicio de la reducción gradual. Cinco de los 65 pacientes (7,7 %) que iniciaron la reducción gradual de la dosis experimentaron eventos hemorrágicos leves o moderados durante la misma. No se produjo ningún evento hemorrágico grave durante la reducción gradual. Dos de los 44 pacientes (4,5 %) a los que se les retiró gradualmente el tratamiento con eltrombopag presentaron eventos hemorrágicos leves o moderados tras la suspensión del tratamiento hasta el mes 12. No se produjo ningún evento hemorrágico grave durante este período. Ninguno de los pacientes que suspendieron el eltrombopag y entraron en el segundo año de seguimiento sufrió un evento de

hemorragia durante el segundo año. Durante el seguimiento de 2 años se notificaron dos eventos mortales de hemorragia intracraneal. Ambos eventos se produjeron durante el tratamiento, no en el contexto de la reducción gradual de la dosis. Los eventos no se consideran relacionados con el tratamiento en estudio.

El análisis general de la seguridad es consistente con los datos notificados previamente y la evaluación de beneficio/riesgo del uso del eltrombopag en pacientes con PTI permanece sin cambios.

Tabla 9 Proporción de pacientes con respuesta sostenida sin tratamiento en el mes 12 y 24 (análisis completo) en TAPER

	Todos los pacientes N=105		Contraste de hipótesis	
	n (%)	95% CI	Valor-p	Desestimado H0
Fase 1: Pacientes que alcanzaron un recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$, al menos una vez	89 (84,8)	(76,4, 91,0)		
Fase 2: Pacientes que alcanzaron un recuento de plaquetas estable durante 2 meses tras alcanzar $100\,000/\mu\text{l}$ (sin recuentos $< 70\,000/\mu\text{l}$)	65 (61,9)	(51,9, 71,2)		
Fase 3: Pacientes que pudieron interrumpir progresivamente el tratamiento con eltrombopag hasta la suspensión del tratamiento manteniendo las plaquetas $\geq 30\,000/\mu\text{l}$ sin eventos hemorrágicos y sin necesidad de tratamiento de rescate	44 (41,9)	(32,3, 51,9)		
Fase 4: Pacientes con una respuesta sostenida sin tratamiento en el mes 12, con recuento de plaquetas estable $\geq 30\,000/\mu\text{l}$ sin eventos hemorrágicos y sin necesidad de tratamiento de rescate	32 (30,5)	(21,9, 40,2)	< 0,0001*	Sí
Fase 5: Pacientes con una respuesta sostenida sin tratamiento desde el mes 12 al 24, con recuento de plaquetas estable $\geq 30\,000/\mu\text{l}$ sin eventos hemorrágicos y sin necesidad de tratamiento de rescate	20 (19,0)	(12,0, 27,9)		

N: Número total de pacientes en el grupo de tratamiento. Este es el denominador para el cálculo de porcentaje (%).

n: Número de pacientes en la categoría correspondiente.

El IC del 95% para la distribución de frecuencias se calculó utilizando el método exacto Clopper-Pearson. La prueba de Clopper-Pearson se utilizó para determinar si la proporción de respondedores era $> 15\%$. Se notifican el IC y los valores-p.

* Indica la significancia estadística (unilateral) al nivel de 0,05.

Resultados de la respuesta en el análisis de tratamiento según el tiempo desde el diagnóstico de PTI. Se realizó un análisis ad-hoc en los N = 105 pacientes según el tiempo desde el diagnóstico de PTI para evaluar la respuesta a eltrombopag en las cuatro categorías diferentes de la PTI según el tiempo desde el diagnóstico (PTI de reciente diagnóstico < 3 meses, PTI persistente de 3 a < 6 meses, PTI persistente de 6 meses a ≤ 12 meses y PTI crónica > 12 meses). El 49 % de los pacientes (N = 51) tenían un diagnóstico de PTI de < 3 meses, el 20 % (N = 21) de 3 a < 6 meses, el 17 % (N = 18) de 6 a ≤ 12 meses y el 14 % (N = 15) de > 12 meses.

Hasta la fecha de corte (22-Oct-2021), los pacientes estuvieron expuestos a eltrombopag durante una mediana (Q1-Q3) de duración de 6,2 meses (2,3 - 12,0 meses). La mediana (Q1-Q3) de recuento de plaquetas al inicio fue de $16\,000/\mu\text{l}$ (7 800 - 28 000/ μl).

La respuesta del recuento de plaquetas, definida como recuento de plaquetas $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ al menos una vez hasta la semana 9 sin tratamiento de rescate se logró en el 84 % (95 % IC: 71 % al 93 %) de los pacientes con PTI de reciente diagnóstico, 91 % (95 % IC: 70 % al 99 %) y 94 % (95 % IC: 73 % al 100 %) de los pacientes con PTI persistente (es decir, con diagnóstico de PTI de 3 a < 6 meses y de 6 a ≤ 12 meses, respectivamente), y en el 87 % (95 % IC: 60 % al 98 %) de los pacientes con PTI crónica.

La tasa de respuesta completa, definida como recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$ al menos una vez hasta la semana 9 sin tratamiento de rescate, fue del 75 % (95 % IC: 60 % al 86 %) en los pacientes

con PTI de reciente diagnóstico, 76 % (95 % IC: 53 % al 92 %) y 72 % (95 % IC: 47 % al 90 %) en los pacientes con PTI persistente (diagnóstico de la PTI de 3 a < 6 meses y 6 a ≤ 12 meses, respectivamente), y 87 % (95 % IC: 60 % al 98 %) en pacientes con PTI crónica.

La tasa de respuesta sostenida, definida como recuento de plaquetas ≥ 50 000/μl durante al menos 6 de 8 valoraciones consecutivas sin tratamiento de rescate durante los primeros 6 meses de estudio, fue del 71 % (95 % IC: 56 % al 83 %) en los pacientes con PTI de reciente diagnóstico, 81 % (95 % IC: 58 % al 95 %) y 72 % (95 % IC: 47 % al 90,3%) en los pacientes con PTI persistente (diagnóstico de la PTI 3 a < 6 meses y 6 a ≤ 12 meses, respectivamente), y 80 % (95 % IC: 52 % al 96 %) en pacientes con PTI crónica.

Cuando se evaluó la proporción de pacientes con PTI de reciente diagnóstico y persistente sin sangrado en la semana 4 con la escala de sangrado de la OMS, osciló entre el 88 % y el 95 % en comparación con el 37 % y el 57 % al inicio del estudio. Para los pacientes con PTI crónica fue del 93 % en comparación con el 73 % al inicio del estudio.

La seguridad de eltrombopag fue consistente en todas las categorías de PTI y en línea con su perfil de seguridad conocido.

No se han realizado estudios clínicos que comparen eltrombopag con otras opciones de tratamiento (p.ej. esplenectomía). Antes de iniciar el tratamiento, se debe considerar la seguridad de eltrombopag a largo plazo.

Población pediátrica (de 1 a 17 años de edad)

La seguridad y la eficacia de eltrombopag en pacientes pediátricos se ha investigado en dos estudios.

TRA115450 (PETIT2):

La variable primaria fue la respuesta sostenida, definida como la proporción de pacientes que recibieron eltrombopag, en comparación con placebo, que alcanzaron niveles plaquetarios ≥ 50 000/μl durante al menos 6 de 8 semanas (sin tratamiento de rescate), entre las semanas 5 y 12 durante el periodo aleatorizado de doble ciego. Los pacientes presentaban diagnóstico de PTI crónica de al menos un año de evolución, con refractariedad o recaída tras un tratamiento o con imposibilidad para continuar con otros tratamientos para la PTI por razones clínicas y presentaban recuentos plaquetarios a < 30 000/μl. Se aleatorizaron noventa y dos pacientes en tres grupos de edades (2:1) con eltrombopag (N = 63) o con placebo (N = 29). La dosis de eltrombopag se ajustó de acuerdo a los recuentos plaquetarios individuales.

En general, una proporción significativamente mayor de pacientes con eltrombopag (40 %) en comparación con placebo (3 %) alcanzaron la variable primaria (Razón de Odds: 18,0 [95 % IC: 2,3, 140,9] p < 0,001) que fue similar en las tres cohortes de edad (Tabla 10).

Tabla 10 Tasas de respuesta plaquetaria sostenida por cohorte de edad en pacientes pediátricos con PTI crónica

	Eltrombopag n/N (%) [95 % IC]	Placebo n/N (%) [95 % IC]
Cohorte 1 (12 a 17 años)	9/23 (39 %) [20%, 61 %]	1/10 (10 %) [0%, 45 %]
Cohorte 2 (6 a 11 años)	11/26 (42 %) [23%, 63 %]	0/13 (0 %) [N/A]
Cohorte 3 (1 a 5 años)	5/14 (36 %) [13%, 65 %]	0/6 (0 %) [N/A]

Los pacientes con eltrombopag requirieron significativamente menos tratamientos de rescate durante el periodo de aleatorización que los pacientes con placebo (19 % [12/63] vs. 24 % [7/29], p = 0,032).

Al inicio, el 71 % de los pacientes del grupo de eltrombopag y el 69 % del grupo de placebo notificaron cualquier hemorragia (Grados 1-4 de la OMS). En la semana 12, la proporción de pacientes con eltrombopag había disminuido las notificaciones de cualquier hemorragia a la mitad del inicio (36 %). En comparación, el 55 % de los pacientes con placebo notificaron cualquier hemorragia en la semana 12.

Se permitió a los pacientes reducir o interrumpir el tratamiento inicial para PTI solo durante la fase abierta del estudio y el 53 % (8/15) de los pacientes pudieron reducir (N = 1) o interrumpir (N = 7) el tratamiento para PTI inicial, principalmente corticoides, sin necesidad de tratamiento de rescate.

TRA108062 (PETIT):

La variable primaria fue la proporción de pacientes que alcanzó recuentos plaquetarios $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ al menos una vez entre la semana 1 y la 6 del periodo de aleatorización. Los pacientes fueron diagnosticados con PTI desde al menos 6 meses y eran refractarios o habían recaído al menos a un tratamiento anterior para PTI con un recuento plaquetario $< 30\,000/\mu\text{l}$ (N = 67). Durante el periodo de aleatorización del estudio, se aleatorizaron los pacientes en tres cohortes de edad (2:1) con eltrombopag (N = 45) o placebo (N = 22). La dosis de eltrombopag se ajustó de acuerdo a los recuentos plaquetarios individuales.

En general, una proporción significativamente mayor de pacientes con eltrombopag (62 %) consiguió la variable primaria (Razón de Odds en comparación con placebo (32 %): 4,3 [95 % IC: 1,4, 13,3] $p = 0,011$).

Se ha observado respuesta sostenida en el 50 % de los respondedores iniciales durante las 20 de las 24 semanas en el estudio PETIT 2 y durante las 15 de las 24 semanas en el estudio PETIT.

Estudios en trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica

La eficacia y seguridad de eltrombopag para el tratamiento de la trombocitopenia en pacientes con infección por VHC, se evaluó en dos estudios aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo. En el estudio ENABLE 1 se utilizó como tratamiento antiviral peginterferón alfa-2a más ribavirina y en el estudio ENABLE 2 se utilizó peginterferón alfa-2b más ribavirina. Los pacientes no recibieron medicamentos antivirales de acción directa. En ambos estudios, los pacientes con un recuento de plaquetas $< 75\,000/\mu\text{l}$ fueron reclutados y estratificados por el recuento de plaquetas ($< 50\,000/\mu\text{l}$ y $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ a $< 75\,000/\mu\text{l}$), identificación sistemática de ARN del VHC ($< 800\,000\text{ UI/ml}$ y $\geq 800\,000\text{ UI/ml}$), y genotipo del VHC (genotipo 2/3, y genotipos 1/4/6).

Las características basales de la enfermedad fueron similares en ambos estudios y fueron consistentes con la población de pacientes con VHC y cirrosis compensada. La mayoría de los pacientes tenían genotipo VHC 1 (64 %) y presentaban inicio de fibrosis/cirrosis. El treinta y un por ciento (31 %) de los pacientes había recibido tratamiento previo para el VHC, principalmente a base de interferón pegilado más ribavirina. La mediana basal del recuento de plaquetas en ambos grupos de tratamiento fue de $59\,500/\mu\text{l}$: el 0,8 %, el 28 % y el 72 % de los pacientes reclutados presentaban recuentos de plaquetas $< 20\,000/\mu\text{l}$, $< 50\,000/\mu\text{l}$ y $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ respectivamente.

Los estudios presentaban dos fases, una fase previa al tratamiento antiviral y una fase con tratamiento antiviral. En la fase previa al tratamiento antiviral, los pacientes recibieron, de manera abierta, eltrombopag para incrementar el recuento de plaquetas a $\geq 90\,000/\mu\text{l}$ para el estudio ENABLE 1 y $\geq 100\,000/\mu\text{l}$ para el estudio ENABLE 2. La mediana del tiempo hasta alcanzar el recuento de plaquetas establecido como objetivo, $\geq 90\,000/\mu\text{l}$ para el estudio ENABLE 1 y $\geq 100\,000/\mu\text{l}$ para el estudio ENABLE 2, fue de 2 semanas.

La variable primaria de eficacia para ambos estudios fue la Respuesta Viral Sostenida (RVS), definida como el porcentaje de pacientes con ARN-VHC no detectable en la semana 24 tras completar el periodo de tratamiento programado.

En ambos estudios realizados en pacientes con VHC, un porcentaje significativamente mayor de pacientes tratados con eltrombopag (N = 201, 21 %) alcanzaron la RVS en comparación con los pacientes que recibieron placebo (N = 65, 13 %) (ver Tabla 11). El aumento en el porcentaje de pacientes que alcanzó la RVS fue consistente entre todos los subgrupos estratificados y aleatorizados (recuento de plaquetas en situación basal (< 50 000 vs > 50 000), carga viral (< 800 000 UI/ml vs \geq 800 000 UI/ml) y genotipo (2/3 vs 1/4/6)).

Tabla 11 Respuesta Virológica en pacientes con VHC, en los estudios ENABLE 1 y ENABLE 2

	Datos agrupados		ENABLE 1 ^a		ENABLE 2 ^b	
Pacientes que alcanzaron un recuento de plaquetas adecuado para iniciar el tratamiento antiviral ^c	1 439/1 520 (95 %)		680/715 (95 %)		759/805 (94 %)	
	Eltrombopag	Placebo	Eltrombopag	Placebo	Eltrombopag	Placebo
Número total de pacientes que entraron en la fase de tratamiento antiviral	N = 956	N = 485	N = 450	N = 232	N = 506	N = 253
% pacientes que alcanzaron respuesta virológica						
RVS global^d	21	13	23	14	19	13
<i>Genotipo ARN VHC</i>						
Genotipo 2/3	35	25	35	24	34	25
Genotipo 1/4/6 ^e	15	8	18	10	13	7
<i>Niveles de albúmina^f</i>						
$\leq 35\text{g/l}$	11	8				
$> 35\text{g/l}$	25	16				
<i>Puntuación MELD^f</i>						
≥ 10	18	10				
≤ 10	23	17				

^a Eltrombopag administrado en combinación con peginterferón alfa-2a (180 μg una vez a la semana durante 48 semanas para los genotipos 1/4/6; 24 semanas para el genotipo 2/3) más ribavirina (de 800 a 1 200 mg diarios, divididos en 2 dosis administradas por vía oral)

^b Eltrombopag administrado en combinación con peginterferón alfa-2b (1,5 $\mu\text{g/kg}$ una vez a la semana durante 48 semanas para los genotipos 1/4/6; 24 semanas para el genotipo 2/3) más ribavirina (de 800 a 1 400 mg diarios, divididos en 2 dosis administradas por vía oral)

^c El recuento de plaquetas establecido como objetivo fue $\geq 90\,000/\mu\text{l}$ para el estudios ENABLE 1 y de $\geq 100\,000/\mu\text{l}$ para el estudio ENABLE 2. En el estudio ENABLE 1, 682 pacientes fueron aleatorizados en la fase de tratamiento antiviral; sin embargo 2 pacientes retiraron el consentimiento antes de recibir el tratamiento antiviral.

^d valor de $p < 0,05$ para eltrombopag frente a placebo

^e el 64 % de los pacientes que participaron en los estudios ENABLE 1 y ENABLE 2 presentaban genotipo 1

^f Análisis post-hoc

Entre los otros hallazgos secundarios de estos estudios se incluyen: un porcentaje significativamente menor de pacientes tratados con eltrombopag interrumpieron prematuramente el tratamiento antiviral en comparación con placebo (45 % vs 60 %, $p < 0,0001$). Un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de eltrombopag no necesitó reducciones de dosis de tratamiento antiviral comparado con placebo (45 % vs 27 %). El tratamiento con eltrombopag retrasó y redujo el número de reducciones de dosis de peginterferon.

Población pediátrica

La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido al titular de la obligación de presentar los resultados de ensayos realizados con eltrombopag en todos los grupos de la población pediátrica con

trombocitopenia secundaria (ver sección 4.2 para consultar información sobre el uso en la población pediátrica).

Anemia aplásica grave

Eltrombopag se ha estudiado en un estudio clínico abierto de un solo grupo en 43 pacientes con AAG con trombocitopenia refractaria, después de un tratamiento inmunosupresor (TIS) previo y con un recuento de plaquetas $\leq 30\,000/\mu\text{l}$.

Se consideró que la mayoría de los pacientes, 33 (77 %), presentaban enfermedad refractaria primaria, definida como sin respuesta adecuada a un tratamiento inmunosupresor para cualquiera de las líneas. Los 10 pacientes restantes, presentaron una respuesta plaquetaria insuficiente en tratamientos previos. Los 10 pacientes recibieron al menos 2 regímenes de tratamiento inmunosupresor y el 50 % recibieron al menos 3 regímenes TIS. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de anemia de Fanconi, con infección que no respondiera adecuadamente al tratamiento y con tamaño del clon de hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) en neutrófilos de $\geq 50\%$.

Al inicio del estudio el recuento medio de plaquetas fue de 20 000/ μl , 8,4 g/dl de hemoglobina, el recuento de neutrófilos de $0,58 \times 10^9/\text{l}$ y el recuento absoluto de reticulocitos de $24,3 \times 10^9/\text{l}$. El ochenta y seis por ciento de los pacientes eran dependientes de transfusiones de hematíes y el 91 % de plaquetas. La mayoría de los pacientes (84 %) había recibido al menos dos tratamientos inmunosupresor previos. Al inicio del estudio, tres pacientes presentaron anormalidades citogenéticas.

La variable primaria fue la respuesta hematológica valorada después de 12 semanas de tratamiento con eltrombopag. La respuesta hematológica se definió como el cumplimiento de uno o más de los siguientes criterios: 1) aumento del recuento de plaquetas en 20 000/ μl o por encima del nivel inicial de 20 000/ μl o recuento de plaquetas estable con independencia de transfusiones durante un mínimo de 8 semanas; 2) aumento de la hemoglobina de $> 1,5\text{ g/dl}$ o una reducción en ≥ 4 unidades de transfusiones de glóbulos rojos durante 8 semanas consecutivas; 3) aumento de un 100 % del recuento absoluto de neutrófilos o $> 0,5 \times 10^9/\text{l}$.

La tasa de respuesta hematológica fue de 40 % (17/43 pacientes; IC 95 % 25, 56), la mayoría respondió a una línea (13/17, 76 %) a la semana 12, mientras que 3 a dos líneas y 1 a las tres líneas. Si no se observó respuesta hematológica o independencia a la transfusión a las 16 semanas se interrumpió el tratamiento con eltrombopag. En el estudio de extensión entraron un total de 14 pacientes. Nueve de estos pacientes alcanzaron respuesta multilínea, 4 de los 9 continúan en tratamiento y 5 disminuyeron gradualmente el tratamiento con eltrombopag con mantenimiento de la respuesta (mediana de seguimiento: 20,6 meses, rango: 5,7 a 22,5 meses). Los 5 pacientes restantes interrumpieron el tratamiento, tres debido a recaída en el mes 3 de la visita de extensión.

Durante el tratamiento con eltrombopag el 59 % (23/39) fueron independientes de transfusiones de plaquetas (28 días sin transfusión de plaquetas) y 27 % (10/37) fueron independientes de transfusiones de glóbulos rojos (56 días sin transfusión de glóbulos rojos). El mayor periodo sin transfusiones de plaquetas en los no-respondedores fue de 27 días (mediana). El mayor periodo sin transfusiones de plaquetas en los respondedores fue de 287 días (mediana). El mayor periodo sin transfusiones de glóbulos rojos en los no-respondedores fue 29 días (mediana). El mayor periodo sin transfusiones de glóbulos rojos de los respondedores fue 266 días (mediana).

Del 50 % de los respondedores que eran inicialmente dependientes de las transfusiones, hubo una reducción de necesidad de transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos en comparación al inicio $> 80\%$.

Resultados preliminares de un estudio de soporte (estudio ELT116826), un estudio en marcha en pacientes con AAG refractarios abierto, fase II no aleatorizado, de un solo grupo, mostraron resultados consistentes. Los datos están limitados a 21 de los 60 pacientes con respuesta hematológica notificada por el 52 % de los pacientes a 6 meses. Se ha notificado respuesta multilínea en el 45 % de los pacientes.

Población pediátrica

La eficacia del eltrombopag oral en pacientes pediátricos de 2 a 17 años con AAG refractaria/recaída (grupo A; N = 14) o sin tratamiento previo (grupo B; N = 37) se evalua en un estudio en marcha abierto, no controlado, de escalada de dosis intra-paciente (total N = 51) (estudio CETB115E2201) (ver también sección 4.2). El grupo A estaba compuesto por 14 pacientes con AAG refractaria (6 pacientes) o en recaída (8 pacientes). Estos 14 pacientes recibieron uno de los dos regímenes de tratamiento: 1) eltrombopag más globulina anti-timocito equina/ciclosporina o 2) eltrombopag más ciclosporina. En el grupo B, 37 pacientes con AAG sin tratamiento inmunosupresor previo fueron tratados con globulina anti-timocito equina, ciclosporina y eltrombopag. La duración del tratamiento fue de 26 semanas con un periodo de seguimiento adicional de 52 semanas.

Las dosis iniciales de eltrombopag fueron de 25 mg diarios en pacientes de 1 a < 6 años y de 50 mg diarios en pacientes de 6 a < 18 años, independientemente de la raza. Se permitieron escaladas de dosis intra-paciente cada 2 semanas hasta que el paciente alcanzara el recuento de plaquetas requerido o llegara a la dosis máxima (150 mg), lo que ocurriría primero.

La variable primaria fue la caracterización de la farmacocinética de eltrombopag en la dosis máxima individual en estado estacionario (ver sección 5.2). Las variables secundarias de eficacia fueron la evaluación de la tasa de respuesta global (TRG) y la independencia de transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos.

La TRG se definió como la proporción de pacientes que tuvieron una respuesta completa (RC) o una respuesta parcial (RP). La RC se definió como el cumplimiento de los criterios de independencia de transfusiones de plaquetas y de glóbulos rojos, hemoglobina normal ajustada por edad, recuento de plaquetas > 100 x 10⁹/l, y recuento absoluto de neutrófilos > 1,5 x 10⁹/l. RP se definió como el cumplimiento de al menos dos o más de los siguientes criterios: recuento absoluto de reticulocitos > 30 x 10⁹/l, recuento de plaquetas > 30 x 10⁹/l, recuento absoluto de neutrófilos > 0,5 x 10⁹/l por encima del nivel inicial con independencia de transfusiones durante al menos 28 días para la transfusión de plaquetas y 56 días para la transfusión de glóbulos rojos. La tasa de respuesta plaquetaria (TRP) se definió como la proporción de pacientes que tuvieron una respuesta completa (RC) o una respuesta parcial (RP). La RC se definió como el cumplimiento de los criterios de recuento de plaquetas de > 30 x 10⁹/l.

La mediana de edad de la población total fue de 10 años (rango: 2 a 17 años), el 54,9 % de los pacientes eran varones y el 58,8 % de los pacientes eran caucásicos. La mediana del índice de masa corporal (IMC) fue de 17,9 kg/m². Había 12 pacientes de < 6 años y 39 pacientes de 6 a < 18 años.

La tasa de respuesta global (TRG) fue del 19,6 % en la semana 12, del 52,9 % en la semana 26, del 45,1 % en la semana 52 y del 45,1 % en la semana 78 para todos los pacientes. La TRG fue generalmente mayor en el grupo A que en el grupo B (por ejemplo, el 71,4 % frente al 45,9 % en la semana 26). La tasa de respuesta plaquetaria (TRP) fue del 47,1 % en la semana 12, del 56,9 % en la semana 26, del 51,0 % en la semana 52 y del 49,0 % en la semana 78.

Veintiocho (7 pacientes en el grupo A y 21 pacientes en el grupo B) de los 42 pacientes que dependían de transfusiones de glóbulos rojos al inicio lograron la independencia de transfusiones durante al menos 56 días durante el estudio. A partir de la fecha de corte de datos (22 de abril de 2022), la mediana del periodo sin transfusión de glóbulos rojos más largo fue de 264 días para 34 pacientes (rango: 58 a 1 074), 321 días (rango: 185 a 860 días) para el grupo A, y 259 días (rango: 58 a 1 074 días) para el grupo B. Treinta y tres (8 pacientes en el grupo A y 25 pacientes en el grupo B) de los 43 pacientes que dependían de transfusiones de plaquetas al inicio lograron la independencia de transfusiones durante al menos 28 días durante el estudio. A partir de la fecha de corte de datos, la mediana del periodo sin transfusión de plaquetas más largo fue de 263 días (rango: 34 a 1 067 días) para 40 pacientes, 268 días (rango: 36 a 860 días) para el grupo A, y 250 días (rango: 34 a 1 067 días) para el grupo B.

Los resultados de seguridad fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido del eltrombopag (ver sección 4.8).

Los resultados de eficacia no fueron suficientes para concluir sobre la eficacia del eltrombopag en pacientes pediátricos con AAG.

5.2 Propiedades farmacocinéticas

Farmacocinética

En un análisis de farmacocinética poblacional se recogieron los datos de la concentración en el tiempo de eltrombopag en plasma en 88 pacientes con PTI en los estudios TRA100773A y TRA100773B y se combinaron con los datos de 111 adultos sanos. En la tabla siguiente se presentan los datos de $AUC_{(0-\tau)}$ y C_{max} de eltrombopag en plasma estimados para pacientes con PTI (Tabla 12).

Tabla 12 Media geométrica (95 % intervalos de confianza) de los parámetros farmacocinéticos en el estado estacionario de eltrombopag en plasma en adultos con PTI

Dosis de Eltrombopag, una vez al día	N	$AUC_{(0-\tau)}$, $\mu\text{g.h/ml}$	C_{max} , $\mu\text{g/ml}$
30 mg	28	47 (39; 58)	3,78 (3,18; 4,49)
50 mg	34	108 (88; 134)	8,01 (6,73; 9,53)
75 mg	26	168 (143; 198)	12,7 (11,0; 14,5)

^a $AUC_{(0-\tau)}$ y C_{max} basados en la farmacocinética poblacional después de los estimados

En un análisis farmacocinético poblacional de la concentración plasmática de eltrombopag, se combinaron los datos recogidos de 590 pacientes con VHC incluidos en los estudios de fase III TPL103922/ENABLE 1 y TPL108390/ENABLE 2, con los datos procedentes de pacientes con VHC incluidos en el estudio fase II TPL102357 y con datos procedentes de sujetos adultos sanos. En la Tabla 13 se presentan para cada dosis estudiada, las estimaciones de la C_{max} y el $AUC_{(0-\tau)}$ de eltrombopag en plasma para los pacientes adultos con VHC reclutados en los estudios fase III.

Tabla 13 Media geométrica (IC 95 %) de los parámetros farmacocinéticos de eltrombopag en plasma en estado estacionario, en pacientes con VHC crónica

Dosis de eltrombopag (una vez al día)	N	$AUC_{(0-\tau)}$ ($\mu\text{g.h/ml}$)	C_{max} ($\mu\text{g/ml}$)
25 mg	330	118 (109; 128)	6,40 (5,97; 6,86)
50 mg	119	166 (143; 192)	9,08 (7,96; 10,35)
75 mg	45	301 (250; 363)	16,71 (14,26; 19,58)
100 mg	96	354 (304; 411)	19,19 (16,81; 21,91)

$AUC (0-\tau)$ y C_{max} en base al análisis farmacocinético poblacional después de los estimados a la dosis más alta de los datos de cada paciente.

Absorción y biodisponibilidad

Eltrombopag se absorbe con un pico de concentración que ocurre a las 2-6 horas después de la administración oral. La administración de eltrombopag junto con antiácidos y otros productos que contienen cationes polivalentes como productos lácteos y suplementos minerales, reduce significativamente la exposición a eltrombopag (ver sección 4.2). En un estudio de biodisponibilidad relativa en adultos, eltrombopag polvo para suspensión oral presentó un 22 % más de $AUC_{(0-\infty)}$ en

plasma que la formulación en comprimidos recubiertos con película. No se ha establecido la biodisponibilidad oral absoluta de eltrombopag tras la administración a humanos. En base a la excreción urinaria y la eliminación de metabolitos en heces, la absorción oral del material relacionado con el medicamento tras la administración de una dosis única de 75 mg de eltrombopag en solución se estimó que es al menos el 52 %.

Distribución

Eltrombopag se une altamente a proteínas plasmáticas humanas (> 99,9 %), predominantemente a albúmina. Eltrombopag es un sustrato de BCRP, pero no es un sustrato para la P-glicoproteína o OATP1B1.

Biotransformación

Eltrombopag se metaboliza principalmente por hidrólisis, oxidación y conjugación con ácido glucurónico, glutatión o cisteína. En un estudio de radiomarcado humano, eltrombopag representó el 64 % del AUC_{0-∞} del radiocarbono en plasma. También se detectaron metabolitos menores debido a la glucuronidación y la oxidación. Los estudios *in vitro* sugieren que CYP1A2 y CYP2C8 son responsables del metabolismo oxidativo de eltrombopag. Las enzimas uridina difosfoglucuronil transferasa UGT1A1 y UGT1A3 son responsables de la glucuronidación y las bacterias en el tracto gastrointestinal bajo pueden ser responsables de la vía de hidrólisis.

Eliminación

El eltrombopag absorbido es ampliamente metabolizado. La vía principal de eliminación de eltrombopag es a través de las heces (59 %), con un 31 % de la dosis hallada en orina como metabolitos. No se ha detectado en orina el compuesto principal inalterado (eltrombopag). La cantidad de eltrombopag inalterado detectado en heces representa aproximadamente el 20 % de la dosis. La semivida de eliminación de eltrombopag en plasma es de aproximadamente 21 - 32 horas.

Interacciones farmacocinéticas

Basado en un estudio humano con eltrombopag radiomarcado, la glucuronidación juega un papel menor en el metabolismo de eltrombopag. Los estudios en microsomas hepáticos identificaron UGT1A1 y UGT1A3 como las enzimas responsables de la glucuronidación del eltrombopag. Eltrombopag fue un inhibidor *in vitro* de un número de enzimas UGT. No se prevé que existan interacciones de fármacos clínicamente significativas que incluyen glucuronidación debido a la limitada contribución individual de las enzimas UGT en la glucuronidación de eltrombopag.

Aproximadamente el 21 % de una dosis de eltrombopag puede sufrir metabolismo oxidativo. Estudios realizados en microsomas hepáticos humanos identificaron CYP1A2 y CYP2C8 como las enzimas responsables de la oxidación de eltrombopag. En base a los estudios *in vitro* e *in vivo*, eltrombopag no inhibe o induce enzimas CYP (ver sección 4.5).

Los estudios *in vitro* demostraron que eltrombopag es un inhibidor del transportador OATP1B1 y un inhibidor del transportador BCRP y en un ensayo clínico de interacción de fármacos, eltrombopag aumentó la exposición del sustrato de OATP1B1 y BCRP, rosuvastatina (ver sección 4.5). En los ensayos clínicos con eltrombopag, se recomendó una reducción de la dosis de las estatinas en un 50 %.

Eltrombopag forma quelatos con cationes polivalentes como hierro, calcio, magnesio, aluminio, selenio y zinc (ver las secciones 4.2 y 4.5).

Los estudios *in vitro*, demostraron que eltrombopag no es un sustrato del polipéptido transportador de aniones orgánicos, OATP1B1, sino que es un inhibidor de este transportador (valor IC₅₀ de 2,7 µM [1,2 µg/ml]). Los estudios *in vitro* también demostraron que eltrombopag es sustrato e inhibidor de la proteína de resistencia al cáncer de mama (BCRP) (valor IC₅₀ de 2,7 µM [1,2 µg/ml]).

Poblaciones especiales de pacientes

Insuficiencia renal

Se ha estudiado la farmacocinética de eltrombopag tras la administración de eltrombopag a adultos con insuficiencia renal. Tras la administración de una dosis única de 50 mg, el $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag fue del 32 % al 36 % menor en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada y un 60 % menor en pacientes con insuficiencia renal grave, en comparación con voluntarios sanos. Hubo una variabilidad substancial y una superposición en las exposiciones entre pacientes con insuficiencia renal y voluntarios sanos. No se midieron las concentraciones de eltrombopag no unido a proteínas plasmáticas (eltrombopag activo) para este medicamento que se une altamente a proteínas plasmáticas. Los pacientes con función renal alterada deben utilizar eltrombopag con precaución y se debe realizar un seguimiento estrecho, por ejemplo comprobando la creatinina en suero y/o realizando análisis de orina (ver sección 4.2). No se ha establecido la eficacia y seguridad de eltrombopag en pacientes con insuficiencia renal de moderada a grave e insuficiencia hepática.

Insuficiencia hepática

Se ha estudiado la farmacocinética de eltrombopag tras la administración de eltrombopag a adultos con insuficiencia hepática. Tras la administración de una dosis única de 50 mg, el $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag fue un 41 % mayor en pacientes con insuficiencia hepática leve y un 80 a 93 % mayor en pacientes con insuficiencia hepática de moderada a grave, en comparación con voluntarios sanos. Hubo una variabilidad substancial y una superposición significativa de las exposiciones entre pacientes con insuficiencia hepática y voluntarios sanos. No se midieron las concentraciones de eltrombopag no unido a proteínas plasmáticas (eltrombopag activo) para este medicamento que se une altamente a proteínas plasmáticas.

La influencia de la insuficiencia hepática sobre la farmacocinética de eltrombopag tras la administración de dosis repetidas fue evaluada usando un análisis farmacocinético poblacional en 28 adultos sanos y 714 pacientes con enfermedad hepática crónica (673 pacientes con VHC y 41 pacientes con enfermedad hepática crónica de otra etiología). De los 714 pacientes, 642 presentaban insuficiencia hepática leve, 67 insuficiencia hepática moderada y 2 insuficiencia hepática grave. Los pacientes con insuficiencia hepática leve presentaron unos valores superiores de $AUC_{(0-\tau)}$ de aproximadamente el 111 % (IC 95 %: 45 % al 283 %) en comparación con voluntarios sanos, mientras que los pacientes con insuficiencia hepática moderada presentaron unos valores superiores de $AUC_{(0-\tau)}$ de aproximadamente el 183 % (IC 95 %: 90 % al 459 %) en comparación con voluntarios sanos.

Por tanto, eltrombopag no se debe utilizar en pacientes con PTI e insuficiencia hepática (escala Child-Pugh ≥ 5) a menos que el beneficio esperado sea mayor que el riesgo identificado de trombosis venosa portal (ver las secciones 4.2 y 4.4). En pacientes con VHC, iniciar el tratamiento con eltrombopag a dosis de 25 mg una vez al día (ver sección 4.2).

Raza

La influencia de la etnia de Asia del Este en la farmacocinética de eltrombopag se evaluó utilizando un análisis farmacocinético poblacional en 111 adultos sanos (31 de Asia del Este) y 88 pacientes con PTI (18 de Asia del Este). En base a las estimaciones del análisis farmacocinético poblacional, los pacientes de Asia del Este con PTI, tuvieron unos valores de $AUC_{(0-\tau)}$ de eltrombopag en plasma aproximadamente un 49 % mayor, en comparación con los pacientes que no eran de Asia del Este, predominantemente caucásicos (ver sección 4.2).

La influencia de grupo étnico del Este o del Sudeste asiático sobre la farmacocinética de eltrombopag, fue evaluada usando un análisis farmacocinético poblacional en 635 pacientes con VHC (145 de Asia del Este y 69 del Sudeste asiático). En base a las estimaciones del análisis farmacocinético poblacional, los pacientes del Este y Sudeste asiático presentaron valores superiores del $AUC_{(0-\tau)}$ de

eltrombopag en plasma de aproximadamente el 55 % en comparación con pacientes de otras razas, predominantemente Caucásicos (ver sección 4.2).

Género

La influencia del género en la farmacocinética de eltrombopag se evaluó utilizando un análisis de farmacocinética poblacional en 111 adultos sanos (14 mujeres) y 88 pacientes con PTI (57 mujeres). En base a los estimados del análisis de farmacocinética poblacional, las mujeres con PTI tuvieron unos valores de $AUC_{(0-\tau)}$ de eltrombopag en plasma aproximadamente un 23 % mayor, en comparación con los hombres, sin ajustes por diferencias de peso corporal.

La influencia del género en la farmacocinética de eltrombopag fue evaluada utilizando un análisis farmacocinético poblacional en 635 pacientes con VHC (260 mujeres). En base a las estimaciones del modelo, las pacientes mujeres con VHC presentaron valores superiores del $AUC_{(0-\tau)}$ de eltrombopag en plasma de aproximadamente el 41 % en comparación con los pacientes hombres.

Edad

La influencia de la edad sobre la farmacocinética de eltrombopag fue evaluada utilizando un análisis farmacocinético poblacional en 28 sujetos sanos, 673 pacientes con VHC y 41 pacientes con enfermedad hepática crónica de otra etiología, con rangos de edad entre los 19 y los 74 años. No hay datos farmacocinéticos sobre el uso de eltrombopag en pacientes ≥ 75 años de edad. En base a las estimaciones del modelo, los pacientes de edad avanzada (≥ 65 años) presentaron valores superiores del $AUC_{(0-\tau)}$ de eltrombopag en plasma de aproximadamente el 41 % en comparación con los pacientes más jóvenes (ver sección 4.2).

Población pediátrica (de 1 a 17 años de edad)

La farmacocinética de eltrombopag se ha evaluado en dos estudios en 168 pacientes pediátricos con PTI con una dosis diaria: TRA108062/PETIT y TRA115450/PETIT-2. Tras la administración oral el aclaramiento plasmático de eltrombopag aparente aumentó con el incremento del peso corporal. Los efectos de la raza y del género en el aclaramiento de eltrombopag plasmático se estimó que era consistente entre pacientes pediátricos y adultos. Pacientes pediátricos del Este o Sudeste asiático con PTI presentaron aproximadamente un 43 % más de valores de $AUC_{(0-\tau)}$ de eltrombopag plasmático que pacientes que no eran asiático. Las niñas con PTI tuvieron aproximadamente un 25 % más de valores de $AUC_{(0-\tau)}$ de eltrombopag plasmático que los niños.

Los parámetros farmacocinéticos de eltrombopag en pacientes pediátricos con PTI se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14 Media geométrica (95 % IC) de los parámetros farmacocinéticos de eltrombopag en plasma en estado estacionario de pacientes pediátricos con PTI (50 mg en régimen de dosificación de una vez al día)

Edad	C_{max} ($\mu\text{g}/\text{ml}$)	$AUC_{(0-\tau)}$ ($\mu\text{g}\cdot\text{hr}/\text{ml}$)
12 a 17 años (N = 62)	6,80 (6,17; 7,50)	103 (91,1; 116)
6 a 11 años (N = 68)	10,3 (9,42; 11,2)	153 (137; 170)
1 a 5 años (N = 38)	11,6 (10,4; 12,9)	162 (139; 187)

Los datos se presentan como media geométrica (95 % IC). $AUC_{(0-\tau)}$ y C_{max} en base al análisis farmacocinético poblacional post-hoc estimada.

La Tabla 15 muestra los datos farmacocinéticos de eltrombopag plasmático a la dosis máxima individual en estado estacionario de 38 pacientes pediátricos con AAG en primera línea (grupo B) o

segunda línea (grupo A), tras una dosis común de 50 mg del estudio CETB115E2201. En general, el aclaramiento de eltrombopag fue menor y la exposición de eltrombopag plasmático fue mayor para los pacientes de 2 a < 6 años de edad en comparación con los pacientes de 6 a < 18 años de edad.

Tabla 15 Parámetros farmacocinéticos de eltrombopag a la dosis máxima individual en estado estacionario del estudio CETB115E2201, ajustados a la dosis de 50 mg (semana 12 o posterior) por grupo y edad

Tratamiento	Grupo de edad	Estadística	AUC _(0-∞) ($\mu\text{g} \cdot \text{hr}/\text{ml}$)	C _{máx} ($\mu\text{g}/\text{ml}$)
Grupo A (N=11)	2 a < 6 años	n	1	1
		Media geométrica	272	16,1
		% CV geométrico		
	6 a < 18 años	n	5	7
		Media geométrica	306	14,5
		% CV geométrico	63,8	58,2
Grupo B (N=27)	2 a < 6 años	n	6	8
		Media geométrica	502	27,1
		% CV geométrico	65,6	40,6
	6 a < 18 años	n	10	15
		Media geométrica	275	15,6
		% CV geométrico	52,6	47,2
Total de pacientes (N=38)	2 a < 6 años	n	7	9
		Media geométrica	460	25,6
		Geo-CV%	64,9	42,2
	6 a < 18 años	n	15	22
		Media geométrica	285	15,2
		% CV geométrico	54,2	49,5

Grupo A: eltrombopag administrado como tratamiento de segunda línea,

Grupo B: eltrombopag administrado como tratamiento de primera línea.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

Seguridad farmacológica y toxicidad a dosis repetidas

Eltrombopag no estimula la producción de plaquetas en ratones, ratas o perros por la especificidad única del receptor de TPO. Por tanto, los datos de estos animales no modelan por completo las reacciones adversas potenciales relacionadas con la farmacología de eltrombopag en humanos, incluyendo los estudios de reproducción y carcinogenicidad.

Se detectaron en roedores cataratas relacionadas con el tratamiento y fueron dosis y tiempo dependientes. A ≥ 6 veces la exposición clínica en humanos adultos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y a 3 veces la exposición clínica en humanos adultos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día, se observaron cataratas en ratones después de 6 semanas de tratamiento y en ratas después de 28 semanas de tratamiento. A una exposición clínica ≥ 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y a 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día, se observaron cataratas en ratones después de 13 semanas de tratamiento y en ratas tras 39 semanas de tratamiento. En ratas jóvenes utilizando dosis no toleradas, pre-destete, tratadas del día 4 al 32 (aproximadamente equivalente a 2 años en humanos al final del periodo de dosificación) se observaron opacidades oculares (no se realizó histología) a una exposición 9 veces mayor de la máxima exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día. Sin embargo, las cataratas no se observaron en ratas jóvenes con dosis toleradas a una exposición 5 veces mayor de la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes pediátricos con PTI. No se han observado cataratas en perros adultos tras 52 semanas de dosificación.

(a una exposición clínica 2 veces mayor a la exposición clínica en humanos adultos o pediátricos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y equivalente a una exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día).

Se observó toxicidad tubular renal en estudios de hasta 14 días de duración en ratones y ratas, a exposiciones que se asociaron generalmente con morbilidad y mortalidad. La toxicidad tubular también se observó en un estudio de carcinogenicidad oral a 2 años en ratones, a las dosis de 25, 75 y 150 mg/kg/día. Los efectos fueron menos graves a dosis menores y se caracterizaron por un espectro de cambios regenerativos. La exposición a la menor dosis fue 1,2 o 0,8 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y a 0,6 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día. No se observaron efectos renales en ratas tras 28 semanas o en perros tras 52 semanas a exposiciones de 4 y 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos con PTI y 3 y 2 veces la exposición clínica en humanos de pacientes pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y dos veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día.

La degeneración y/o necrosis de los hepatocitos, a menudo acompañada de un incremento de los niveles de enzimas hepáticas en suero, se observó en ratones, ratas y perros a dosis que se asociaron con morbilidad y mortalidad o dosis que fueron mal toleradas. No se observaron efectos hepáticos tras el tratamiento crónico en ratas (28 semanas) y en perros (52 semanas) a 4 o 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos con PTI y 3 o 2 veces la exposición clínica en humanos de pacientes pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y dos veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día.

A dosis mal toleradas en ratas y perros (> 10 veces o 7 veces la exposición clínica máxima en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y > 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día), en los estudios a corto plazo se observó una disminución en el recuento de reticulocitos e hiperplasia eritroide de médula ósea regenerativa (sólo en ratas). No hubo efectos notables en la masa eritrocitaria o en los recuentos de reticulocitos tras la administración de un tratamiento durante 28 semanas en ratas, 52 semanas en perros y 2 años en ratones o ratas a las dosis máximas toleradas que fueron de 2 a 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y ≤ 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día.

En un estudio de toxicidad en ratas con una dosis no tolerada de 60 mg/Kg/día (6 veces o 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 3 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día), se observó hiperostosis endóstica en la semana 28. No se observaron cambios en los huesos de ratones o ratas tras una exposición de por vida (2 años) a 4 veces o 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día.

Carcinogenicidad y mutagenicidad

Eltrombopag no fue carcinogénico en ratones a dosis de hasta 75 mg/kg/día o en ratas a dosis de hasta 40 mg/kg/día (exposiciones de hasta 4 veces o 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). Eltrombopag no fue mutagénico o clastogénico en un ensayo de mutación bacteriana o en dos ensayos *in vivo* en ratas (micronúcleos y síntesis de ADN no programada, 10 veces u 8 veces la exposición clínica en humanos adultos o pediátricos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y 7 veces la exposición clínica en humanos basada en la C_{max} de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). En el ensayo *in vivo* de linfoma en ratón, eltrombopag fue marginalmente positivo (< 3 veces de aumento en

la frecuencia de mutación). Estos hallazgos *in vitro* e *in vivo* sugieren que eltrombopag no tiene un riesgo genotóxico en humanos.

Toxicidad en la reproducción

Eltrombopag no afectó la fertilidad femenina, el desarrollo embrionario temprano o el desarrollo embriofetal en ratas a dosis de hasta 20 mg/kg/día (2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o adolescentes (12-17 años) con PTI a dosis de 75 mg/día, y equivalente a la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). Tampoco hubo efecto en el desarrollo embriofetal en conejos a dosis de hasta 150 mg/kg/día, la dosis más alta probada (de 0,3 a 0,5 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y > 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). Sin embargo, a una dosis materna tóxica de 60 mg/kg/día (6 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y 3 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día) en ratas, el tratamiento con eltrombopag se asoció con mortalidad embrionaria (pérdida pre y post-implantación aumentada), peso corporal fetal y peso del útero grávido reducidos en el estudio de fertilidad femenina y una baja incidencia de costillas cervicales y peso fetal reducido en el estudio de desarrollo embriofetal. Solamente se puede utilizar eltrombopag durante el embarazo si los beneficios esperados justifican los posibles riesgos para el feto (ver sección 4.6). Eltrombopag no afectó a la fertilidad masculina en ratas a dosis de hasta 40 mg/kg/día, la dosis más alta probada (3 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). En el estudio de desarrollo pre y postnatal en ratas, no hubo reacciones adversas en el embarazo, parto o lactancia de la F₀ de las ratas hembra a dosis maternas no tóxicas (10 y 20 mg/kg/día) y no hubo efectos en el crecimiento, desarrollo, neurocomportamiento o función reproductiva de la descendencia (F₁). Se detectó eltrombopag en plasma de todas las crías de rata F₁ para todo el periodo de muestreo de 22 horas tras la administración del medicamento a las hembras F₀, lo que sugiere que la exposición a eltrombopag de las crías de rata fue probable a través de la lactancia.

Fototoxicidad

Los estudios *in vitro* con eltrombopag sugieren un riesgo potencial de fototoxicidad, sin embargo, en roedores no hubo evidencia de fototoxicidad cutánea (10 o 7 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 5 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día) o fototoxicidad ocular (≥ 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 3 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). Además, un estudio de farmacología clínica en 36 individuos no mostró evidencia de que la fotosensibilidad aumente tras la administración de 75 mg de eltrombopag. Esto se midió con el índice de fototoxicidad retardada. No obstante, no se puede descartar un potencial riesgo de fotoalergia debido a que no se puede realizar un estudio preclínico específico.

Estudios de animales juveniles

A dosis no toleradas en ratas pre-destete, se observaron opacidades oculares. En dosis toleradas, no se observaron opacidades oculares (vea la subsección anterior "Seguridad farmacológica y toxicidad a dosis repetidas"). En conclusión, teniendo en cuenta los márgenes de exposición en relación al AUC, no se puede excluir el riesgo de cataratas relacionadas con eltrombopag en pacientes pediátricos. No se han detectado hallazgos en ratas jóvenes que sugieran un mayor riesgo de toxicidad con el tratamiento de eltrombopag en pacientes adultos vs. pediátricos con PTI.

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1 Lista de excipientes

Revolade 12,5 mg comprimidos recubiertos con película

Núcleo del comprimido

Esterato de magnesio
Manitol (E421)
Celulosa microcristalina
Povidona
Carboximetilalmidón sódico

Recubrimiento del comprimido

Hipromelosa (E464)
Macrogol 400 (E1521)
Polisorbato 80 (E433)
Dióxido de titanio (E171)

Revolade 25 mg comprimidos recubiertos con película

Núcleo del comprimido

Esterato de magnesio
Manitol (E421)
Celulosa microcristalina
Povidona
Carboximetilalmidón sódico

Recubrimiento del comprimido

Hipromelosa (E464)
Macrogol 400 (E1521)
Polisorbato 80 (E433)
Dióxido de titanio (E171)

Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película

Núcleo del comprimido

Esterato de magnesio
Manitol (E421)
Celulosa microcristalina
Povidona
Carboximetilalmidón sódico

Recubrimiento del comprimido

Hipromelosa (E464)
Óxido de hierro rojo (E172)
Óxido de hierro amarillo (E172)
Macrogol 400 (E1521)
Dióxido de titanio (E171)

Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película

Núcleo del comprimido

Esterato de magnesio
Manitol (E421)
Celulosa microcristalina
Povidona
Carboximetilalmidón sódico

Recubrimiento del comprimido

Hipromelosa (E464)
Óxido de hierro rojo (E172)
Óxido de hierro negro (E172)
Macrogol 400 (E1521)
Dióxido de titanio (E171)

6.2 Incompatibilidades

No procede.

6.3 Periodo de validez

3 años

6.4 Precauciones especiales de conservación

No requiere condiciones especiales de conservación.

6.5 Naturaleza y contenido del envase

Comprimidos recubiertos con película

Blisters de aluminio (PA/Alu/PVC/Alu) en un estuche que contiene 14 o 28 comprimidos recubiertos con película y envases múltiples que contienen 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28).

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

6.6 Precauciones especiales de eliminación

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

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Revolade 12,5 mg comprimidos recubiertos con película

EU/1/10/612/010
EU/1/10/612/011
EU/1/10/612/012

Revolade 25 mg comprimidos recubiertos con película

EU/1/10/612/001
EU/1/10/612/002
EU/1/10/612/003

Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película

EU/1/10/612/004
EU/1/10/612/005
EU/1/10/612/006

Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película

EU/1/10/612/007
EU/1/10/612/008
EU/1/10/612/009

9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Fecha de la primera autorización: 11 de Marzo de 2010
Fecha de la última renovación: 15 de Enero de 2015

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <https://www.ema.europa.eu>.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Revolade 25 mg polvo para suspensión oral

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada sobre contiene eltrombopag olamina equivalente a 25 mg de eltrombopag.

Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Polvo para suspensión oral

Polvo marrón rojizo a amarillo.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

Revolade está indicado en pacientes adultos para el tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria (PTI) que son refractarios a otros tratamientos (por ejemplo, corticosteroides, inmunoglobulinas) (ver las secciones 4.2 y 5.1).

Revolade está indicado en pacientes pediátricos de 1 año o más de edad para el tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria (PTI) de 6 meses o más de duración desde el diagnóstico y que son refractarios a otros tratamientos (por ejemplo, corticosteroides, inmunoglobulinas) (ver las secciones 4.2 y 5.1).

Revolade está indicado para el tratamiento de la trombocitopenia en pacientes adultos con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), cuando el grado de trombocitopenia es el principal factor que impide el inicio o limita la capacidad de mantener un tratamiento basado en interferón de forma óptima (ver las secciones 4.4 y 5.1).

Revolade está indicado en pacientes adultos con anemia aplásica grave (AAG) adquirida que han sido refractarios a un tratamiento inmunosupresor previo o muy pretratados y que no son candidatos a un trasplante de progenitores hematopoyéticos (ver sección 5.1).

4.2 Posología y forma de administración

El tratamiento con eltrombopag se debe iniciar por y permanecer bajo la supervisión de un médico con experiencia en el tratamiento de enfermedades hematológicas o con experiencia en el manejo de la hepatitis C crónica y sus complicaciones.

Posología

La pauta posológica de eltrombopag se debe individualizar en base al recuento de plaquetas del paciente. El objetivo del tratamiento con eltrombopag no debe ser normalizar el recuento de plaquetas.

El polvo para suspensión oral puede provocar una mayor exposición de eltrombopag que la formulación en comprimidos (ver sección 5.2.). Cuando se cambie de formulación de comprimidos a polvo para suspensión oral, se debe monitorizar semanalmente los niveles de plaquetas durante 2 semanas.

Trombocitopenia inmune (primaria)

Se debe utilizar la mínima dosis de eltrombopag para alcanzar y mantener un recuento de plaquetas $\geq 50\,000/\mu\text{l}$. Los ajustes de dosis se deben hacer en función de la respuesta sobre el recuento de plaquetas. No se debe utilizar eltrombopag para normalizar el recuento de plaquetas. En estudios clínicos con eltrombopag, el incremento en el recuento de plaquetas se produjo de forma general entre la 1^a y 2^a semana después de iniciar el tratamiento, y disminuyó entre la 1^a y 2^a semana después de la suspensión del tratamiento.

Adultos y pacientes pediátricos de 6 a 17 años

La dosis inicial recomendada de eltrombopag es de 50 mg una vez al día. Para pacientes de ascendencia del Este o Sudeste asiático, el tratamiento con eltrombopag se debe iniciar a una dosis reducida de 25 mg una vez al día (ver sección 5.2).

Población pediátrica de 1 a 5 años

La dosis inicial recomendada de eltrombopag es de 25 mg una vez al día.

Monitorización y ajuste de dosis

Después de iniciar el tratamiento con eltrombopag, la dosis se debe ajustar para alcanzar y mantener un recuento de plaquetas $\geq 50\,000/\mu\text{l}$, necesario para reducir el riesgo de sangrado. No se debe sobrepasar la dosis diaria de 75 mg.

Durante el tratamiento con eltrombopag, se debe monitorizar frecuentemente el perfil hematológico y las pruebas hepáticas, y se debe modificar la pauta posológica de eltrombopag en función del recuento de plaquetas, tal y como se recoge en la Tabla 1. Durante el tratamiento con eltrombopag se deben evaluar semanalmente los recuentos sanguíneos completos (RSC), incluyendo recuento de plaquetas y frotis de sangre periférica hasta que se haya alcanzado un recuento de plaquetas estable ($\geq 50\,000/\mu\text{l}$ durante al menos 4 semanas). Posteriormente se deben realizar mensualmente recuentos sanguíneos completos, incluyendo recuento de plaquetas y frotis de sangre periférica.

Tabla 1 Ajustes de dosis de eltrombopag en pacientes con PTI

Recuento de plaquetas	Ajuste de dosis o respuesta
< 50 000/ μl después de al menos dos semanas de tratamiento	Aumentar la dosis diaria en 25 mg hasta un máximo de 75 mg/día*.
$\geq 50\,000/\mu\text{l}$ a $\leq 150\,000/\mu\text{l}$	Utilizar la menor dosis de eltrombopag y/o tratamiento concomitante para PTI para mantener un recuento de plaquetas que evite o reduzca el sangrado.
$> 150\,000/\mu\text{l}$ a $\leq 250\,000/\mu\text{l}$	Disminuir la dosis diaria en 25 mg. Esperar 2 semanas para evaluar los efectos de ésta reducción de dosis y de posteriores ajustes de dosis [†] .
$> 250\,000/\mu\text{l}$	Interrumpir el tratamiento con eltrombopag. Aumentar la frecuencia de monitorización de plaquetas a dos veces por semana. En el momento que el recuento de plaquetas sea $\leq 100\,000/\mu\text{l}$, reiniciar el tratamiento reduciendo 25 mg la dosis diaria.

* Para pacientes que toman 25 mg de eltrombopag una vez en días alternos, aumentar la dosis a 25 mg una vez al día.

† Para pacientes que toman 25 mg de eltrombopag una vez al día disminuir la dosis a 12,5 mg una vez al día o 25 mg una vez en días alternos.

Eltrombopag se puede administrar junto con otros medicamentos para el tratamiento de la PTI. Para evitar un aumento excesivo en el recuento de plaquetas durante el tratamiento con eltrombopag, se debe modificar la pauta posológica de la medicación concomitante utilizada para el tratamiento de la PTI.

Es necesario esperar al menos 2 semanas para observar el efecto de cualquier ajuste de dosis en la respuesta plaquetaria del paciente, antes de realizar otro ajuste de dosis.

El ajuste de dosis estándar de eltrombopag, tanto para un incremento de la dosis como para una disminución, debe ser de 25 mg una vez al día.

Suspensión del tratamiento

Si después de 4 semanas de tratamiento con eltrombopag a dosis de 75 mg una vez al día, el recuento de plaquetas no aumenta hasta alcanzar un nivel suficiente como para evitar un sangrado clínicamente importante, se debe suspender el tratamiento.

De forma periódica, los pacientes deben ser evaluados clínicamente y el médico que le esté tratando debe decidir sobre la continuación del tratamiento de forma individual. En pacientes no esplenectomizados se debe evaluar la esplenectomía. Es posible que la trombocitopenia reaparezca en cuanto se interrumpa el tratamiento (ver sección 4.4).

Trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica (VHC)

Cuando se administra eltrombopag en combinación con antivirales, se debe consultar la ficha técnica completa de los medicamentos que se administran junto con eltrombopag para examinar los detalles relevantes de la información de seguridad o contraindicaciones.

En los estudios clínicos, el incremento en el recuento de plaquetas se produjo de forma general en la 1^a semana de inicio del tratamiento con eltrombopag. El objetivo del tratamiento con eltrombopag es alcanzar el nivel mínimo necesario en el recuento de plaquetas que permita iniciar el tratamiento antiviral, cumpliendo con las recomendaciones de la práctica clínica. Durante el tratamiento antiviral, el objetivo del tratamiento con eltrombopag es mantener un nivel en el recuento de plaquetas, normalmente entre 50 000 - 75 000/ µl, que evite complicaciones por riesgo de sangrado. Se debe evitar alcanzar un recuento de plaquetas > 75 000/ µl. Se debe utilizar la mínima dosis de eltrombopag para alcanzar estos niveles. Los ajustes de dosis se deben realizar en función de la respuesta sobre el recuento de plaquetas.

Pauta posológica de inicio

Se debe iniciar el tratamiento con una dosis de 25 mg de eltrombopag una vez al día. No es necesario realizar ajustes de dosis en pacientes con VHC de ascendencia del Este o Sudeste asiático o en pacientes con insuficiencia hepática leve (ver sección 5.2).

Monitorización y ajustes de dosis

Los ajustes de dosis con eltrombopag se deben realizar en incrementos de 25 mg cada 2 semanas, y según sea necesario para alcanzar el recuento de plaquetas requerido para iniciar el tratamiento antiviral. Antes de iniciar el tratamiento antiviral, se debe monitorizar el recuento de plaquetas todas las semanas. Una vez se inicie el tratamiento antiviral el recuento de plaquetas puede caer, por lo que se debe evitar realizar ajustes de dosis inmediatos de eltrombopag (ver Tabla 2).

Durante el tratamiento antiviral, se pueden producir descensos en el recuento de plaquetas que pueden poner a los pacientes en riesgo de sangrado, por lo tanto se debe ajustar la dosis de eltrombopag según sea necesario para evitar reducciones de dosis de peginterferón (ver Tabla 2). Durante el tratamiento antiviral, se debe monitorizar el recuento de plaquetas semanalmente hasta que se alcance un recuento de plaquetas estable, normalmente alrededor de 50 000 - 75 000/µl. Posteriormente, se deben realizar recuentos sanguíneos completos (RSC) mensuales, incluyendo recuento de plaquetas y frotis de sangre periférica. Si el recuento de plaquetas excede el nivel deseado, se puede realizar una reducción de la dosis diaria de 25 mg. Se recomienda esperar 2 semanas para evaluar los efectos de esta reducción de dosis así como de posteriores ajustes de dosis.

No se debe sobrepasar la dosis de 100 mg de eltrombopag una vez al día.

Tabla 2 Ajustes de dosis de eltrombopag en pacientes con HCV durante el tratamiento antiviral

Recuento de plaquetas	Ajustes de dosis o respuesta
< 50 000/ μ l después de al menos 2 semanas de tratamiento	Aumentar 25 mg la dosis diaria hasta un máximo de 100 mg/día.
\geq 50 000/ μ l a \leq 100 000/ μ l	Usar la menor dosis de eltrombopag necesaria para evitar reducciones de dosis de peginterferón.
$>$ 100 000/ μ l a \leq 150 000/ μ l	Disminuir 25 mg la dosis diaria. Esperar 2 semanas para evaluar los efectos de esta reducción de dosis y posteriores ajustes de dosis*.
$>$ 150 000/ μ l	Suspender el tratamiento con eltrombopag. Aumentar la frecuencia de monitorización del recuento de plaquetas a dos veces por semana. Cuando el recuento de plaquetas sea de \leq 100 000/ μ l, reiniciar el tratamiento reduciendo 25 mg* la dosis diaria.

* Para pacientes que estén tomando 25 mg de eltrombopag una vez al día, se debe considerar el reinicio del tratamiento con 25 mg de eltrombopag en días alternos (un día sí, un día no).

* Al iniciar el tratamiento antiviral el recuento de plaquetas puede caer, por lo que se debe evitar realizar reducciones inmediatas de la dosis de eltrombopag.

Suspensión del tratamiento

Si después de 2 semanas de tratamiento con eltrombopag a dosis de 100 mg no se alcanza el nivel de plaquetas necesario para iniciar el tratamiento antiviral, se debe suspender el tratamiento.

El tratamiento con eltrombopag debe finalizar cuando se suspenda el tratamiento antiviral, a menos que esté justificado continuar el tratamiento con eltrombopag. También se debe suspender el tratamiento con eltrombopag si el recuento de plaquetas es excesivo o si aparecen alteraciones en las pruebas de función hepática.

Anemia aplásica grave

Pauta posológica de inicio

Se debe iniciar con una dosis de 50 mg de eltrombopag, una vez al día. En pacientes de ascendencia del Este o Sudeste asiático, se debe iniciar con una dosis reducida de eltrombopag de 25 mg una vez al día (ver sección 5.2). Si el paciente presenta una anormalidad citogenética en el cromosoma 7 no se debe iniciar el tratamiento.

Monitorización y ajuste de dosis

La respuesta hematológica requiere una titulación de la dosis, generalmente hasta 150 mg, y puede tardar hasta 16 semanas después de empezar con eltrombopag (ver sección 5.1). Se debe ajustar la dosis de eltrombopag con incrementos de 50 mg cada 2 semanas hasta alcanzar recuentos de plaquetas \geq 50 000/ μ l. En pacientes que toman 25 mg una vez al día, primero se debe aumentar la dosis a 50 mg al día antes de aumentar la dosis con incrementos de 50 mg. No se debe sobrepasar la dosis de 150 mg al día. Se deben monitorizar clínicamente los recuentos hematológicos y realizar regularmente pruebas de función hepática durante el tratamiento con eltrombopag y modificar la pauta posológica de eltrombopag en función del recuento de plaquetas, como se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3 Ajuste de dosis de eltrombopag en pacientes con anemia aplásica grave

Recuento de plaquetas	Ajuste de dosis o respuesta
< 50 000/ μ l después de al menos 2 semanas de tratamiento	Incrementos de dosis de 50 mg al día hasta un máximo de 150 mg/día. En pacientes que toman 25 mg una vez al día, primero se ha de aumentar la dosis a 50 mg al día antes de aumentar la dosis con incrementos de 50 mg.
\geq 50 000/ μ l a \leq 150 000/ μ l	Utilizar la dosis más baja de eltrombopag que mantenga los recuentos plaquetarios.
$>$ 150 000/ μ l a \leq 250 000/ μ l	Disminuir la dosis diaria en 50 mg. Esperar 2 semanas para evaluar el efecto de éste y cualquier otro ajuste de dosis.
$>$ 250 000/ μ l	Suspender el tratamiento con eltrombopag; durante al menos una semana. Cuando el recuento de plaquetas sea de \leq 100 000/ μ l, reiniciar el tratamiento con la dosis diaria reducida en 50 mg.

Disminución gradual de los respondedores para las tres líneas (glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas)

En pacientes que obtienen respuesta en las tres líneas, incluida la independencia transfusional, con una duración de al menos 8 semanas: la dosis de eltrombopag se puede reducir en un 50 %.

Si los recuentos se mantienen estables después de 8 semanas con la dosis reducida, entonces se debe suspender eltrombopag y vigilar los recuentos sanguíneos. Si los recuentos de plaquetas cayesen a $<$ 30 000/ μ l, los de hemoglobina cayeran a $<$ 9 g/dl o el recuento absoluto de neutrófilos (RAN) a $<$ 0,5 x 10^9 /l, se puede reanudar el tratamiento con eltrombopag con la dosis anterior eficaz.

Suspensión del tratamiento

Si no hubiera respuesta hematológica después de 16 semanas de tratamiento con eltrombopag, se debe suspender el tratamiento. Si se detectaran nuevas anormalidades citogenéticas, se debe evaluar la conveniencia de continuar con eltrombopag (ver las secciones 4.4 y 4.8). Respuestas excesivas en el recuento plaquetario (como se indicaba en la Tabla 3) o anomalías importantes en las pruebas hepáticas requieren también la suspensión del tratamiento con eltrombopag (ver sección 4.8.).

Poblaciones especiales

Insuficiencia renal

No es necesario realizar ajustes de dosis en pacientes con insuficiencia renal. Los pacientes con la función renal alterada deben utilizar eltrombopag con precaución y estrecha monitorización, por ejemplo mediante análisis de creatinina en suero y/o realizando análisis de orina (ver sección 5.2).

Insuficiencia hepática

No se debe utilizar eltrombopag en pacientes con PTI y con insuficiencia hepática (escala Child-Pugh \geq 5) a menos que el beneficio esperado sea mayor que el riesgo identificado de trombosis venosa portal (ver sección 4.4).

Si se considera necesario utilizar eltrombopag en pacientes con PTI y con insuficiencia hepática, la dosis inicial debe ser de 25 mg una vez al día. En pacientes con insuficiencia hepática, se debe observar un periodo de 3 semanas desde el inicio del tratamiento con eltrombopag, para poder realizar incrementos de la dosis.

No se requieren ajustes de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve y trombocitopenia asociada a VHC crónica (escala Child-Pugh \leq 6). Los pacientes con VHC crónica o con AAG y con insuficiencia hepática, deben iniciar el tratamiento con eltrombopag a dosis de 25 mg una vez al día

(ver sección 5.2). En pacientes con insuficiencia hepática, se debe observar un periodo de 2 semanas desde el inicio del tratamiento con eltrombopag para poder realizar incrementos de la dosis.

Existe mayor riesgo de tener reacciones adversas incluyendo descompensación hepática y acontecimientos tromboembólicos (ATEs), en pacientes trombocitopénicos con enfermedad hepática avanzada tratados con eltrombopag en la preparación de un procedimiento quirúrgico invasivo y en pacientes con VHC que estén recibiendo tratamiento antiviral (ver las secciones 4.4 y 4.8).

Pacientes de edad avanzada

Los datos sobre el uso de eltrombopag en pacientes con PTI a partir de 65 años son limitados y no existe experiencia clínica en pacientes con PTI mayores de 85 años. En los estudios clínicos de eltrombopag, en general no se observaron diferencias clínicamente significativas en la seguridad de eltrombopag entre pacientes de al menos 65 años y pacientes más jóvenes. En otra experiencia clínica notificada, no se han identificado diferencias en las respuestas entre los pacientes de edad avanzada y los más jóvenes, pero no se puede descartar una mayor sensibilidad en algunos pacientes mayores (ver sección 5.2).

Los datos sobre el uso de eltrombopag en pacientes mayores de 75 años con VHC o con AAG, son limitados. Se aconseja tener precaución en estos pacientes (ver sección 4.4).

Pacientes del Este o Sudeste asiático

En pacientes adultos y pediátricos de ascendencia del Este o Sudeste asiático, incluidos los que tienen insuficiencia hepática, se recomienda iniciar el tratamiento con eltrombopag con una dosis reducida de 25 mg una vez al día (ver sección 5.2).

Se debe monitorizar continuamente el recuento de plaquetas de los pacientes y seguir los criterios estándar en modificaciones de dosis posteriores.

Población pediátrica

No se recomienda el uso de Revolade en niños menores de 1 año con PTI debido a la ausencia de datos suficientes de seguridad y de eficacia.

No se ha establecido la seguridad y eficacia de eltrombopag en niños y adolescentes (< 18 años) con trombocitopenia relacionada con VHC crónica. No se dispone de datos.

No se ha establecido la seguridad y eficacia de eltrombopag en niños y adolescentes (< 18 años) con AAG. Los datos actualmente disponibles están descritos en la sección 4.8, 5.1 y 5.2, sin embargo no se puede hacer una recomendación posológica.

Forma de administración (ver sección 6.6)

Vía oral.

La suspensión se debe tomar al menos dos horas antes o cuatro horas después de cualquiera de los siguientes productos que contengan cationes polivalentes (por ej., hierro, calcio, magnesio, aluminio selenio y zinc), tales como antiácidos, productos lácteos (u otros alimentos que contengan calcio), o suplementos minerales (ver las secciones 4.5 y 5.2).

4.3 Contraindicaciones

Hipersensibilidad a eltrombopag o a alguno de los excipientes, incluidos en la sección 6.1.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

En pacientes trombocitopénicos con VHC y con enfermedad hepática avanzada, definidos como aquellos con niveles bajos de albúmina $\leq 35 \text{ g/l}$ o con puntuación en la escala *Model for End Stage Liver Disease* (MELD) ≥ 10 , existe un mayor riesgo de presentar reacciones adversas incluyendo descompensación hepática mortal y acontecimientos tromboembólicos, cuando reciben tratamiento con eltrombopag en combinación con un tratamiento basado en interferón. Además, en este tipo de pacientes los beneficios del tratamiento en términos del porcentaje de pacientes que alcanzaron una Respuesta Viral Sostenida (RVS) frente a placebo, fue modesto (especialmente en aquellos con un nivel basal de albúmina $\leq 35 \text{ g/l}$) comparado con el conjunto global. En estos pacientes, el tratamiento con eltrombopag sólo debe ser iniciado por médicos con experiencia en el manejo de pacientes con VHC avanzada, y solamente cuando el riesgo de trombocitopenia o el mantenimiento del tratamiento antiviral precisen de intervención. Si el tratamiento está indicado clínicamente, se requiere una estrecha monitorización de los pacientes.

Combinación con medicamentos antivirales de acción directa

No se ha establecido la eficacia y seguridad de eltrombopag en combinación con medicamentos antivirales de acción directa aprobados para el tratamiento de la infección por hepatitis C crónica.

Riesgo de hepatotoxicidad

La administración de eltrombopag puede causar anomalías en la función hepática y hepatotoxicidad grave, que podría amenazar la vida (ver sección 4.8).

Se deben medir los niveles séricos de alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST) y bilirrubina antes de iniciar el tratamiento con eltrombopag, cada 2 semanas durante la fase de ajuste de dosis, y mensualmente una vez alcanzada la dosis estable. Eltrombopag inhibe UGT1A1 y OATP1B1, lo que puede provocar hiperbilirrubinemia indirecta. Si los niveles de bilirrubina son elevados, se debería analizar la bilirrubina fraccionada. Se deben evaluar las alteraciones de las pruebas en suero de la función hepática, con pruebas repetidas entre los 3 y los 5 días siguientes. Si las alteraciones se confirman, se deben monitorizar las pruebas en suero de la función hepática hasta que las alteraciones se resuelvan, se estabilicen o vuelvan a niveles basales. Se debe interrumpir el tratamiento con eltrombopag si los niveles de ALT aumentan (≥ 3 veces el límite superior normal [x LSN], en pacientes con función hepática normal, o $\geq 3 \times$ valor basal o $> 5 \times$ LSN, el que sea más bajo, en pacientes con elevación de transaminasas en tratamientos previos) y son:

- progresivos, o
- persistentes durante ≥ 4 semanas, o
- acompañados de bilirrubina directa aumentada, o
- acompañados de síntomas de daño hepático o evidencias de descompensación hepática

Se debe tener precaución cuando se administre eltrombopag en pacientes con enfermedad hepática. En pacientes con PTI o con AAG, se debe utilizar una dosis inicial de eltrombopag menor. Cuando se administre eltrombopag en pacientes con insuficiencia hepática se debe llevar a cabo una estrecha monitorización (ver sección 4.2).

Descompensación hepática (uso de eltrombopag en combinación con interferón)

Descompensación hepática en pacientes con hepatitis C crónica: se deben monitorizar a los pacientes con niveles de albúmina bajos ($\leq 35 \text{ g/l}$) o puntuación en la escala MELD ≥ 10 en situación basal.

Los pacientes con VHC crónica y cirrosis hepática, pueden presentar riesgo de descompensación hepática cuando reciben tratamiento con interferón alfa. En dos estudios clínicos controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC, la descompensación hepática (ascitis, encefalopatía hepática, varices hemorrágicas, peritonitis bacteriana espontánea) ocurrió con mayor frecuencia en el grupo de eltrombopag (11 %) que en el grupo de placebo (6 %). En pacientes con niveles bajos de albúmina ($\leq 35 \text{ g/l}$) o con una puntuación en la escala de MELD ≥ 10 en situación basal, el riesgo de

descompensación hepática fue 3 veces mayor, con un mayor riesgo de acontecimientos adversos mortales en comparación con aquellos pacientes que presentaron enfermedad hepática menos avanzada. Además, en este tipo de pacientes los beneficios del tratamiento en términos del porcentaje de pacientes que alcanzaron una Respuesta Viral Sostenida (RVS) frente a placebo, fue modesto (especialmente en aquellos con un nivel basal de albúmina ≤ 35 g/l) comparado con el conjunto global. Sólo se debe administrar eltrombopag en estos pacientes, tras evaluar cuidadosamente los beneficios esperados del tratamiento en comparación con los riesgos. Los pacientes con estas características deben ser estrechamente monitorizados con el fin de identificar signos y síntomas de descompensación hepática. Se debe consultar la ficha técnica de interferón para ver los criterios de suspensión del tratamiento. El tratamiento con eltrombopag debe interrumpirse si el tratamiento antiviral se suspende por descompensación hepática.

Complicaciones trombóticas/tromboembólicas

En estudios controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC que recibieron tratamiento basado en interferón (N = 1 439), 38 de los 955 pacientes (4 %) tratados con eltrombopag, y 6 de los 484 pacientes (1 %) del grupo del placebo experimentaron ATEs. Se notificaron complicaciones trombóticas/tromboembólicas incluyendo acontecimientos venosos y arteriales. La mayoría de los ATEs no fueron importantes y se resolvieron al final del estudio. El ATE más frecuente en ambos grupos de tratamiento fue la trombosis venosa portal (2 % de los pacientes tratados con eltrombopag frente a < 1 % de los que recibieron placebo). No se ha observado una relación temporal específica entre el inicio del tratamiento y la aparición de ATEs. En los pacientes con niveles bajos de albúmina (≤ 35 g/l) o puntuación en la escala MELD ≥ 10 , el riesgo de ATEs fue 2 veces mayor que en pacientes con niveles altos de albúmina. En los pacientes de ≥ 60 años, el riesgo de ATEs fue dos veces mayor en comparación con pacientes más jóvenes. Sólo se debe administrar eltrombopag en estos pacientes, tras evaluar cuidadosamente los beneficios esperados del tratamiento en comparación con los riesgos. Los pacientes deben ser estrechamente monitorizados para identificar signos y síntomas de ATEs.

Se ha identificado que el riesgo de tener ATEs es mayor en aquellos pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC) que fueron tratados con 75 mg de eltrombopag una vez al día durante 2 semanas, y que se estaban preparando para un proceso invasivo. Seis de los 143 (4 %) pacientes adultos con EHC que recibieron eltrombopag presentaron ATEs (todos en el sistema venoso portal) y dos de los 145 (1 %) pacientes en el grupo de placebo presentaron ATEs (uno en el sistema venoso portal y el otro infarto de miocardio). Cinco de los 6 pacientes tratados con eltrombopag presentaron complicaciones trombóticas con recuentos plaquetarios $> 200\,000/\mu\text{l}$ en los 30 días posteriores a la última dosis de eltrombopag. Eltrombopag no está indicado para el tratamiento de la trombocitopenia en pacientes con enfermedad hepática crónica, que se estén preparando para un procedimiento quirúrgico invasivo.

En los estudios de eltrombopag en PTI, se observaron acontecimientos tromboembólicos con recuentos de plaquetas bajos y normales. Se debe tener precaución cuando se administre eltrombopag a pacientes con factores de riesgo conocidos de tromboembolismo, incluyendo pero no limitándose a factores hereditarios (por ej. Factor V Leiden) o factores de riesgo adquiridos (por ej. deficiencia ATIII, síndrome antifosfolipídico), edad avanzada, pacientes con períodos prolongados de inmovilización, neoplasias, anticonceptivos y terapia hormonal sustitutiva, cirugía/traumatismo, obesidad y tabaquismo. Se debe realizar una estrecha monitorización del recuento de plaquetas y considerar realizar una reducción de la dosis o interrumpir el tratamiento con eltrombopag, si el recuento de plaquetas excede los niveles deseados (ver sección 4.2). En pacientes con riesgo de padecer ATEs de cualquier etiología, se debe considerar el balance beneficio/riesgo.

En el estudio clínico de AAG refractaria no se identificó ningún caso de ATE, sin embargo no se puede excluir el riesgo de padecer esta reacción en esta población de pacientes debido al bajo número de pacientes expuestos. Como la dosis más elevada autorizada está indicada en los pacientes con AAG (150 mg/día) y debido a la naturaleza de la reacción, cabe esperar ATEs en esta población de pacientes.

Eltrombopag no se debe utilizar en pacientes con PTI e insuficiencia hepática (escala Child-Pugh ≥ 5) a menos que el beneficio esperado sea mayor que el riesgo identificado de trombosis venosa portal. Cuando el tratamiento se considere adecuado, se debe tener precaución cuando se administre eltrombopag a pacientes con insuficiencia hepática (ver las secciones 4.4 y 4.8).

Sangrado tras la interrupción del tratamiento con eltrombopag

Después de interrumpir el tratamiento con eltrombopag, es probable que la trombocitopenia reaparezca. En la mayoría de los pacientes, tras la interrupción del tratamiento con eltrombopag, el recuento de plaquetas vuelve a niveles basales a las 2 semanas, lo que aumenta el riesgo de sangrado, llegando en algunos casos a producirse sangrado. Este riesgo es mayor si el tratamiento con eltrombopag se interrumpe en presencia de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios. Si se interrumpe el tratamiento con eltrombopag, se recomienda que el tratamiento para la PTI se reinicie de acuerdo a las guías actuales de tratamiento. La asistencia médica adicional puede incluir la interrupción del tratamiento anticoagulante y/o antiagregante plaquetario, la reversión de la anticoagulación, o el tratamiento complementario con plaquetas. Tras la interrupción del tratamiento con eltrombopag, se debe hacer un seguimiento semanal, durante 4 semanas, del recuento de plaquetas.

En los estudios clínicos en VHC, tras la suspensión del tratamiento de peginterferón, ribavirina y eltrombopag, se ha notificado una mayor incidencia de sangrado gastrointestinal incluyendo casos graves y mortales. Despues de suspender el tratamiento, los pacientes deben ser monitorizados para identificar cualquier signo o síntoma de sangrado gastrointestinal.

Formación de reticulina en la médula ósea y riesgo de fibrosis en la médula ósea

Eltrombopag puede aumentar el riesgo de desarrollo o progresión de fibras de reticulina en la médula ósea. Al igual que con otros agonistas del receptor de trombopoyetina (R-TPO), no se ha establecido todavía la relevancia de este hallazgo.

Antes de iniciar el tratamiento con eltrombopag, debe examinarse el frotis sanguíneo periférico para establecer un nivel basal de anomalías morfológicas celulares. Tras la identificación de una dosis estable de eltrombopag, se debe realizar mensualmente un recuento sanguíneo completo, incluyendo un recuento diferencial de leucocitos. Si se observan células inmaduras o displásicas, se debe examinar el frotis de sangre periférica para detectar anomalías morfológicas nuevas o un empeoramiento (p. ej. dacriocitos y eritrocitos nucleados, glóbulos blancos inmaduros) o citopenia(s). Si el paciente desarrolla anomalías morfológicas nuevas o hay un empeoramiento o citopenia(s), se debe interrumpir el tratamiento con eltrombopag y considerar hacer una biopsia de médula ósea, incluyendo una tinción para detectar fibrosis.

Progresión de síndromes mielodisplásicos (SMD) existentes

Existe una preocupación teórica de que los agonistas del R-TPO podrían estimular la progresión de cánceres hematológicos existentes tales como SMD. Los agonistas del receptor de TPO son factores de crecimiento que promueven a la expansión de células progenitoras trombopoyéticas, a su diferenciación y a la producción de plaquetas. El receptor de TPO se expresa predominantemente en la superficie de las células del linaje mieloide.

En estudios clínicos con agonistas del receptor de TPO en pacientes con SMD se observaron casos de incrementos transitorios en los recuentos de blastos y se notificaron casos de progresión de la enfermedad de SMD a leucemia mieloide aguda (LMA).

El diagnóstico de PTI o AAG en pacientes adultos y de edad avanzada debe ser confirmado mediante la exclusión de otras entidades clínicas que cursen con trombocitopenia, en concreto debe excluirse el diagnóstico de SMD. Se debe contemplar la realización de un aspirado de la médula ósea y una biopsia durante el curso de la enfermedad y del tratamiento, especialmente en pacientes mayores de

60 años, y en aquellos pacientes con síntomas sistémicos, o signos anormales como incremento de blastos en sangre periférica.

No se ha establecido la efectividad y la seguridad de Revolade para el tratamiento de trombocitopenia asociada al SMD. Revolade no se debe utilizar fuera de estudios clínicos para el tratamiento de la trombocitopenia asociada al SMD.

Anormalidades citogenéticas y progresión de SMD/LMA en pacientes con AAG

Se sabe que en los pacientes con AAG pueden aparecer anormalidades citogenéticas. Se desconoce si eltrombopag aumenta el riesgo de sufrir anormalidades citogenéticas en los pacientes con AAG. En un estudio clínico fase II de AAG refractaria con eltrombopag a una dosis inicial de 50 mg/día (escalado cada 2 semanas hasta una dosis máxima de 150 mg/día) (ELT112523), se observó una incidencia de nuevas anormalidades citogenéticas de un 17,1 % de los pacientes adultos [7/41 (donde 4 de ellos presentaron cambios en el cromosoma 7)]. La mediana del tiempo de estudio hasta la aparición de una anormalidad citogenética fue de 2,9 meses.

En un estudio clínico fase II de AAG refractaria con eltrombopag a una dosis de 150 mg/día (con modificaciones según la raza o la edad) (ELT116826), se observó una incidencia de nuevas anormalidades citogenéticas de un 22,6 % en los pacientes adultos [7/31 (donde 3 de ellos presentaron cambios en el cromosoma 7)]. Los 7 pacientes tenían una citogenética normal al inicio. Seis de ellos presentó la anormalidad citogénica a los 3 meses de tratamiento con eltrombopag, y el otro, a los 6 meses.

En los estudios clínicos de AAG con eltrombopag, al 4 % de los pacientes (5/133) se les diagnosticó SMD. La mediana del tiempo para el diagnóstico fue de 3 meses desde el inicio con el tratamiento con eltrombopag.

En los pacientes con AAG, refractarios a un tratamiento inmunosupresor previo o muy pretratados, se recomienda que se les realicen un aspirado de médula ósea para examen citogenético antes de empezar el tratamiento con eltrombopag, a los 3 meses del tratamiento y 6 meses después. En el caso de que se detectara una nueva anormalidad citogenética, se debe evaluar la continuidad del tratamiento con eltrombopag.

Cambios oculares

En los estudios toxicológicos de eltrombopag en roedores se observaron cataratas (ver sección 5.3). En los estudios controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC que recibieron tratamiento con interferón (N = 1 439), se notificaron casos de progresión de cataratas pre-existentes en situación basal o incidencia de cataratas en el 8% del grupo de eltrombopag y en el 5 % del grupo de placebo. En pacientes con VHC que recibieron tratamiento con interferón, ribavirina y eltrombopag, se han notificado hemorragias en la retina, la mayoría de grado 1 o 2 (2 % en el grupo de eltrombopag y 2 % en el grupo de placebo). Las hemorragias se produjeron en la superficie de la retina (pre-retinal), debajo de la retina (sub-retinal), o dentro del tejido de la retina. Se recomienda realizar un seguimiento oftalmológico rutinario de estos pacientes.

Prolongación del intervalo QT/QTc

En un estudio del intervalo QTc en voluntarios sanos que recibieron dosis de 150 mg de eltrombopag al día, no se observaron efectos clínicamente significativos sobre la repolarización cardíaca. En estudios clínicos en pacientes con PTI y pacientes trombocitopénicos con VHC, se han notificado casos de prolongación del intervalo QTc. Se desconoce la significación clínica de estos acontecimientos de prolongación del intervalo QTc.

Pérdida de respuesta a eltrombopag

La pérdida de respuesta, o la incapacidad del tratamiento con eltrombopag para mantener una respuesta plaquetaria dentro del intervalo de dosis recomendado, debe motivar la búsqueda de factores causales, incluyendo un aumento de reticulina en la médula ósea.

Población pediátrica

Las advertencias y precauciones dadas para PTI también aplican a la población pediátrica.

Interferencia con pruebas de laboratorio

Eltrombopag tiene un color intenso, por lo que puede interferir con algunas pruebas de laboratorio. Se ha notificado, en pacientes que toman Revolade, una alteración del color del suero e interferencia con las pruebas de bilirrubina total y de creatinina. En caso de que los resultados de laboratorio y las observaciones clínicas sean incompatibles, se recomienda repetir la prueba utilizando un método alternativo para verificar la validez del resultado.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Efectos de eltrombopag en otros medicamentos

Inhibidores de la HMG CoA reductasa

La administración de 75 mg de eltrombopag una vez al día, durante 5 días, con una dosis única de 10 mg de rosuvastatina, sustrato de OATP1B1 y BCRP, a 39 sujetos adultos sanos aumentó la C_{max} de rosuvastatina en plasma un 103 % (90 % del intervalo de confianza [IC]: 82 %, 126 %) y el $AUC_{0-\infty}$ un 55 % (90 % IC: 42 %, 69 %). También se esperan interacciones con otros inhibidores de la HMG-CoA reductasa, incluyendo atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina y simvastatina. Cuando se administran estatinas junto con eltrombopag, se debe considerar la reducción de dosis de estatinas y realizar un seguimiento cuidadoso para detectar reacciones adversas atribuibles a las estatinas (ver sección 5.2).

Sustratos de OATP1B1 y BCRP

La administración conjunta de eltrombopag y de los sustratos OATP1B1 (por ej. metotrexato) y BCRP (por ej. topotecan y metotrexato) debe realizarse con precaución (ver sección 5.2).

Sustratos del citocromo P450

En los estudios que utilizan microsomas hepáticos humanos, eltrombopag (hasta 100 μ M) mostró no inhibir *in vitro* las enzimas CYP450, 1A2, 2A6, 2C19, 2D6, 2E1, 3A4/5, y 4A9/11, e inhibió CYP2C8 y CYP2C9 utilizando para la medición paclitaxel y diclofenaco como los sustratos de investigación. La administración de 75 mg de eltrombopag una vez al día, durante 7 días, a 24 varones sanos, no inhibió o indujo el metabolismo de los sustratos de investigación para 1A2 (cafeína), 2C19 (omeprazol), 2C9 (flurbiprofeno), o 3A4 (midazolam) en humanos. No se esperan interacciones clínicamente significativas cuando se administran conjuntamente eltrombopag y sustratos de CYP450 (ver sección 5.2).

Inhibidores de proteasa en VHC

No es necesario realizar ajustes de dosis cuando eltrombopag se administra de forma conjunta con telaprevir o boceprevir. La administración conjunta de una dosis única de 200 mg de eltrombopag con 750 mg de telaprevir cada 8 horas, no alteró la exposición plasmática de telaprevir.

La administración conjunta de una dosis única de 200 mg de eltrombopag con 800 mg de boceprevir cada 8 horas, no alteró el $AUC_{(0-\infty)}$ de boceprevir, pero incrementó la C_{max} en un 20 %, y disminuyó la

C_{\min} en un 32 %. No se ha establecido la relevancia clínica de la disminución en la C_{\min} , por lo que se recomienda una mayor monitorización clínica y analítica sobre la supresión del VHC.

Efectos de otros medicamentos en eltrombopag

Ciclosporina

Cuando se administró de forma concomitante con 200 mg y 600 mg de ciclosporina (un inhibidor de BCRP) se observó una disminución de eltrombopag. La administración concomitante con 200 mg de ciclosporina disminuyó la C_{\max} y la $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag en un 25 % y en un 18 %, respectivamente. La administración concomitante con 600 mg de ciclosporina disminuyó la C_{\max} y la $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag en un 39 % y en un 24 %, respectivamente. Durante el tratamiento se puede ajustar la dosis de eltrombopag en función del recuento plaquetario del paciente (ver sección 4.2). Cuando se administre junto con ciclosporina se debe controlar el recuento plaquetario, al menos semanalmente durante 2 a 3 semanas. En función del recuento plaquetario, puede ser necesario tener que aumentar la dosis de eltrombopag.

Cationes polivalentes (quelación)

Eltrombopag forma quelatos con cationes polivalentes como el hierro, calcio, magnesio, aluminio, selenio y zinc. La administración de una dosis única de 75 mg de eltrombopag con un antiácido que contiene un catión polivalente (1 524 mg de hidróxido de aluminio y 1 425 mg de carbonato de magnesio) disminuyó el $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag en plasma en un 70% (90 % IC: 64 %, 76 %) y la C_{\max} en un 70 % (90 % IC: 62 %, 76 %). Para evitar una reducción significativa en la absorción de eltrombopag debida a la quelación, eltrombopag se debe tomar al menos dos horas antes o cuatro horas después de tomar cualquier producto como antiácidos, productos lácteos o suplementos minerales que contengan cationes polivalentes (ver las secciones 4.2 y 5.2).

Lopinavir/ritonavir

administración concomitante de eltrombopag con lopinavir/ritonavir puede causar un descenso en la concentración de eltrombopag. Un estudio en 40 voluntarios sanos mostró que la administración concomitante de una dosis única de 100 mg de eltrombopag con dosis repetidas de lopinavir/ritonavir de 400/100 mg dos veces al día resultó en una reducción del $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag en plasma en un 17 % (90 % IC: 6,6 %; 26,6 %). Por tanto, se debe tener precaución cuando se administre eltrombopag junto con lopinavir/ritonavir. Se debe hacer un seguimiento estrecho del recuento de plaquetas, para asegurar un adecuado manejo médico del tratamiento de eltrombopag cuando se inicie o se interrumpa el tratamiento con lopinavir/ritonavir.

Inhibidores e inductores de CYP1A2 y CYP2C8

Eltrombopag se metaboliza a través de múltiples vías, incluyendo CYP1A2, CYP2C8, UGT1A1, y UGT1A3 (ver sección 5.2). Es poco probable que los medicamentos que inhiben o inducen una única enzima, afecten de manera significativa a las concentraciones plasmáticas de eltrombopag. Por otro lado, es posible que los medicamentos que inhiben o inducen múltiples enzimas, aumenten (por ej. fluvoxamina) o disminuyan (por ej. rifampicina) las concentraciones de eltrombopag.

Inhibidores de proteasa en VHC

Los resultados de un estudio farmacocinético de interacción entre fármacos, mostraron que la coadministración de dosis repetidas de 800 mg de boceprevir cada 8 horas o 750 mg de telaprevir cada 8 horas, con una única dosis de 200 mg de eltrombopag, no alteró la exposición plasmática de eltrombopag de forma clínicamente significativa.

Medicamentos para el tratamiento de PTI

Los medicamentos utilizados en los ensayos clínicos en el tratamiento de PTI en combinación con eltrombopag incluyeron corticosteroides, danazol y/o azatioprina, inmunoglobulina intravenosa (IgIV) e inmunoglobulina anti-D. Cuando se combina eltrombopag con otros medicamentos para el tratamiento de PTI, se debe hacer un seguimiento de los recuentos de plaquetas para evitar que estos se salgan del rango recomendado (ver sección 4.2).

Interacción con alimentos

La administración de los comprimidos o del polvo para suspensión oral de eltrombopag con una comida con alto contenido en calcio (p. ej. comidas que incluyen productos lácteos) redujeron significativamente la $AUC_{0-\infty}$ y $C_{\text{máx}}$ en plasma. Sin embargo, la administración de eltrombopag 2 horas antes o 4 horas después de una comida rica en calcio o pobre en calcio [< 50 mg de calcio], no alteró la exposición de eltrombopag en plasma de forma clínicamente significativa (ver la sección 4.2).

La administración de una dosis única de 50 mg de eltrombopag en comprimidos con un desayuno estándar con alto contenido en calorías, rico en grasas, que incluyó productos lácteos redujo el $AUC_{0-\infty}$ medio de eltrombopag plasmático en un 59 % y la $C_{\text{máx}}$ media en un 65 %.

La administración de una dosis única de 25 mg de eltrombopag en polvo para suspensión oral con una comida con alto contenido en calcio, moderada en grasas y calorías, redujo el $AUC_{0-\infty}$ medio de eltrombopag plasmático en un 75 % y la $C_{\text{máx}}$ media en un 79 %. Esta disminución en la exposición se atenuó cuando se administró la dosis única de 25 mg de eltrombopag polvo para suspensión oral 2 horas antes de la comida rica en calcio ($AUC_{0-\infty}$ media disminuyó en un 20 % y la $C_{\text{máx}}$ media en un 14 %).

Los alimentos bajos en calcio (< 50 mg de calcio) incluida la fruta, jamón magro, carne de vaca no enriquecidos (sin calcio, magnesio o hierro añadido), zumo de fruta, leche de soja sin aditivos y cereales sin aditivos, no afectaron significativamente a la exposición de eltrombopag plasmático, a pesar de su contenido calórico y en grasas (ver las secciones 4.2 y 4.5).

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

No hay datos disponibles o son datos limitados, del uso de eltrombopag en mujeres embarazadas. En los estudios en animales se ha observado toxicidad reproductiva (ver sección 5.3). Se desconoce el riesgo potencial en humanos.

No se recomienda utilizar Revolade durante el embarazo.

Mujeres en edad fértil/ Anticoncepción en hombres y mujeres

No se recomienda el uso de Revolade en mujeres en edad fértil que no usen métodos anticonceptivos.

Lactancia

Se desconoce si eltrombopag o sus metabolitos se excretan en la leche materna. Los estudios en animales han mostrado que es probable que eltrombopag secrete en la leche (ver sección 5.3); por tanto no se puede descartar el riesgo en niños a los que se le esté dando el pecho. Debe tomarse la decisión de interrumpir la lactancia o continuar/abstenerse del tratamiento con Revolade, teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la mujer.

Fertilidad

La fertilidad de ratas macho y hembra no se vio afectada a exposiciones comparables a las empleadas en humanos. Sin embargo, no se puede descartar el riesgo en humanos (ver sección 5.3).

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

La influencia de eltrombopag sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es insignificante. Se debe tener en cuenta el estado clínico del paciente y el perfil de reacciones adversas, incluyendo mareo y falta de atención, cuando se evalúe la capacidad para realizar tareas que requieran juicio, habilidades motoras y cognitivas.

4.8 Reacciones adversas

Resumen del perfil de seguridad

Trombocitopenia inmune en pacientes adultos y pediátricos

La seguridad de Revolade se evaluó en pacientes adultos (N = 763) mediante los estudios combinados doble ciego, controlados con placebo TRA100773A y B, TRA102537 (RAISE) y TRA113765, en los que 403 pacientes fueron expuestos a Revolade y 179, a placebo, además de los datos de los estudios abiertos ya finalizados (N=360) TRA108057 (REPEAT), TRA105325 (EXTEND) y TRA112940 (ver sección 5.1). Los pacientes recibieron la medicación del estudio durante 8 años (en EXTEND). Las reacciones adversas graves más importantes fueron hepatotoxicidad, eventos trombóticos/tromboembólicos. Las reacciones adversas más frecuentes que ocurrieron al menos en el 10 % de los pacientes fueron: náuseas, diarrea, alanina aminotransferasa elevada y dolor de espalda.

Se ha comprobado la seguridad de Revolade en pacientes pediátricos (de 1 a 17 años) con PTI tratados previamente en dos estudios (N = 171) (ver sección 5.1). PETIT2 (TRA115450) fue un estudio de dos partes, doble ciego y abierto, aleatorizado, controlado con placebo. Los pacientes fueron aleatorizados 2:1 y recibieron Revolade (N = 63) o placebo (N = 29) durante 13 semanas en el período aleatorizado del estudio. PETIT (TRA108062) fue un estudio de tres partes, de cohorte escalonada, abierto y doble ciego, aleatorizado, y controlado con placebo. Los pacientes fueron aleatorizados 2:1 y recibieron Revolade (N = 44) o placebo (N = 21), durante 7 semanas. El perfil de reacciones adversas fue comparable al visto en adultos con algunas reacciones adversas adicionales marcadas con ♦ en la tabla de abajo. Las reacciones adversas más frecuentes en pacientes pediátricos con PTI de más de 1 año (> 3% y mayor que placebo) fueron infecciones del tracto respiratorio superior, nasofaringitis, tos, fiebre, dolor abdominal, dolor orofaríngeo, odontalgia y rinorrea.

Trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica (VHC) en pacientes adultos

ENABLE 1 (TPL103922 N = 716, 715 tratados con eltrombopag) y ENABLE 2 (TPL108390 N = 805) fueron estudios multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo, que evaluaron la eficacia y la seguridad de Revolade en pacientes con trombocitopenia y con infección del VHC, que por otro lado eran elegibles para iniciar un tratamiento antiviral. En los estudios de VHC, la población de seguridad fueron todos los pacientes aleatorizados que recibieron el medicamento del estudio doble ciego durante la Parte 2 de ENABLE 1 (tratamiento de Revolade N = 450, tratamiento con placebo N = 232) y de ENABLE 2 (tratamiento de Revolade N = 506, placebo tratamiento N = 252). Los pacientes se analizaron de acuerdo con el tratamiento recibido (población de doble ciego de seguridad total, Revolade N = 955 y placebo N = 484). Las reacciones adversas graves más importantes identificadas fueron hepatotoxicidad y eventos trombóticos/tromboembólicos. Las reacciones adversas más frecuentes que ocurrieron en el 10 % de los pacientes fueron: cefalea, anemia, disminución del apetito, tos, náuseas, diarrea, hiperbilirrubinemia, alopecia, prurito, mialgia, fiebre, fatiga, síndromes gripales, astenia, escalofríos y edema.

Anemia aplásica grave en pacientes adultos

La seguridad de Revolade en adultos con AAG se evaluó en un estudio abierto de un solo grupo (N = 43) del que 11 pacientes (26 %) fueron tratados durante > 6 meses y 7 pacientes (16 %), durante > 1 año (ver sección 5.1). Las reacciones adversas más frecuentes que ocurrieron, al menos en el 10 % de los pacientes fueron: cefalea, mareos, tos, dolor orofaríngeo, rinorrea, náusea, diarrea, dolor abdominal, aumento de las transaminasas, artralgia, dolor en las extremidades, espasmos musculares, fatiga, y pirexia.

Anemia aplásica grave en pacientes pediátricos

La seguridad de Revolade en pacientes pediátricos con AAG refractaria o en recaída (grupo A; N = 14) o sin tratamiento previo (grupo B; N = 37) se evalúa en un estudio en marcha abierto, no controlado, de escalada de dosis intra-pacientes (N = 51) (ver también sección 5.1 para detalles del estudio). Las reacciones adversas importantes, como daño reñal agudo, hepatotoxicidad, eventos tromboembólicos, y evolución clonal o anomalías citogenéticas se notificaron en 29 pacientes (56,9 %), 39 (76,5 %), 2 (3,9 %) y 1 (2,0 %), respectivamente. En general, la frecuencia, tipo y gravedad de las reacciones adversas observadas para eltrombopag en pacientes pediátricos con AAG fueron consistentes con las observadas en pacientes adultos con AAG.

Tabla de reacciones adversas

A continuación se enumeran las reacciones adversas de los estudios en adultos con PTI (N = 763), de los estudios pediátricos con PTI (N = 171), de los estudios en VHC (N = 1 520), del estudio AAG en adultos (N = 43), estudio AAG en pediatría (N = 51) y de los informes posautorización de acuerdo a la clasificación por órganos y sistemas de MedDRA y por frecuencia (Tablas 4, 5 y 6). Dentro de cada clasificación por órganos y sistemas, las reacciones adversas se clasifican por frecuencia, con las reacciones más frecuentes primero. La categoría de frecuencia correspondiente para cada reacción adversa se basa en la siguiente convención (CIOMS III): muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1\,000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10\,000$ a $< 1/1\,000$); y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Tabla 4 Reacciones adversas en la población de estudio en PTI

Clase del sistema orgánico	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e infestaciones	Muy frecuentes	Nasofaringitis*, infecciones del tracto respiratorio superior*
	Frecuentes	Faringitis, gripe, herpes labial, neumonía, sinusitis, tonsilitis, infección del tracto respiratorio, gingivitis
	Poco frecuentes	Infección cutánea
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluyendo quistes y pólipos)	Poco frecuentes	Cáncer rectosigmoideo
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Frecuentes	Anemia, eosinofilia, leucocitosis, trombocitopenia, descenso de la hemoglobina, descenso en el recuento de leucocitos
	Poco frecuentes	Anisocitosis, anemia hemolítica, mielocitosis, incremento en el recuento de neutrófilos, presencia de mielocitos, incremento en el recuento plaquetario, aumento de la hemoglobina
Trastornos del sistema inmunológico	Poco frecuentes	Hipersensibilidad

Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Frecuentes	Hipopotasemia, disminución del apetito, aumento del ácido úrico en sangre
	Poco frecuentes	Anorexia, gota, hipocalcemia
Trastornos psiquiátricos	Frecuentes	Trastornos del sueño, depresión
	Poco frecuentes	Apatía, alteraciones de humor, llanto fácil
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes	Parestesia, hipoestesia, somnolencia, migraña
	Poco frecuentes	Tremor, alteración del equilibrio, disestesia, hemiparesia, migraña con aura, neuropatía periférica, neuropatía periférica sensitiva, trastornos del habla, neuropatía tóxica, cefalea vascular
Trastornos oculares	Frecuentes	Ojo seco, visión borrosa, dolor ocular, agudeza visual disminuida
	Poco frecuentes	Opacidades lenticulares, astigmatismo, catarata cortical, aumento del lagrimeo, hemorragia retinal, epitelopatía pigmentaria de la retina, alteración visual, pruebas anormales de agudeza visual, blefaritis y queratoconjuntivitis seca
Trastornos del oído y del laberinto	Frecuentes	Dolor de oídos, vértigo
Trastornos cardíacos	Poco frecuentes	Taquicardia, infarto agudo de miocardio, trastorno cardiovascular, cianosis, taquicardia sinus, prolongación de intervalo QT del electrocardiograma
Trastornos vasculares	Frecuentes	Trombosis venosa profunda, hematoma, sofocos
	Poco frecuentes	Embolismo, tromboflebitis superficial, rubefacción
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy frecuentes	Tos*
	Frecuentes	Dolor orofaringeo*, rinorrea*
	Poco frecuentes	Embolia pulmonar, infarto pulmonar, molestia nasal, lesiones ampollas orofaríngeas, trastorno de senos, síndrome de apnea del sueño
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes	Náuseas, diarrea
	Frecuentes	Úlceras bucales, odontalgia*, vómitos, dolor abdominal*, hemorragia oral, flatulencia * Muy frecuentes en pacientes pediátricos con PTI
	Poco frecuentes	Boca seca, glosodinia, sensibilidad abdominal, decoloración de las heces, intoxicación alimentaria, movimientos intestinales frecuentes, hematemesis, molestias bucales
Trastornos hepatobiliares	Muy frecuentes	Aumento de la alanina aminotransferasa†
	Frecuentes	Aumento de la aspartato aminotransferasa†, hiperbilirrubinemia, función hepática anormal
	Poco frecuentes	Colestasis, lesión hepática, hepatitis, daño hepático inducido por medicamentos
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Frecuentes	Erupción, alopecia, hiperhidrosis, prurito generalizado, petequias
	Poco frecuentes	Urticaria, dermatosis, sudor frío, eritema, melanosis, trastorno de la pigmentación, decoloración de la piel, descamación de la piel
	Muy frecuentes	Dolor de espalda

Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Frecuentes	Mialgia, espasmo muscular, dolor muscoesquelético, dolor óseo
	Poco frecuentes	Debilidad muscular
Trastornos renales y urinarios	Frecuentes	Proteinuria, aumento de la creatinina en sangre, microangiopatía trombótica con fallo renal [‡]
	Poco frecuentes	Fallo renal, leucocituria, nefritis lúpica, nicturia, aumento de la urea sanguínea, incremento en la proporción proteína/creatinina en orina
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Frecuentes	Menorragia
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Frecuentes	Pirexia*, dolor torácico, astenia * Muy frecuentes en pacientes pediátricos con PTI
	Poco frecuentes	Sensación de calor, hemorragia en la zona de punción de un vaso, sensación de inquietud, inflamación de las heridas, malestar general, sensación de cuerpo extraño
Exploraciones complementarias	Frecuentes	Aumento de la fosfatasa alcalina en sangre
	Poco frecuentes	Aumento de la albúmina en sangre, aumento de las proteínas totales, descenso de albúmina en sangre, aumento del pH en orina
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos	Poco frecuentes	Quemaduras solares
<p>♦ Reacciones adversas adicionales observadas en los estudios pediátricos (de 1 a 17 años de edad).</p> <p>† Pueden ocurrir simultáneamente aumentos de alanina aminotransferasa y de aspartato aminotransferasa, aunque con menor frecuencia.</p> <p>‡ Término genérico que recoge los términos de lesión real aguda y fallo renal.</p>		

Tabla 5 Reacciones adversas en la población de estudio con VHC (en combinación con tratamiento antiviral de interferón y ribavirina)

Clase del sistema orgánico	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e infestaciones	Frecuentes	Infección en el tracto urinario, infección en el tracto respiratorio superior, bronquitis, nasofaringitis, gripe, herpes labial
	Poco frecuentes	Gastroenteritis, faringitis
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluyendo quistes y pólipos)	Frecuentes	Neoplasia hepática maligna
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Muy frecuentes	Anemia
	Frecuentes	Linfopenia
	Poco frecuentes	Anemia hemolítica
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Muy frecuentes	Disminución del apetito
	Frecuentes	Hiperglycemia, pérdida anormal de peso
Trastornos psiquiátricos	Frecuentes	Depresión, ansiedad, trastornos del sueño
	Poco frecuentes	Estado confusional, agitación

Trastornos del sistema nervioso	Muy frecuentes	Cefalea
	Frecuentes	Mareos, trastornos de atención, disgeusia, encéfalopatía hepática, letargia, trastornos de la memoria, parestesia
Trastornos oculares	Frecuentes	Cataratas, exudado retinal, ojo seco, ictericia ocular, hemorragia retinal
Trastornos del oído y del laberinto	Frecuentes	Vértigo
Trastornos cardíacos	Frecuentes	Palpitaciones
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy frecuentes	Tos
	Frecuentes	Disnea, dolor orofaríngeo, disnea de esfuerzo, tos productiva
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes	Náuseas, diarrea
	Frecuentes	Vómitos, ascitis, dolor abdominal, dolor en la zona superior del abdomen, dispepsia, boca seca, estreñimiento, distensión abdominal, odontalgia, estomatitis, reflujo gastroesofágico, hemorroides, molestia abdominal, varices esofágicas
	Poco frecuentes	Hemorragia de varices esofágica, gastritis, estomatitis aftosa
Trastornos hepatobiliares	Frecuentes	Hiperbilirrubinemia, ictericia, daño hepático inducido por medicamentos
	Poco frecuentes	Trombosis venosa portal, fallo hepático
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Muy frecuentes	Prurito
	Frecuentes	Erupción, piel seca, eczema, erupción prurítica, eritema, hiperhidrosis, prurito generalizado, alopecia
	Poco frecuentes	Lesión en la piel, decoloración de la piel, hiperpigmentación de la piel, sudoración nocturna
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Muy frecuentes	Mialgia
	Frecuentes	Artralgia, espasmos musculares, dolor de espalda, dolor en las extremidades, dolor musculoesquelético, dolor de huesos
Trastornos renales y urinarios	Poco frecuentes	Microangiopatía trombótica con fallo renal agudo [†] , disuria
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Muy frecuentes	Pirexia, fatiga, malestar similar al que provoca la gripe, astenia, escalofríos
	Frecuentes	Irritabilidad, dolor, malestar general, reacción en el lugar de la inyección, dolor en el pecho no cardíaco, edema, edema periférico
	Poco frecuentes	Prurito en el lugar de inyección, erupción en el lugar de la inyección, malestar torácico

Exploraciones complementarias	Frecuentes	Aumento de la bilirrubina en sangre, disminución de peso, descenso del recuento de glóbulos blancos, descenso de hemoglobina, descenso del recuento de neutrófilos, incrementos de la Ratio Internacional Normalizada (INR), prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada, aumento de la glucosa en sangre, descenso de la albúmina en sangre
	Poco frecuentes	Prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma

† Término general que recoge los términos de oliguria, fallo renal e insuficiencia renal.

Tabla 6 Reacciones adversas en la población de estudio con AAG

Clase del sistema orgánico	Frecuencia	Reacción adversa
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Frecuentes	Neutropenia, infarto esplénico
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Frecuentes	Sobrecarga de hierro, disminución del apetito, hipoglucemia, aumento del apetito
Trastornos psiquiátricos	Frecuentes	Ansiedad, depresión
Trastornos del sistema nervioso	Muy frecuentes	Cefalea, vértigos
	Frecuentes	Síncope
Trastornos oculares	Frecuentes	Sequedad de ojos, cataratas, coloración amarilla de los ojos, visión borrosa, discapacidad visual, cuerpos vítreos flotantes
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy frecuentes	Tos, dolor orofaringeo, rinorrea
	Frecuentes	Epistaxis
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes	Diarrea, náuseas, dolor abdominal
	Frecuentes	Ampollas en la mucosa oral, dolor bucal, vómitos, malestar abdominal, estreñimiento, sangrado gingival, distensión abdominal, disfagia, heces decoloradas, lengua inflamada, alteraciones en la motilidad gastrointestinal, flatulencia
Trastornos hepatobiliares	Muy frecuentes	Aumento de las transaminasas
	Frecuentes	Aumento de la bilirrubina en sangre (hiperbilirrubinemia), ictericia
	No conocida	Daño hepático inducido por medicamentos
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Frecuentes	Petequias, erupción, prurito, urticaria, lesiones en la piel, erupción macular
	No conocida	Decoloración de la piel, hiperpigmentación de la piel
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Muy frecuentes	Artralgia, dolor en las extremidades, espasmos musculares
	Frecuentes	Dolor de espalda, mialgia, dolor de hueso
Trastornos renales y urinarios	Frecuentes	Cromaturia
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Muy frecuentes	Fatiga, pirexia, escalofrios
	Frecuentes	Astenia, edema periférico, malestar
Exploraciones complementarias	Frecuentes	Aumento de la creatinina fosfoquinasa en sangre

Descripción de reacciones adversas seleccionadas

Acontecimientos trombóticos/tromboembólicos (ATEs)

En 3 ensayos clínicos controlados y 2 no controlados, entre los pacientes adultos con PTI que recibieron eltrombopag (N = 446), 17 pacientes experimentaron un total de 19 ATEs, que incluyeron (en orden decreciente de aparición) trombosis venosa profunda (N = 6), embolia pulmonar (N = 6), infarto agudo de miocardio (N = 2), infarto cerebral (N = 2), embolia (N = 1) (ver sección 4.4).

En un estudio controlado con placebo (N = 288, Población de seguridad), tras 2 semanas de tratamiento para la preparación de un procedimiento invasivo, 6 de los 143 (4 %) pacientes adultos con enfermedad hepática crónica que recibieron eltrombopag presentaron 7 ATEs en el sistema venoso portal y 2 de los 145 (1 %) pacientes en el grupo de placebo presentaron 3 ATEs. Cinco de los 6 pacientes tratados con eltrombopag presentaron ATEs con un recuento de plaquetas > 200 000/μl.

No se identificaron factores de riesgo específicos en los pacientes que presentaron ATEs, con la excepción de recuentos de plaquetas $\geq 200\,000/\mu\text{l}$ (ver sección 4.4.).

En los estudios controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC (N = 1 439), 38 de los 955 pacientes (4 %) tratados con eltrombopag experimentaron un ATE, y 6 de los 484 pacientes (1%) en el grupo de placebo experimentaron ATEs. El ATE más común en ambos grupos de tratamiento fue la trombosis venosa portal (2 % de los pacientes tratados con eltrombopag < 1 % para el placebo) (ver sección 4.4). En los pacientes con niveles bajos de albúmina ($\leq 35\text{ g/l}$) o puntuación en la escala MELD ≥ 10 , el riesgo de ATEs fue 2 veces mayor que en pacientes con niveles más altos de albúmina. En los pacientes de ≥ 60 años el riesgo de ATEs fue 2 veces mayor en comparación con pacientes más jóvenes.

Descompensación hepática (uso de eltrombopag en combinación con interferón)

Los pacientes con VHC crónica y cirrosis, pueden presentar riesgo de descompensación hepática cuando reciben tratamiento con interferón alfa. En los 2 estudios controlados en pacientes trombocitopénicos con VHC, se notificó descompensación hepática (ascitis, encefalopatía hepática, varices hemorrágicas, peritonitis bacteriana espontánea) con mayor frecuencia en el grupo de eltrombopag (11 %) que en el grupo de placebo (6 %). En los pacientes con niveles bajos de albúmina ($\leq 35\text{ g/l}$) o puntuación en la escala MELD ≥ 10 en situación basal, el riesgo de descompensación hepática y el incremento del riesgo de tener un acontecimiento adverso mortal fue 3 veces mayor comparado con aquellos pacientes que presentaron enfermedad hepática menos avanzada. Sólo se debe administrar eltrombopag en estos pacientes, tras evaluar cuidadosamente los beneficios esperados del tratamiento en comparación con los riesgos. Los pacientes con estas características deben ser estrechamente monitorizados para identificar signos y síntomas de descompensación hepática (ver sección 4.4).

Hepatotoxicidad

En los estudios clínicos controlados de PTI crónica con eltrombopag, se observaron aumentos de la ALT, AST y bilirrubina sérica (ver sección 4.4).

Estos hallazgos fueron mayoritariamente leves (Grade 1-2), reversibles y no fueron acompañados de síntomas clínicamente significativos que indicaran una alteración de la función del hígado. En los 3 estudios controlados con placebo en adultos con PTI crónica, 1 paciente en el grupo de placebo y 1 paciente en el grupo de eltrombopag experimentó una anomalía en la prueba hepática de grado 4. En dos estudios controlados con placebo en pacientes pediátricos (de 1 a 17 años) con PTI crónica, se notificó ALT $\geq 3 \times \text{LSN}$ en el 4,7 % y el 0 % de los grupos de eltrombopag y placebo, respectivamente.

En los 2 estudios clínicos controlados en pacientes con HCV, se notificó una ALT o AST $\geq 3 \times \text{LSN}$ en el 34 % y 38 % del grupo de eltrombopag y placebo, respectivamente. La mayoría de pacientes que

reciban eltrombopag en combinación con un tratamiento de peginterferon/ribavirina experimentará hiperbilirrubinemia indirecta. En general, se reportó una bilirrubina total de $\geq 1,5 \times \text{LSN}$ en el 76 % y 50 % del grupo de eltrombopag y placebo, respectivamente.

En el estudio fase II de AAG refractaria de un solo grupo en monoterapia, en el 5 % de los pacientes se notificaron ALT o AST $> 3 \times \text{LSN}$ con una bilirrubina total (indirecta) $> 1,5 \times \text{LSN}$. Una bilirrubina total $> 1,5 \times \text{LSN}$ se observó en el 14 % de los pacientes.

Trombocitopenia tras la interrupción del tratamiento

En los 3 estudios clínicos controlados en PTI, después de la interrupción del tratamiento se observaron disminuciones transitorias del recuento de plaquetas a niveles inferiores a los basales, de un 8 % en el grupo de eltrombopag y un 8 % en el grupo de placebo (ver sección 4.4).

Aumento de reticulina en la médula ósea

A lo largo del programa, ningún paciente presentó evidencia de anomalías en la médula ósea clínicamente relevantes o hallazgos clínicos que indiquen disfunción de la médula ósea. En un pequeño número de pacientes con PTI, se interrumpió el tratamiento debido a la presencia de reticulina en la médula ósea (ver sección 4.4).

Anormalidades citogenéticas

La incidencia de nuevas anormalidades citogenéticas observada en el estudio clínico fase II de AAG refractaria con una dosis inicial de eltrombopag de 50 mg/día (escalado cada 2 semanas hasta un máximo de 150 mg/día) (ELT112523) fue de 17,1 % en pacientes adultos [7/41 (donde 4 de ellos presentaron cambios en el cromosoma 7)]. La mediana de tiempo de la aparición de una anormalidad citogenética en el estudio fue de 2,9 meses.

La incidencia de nuevas anormalidades citogenéticas observada en el estudio clínico fase II de AAG refractaria con una dosis inicial de eltrombopag de 150 mg/día (con modificaciones por raza o edad según lo indicado) (ELT116826) fue de 22,6 % en pacientes adultos [7/31 (donde 3 de ellos presentaron cambios en el cromosoma 7)]. Los 7 pacientes presentaron citogenéticas normales al inicio. Seis pacientes presentaron una anormalidad citogenética a los 3 meses del tratamiento de eltrombopag y uno a los 6 meses.

Neoplasias hematológicas

En un estudio clínico abierto de un solo grupo en AAG, se diagnosticaron tres pacientes (7 %) con SMD tras el tratamiento con eltrombopag. En los dos estudios en marcha (ELT116826 y ELT116643), se diagnosticó SMD o LMA en 1/28 (4 %) y 1/62 (2 %) de los pacientes en cada uno de los estudios.

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del sistema nacional de notificación incluido en el [Apéndice V](#).

4.9 Sobredosis

En el caso de sobredosis, el recuento de plaquetas pueden aumentar excesivamente y dar lugar a complicaciones trombóticas/tromboembólicas. En caso de sobredosis, se debe considerar la administración oral de preparados que contengan cationes metálicos, como preparados de calcio, aluminio o magnesio, para formar quelatos con eltrombopag y limitar su absorción. Se debe hacer un seguimiento estrecho del recuento de plaquetas. Se debe reiniciar el tratamiento con eltrombopag de acuerdo con las recomendaciones de dosis y administración (ver sección 4.2).

En los estudios clínicos se notificó un caso de sobredosis en el que un paciente ingirió 5 000 mg de eltrombopag. Las reacciones adversas notificadas incluyeron erupción leve, bradicardia transitoria, elevación de ALT y AST y fatiga. Las enzimas hepáticas medidas entre los Días 2 y 18 después de la ingesta, alcanzaron un pico de 1,6 veces el LSN de AST, 3,9 veces el LSN de ALT y 2,4 veces el LSN de bilirrubina total. El recuento de plaquetas en el día 18 después de la ingesta fue de 672 000/ μ l, y el recuento de plaquetas máximo fue de 929 000/ μ l. Todos los acontecimientos se resolvieron sin secuelas tras el tratamiento.

Debido a que eltrombopag no se excreta de forma significativa por vía renal, y a que se une extremadamente a proteínas plasmáticas, no se espera que la hemodiálisis sea un método efectivo para aumentar la eliminación de eltrombopag.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Antihemorrágicos, otros hemostáticos sistémicos, código ATC: B02BX 05

Mecanismo de acción

La trombopoyetina (TPO) es la principal citoquina involucrada en la regulación de la megacariopoyesis y en la producción de plaquetas, y es un ligando endógeno para el receptor de trombopoyetina (R-TPO). Eltrombopag interactúa con el dominio transmembrana del R-TPO humano e inicia las cascadas de señalización similares pero no idénticas a las de la trombopoyetina endógena (TPO), induciendo la proliferación y diferenciación desde las células progenitoras de la médula ósea.

Eficacia clínica y seguridad

Estudios de trombocitopenia inmune (primaria) (PTI)

La eficacia y seguridad de eltrombopag en pacientes adultos con PTI previamente tratados, se evaluó en dos estudios fase III, aleatorizados, doble ciego, controlados por placebo, el estudio RAISE (TRA102537) y el estudio TRA100773B, y en dos ensayos abiertos, REPEAT (TRA108057) y EXTEND (TRA105325). En total, se administró eltrombopag a 277 pacientes con PTI durante al menos 6 meses y 202 pacientes durante al menos 1 año. El estudio TAPER fase II (CETB115J2411) con un solo grupo, evaluó la seguridad y eficacia de eltrombopag y su capacidad para inducir una respuesta sostenida después de la discontinuación del tratamiento en 105 pacientes adultos con PTI que recayeron o no respondieron al tratamiento de primera línea con corticosteroides.

Ensayos clínicos doble ciego controlados por placebo

RAISE:

Se aleatorizaron 197 pacientes con PTI en proporción 2:1, a eltrombopag (N = 135) o placebo (N = 62). La aleatorización se estratificó en base al estado de esplenectomía, el uso de medicamentos para la PTI en situación basal y el recuento de plaquetas basal. La dosis de eltrombopag se ajustó durante los 6 meses del periodo de tratamiento en base a los recuentos de plaquetas individuales. Todos los pacientes iniciaron el tratamiento con 50 mg de eltrombopag. Desde el día 29 hasta el final del tratamiento, del 15 al 28 % de los pacientes tratados con eltrombopag se mantuvieron con una dosis \leq 25 mg, y del 29 al 53 % recibieron 75 mg.

Además, los pacientes podían reducir la medicación concomitante para la PTI y recibir tratamiento de rescate según las directrices locales de práctica clínica habitual. Más de la mitad de todos los pacientes en cada grupo de tratamiento recibieron \geq 3 tratamientos para la PTI previos, y el 36 % tuvo una esplenectomía previa.

La mediana del recuento de plaquetas a nivel basal fue de 16 000/ μ l para ambos grupos de tratamiento y en el grupo de eltrombopag se mantuvo sobre 50 000/ μ l en todas las visitas durante el tratamiento

comenzando en el día 15. En comparación, la mediana del recuento de plaquetas en el grupo placebo permaneció < 30 000/ μ l durante todo el estudio.

Se alcanzó una respuesta de recuento de plaquetas entre 50 000 - 400 000/ μ l en ausencia de medicación de rescate en un número de pacientes significativamente mayor en el grupo tratado con eltrombopag durante el periodo de tratamiento de 6 meses ($p < 0,001$) (Tabla 7). El cincuenta y cuatro por ciento (54 %) de los pacientes tratados con eltrombopag y el 13 % de los pacientes tratados con placebo alcanzaron este nivel de respuesta tras 6 semanas de tratamiento. Una respuesta plaquetaria similar se mantuvo durante todo el estudio, con un 52 % y un 16 % de los pacientes que respondieron al final del periodo de tratamiento de 6 meses.

Tabla 7 Resultados de eficacia secundarios del estudio RAISE

	Eltrombopag N = 135	Placebo N = 62
Principales variables secundarias		
Número de semanas acumuladas con recuentos de plaquetas $\geq 50\ 000$ a $400\ 000/\mu\text{l}$, Media (DS)	11,3 (9,46)	2,4 (5,95)
Pacientes con $\geq 75\%$ de evaluaciones en el intervalo establecido (50 000 a 400 000/ μ l), N (%)	51 (38)	4 (7)
Valor de p^a		< 0,001
Pacientes con sangrado (grados 1-4 de la OMS) en cualquier momento durante 6 meses, N (%)	106 (79)	56 (93)
Valor de p^a		0,012
Pacientes con sangrado (grados 2-4 de la OMS) en cualquier momento durante 6 meses, N (%)	44 (33)	32 (53)
Valor de p^a		0,002
Pacientes que requieren tratamiento de rescate, N (%)	24 (18)	25 (40)
Valor de P^a		0,001
Pacientes que reciben tratamiento para PTI en situación basal (N)	63	31
Pacientes que intentaron reducir/interrumpir el tratamiento del estado basal, N (%) ^b	37 (59)	10 (32)
Valor de p^a		0,016
^a Modelo de regresión logística ajustado para variables de estratificación de aleatorización.		
^b 21 de los 63 (33%) pacientes tratados con eltrombopag que estaban tomando un medicamento para la PTI en situación basal, interrumpieron permanentemente todos los medicamentos para la PTI del estado basal.		

En el estado basal, más del 70 % de los pacientes con PTI en cada grupo de tratamiento notificaron cualquier sangrado (Grados 1-4 de la OMS) y más del 20 % notificaron sangrado clínicamente significativo (Grados 2-4 de la OMS), respectivamente. La proporción de pacientes tratados con eltrombopag con cualquier sangrado (Grados 1-4) y sangrado clínicamente significativo (Grados 2-4) se redujo respecto a la situación basal en aproximadamente un 50 % desde el día 15 hasta el final del tratamiento, durante los 6 meses del periodo de tratamiento.

TRA100773B:

La variable primaria de eficacia fue la proporción de respondedores, definida como pacientes con PTI que tuvieron un aumento en los recuentos de plaquetas hasta $\geq 50\ 000/\mu\text{l}$ en el día 43 desde un valor basal de < 30 000/ μl ; los pacientes que interrumpieron el tratamiento prematuramente debido a un recuento de plaquetas $> 200\ 000/\mu\text{l}$ se consideraron respondedores, los que interrumpieron el tratamiento por cualquier otra causa se consideraron no respondedores, con independencia del recuento de plaquetas. Un total de 114 pacientes con PTI previamente tratados se aleatorizaron en proporción 2:1, a eltrombopag (N = 76) o placebo (N = 38) (Tabla 8).

Tabla 8 Resultados de eficacia del estudio TRA100773B

	Eltrombopag N = 76	Placebo N = 38
Variables primarias clave		
Pacientes elegibles para el análisis de eficacia, N	73	37
Pacientes con recuento de plaquetas $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ después de hasta 42 días de dosis (en comparación con el recuento basal de $< 30\,000/\mu\text{l}$), N (%)	43 (59)	6 (16)
Valor de p ^a		< 0,001
Variables secundarias clave		
Pacientes con evaluación de sangrado en el día 43, n	51	30
Sangrado (Grados 1-4 de la OMS) N (%)	20 (39)	18 (60)
Valor de p ^a		0,029

^a Modelo de regresión logística ajustado para variables de estratificación de aleatorización.

En ambos estudios, RAISE y TRA100773B, la respuesta a eltrombopag en comparación con placebo fue similar con independencia del medicamento utilizado para la PTI, el estado de esplenectomía y el recuento de plaquetas basal ($\leq 15\,000/\mu\text{l}$, $> 15\,000/\mu\text{l}$) en la aleatorización.

En los estudios RAISE y TRA100773B, en el subgrupo de los pacientes con PTI y con un recuento de plaquetas en situación basal $\leq 15\,000/\mu\text{l}$, la mediana de los recuentos de plaquetas no alcanzó el nivel establecido ($> 50\,000/\mu\text{l}$), aunque en ambos estudios, el 43 % de estos pacientes tratados con eltrombopag respondieron después de 6 semanas de tratamiento. Además, en el estudio RAISE, el 42% de los pacientes con recuento de plaquetas basal $\leq 15\,000/\mu\text{l}$ tratados con eltrombopag respondieron al final del periodo de tratamiento de 6 meses. Del 42 al 60% de los pacientes tratados con eltrombopag en el estudio RAISE recibieron 75 mg desde el día 29 hasta el final del tratamiento.

Estudios abiertos no controlados

REPEAT (TRA108057):

Este estudio abierto, de dosis repetidas (3 ciclos de 6 semanas de tratamiento seguido de 4 semanas sin tratamiento) demostró que no hay pérdida de respuesta con el uso episódico de múltiples ciclos de eltrombopag.

EXTEND (TRA105325):

En el estudio de extensión, abierto, se administró eltrombopag a 302 pacientes con PTI; 218 pacientes completaron 1 año, 180 completaron 2 años, 107 completaron 3 años, 75 completaron 4 años, 34 completaron 5 años y 18 completaron 6 años. La mediana del recuento de plaquetas en situación basal, fue de $19\,000/\mu\text{l}$ antes de iniciar la administración con eltrombopag. La mediana de los recuentos de plaquetas al 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 años en el estudio, fueron de $85\,000/\mu\text{l}$, $85\,000/\mu\text{l}$, $105\,000/\mu\text{l}$, $64\,000/\mu\text{l}$, $75\,000/\mu\text{l}$, $119\,000/\mu\text{l}$ y $76\,000/\mu\text{l}$, respectivamente.

TAPER (CETB115J2411):

Este fue un estudio de fase II con un solo grupo que incluyó a pacientes con PTI tratados con eltrombopag después del fallo con corticosteroides en primera línea, independientemente del tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Se reclutaron un total de 105 pacientes e iniciaron el tratamiento con 50 mg de eltrombopag una vez al día (25 mg una vez al día para pacientes con ascendencia del Este/Sudeste asiático). La dosis de eltrombopag se ajustó durante el período de tratamiento en función de los recuentos de plaquetas individuales con el objetivo de lograr un recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$.

De los 105 pacientes incluidos en el estudio que recibieron al menos una dosis de eltrombopag, 69 pacientes (65,7 %) completaron el tratamiento y 36 (34,3 %) suspendieron el tratamiento de forma prematura.

Análisis de la respuesta sostenida sin tratamiento

La variable primaria fue la proporción de pacientes con respuesta sostenida sin tratamiento hasta el mes 12. Los pacientes que alcanzaron un recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$ y mantuvieron el recuento de plaquetas alrededor de $100\,000/\mu\text{l}$ durante 2 meses (ningún recuento por debajo de $70\,000/\mu\text{l}$) fueron aptos para la retirada gradual del tratamiento con eltrombopag y la suspensión permanente del tratamiento. Para que se considerara que había logrado una respuesta sostenida sin tratamiento, el paciente tiene que mantener recuentos de plaquetas $\geq 30\,000/\mu\text{l}$, sin eventos hemorrágicos o sin el uso de tratamiento de rescate, tanto durante el período de reducción gradual del tratamiento como tras la suspensión del tratamiento hasta el mes 12.

La duración de la reducción gradual de la dosis fue personalizada dependiendo de la dosis inicial y la respuesta del paciente. En la pauta de reducción gradual de la dosis se recomendaron reducciones de la dosis de 25 mg cada 2 semanas si los recuentos de plaquetas se mantenían estables. Después de reducir la dosis diaria a 25 mg durante 2 semanas, se pasa a 25 mg en días alternos durante 2 semanas hasta la suspensión del tratamiento. En pacientes de ascendencia del Este o Sudeste asiático, la reducción se realizó en disminuciones más pequeñas de 12,5 mg cada dos semanas. En caso de recaída (definida como un recuento de plaquetas $< 30\,000/\mu\text{l}$), se ofreció a los pacientes un nuevo ciclo de tratamiento con la dosis inicial adecuada.

Ochenta y nueve pacientes (84,8 %) alcanzaron una respuesta completa (recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$) (Fase 1, Tabla 9) y 65 pacientes (61,9 %) mantuvieron la respuesta completa durante al menos 2 meses con recuentos de plaquetas no por debajo de $70\,000/\mu\text{l}$ (Fase 2, Tabla 9). Cuarenta y cuatro pacientes (41,9 %) pudieron interrumpir progresivamente el tratamiento con eltrombopag hasta la suspensión del tratamiento manteniendo las plaquetas $\geq 30\,000/\mu\text{l}$ sin eventos hemorrágicos y sin necesidad de tratamiento de rescate (Fase 3, Tabla 9).

El estudio consiguió la variable primaria al demostrar que el eltrombopag era capaz de inducir una respuesta mantenida sin tratamiento, en ausencia de eventos hemorrágicos o de tratamiento de rescate, en el mes 12 en 32 de los 105 pacientes incluidos (30,5 %; $p < 0,0001$; IC del 95 %: 21,9, 40,2) (Fase 4, Tabla 9). Al cabo del mes 24, 20 de los 105 pacientes inscritos (19,0 %; IC del 95 %: 12,0; 27,9) mantuvieron la respuesta sostenida sin tratamiento en ausencia de eventos hemorrágicos o de tratamiento de rescate (Fase 5, Tabla 9).

La mediana de la duración de la respuesta sostenida después de la suspensión del tratamiento hasta el mes 12 fue de 33,3 semanas (mín-máx: 4-51), y la mediana de la duración de la respuesta sostenida después de la suspensión del tratamiento hasta el mes 24 fue de 88,6 semanas (mín-máx: 57-107).

Tras la retirada y la suspensión del tratamiento con eltrombopag, 12 pacientes presentaron una pérdida de la respuesta, 8 de ellos reanudaron la administración de eltrombopag y 7 presentaron una recuperación de la respuesta.

Durante el seguimiento de 2 años, 6 de 105 pacientes (5,7 %) experimentaron eventos tromboembólicos, de los cuales 3 pacientes (2,9 %) presentaron trombosis venosa profunda, 1 paciente (1,0 %) presentó trombosis superficial, 1 paciente (1,0 %) presentó trombosis del seno cavernoso, 1 paciente (1,0 %) sufrió un accidente cerebrovascular y 1 paciente (1,0 %) sufrió una embolia pulmonar. De los 6 pacientes, 4 pacientes experimentaron acontecimientos tromboembólicos de grado 3 o superior, y 4 pacientes experimentaron acontecimientos tromboembólicos que se notificaron como graves. No se notificaron casos mortales.

Veinte de los 105 pacientes (19,0 %) presentaron eventos hemorrágicos leves o graves durante el tratamiento antes del inicio de la reducción gradual. Cinco de los 65 pacientes (7,7 %) que iniciaron la reducción gradual de la dosis experimentaron eventos hemorrágicos leves o moderados durante la misma. No se produjo ningún evento hemorrágico grave durante la reducción gradual. Dos de los 44 pacientes (4,5 %) a los que se les retiró gradualmente el tratamiento con eltrombopag presentaron eventos hemorrágicos leves o moderados tras la suspensión del tratamiento hasta el mes 12. No se produjo ningún evento hemorrágico grave durante este período. Ninguno de los pacientes que suspendieron el eltrombopag y entraron en el segundo año de seguimiento sufrió un evento de

hemorragia durante el segundo año. Durante el seguimiento de 2 años se notificaron dos eventos mortales de hemorragia intracraneal. Ambos eventos se produjeron durante el tratamiento, no en el contexto de la reducción gradual de la dosis. Los eventos no se consideran relacionados con el tratamiento en estudio.

El análisis general de la seguridad es consistente con los datos notificados previamente y la evaluación de beneficio/riesgo del uso del eltrombopag en pacientes con PTI permanece sin cambios.

Tabla 9 Proporción de pacientes con respuesta sostenida sin tratamiento en el mes 12 y 24 (análisis completo) en TAPER

	Todos los pacientes N=105		Contraste de hipótesis	
	n (%)	95% CI	Valor-p	Desestimado H0
Fase 1: Pacientes que alcanzaron un recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$, al menos una vez	89 (84,8)	(76,4, 91,0)		
Fase 2: Pacientes que alcanzaron un recuento de plaquetas estable durante 2 meses tras alcanzar $100\,000/\mu\text{l}$ (sin recuentos $< 70\,000/\mu\text{l}$)	65 (61,9)	(51,9, 71,2)		
Fase 3: Pacientes que pudieron interrumpir progresivamente el tratamiento con eltrombopag hasta la suspensión del tratamiento manteniendo las plaquetas $\geq 30\,000/\mu\text{l}$ sin eventos hemorrágicos y sin necesidad de tratamiento de rescate	44 (41,9)	(32,3, 51,9)		
Fase 4: Pacientes con una respuesta sostenida sin tratamiento en el mes 12, con recuento de plaquetas estable $\geq 30\,000/\mu\text{l}$ sin eventos hemorrágicos y sin necesidad de tratamiento de rescate	32 (30,5)	(21,9, 40,2)	< 0,0001*	Sí
Fase 5: Pacientes con una respuesta sostenida sin tratamiento desde el mes 12 al 24, con recuento de plaquetas estable $\geq 30\,000/\mu\text{l}$ sin eventos hemorrágicos y sin necesidad de tratamiento de rescate	20 (19,0)	(12,0, 27,9)		

N: Número total de pacientes en el grupo de tratamiento. Este es el denominador para el cálculo de porcentaje (%).

n: Número de pacientes en la categoría correspondiente.

El IC del 95% para la distribución de frecuencias se calculó utilizando el método exacto Clopper-Pearson. La prueba de Clopper-Pearson se utilizó para determinar si la proporción de respondedores era $> 15\%$. Se notifican el IC y los valores-p.

* Indica la significancia estadística (unilateral) al nivel de 0,05.

Resultados de la respuesta en el análisis de tratamiento según el tiempo desde el diagnóstico de PTI. Se realizó un análisis ad-hoc en los N = 105 pacientes según el tiempo desde el diagnóstico de PTI para evaluar la respuesta a eltrombopag en las cuatro categorías diferentes de la PTI según el tiempo desde el diagnóstico (PTI de reciente diagnóstico < 3 meses, PTI persistente de 3 a < 6 meses, PTI persistente de 6 meses a ≤ 12 meses y PTI crónica > 12 meses). El 49 % de los pacientes (N = 51) tenían un diagnóstico de PTI de < 3 meses, el 20 % (N = 21) de 3 a < 6 meses, el 17 % (N = 18) de 6 a ≤ 12 meses y el 14 % (N = 15) de > 12 meses.

Hasta la fecha de corte (22-Oct-2021), los pacientes estuvieron expuestos a eltrombopag durante una mediana (Q1-Q3) de duración de 6,2 meses (2,3 - 12,0 meses). La mediana (Q1-Q3) de recuento de plaquetas al inicio fue de $16\,000/\mu\text{l}$ (7 800 - 28 000/ μl).

La respuesta del recuento de plaquetas, definida como recuento de plaquetas $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ al menos una vez hasta la semana 9 sin tratamiento de rescate se logró en el 84 % (95 % IC: 71 % al 93 %) de los pacientes con PTI de reciente diagnóstico, 91 % (95 % IC: 70 % al 99 %) y 94 % (95 % IC: 73 % al 100 %) de los pacientes con PTI persistente (es decir, con diagnóstico de PTI de 3 a < 6 meses y de 6 a ≤ 12 meses, respectivamente), y en el 87 % (95 % IC: 60 % al 98 %) de los pacientes con PTI crónica.

La tasa de respuesta completa, definida como recuento de plaquetas $\geq 100\,000/\mu\text{l}$ al menos una vez hasta la semana 9 sin tratamiento de rescate, fue del 75 % (95 % IC: 60 % al 86 %) en los pacientes

con PTI de reciente diagnóstico, 76 % (95 % IC: 53 % al 92 %) y 72 % (95 % IC: 47 % al 90 %) en los pacientes con PTI persistente (diagnóstico de la PTI de 3 a < 6 meses y 6 a ≤ 12 meses, respectivamente), y 87 % (95 % IC: 60 % al 98 %) en pacientes con PTI crónica.

La tasa de respuesta sostenida, definida como recuento de plaquetas ≥ 50 000/μl durante al menos 6 de 8 valoraciones consecutivas sin tratamiento de rescate durante los primeros 6 meses de estudio, fue del 71 % (95 % IC: 56 % al 83 %) en los pacientes con PTI de reciente diagnóstico, 81 % (95 % IC: 58 % al 95 %) y 72 % (95 % IC: 47 % al 90,3%) en los pacientes con PTI persistente (diagnóstico de la PTI 3 a < 6 meses y 6 a ≤ 12 meses, respectivamente), y 80 % (95 % IC: 52 % al 96 %) en pacientes con PTI crónica.

Cuando se evaluó la proporción de pacientes con PTI de reciente diagnóstico y persistente sin sangrado en la semana 4 con la escala de sangrado de la OMS, osciló entre el 88 % y el 95 % en comparación con el 37 % y el 57 % al inicio del estudio. Para los pacientes con PTI crónica fue del 93 % en comparación con el 73 % al inicio del estudio.

La seguridad de eltrombopag fue consistente en todas las categorías de PTI y en línea con su perfil de seguridad conocido.

No se han realizado estudios clínicos que comparen eltrombopag con otros tratamientos (p.ej. esplenectomía). Antes de iniciar el tratamiento, se debe considerar la seguridad de eltrombopag a largo plazo.

Población pediátrica (de 1 a 17 años de edad)

La seguridad y la eficacia de eltrombopag en pacientes pediátricos se ha investigado en dos estudios.

TRA115450 (PETIT2):

La variable primaria fue la respuesta sostenida, definida como la proporción de pacientes que recibieron eltrombopag, en comparación con placebo, que alcanzaron niveles plaquetarios ≥ 50 000/μl durante al menos 6 de 8 semanas (sin tratamiento de rescate), entre las semanas 5 y 12 durante el periodo aleatorizado de doble ciego. Los pacientes presentaban diagnóstico de PTI crónica de al menos un año de evolución, con refractariedad o recaída tras un tratamiento o con imposibilidad para continuar con otros tratamientos para la PTI por razones clínicas y presentaban recuentos plaquetarios a < 30 000/μl. Se aleatorizaron noventa y dos pacientes en tres grupos de edades (2:1) con eltrombopag (N = 63) o con placebo (N = 29). La dosis de eltrombopag se ajustó de acuerdo a los recuentos plaquetarios individuales.

En general, una proporción significativamente mayor de pacientes con eltrombopag (40 %) en comparación con placebo (3 %) alcanzaron la variable primaria (Razón de Odds: 18,0 [95 % IC: 2,3, 140,9] p < 0,001) que fue similar en las tres cohortes de edad (Tabla 10).

Tabla 10 Tasas de respuesta plaquetaria sostenida por cohorte de edad en pacientes pediátricos con PTI crónica

	Eltrombopag n/N (%) [95 % IC]	Placebo n/N (%) [95 % IC]
Cohorte 1 (12 a 17 años)	9/23 (39 %) [20%, 61 %]	1/10 (10 %) [0%, 45 %]
Cohorte 2 (6 a 11 años)	11/26 (42 %) [23%, 63 %]	0/13 (0 %) [N/A]
Cohorte 3 (1 a 5 años)	5/14 (36 %) [13%, 65 %]	0/6 (0 %) [N/A]

Los pacientes con eltrombopag requirieron significativamente menos tratamientos de rescate durante el periodo de aleatorización que los pacientes con placebo (19 % [12/63] vs. 24 % [7/29], p = 0,032).

Al inicio, el 71 % de los pacientes del grupo de eltrombopag y el 69 % del grupo de placebo notificaron cualquier hemorragia (Grados 1-4 de la OMS). En la semana 12, la proporción de pacientes con eltrombopag había disminuido las notificaciones de cualquier hemorragia a la mitad del inicio (36 %). En comparación, el 55 % de los pacientes con placebo notificaron cualquier hemorragia en la semana 12.

Se permitió a los pacientes reducir o interrumpir el tratamiento inicial para PTI solo durante la fase abierta del estudio y el 53 % (8/15) de los pacientes pudieron reducir (N = 1) o interrumpir (N = 7) el tratamiento para PTI inicial, principalmente corticoides, sin necesidad de tratamiento de rescate.

TRA108062 (PETIT):

La variable primaria fue la proporción de pacientes que alcanzó recuentos plaquetarios $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ al menos una vez entre la semana 1 y la 6 del periodo de aleatorización. Los pacientes fueron diagnosticados con PTI desde al menos 6 meses y que eran refractarios o habían recaído al menos a un tratamiento anterior para PTI con un recuento plaquetario $< 30\,000/\mu\text{l}$ (N = 67). Durante el periodo de aleatorización del estudio, se aleatorizaron los pacientes en tres cohortes de edad (2:1) con eltrombopag (N = 45) o placebo (N = 22). La dosis de eltrombopag se ajustó de acuerdo a los recuentos plaquetarios individuales.

En general, una proporción significativamente mayor de pacientes con eltrombopag (62 %) consiguió la variable primaria (Razón de Odds en comparación con placebo (32 %): 4,3 [95 % IC: 1,4, 13,3] $p = 0,011$).

Se ha observado respuesta sostenida en el 50% de los respondedores iniciales durante las 20 de las 24 semanas en el estudio PETIT 2 y durante las 15 de las 24 semanas en el estudio PETIT

Estudios en trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica

La eficacia y seguridad de eltrombopag para el tratamiento de la trombocitopenia en pacientes con infección por VHC, se evaluó en dos estudios aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo. En el estudio ENABLE 1 se utilizó como tratamiento antiviral peginterferón alfa-2a más ribavirina y en el estudio ENABLE 2 se utilizó peginterferón alfa-2b más ribavirina. Los pacientes no recibieron medicamentos antivirales de acción directa. En ambos estudios, los pacientes con un recuento de plaquetas $< 75\,000/\mu\text{l}$ fueron reclutados y estratificados por el recuento de plaquetas ($< 50\,000/\mu\text{l}$ y $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ a $< 75\,000/\mu\text{l}$), identificación sistemática de ARN del VHC ($< 800\,000\text{ UI/ml}$ y $\geq 800\,000\text{ UI/ml}$), y genotipo del VHC (genotipo 2/3, y genotipos 1/4/6).

Las características basales de la enfermedad fueron similares en ambos estudios y fueron consistentes con la población de pacientes con VHC y cirrosis compensada. La mayoría de los pacientes tenían genotipo VHC 1 (64 %) y presentaban inicio de fibrosis/cirrosis. El treinta y un por ciento (31 %) de los pacientes había recibido tratamiento previo para el VHC, principalmente a base de interferón pegilado más ribavirina. La mediana basal del recuento de plaquetas en ambos grupos de tratamiento fue de $59\,500/\mu\text{l}$: el 0,8 %, el 28 % y el 72 % de los pacientes reclutados presentaban recuentos de plaquetas $< 20\,000/\mu\text{l}$, $< 50\,000/\mu\text{l}$ y $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ respectivamente.

Los estudios presentaban dos fases, una fase previa al tratamiento antiviral y una fase con tratamiento antiviral. En la fase previa al tratamiento antiviral, los pacientes recibieron, de manera abierta, eltrombopag para incrementar el recuento de plaquetas a $\geq 90\,000/\mu\text{l}$ para el estudio ENABLE 1 y $\geq 100\,000/\mu\text{l}$ para el estudio ENABLE 2. La mediana del tiempo hasta alcanzar el recuento de plaquetas establecido como objetivo, $\geq 90\,000/\mu\text{l}$ para el estudio ENABLE 1 y $\geq 100\,000/\mu\text{l}$ para el estudio ENABLE 2, fue de 2 semanas.

La variable primaria de eficacia para ambos estudios fue la Respuesta Viral Sostenida (RVS), definida como el porcentaje de pacientes con ARN-VHC no detectable en la semana 24 tras completar el periodo de tratamiento programado.

En ambos estudios realizados en pacientes con VHC, un porcentaje significativamente mayor de pacientes tratados con eltrombopag (N = 201, 21 %) alcanzaron la RVS en comparación con los pacientes que recibieron placebo (N = 65, 13 %) (ver Tabla 11). El aumento en el porcentaje de pacientes que alcanzó la RVS fue consistente entre todos los subgrupos estratificados y aleatorizados (recuento de plaquetas en situación basal (< 50 000 vs > 50 000), carga viral (< 800 000 UI/ml vs \geq 800 000 UI/ml) y genotipo (2/3 vs 1/4/6)).

Tabla 11 Respuesta Virológica en pacientes con VHC, en los estudios ENABLE 1 y ENABLE 2

	Datos agrupados		ENABLE 1 ^a		ENABLE 2 ^b	
Pacientes que alcanzaron un recuento de plaquetas adecuado para iniciar el tratamiento antiviral ^c	1 439/1 520 (95 %)		680/715 (95 %)		759/805 (94 %)	
	Eltrombopag	Placebo	Eltrombopag	Placebo	Eltrombopag	Placebo
Número total de pacientes que entraron en la fase de tratamiento antiviral	N = 956	N = 485	N = 450	N = 232	N = 506	N = 253
% pacientes que alcanzaron respuesta virológica						
RVS global^d	21	13	23	14	19	13
<i>Genotipo ARN VHC</i>						
Genotipo 2/3	35	25	35	24	34	25
Genotipo 1/4/6 ^e	15	8	18	10	13	7
<i>Niveles de albúmina^f</i>						
\leq 35 g/l	11	8				
> 35 g/l	25	16				
<i>Puntuación MELD^f</i>						
\geq 10	18	10				
\leq 10	23	17				

^a Eltrombopag administrado en combinación con peginterferón alfa-2a (180 µg una vez a la semana durante 48 semanas para los genotipos 1/4/6; 24 semanas para el genotipo 2/3) más ribavirina (de 800 a 1 200 mg diarios, divididos en 2 dosis administradas por vía oral)

^b Eltrombopag administrado en combinación con peginterferón alfa-2b (1,5 µg /kg una vez a la semana durante 48 semanas para los genotipos 1/4/6; 24 semanas para el genotipo 2/3) más ribavirina (de 800 a 1 400 mg diarios, divididos en 2 dosis administradas por vía oral)

^c El recuento de plaquetas establecido como objetivo fue \geq 90 000/µl para el estudios ENABLE 1 y de \geq 100 000/µl para el estudio ENABLE 2. En el estudio ENABLE 1, 682 pacientes fueron aleatorizados en la fase de tratamiento antiviral; sin embargo 2 pacientes retiraron el consentimiento antes de recibir el tratamiento antiviral.

^d valor de $p < 0,05$ para eltrombopag frente a placebo

^e el 64 % de los pacientes que participaron en los estudios ENABLE 1 y ENABLE 2 presentaban genotipo 1

^f Análisis post-hoc

Entre los otros hallazgos secundarios de estos estudios se incluyen: un porcentaje significativamente menor de pacientes tratados con eltrombopag interrumpieron prematuramente el tratamiento antiviral en comparación con placebo (45 % vs 60 %, $p < 0,0001$). Un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de eltrombopag no necesitó reducciones de dosis de tratamiento antiviral comparado con placebo (45 % vs 27 %). El tratamiento con eltrombopag retrasó y redujo el número de reducciones de dosis de peginterferon.

Población pediátrica

La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido al titular de la obligación de presentar los resultados de ensayos realizados con eltrombopag en todos los grupos de la población pediátrica con

trombocitopenia secundaria (ver sección 4.2 para consultar información sobre el uso en la población pediátrica).

Anemia aplásica grave

Eltrombopag se ha estudiado en un estudio abierto de un solo grupo en 43 pacientes con AAG con trombocitopenia refractaria, después de un tratamiento inmunosupresor (TIS) previo y con un recuento de plaquetas $\leq 30\,000/\mu\text{l}$.

Se consideró que la mayoría de los pacientes, 33 (77 %), presentaban enfermedad refractaria primaria, definida como sin respuesta adecuada a un tratamiento inmunosupresor para cualquiera de las líneas. Los 10 pacientes restantes, presentaron una respuesta plaquetaria insuficiente en tratamientos previos. Los 10 pacientes recibieron al menos 2 regímenes de tratamiento inmunosupresor y el 50 % recibieron al menos 3 regímenes TIS. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de anemia de Fanconi, con infección que no respondiera adecuadamente al tratamiento y con tamaño del clon de hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) en neutrófilos de $\geq 50\%$.

Al inicio del estudio el recuento medio de plaquetas fue de 20 000/ μl , 8,4 g/dl de hemoglobina, el recuento de neutrófilos de $0,58 \times 10^9/\text{l}$ y el recuento absoluto de reticulocitos de $24,3 \times 10^9/\text{l}$. El ochenta y seis por ciento de los pacientes eran dependientes de transfusiones de hematíes y el 91 % de plaquetas. La mayoría de los pacientes (84 %) había recibido al menos dos tratamientos inmunosupresor previos. Al inicio del estudio, tres pacientes presentaron anomalías citogenéticas.

La variable primaria fue la respuesta hematológica valorada después de 12 semanas de tratamiento con eltrombopag. La respuesta hematológica se definió como el cumplimiento de uno o más de los siguientes criterios: 1) aumento del recuento de plaquetas en 20 000/ μl o por encima del nivel inicial de 20 000/ μl o recuento de plaquetas estable con independencia de transfusiones durante un mínimo de 8 semanas; 2) aumento de la hemoglobina de $> 1,5\text{ g/dl}$ o una reducción en ≥ 4 unidades de transfusiones de glóbulos rojos durante 8 semanas consecutivas; 3) aumento de un 100% del recuento absoluto de neutrófilos o $> 0,5 \times 10^9/\text{l}$.

La tasa de respuesta hematológica fue de 40 % (17/43 pacientes; IC 95 % 25, 56), la mayoría respondió a una línea (13/17, 76 %) a la semana 12, mientras que 3 a dos líneas y 1 a las tres líneas. Si no se observó respuesta hematológica o independencia a la transfusión a las 16 semanas se interrumpió el tratamiento con eltrombopag. En el estudio de extensión entraron un total de 14 pacientes. Nueve de estos pacientes alcanzaron respuesta multilínea, 4 de los 9 continúan en tratamiento y 5 disminuyeron gradualmente el tratamiento con eltrombopag con mantenimiento de la respuesta (mediana de seguimiento: 20,6 meses, rango: 5,7 a 22,5 meses). Los 5 pacientes restantes interrumpieron el tratamiento, tres debido a recaída en el mes 3 de la visita de extensión.

Durante el tratamiento con eltrombopag el 59 % (23/39) fueron independientes de transfusiones de plaquetas (28 días sin transfusión de plaquetas) y 27 % (10/37) fueron independientes de transfusiones de glóbulos rojos (56 días sin transfusión de glóbulos rojos). El mayor periodo sin transfusiones de plaquetas en los no-respondedores fue de 27 días (mediana). El mayor periodo sin transfusiones de plaquetas en los respondedores fue de 287 días (mediana). El mayor periodo sin transfusiones de glóbulos rojos en los no-respondedores fue 29 días (mediana). El mayor periodo sin transfusiones de glóbulos rojos de los respondedores fue 266 días (mediana).

Del 50 % de los respondedores que eran inicialmente dependientes de las transfusiones, hubo una reducción de necesidad de transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos en comparación al inicio $> 80\%$.

Resultados preliminares de un estudio de soporte (estudio ELT116826), un estudio en marcha en pacientes con AAG refractarios abierto, fase II no aleatorizado, de un solo grupo, mostraron resultados consistentes. Los datos están limitados a 21 de los 60 pacientes con respuesta hematológica notificada por el 52 % de los pacientes a 6 meses. Se ha notificado respuesta multilínea en el 45 % de los pacientes.

Población pediátrica

La eficacia del eltrombopag oral en pacientes pediátricos de 2 a 17 años con AAG refractaria/recaída (grupo A; N = 14) o sin tratamiento previo (grupo B; N = 37) se evalua en un estudio en marcha abierto, no controlado, de escalada de dosis intra-paciente (total N = 51) (estudio CETB115E2201) (ver también sección 4.2). El grupo A estaba compuesto por 14 pacientes con AAG refractaria (6 pacientes) o en recaída (8 pacientes). Estos 14 pacientes recibieron uno de los dos regímenes de tratamiento: 1) eltrombopag más globulina anti-timocito equina/ciclosporina o 2) eltrombopag más ciclosporina. En el grupo B, 37 pacientes con AAG sin tratamiento inmunosupresor previo fueron tratados con globulina anti-timocito equina, ciclosporina y eltrombopag. La duración del tratamiento fue de 26 semanas con un periodo de seguimiento adicional de 52 semanas.

Las dosis iniciales de eltrombopag fueron de 25 mg diarios en pacientes de 1 a < 6 años y de 50 mg diarios en pacientes de 6 a < 18 años, independientemente de la raza. Se permitieron escaladas de dosis intra-paciente cada 2 semanas hasta que el paciente alcanzara el recuento de plaquetas requerido o llegara a la dosis máxima (150 mg), lo que ocurriría primero.

La variable primaria fue la caracterización de la farmacocinética de eltrombopag en la dosis máxima individual en estado estacionario (ver sección 5.2). Las variables secundarias de eficacia fueron la evaluación de la tasa de respuesta global (TRG) y la independencia de transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos.

La TRG se definió como la proporción de pacientes que tuvieron una respuesta completa (RC) o una respuesta parcial (RP). La RC se definió como el cumplimiento de los criterios de independencia de transfusiones de plaquetas y de glóbulos rojos, hemoglobina normal ajustada por edad, recuento de plaquetas > 100 x 10⁹/l, y recuento absoluto de neutrófilos > 1,5 x 10⁹/l. RP se definió como el cumplimiento de al menos dos o más de los siguientes criterios: recuento absoluto de reticulocitos > 30 x 10⁹/l, recuento de plaquetas > 30 x 10⁹/l, recuento absoluto de neutrófilos > 0,5 x 10⁹/l por encima del nivel inicial con independencia de transfusiones durante al menos 28 días para la transfusión de plaquetas y 56 días para la transfusión de glóbulos rojos. La tasa de respuesta plaquetaria (TRP) se definió como la proporción de pacientes que tuvieron una respuesta completa (RC) o una respuesta parcial (RP). La RC se definió como el cumplimiento de los criterios de recuento de plaquetas de > 30 x 10⁹/l.

La mediana de edad de la población total fue de 10 años (rango: 2 a 17 años), el 54,9 % de los pacientes eran varones y el 58,8 % de los pacientes eran caucásicos. La mediana del índice de masa corporal (IMC) fue de 17,9 kg/m². Había 12 pacientes de < 6 años y 39 pacientes de 6 a < 18 años.

La tasa de respuesta global (TRG) fue del 19,6 % en la semana 12, del 52,9 % en la semana 26, del 45,1 % en la semana 52 y del 45,1 % en la semana 78 para todos los pacientes. La TRG fue generalmente mayor en el grupo A que en el grupo B (por ejemplo, el 71,4 % frente al 45,9 % en la semana 26). La tasa de respuesta plaquetaria (TRP) fue del 47,1 % en la semana 12, del 56,9 % en la semana 26, del 51,0 % en la semana 52 y del 49,0 % en la semana 78.

Veintiocho (7 pacientes en el grupo A y 21 pacientes en el grupo B) de los 42 pacientes que dependían de transfusiones de glóbulos rojos al inicio lograron la independencia de transfusiones durante al menos 56 días durante el estudio. A partir de la fecha de corte de datos (22 de abril de 2022), la mediana del periodo sin transfusión de glóbulos rojos más largo fue de 264 días para 34 pacientes (rango: 58 a 1 074), 321 días (rango: 185 a 860 días) para el grupo A, y 259 días (rango: 58 a 1 074 días) para el grupo B. Treinta y tres (8 pacientes en el grupo A y 25 pacientes en el grupo B) de los 43 pacientes que dependían de transfusiones de plaquetas al inicio lograron la independencia de transfusiones durante al menos 28 días durante el estudio. A partir de la fecha de corte de datos, la mediana del periodo sin transfusión de plaquetas más largo fue de 263 días (rango: 34 a 1 067 días) para 40 pacientes, 268 días (rango: 36 a 860 días) para el grupo A, y 250 días (rango: 34 a 1 067 días) para el grupo B.

Los resultados de seguridad fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido del eltrombopag (ver sección 4.8).

Los resultados de eficacia no fueron suficientes para concluir sobre la eficacia del eltrombopag en pacientes pediátricos con AAG.

5.2 Propiedades farmacocinéticas

Farmacocinética

En un análisis de farmacocinética poblacional se recogieron los datos de la concentración en el tiempo de eltrombopag en plasma en 88 pacientes con PTI en los estudios TRA100773A y TRA100773B y se combinaron con los datos de 111 adultos sanos. En la tabla siguiente se presentan los datos de $AUC_{(0-\tau)}$ y C_{max} de eltrombopag en plasma estimados para pacientes con PTI (Tabla 12).

Tabla 12 Media geométrica (95 % intervalos de confianza) de los parámetros farmacocinéticos en el estado estacionario de eltrombopag en plasma en adultos con PTI

Dosis de Eltrombopag, una vez al día	N	$AUC_{(0-\tau)}$, $\mu\text{g} \cdot \text{h}/\text{ml}$	C_{max} , $\mu\text{g}/\text{ml}$
30 mg	28	47 (39; 58)	3,78 (3,18; 4,49)
50 mg	34	108 (88; 134)	8,01 (6,73; 9,53)
75 mg	26	168 (143; 198)	12,7 (11,0; 14,5)

^a $AUC_{(0-\tau)}$ y C_{max} basados en la farmacocinética poblacional después de los estimados

En un análisis farmacocinético poblacional de la concentración plasmática de eltrombopag, se combinaron los datos recogidos de 590 pacientes con VHC incluidos en los estudios de fase III TPL103922/ENABLE 1 y TPL108390/ENABLE 2, con los datos procedentes de pacientes con VHC incluidos en el estudio fase II TPL102357 y con datos procedentes de sujetos adultos sanos. En la Tabla 13 se presentan para cada dosis estudiada, las estimaciones de la C_{max} y el $AUC_{(0-\tau)}$ de eltrombopag en plasma para los pacientes adultos con VHC reclutados en los estudios fase III

Tabla 13 Media geométrica (IC 95 %) de los parámetros farmacocinéticos de eltrombopag en plasma en estado estacionario, en pacientes con VHC crónica

Dosis de eltrombopag (una vez al día)	N	$AUC_{(0-\tau)}$ ($\mu\text{g} \cdot \text{h}/\text{ml}$)	C_{max} ($\mu\text{g}/\text{ml}$)
25 mg	330	118 (109; 128)	6,40 (5,97; 6,86)
50 mg	119	166 (143; 192)	9,08 (7,96; 10,35)
75 mg	45	301 (250; 363)	16,71 (14,26; 19,58)
100 mg	96	354 (304; 411)	19,19 (16,81; 21,91)

$AUC (0-\tau)$ y C_{max} en base al análisis farmacocinético poblacional después de los estimados a la dosis más alta de los datos de cada paciente.

Absorción y biodisponibilidad

Eltrombopag se absorbe con un pico de concentración que ocurre a las 2-6 horas después de la administración oral. La administración de eltrombopag junto con antiácidos y otros productos que contienen cationes polivalentes como productos lácteos y suplementos minerales, reduce significativamente la exposición a eltrombopag (ver sección 4.2). En un estudio de biodisponibilidad

relativa en adultos, eltrombopag polvo para suspensión oral presentó un 22 % más de AUC_(0-∞) en plasma que la formulación en comprimidos recubiertos con película. No se ha establecido la biodisponibilidad oral absoluta de eltrombopag tras la administración a humanos. En base a la excreción urinaria y la eliminación de metabolitos en heces, la absorción oral del material relacionado con el medicamento tras la administración de una dosis única de 75 mg de eltrombopag en solución se estimó que es al menos el 52 %.

Distribución

Eltrombopag se une altamente a proteínas plasmáticas humanas (> 99,9 %), predominantemente a albúmina. Eltrombopag es un sustrato de BCRP, pero no es un sustrato para la P-glicoproteína o OATP1B1.

Biotransformación

Eltrombopag se metaboliza principalmente por hidrólisis, oxidación y conjugación con ácido glucurónico, glutatión o cisteína. En un estudio de radiomarcado humano, eltrombopag representó el 64 % del AUC_{0-∞} del radiocarbono en plasma. También se detectaron metabolitos menores debido a la glucuronidación y la oxidación. Los estudios *in vitro* sugieren que CYP1A2 y CYP2C8 son responsables del metabolismo oxidativo de eltrombopag. Las enzimas uridina difosfoglucuronil transferasa UGT1A1 y UGT1A3 son responsables de la glucuronidación y las bacterias en el tracto gastrointestinal pueden ser responsables de la vía de hidrólisis.

Eliminación

El eltrombopag absorbido es ampliamente metabolizado. La vía principal de eliminación de eltrombopag es a través de las heces (59 %), con un 31 % de la dosis hallada en orina como metabolitos. No se ha detectado en orina el compuesto principal inalterado (eltrombopag). La cantidad de eltrombopag inalterado detectado en heces representa aproximadamente el 20 % de la dosis. La semivida de eliminación de eltrombopag en plasma es de aproximadamente 21 -32 horas.

Interacciones farmacocinéticas

Basado en un estudio humano con eltrombopag radiomarcado, la glucuronidación juega un papel menor en el metabolismo de eltrombopag. Los estudios en microsomas hepáticos identificaron UGT1A1 y UGT1A3 como las enzimas responsables de la glucuronidación del eltrombopag. Eltrombopag fue un inhibidor *in vitro* de un número de enzimas UGT. No se prevé que existan interacciones de fármacos clínicamente significativas que incluyen glucuronidación debido a la limitada contribución individual de las enzimas UGT en la glucuronidación de eltrombopag.

Aproximadamente el 21 % de una dosis de eltrombopag puede sufrir metabolismo oxidativo. Estudios realizados en microsomas hepáticos humanos identificaron CYP1A2 y CYP2C8 como las enzimas responsables de la oxidación de eltrombopag. En base a los estudios *in vitro* e *in vivo*, eltrombopag no inhibe o induce enzimas CYP (ver sección 4.5).

Los estudios *in vitro* demostraron que eltrombopag es un inhibidor del transportador OATP1B1 y un inhibidor del transportador BCRP y en un ensayo clínico de interacción de fármacos, eltrombopag aumentó la exposición del sustrato de OATP1B1 y BCRP, rosuvastatina (ver sección 4.5). En los ensayos clínicos con eltrombopag, se recomendó una reducción de la dosis de las estatinas en un 50 %.

Eltrombopag forma quelatos con cationes polivalentes como hierro, calcio, magnesio, aluminio, selenio y zinc (ver las secciones 4.2 y 4.5).

Los estudios *in vitro*, demostraron que eltrombopag no es un sustrato del polipéptido transportador de aniones orgánicos, OATP1B1, sino que es un inhibidor de este transportador (valor IC₅₀ de 2,7 µM [1,2 µg/ml]). Los estudios *in vitro* también demostraron que eltrombopag es sustrato e inhibidor de la proteína de resistencia al cáncer de mama (BCRP) (valor IC₅₀ de 2,7 µM [1,2 µg/ml]).

Poblaciones especiales de pacientes

Insuficiencia renal

Se ha estudiado la farmacocinética de eltrombopag tras la administración de eltrombopag a adultos con insuficiencia renal. Tras la administración de una dosis única de 50 mg, el $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag fue del 32 % al 36 % menor en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada y un 60 % menor en pacientes con insuficiencia renal grave, en comparación con voluntarios sanos. Hubo una variabilidad substancial y una superposición en las exposiciones entre pacientes con insuficiencia renal y voluntarios sanos. No se midieron las concentraciones de eltrombopag no unido a proteínas plasmáticas (eltrombopag activo) para este medicamento que se une altamente a proteínas plasmáticas. Los pacientes con función renal alterada deben utilizar eltrombopag con precaución y se debe realizar un seguimiento estrecho, por ejemplo comprobando la creatinina en suero y/o realizando análisis de orina (ver sección 4.2). No se ha establecido la eficacia y seguridad de eltrombopag en pacientes con insuficiencia renal de moderada a grave e insuficiencia hepática.

Insuficiencia hepática

Se ha estudiado la farmacocinética de eltrombopag tras la administración de eltrombopag a adultos con insuficiencia hepática. Tras la administración de una dosis única de 50 mg, el $AUC_{0-\infty}$ de eltrombopag fue un 41 % mayor en pacientes con insuficiencia hepática leve y un 80 a 93 % mayor en pacientes con insuficiencia hepática de moderada a grave, en comparación con voluntarios sanos. Hubo una variabilidad substancial y una superposición significativa de las exposiciones entre pacientes con insuficiencia hepática y voluntarios sanos. No se midieron las concentraciones de eltrombopag no unido a proteínas plasmáticas (eltrombopag activo) para este medicamento que se une altamente a proteínas plasmáticas.

La influencia de la insuficiencia hepática sobre la farmacocinética de eltrombopag tras la administración de dosis repetidas fue evaluada usando un análisis farmacocinético poblacional en 28 adultos sanos y 714 pacientes con enfermedad hepática crónica (673 pacientes con VHC y 41 pacientes con enfermedad hepática crónica de otra etiología). De los 714 pacientes, 642 presentaban insuficiencia hepática leve, 67 insuficiencia hepática moderada y 2 insuficiencia hepática grave. Los pacientes con insuficiencia hepática leve presentaron unos valores superiores de $AUC_{(0-\tau)}$ de aproximadamente el 111 % (IC 95 %: 45 % al 283 %) en comparación con voluntarios sanos, mientras que los pacientes con insuficiencia hepática moderada presentaron unos valores superiores de $AUC_{(0-\tau)}$ de aproximadamente el 183% (IC 95 %: 90 % al 459 %) en comparación con voluntarios sanos.

Por tanto, eltrombopag no se debe utilizar en pacientes con PTI e insuficiencia hepática (escala Child-Pugh ≥ 5) a menos que el beneficio esperado sea mayor que el riesgo identificado de trombosis venosa portal (ver las secciones 4.2 y 4.4). En pacientes con VHC, iniciar el tratamiento con eltrombopag a dosis de 25 mg una vez al día (ver sección 4.2).

Raza

La influencia de la etnia de Asia del Este en la farmacocinética de eltrombopag se evaluó utilizando un análisis farmacocinético poblacional en 111 adultos sanos (31 de Asia del Este) y 88 pacientes con PTI (18 de Asia del Este). En base a las estimaciones del análisis farmacocinético poblacional, los pacientes de Asia del Este con PTI, tuvieron unos valores de $AUC_{(0-\tau)}$ de eltrombopag en plasma aproximadamente un 49% mayor, en comparación con los pacientes que no eran de Asia del Este, predominantemente caucásicos (ver sección 4.2).

La influencia de grupo étnico del Este o del Sudeste asiático sobre la farmacocinética de eltrombopag, fue evaluada usando un análisis farmacocinético poblacional en 635 pacientes con VHC (145 pacientes de Asia del Este y 69 pacientes del Sudeste asiático). En base a las estimaciones del análisis farmacocinético poblacional, los pacientes del Sudeste asiático presentaron valores superiores

del AUC_(0-t) de eltrombopag en plasma de aproximadamente el 55 % en comparación con pacientes de otras razas, predominantemente Caucásicos (ver sección 4.2).

Género

La influencia del género en la farmacocinética de eltrombopag se evaluó utilizando un análisis de farmacocinética poblacional en 111 adultos sanos (14 mujeres) y 88 pacientes con PTI (57 mujeres). En base a los estimados del análisis de farmacocinética poblacional, las mujeres con PTI tuvieron unos valores de AUC_(0-t) de eltrombopag en plasma aproximadamente un 23 % mayor, en comparación con los hombres, sin ajustes por diferencias de peso corporal.

La influencia del género en la farmacocinética de eltrombopag fue evaluada utilizando un análisis farmacocinético poblacional en 635 pacientes con VHC (260 mujeres). En base a las estimaciones del modelo, las pacientes mujeres con VHC presentaron valores superiores del AUC_(0-t) de eltrombopag en plasma de aproximadamente el 41 % en comparación con los pacientes hombres.

Edad

La influencia de la edad sobre la farmacocinética de eltrombopag fue evaluada utilizando un análisis farmacocinético poblacional en 28 sujetos sanos, 673 pacientes con VHC y 41 pacientes con enfermedad hepática crónica de otra etiología, con rangos de edad entre los 19 y los 74 años. No hay datos farmacocinéticos sobre el uso de eltrombopag en pacientes ≥ 75 años de edad. En base a las estimaciones del modelo, los pacientes de edad avanzada (≥ 65 años) presentaron valores superiores del AUC_(0-t) de eltrombopag en plasma de aproximadamente el 41 % en comparación con los pacientes más jóvenes (ver sección 4.2).

Población pediátrica (de 1 a 17 años de edad)

La farmacocinética de eltrombopag se ha evaluado en dos estudios en 168 pacientes pediátricos con PTI con una dosis diaria: TRA108062/PETIT y TRA115450/PETIT-2. Tras la administración oral el aclaramiento plasmático de eltrombopag aparente aumentó con el incremento del peso corporal. Los efectos de la raza y del género en el aclaramiento de eltrombopag plasmático se estimó que era consistente entre pacientes pediátricos y adultos. Pacientes pediátricos del Este o Sudeste asiático con PTI presentaron aproximadamente un 43 % más de valores de AUC_(0-t) de eltrombopag plasmático que pacientes que no eran asiático. Las niñas con PTI tuvieron aproximadamente un 25 % más de valores de AUC_(0-t) de eltrombopag plasmático que los niños.

Los parámetros farmacocinéticos de eltrombopag en pacientes pediátricos con PTI se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14 Media geométrica (95 % IC) de los parámetros farmacocinéticos de eltrombopag en plasma en estado estacionario de pacientes pediátricos con PTI (50 mg en régimen de dosificación de una vez al día)

Edad	C _{max} (μ g/ml)	AUC _(0-t) (μ g.hr/ml)
12 a 17 años (N = 62)	6,80 (6,17; 7,50)	103 (91,1; 116)
6 a 11 años (N = 68)	10,3 (9,42; 11,2)	153 (137; 170)
1 a 5 años (N = 38)	11,6 (10,4; 12,9)	162 (139; 187)

Los datos se presentan como media geométrica (95 % IC). AUC_(0-t) y C_{max} en base al análisis farmacocinético poblacional post-hoc estimada.

La Tabla 15 muestra los datos farmacocinéticos de eltrombopag plasmático a la dosis máxima individual en estado estacionario de 38 pacientes pediátricos con AAG en primera línea (grupo B) o

segunda línea (grupo A), tras una dosis común de 50 mg del estudio CETB115E2201. En general, el aclaramiento de eltrombopag fue menor y la exposición de eltrombopag plasmático fue mayor para los pacientes de 2 a < 6 años de edad en comparación con los pacientes de 6 a < 18 años de edad.

Tabla 15 Parámetros farmacocinéticos de eltrombopag a la dosis máxima individual en estado estacionario del estudio CETB115E2201, ajustados a la dosis de 50 mg (semana 12 o posterior) por grupo y edad

Tratamiento	Grupo de edad	Estadística	AUC _(0-∞) ($\mu\text{g} \cdot \text{hr}/\text{ml}$)	C _{máx} ($\mu\text{g}/\text{ml}$)
Grupo A (N = 11)	2 a < 6 años	n	1	1
		Media geométrica	272	16,1
		% CV geométrico		
	6 a < 18 años	n	5	7
		Media geométrica	306	14,5
		% CV geométrico	63,8	58,2
Grupo B (N = 27)	2 a < 6 años	n	6	8
		Media geométrica	502	27,1
		% CV geométrico	65,6	40,6
	6 a < 18 años	n	10	15
		Media geométrica	275	15,6
		% CV geométrico	52,6	47,2
Total de pacientes (N = 38)	2 a < 6 años	n	7	9
		Media geométrica	460	25,6
		Geo-CV %	64,9	42,2
	6 a < 18 años	n	15	22
		Media geométrica	285	15,2
		% CV geométrico	54,2	49,5

Grupo A: eltrombopag administrado como tratamiento de segunda línea,

Grupo B: eltrombopag administrado como tratamiento de primera línea

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

Seguridad farmacológica y toxicidad a dosis repetidas

Eltrombopag no estimula la producción de plaquetas en ratones, ratas o perros por la especificidad única del receptor de TPO. Por tanto, los datos de estos animales no modelan por completo las reacciones adversas potenciales relacionadas con la farmacología de eltrombopag en humanos, incluyendo los estudios de reproducción y carcinogenicidad.

Se detectaron en roedores cataratas relacionadas con el tratamiento y fueron dosis y tiempo dependientes. A ≥ 6 veces la exposición clínica en humanos adultos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y a 3 veces la exposición clínica en humanos adultos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día, se observaron cataratas en ratones después de 6 semanas de tratamiento y en ratas después de 28 semanas de tratamiento. A una exposición clínica ≥ 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y a 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día, se observaron cataratas en ratones después de 13 semanas de tratamiento y en ratas tras 39 semanas de tratamiento. En ratas jóvenes utilizando dosis no toleradas, pre-destete, tratadas del día 4 al 32 (aproximadamente equivalente a 2 años en humanos al final del periodo de dosificación) se observaron opacidades oculares (no se realizó histología) a una exposición 9 veces mayor de la máxima exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día. Sin embargo, las cataratas no se observaron en ratas jóvenes con dosis toleradas a una exposición 5 veces mayor de la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes pediátricos con PTI. No se han observado cataratas en perros adultos tras 52 semanas de dosificación.

(a una exposición clínica 2 veces mayor a la exposición clínica en humanos adultos o pediátricos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y equivalente a una exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día).

Se observó toxicidad tubular renal en estudios de hasta 14 días de duración en ratones y ratas, a exposiciones que se asociaron generalmente con morbilidad y mortalidad. La toxicidad tubular también se observó en un estudio de carcinogenicidad oral a 2 años en ratones, a las dosis de 25, 75 y 150 mg/kg/día. Los efectos fueron menos graves a dosis menores y se caracterizaron por un espectro de cambios regenerativos. La exposición a la menor dosis fue 1,2 o 0,8 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y a 0,6 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día. No se observaron efectos renales en ratas tras 28 semanas o en perros tras 52 semanas a exposiciones de 4 y 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos con PTI y 3 y 2 veces la exposición clínica en humanos de pacientes pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y dos veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día.

La degeneración y/o necrosis de los hepatocitos, a menudo acompañada de un incremento de los niveles de enzimas hepáticas en suero, se observó en ratones, ratas y perros a dosis que se asociaron con morbilidad y mortalidad o dosis que fueron mal toleradas. No se observaron efectos hepáticos tras el tratamiento crónico en ratas (28 semanas) y en perros (52 semanas) a 4 o 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos con PTI y 3 o 2 veces la exposición clínica en humanos de pacientes pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y dos veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día.

A dosis mal toleradas en ratas y perros (> 10 veces o 7 veces la exposición clínica máxima en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y > 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día), en los estudios a corto plazo se observó una disminución en el recuento de reticulocitos e hiperplasia eritroide de médula ósea regenerativa (sólo en ratas). No hubo efectos notables en la masa eritrocitaria o en los recuentos de reticulocitos tras la administración de un tratamiento durante 28 semanas en ratas, 52 semanas en perros y 2 años en ratones o ratas a las dosis máximas toleradas que fueron de 2 a 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y ≤ 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día.

En un estudio de toxicidad en ratas con una dosis no tolerada de 60 mg/kg/día (6 veces o 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 3 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día), se observó hiperostosis endóstica en la semana 28. No se observaron cambios en los huesos de ratones o ratas tras una exposición de por vida (2 años) a 4 veces o 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día.

Carcinogenicidad y mutagenicidad

Eltrombopag no fue carcinogénico en ratones a dosis de hasta 75 mg/kg/día o en ratas a dosis de hasta 40 mg/kg/día (exposiciones de hasta 4 veces o 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). Eltrombopag no fue mutagénico o clastogénico en un ensayo de mutación bacteriana o en dos ensayos *in vivo* en ratas (micronúcleos y síntesis de ADN no programada, 10 veces u 8 veces la exposición clínica en humanos adultos o pediátricos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y 7 veces la exposición clínica en humanos basada en la C_{max} de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). En el ensayo *in vivo* de linfoma en ratón, eltrombopag fue marginalmente positivo (< 3 veces de aumento en

la frecuencia de mutación). Estos hallazgos *in vitro* e *in vivo* sugieren que eltrombopag no tiene un riesgo genotóxico en humanos.

Toxicidad en la reproducción

Eltrombopag no afectó la fertilidad femenina, el desarrollo embrionario temprano o el desarrollo embriofetal en ratas, a dosis 20 mg/kg/día (2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o adolescentes (12-17 años) con PTI a dosis de 75 mg/día, y equivalente a la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). Tampoco hubo efecto en el desarrollo embriofetal en conejos a dosis de hasta 150 mg/kg/día, la dosis más alta probada (de 0,3 a 0,5 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y > 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). Sin embargo, a una dosis materna tóxica de 60 mg/kg/día (6 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y 3 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día) en ratas, el tratamiento con eltrombopag se asoció con mortalidad embrionaria (pérdida pre y post-implantación aumentada), peso corporal fetal y peso del útero grávido reducidos en el estudio de fertilidad femenina y una baja incidencia de costillas cervicales y peso fetal reducido en el estudio de desarrollo embriofetal. Solamente se puede utilizar eltrombopag durante el embarazo si los beneficios esperados justifican los posibles riesgos para el feto (ver sección 4.6). Eltrombopag no afectó a la fertilidad masculina en ratas a dosis de hasta 40 mg/kg/día, la dosis más alta probada (3 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con PTI a dosis de 75 mg/día, y 2 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). En el estudio de desarrollo pre y postnatal en ratas, no hubo reacciones adversas en el embarazo, parto o lactancia de la F₀ de las ratas hembra a dosis maternas no tóxicas (10 y 20 mg/kg/día) y no hubo efectos en el crecimiento, desarrollo, neurocomportamiento o función reproductiva de la descendencia (F₁). Se detectó eltrombopag en plasma de todas las crías de rata F₁ para todo el periodo de muestreo de 22 horas tras la administración del medicamento a las hembras F₀, lo que sugiere que la exposición a eltrombopag de las crías de rata fue probable a través de la lactancia.

Fototoxicidad

Los estudios *in vitro* con eltrombopag sugieren un riesgo potencial de fototoxicidad, sin embargo, en roedores no hubo evidencia de fototoxicidad cutánea (10 o 7 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 5 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día) o fototoxicidad ocular (≥ 4 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes adultos o pediátricos con PTI a dosis de 75 mg/día, y 3 veces la exposición clínica en humanos basada en el AUC de pacientes con VHC a dosis de 100 mg/día). Además, un estudio de farmacología clínica en 36 individuos no mostró evidencia de que la fotosensibilidad aumente tras la administración de 75 mg de eltrombopag. Esto se midió con el índice de fototoxicidad retardada. No obstante, no se puede descartar un potencial riesgo de fotoalergia debido a que no se puede realizar un estudio preclínico específico.

Estudios de animales juveniles

A dosis no toleradas en ratas pre-destete, se observaron opacidades oculares. En dosis toleradas, no se observaron opacidades oculares (vea la subsección anterior "Seguridad farmacológica y toxicidad a dosis repetidas"). En conclusión, teniendo en cuenta los márgenes de exposición en relación al AUC, no se puede excluir el riesgo de cataratas relacionadas con eltrombopag en pacientes pediátricos. No se han detectado hallazgos en ratas jóvenes que sugieran un mayor riesgo de toxicidad con el tratamiento de eltrombopag en pacientes adultos vs. pediátricos con PTI.

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1 Lista de excipientes

Manitol (E421)

Sucralosa

Goma xantana

6.2 Incompatibilidades

No procede.

6.3 Periodo de validez

2 años

Tras la reconstitución, el medicamento debe administrarse inmediatamente pero puede almacenarse durante un periodo máximo de 30 minutos.

6.4 Precauciones especiales de conservación

No requiere condiciones especiales de conservación.

Para las condiciones de conservación tras la reconstitución del medicamento, ver sección 6.3.

6.5 Naturaleza y contenido del envase

Sobres laminados de aluminio sellados térmicamente. El material laminado está compuesto por poliéster (PET) / poliamida orientada (OPA) / lámina de aluminio de 9 µm (AL) / lámina de sellado térmico de polietileno de baja densidad (LDPE). El material en contacto con el producto es la lámina de sellado térmico de polietileno. Los sobres se envasan en un kit que contiene un frasco de mezcla 40 ml de HDPE y 30 jeringas de dosificación para uso oral de 20 ml (polipropileno/goma de silicona) graduada por 1 ml de un solo uso. Además, se incluye un tapón de rosca (etileno acetato de vinilo / LDPE) para acoplar la jeringa.

Envase de 30 sobres.

6.6 Precauciones especiales de eliminación

Instrucciones de uso

Evite el contacto directo con el medicamento. Lave cualquier área expuesta inmediatamente con jabón y agua.

Preparación y administración del polvo para suspensión oral:

- Administrar la suspensión oral inmediatamente tras la preparación. Descartar la suspensión si no se administra en los 30 minutos tras la preparación.
- Preparar la suspensión únicamente con agua.
- Añadir 20 ml de agua y el contenido del número de sobres prescritos (dependiendo de la dosis recomendada) en el frasco de mezcla y agitar suavemente.
- Dar al paciente el contenido completo del frasco utilizando una de las jeringas para uso oral que se incluyen.
- IMPORTANTE: dado que quedará medicamento en el frasco de mezcla, siga los siguientes pasos.
- Añadir 10 ml de agua al frasco de mezcla y agitar suavemente
- Dar el contenido entero del frasco al paciente utilizando la misma jeringa para uso oral.

Limpie el equipo de mezcla.

- Tire la jeringa para uso oral utilizada.
- Enjuague el frasco de mezcla y la tapa con agua corriente. (El frasco de mezcla se puede manchar debido al medicamento. Esto es normal.)
- Deje que se seque al aire todo el equipo.
- Lave sus manos con agua y jabón.

No reutilice la jeringa de dosificación para uso oral. Utilice una nueva jeringa de dosificación para uso oral cada vez que prepare una nueva dosis de la suspensión oral de Revolade.

Para más detalles de la preparación y administración de la suspensión, ver las Instrucciones de Uso del prospecto.

Eliminación

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

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/013

9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Fecha de la primera autorización: 11 de Marzo de 2010
Fecha de la última renovación: 15 de Enero de 2015

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <https://www.ema.europa.eu>.

ANEXO II

- A. FABRICANTES RESPONSABLES DE LA LIBERACIÓN DE LOS LOTES**
- B. CONDICIONES O RESTRICCIONES DE SUMINISTRO Y USO**
- C. OTRAS CONDICIONES Y REQUISITOS DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN**
- D. CONDICIONES O RESTRICCIONES EN RELACIÓN CON LA UTILIZACIÓN SEGURA Y EFICAZ DEL MEDICAMENTO**

A. FABRICANTES RESPONSABLES DE LA LIBERACIÓN DE LOS LOTES

Nombre y dirección de los fabricantes responsables de la liberación de los lotes

Revolade 12,5 mg, 25 mg, 50 mg y 75 mg comprimidos recubiertos con película

Lek d.d
Verovskova Ulica 57
Ljubljana 1526
Eslovenia

Novartis Pharmaceutical Manufacturing LLC
Verovskova Ulica 57
Ljubljana 1000
Eslovenia

Novartis Farmacéutica SA
Gran Via de les Corts Catalanes, 764
08013 Barcelona
España

Glaxo Wellcome S.A.
Avenida de Extremadura 3
09400 Aranda de Duero
Burgos
España

Novartis Pharma GmbH
Sophie-Germain-Strasse 10
90443 Nürnberg
Alemania

Revolade 25 mg polvo para suspensión oral:

Lek d.d
Verovskova Ulica 57
Ljubljana 1526
Eslovenia

Novartis Pharmaceutical Manufacturing LLC
Verovskova Ulica 57
Ljubljana 1000
Eslovenia

Novartis Pharma GmbH
Sophie-Germain-Strasse 10
90443 Nürnberg
Alemania

El prospecto impreso del medicamento debe especificar el nombre y dirección del fabricante responsable de la liberación del lote en cuestión.

B. CONDICIONES O RESTRICCIONES DE SUMINISTRO Y USO

Medicamento sujeto a prescripción médica restringida (ver Anexo I: Ficha Técnica o Resumen de las Características del Producto, sección 4.2).

C. OTRAS CONDICIONES Y REQUISITOS DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

- **Informes periódicos de seguridad (IPSs)**

Los requerimientos para la presentación de los IPSs para este medicamento se establecen en la lista de fechas de referencia de la Unión (lista EURD) prevista en el artículo 107 quater, apartado 7, de la Directiva 2001/83/CE y cualquier actualización posterior publicada en el portal web europeo sobre medicamentos.

D. CONDICIONES O RESTRICCIONES EN RELACIÓN CON LA UTILIZACIÓN SEGURA Y EFICAZ DEL MEDICAMENTO

- **Plan de gestión de riesgos (PGR)**

El titular de la autorización de comercialización (TAC) realizará las actividades e intervenciones de farmacovigilancia necesarias según lo acordado en la versión del PGR incluido en el Módulo 1.8.2 de la autorización de comercialización y en cualquier actualización del PGR que se acuerde posteriormente.

Se debe presentar un PGR actualizado:

- A petición de la Agencia Europea de Medicamentos.
- Cuando se modifique el sistema de gestión de riesgos, especialmente como resultado de nueva información disponible que pueda conllevar cambios relevantes en el perfil beneficio/riesgo, o como resultado de la consecución de un hito importante (farmacovigilancia o minimización de riesgos).

ANEXO III
ETIQUETADO Y PROSPECTO

A. ETIQUETADO

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL EMBALAJE EXTERIOR**CARTONAJE PARA 12,5 mg - 14, 28, 84 (3 ENVASES de 28) COMPRIMIDOS****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 12,5 mg comprimidos recubiertos con película

eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 12,5 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

14 comprimidos recubiertos con película

28 comprimidos recubiertos con película

Envase múltiple que contiene 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28)

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/010 (14 comprimidos recubiertos con película)
EU/1/10/612/011 (28 comprimidos recubiertos con película)
EU/1/10/612/012 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28)

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 12,5 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Incluido el código de barras 2D que lleva el identificador único.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – INFORMACIÓN EN CARACTERES VISUALES

PC
SN
NN

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL ACONDICIONAMIENTO INTERMEDIO

Envase múltiple de 84 (3 envases de 28 comprimidos recubiertos con película) – sin Blue Box – comprimidos de 12,5 mg recubiertos con película

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Revolade 12,5 mg comprimidos recubiertos con película

eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 12,5 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

28 comprimidos recubiertos con película. Subunidad de un envase múltiple, no puede venderse por separado.

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/012

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 12,5 mg

INFORMACIÓN MÍNIMA A INCLUIR EN BLÍSTERS O TIRAS**Blister****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 12,5 mg comprimidos recubiertos con película

eltrombopag

2. NOMBRE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited

3. FECHA DE CADUCIDAD

EXP

4. NÚMERO DE LOTE

Lot

5. OTROS

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL EMBALAJE EXTERIOR**CARTONAJE PARA 25 mg - 14, 28, 84 (3 ENVASES de 28) COMPRIMIDOS****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 25 mg comprimidos recubiertos con película

eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 25 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

14 comprimidos recubiertos con película

28 comprimidos recubiertos con película

Envase múltiple que contiene 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28)

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/001 (14 comprimidos recubiertos con película)
EU/1/10/612/002 (28 comprimidos recubiertos con película)
EU/1/10/612/003 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28)

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 25 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Incluido el código de barras 2D que lleva el identificador único.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – INFORMACIÓN EN CARACTERES VISUALES

PC
SN
NN

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL ACONDICIONAMIENTO INTERMEDIO

Envase múltiple de 84 (3 envases de 28 comprimidos recubiertos con película) – sin Blue Box – comprimidos recubiertos con película de 25 mg

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Revolade 25 mg comprimidos recubiertos con película
eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 25 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

28 comprimidos recubiertos con película. Subunidad de un envase múltiple, no puede venderse por separado.

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/003

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 25 mg

INFORMACIÓN MÍNIMA A INCLUIR EN BLÍSTERS O TIRAS**Blister****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 25 mg comprimidos recubiertos con película

eltrombopag

2. NOMBRE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited

3. FECHA DE CADUCIDAD

EXP

4. NÚMERO DE LOTE

Lot

5. OTROS

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL EMBALAJE EXTERIOR**CARTONAJE PARA 50 mg - 14, 28, 84 (3 ENVASES de 28) COMPRIMIDOS****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película

eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 50 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

14 comprimidos recubiertos con película

28 comprimidos recubiertos con película

Envase múltiple que contiene 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28)

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/004 (14 comprimidos recubiertos con película)
EU/1/10/612/005 (28 comprimidos recubiertos con película)
EU/1/10/612/006 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28)

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 50 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Incluido el código de barras 2D que lleva el identificador único.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – INFORMACIÓN EN CARACTERES VISUALES

PC
SN
NN

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL ACONDICIONAMIENTO INTERMEDIO

Envase múltiple de 84 (3 envases de 28 comprimidos recubiertos con película) – sin Blue Box – comprimidos recubiertos con película de 50 mg

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película
eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 50 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

28 comprimidos recubiertos con película. Subunidad de un envase múltiple, no puede venderse por separado.

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/006

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 50 mg

INFORMACIÓN MÍNIMA A INCLUIR EN BLÍSTERS O TIRAS**Blister****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película

eltrombopag

2. NOMBRE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited

3. FECHA DE CADUCIDAD

EXP

4. NÚMERO DE LOTE

Lot

5. OTROS

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL EMBALAJE EXTERIOR**CARTONAJE PARA 75 mg- 14, 28, 84 (3 ENVASES de 28) COMPRIMIDOS****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película

eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 75 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

14 comprimidos recubiertos con película

28 comprimidos recubiertos con película

Envase múltiple que contiene 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28)

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/007 (14 comprimidos recubiertos con película)
EU/1/10/612/008 (28 comprimidos recubiertos con película)
EU/1/10/612/009 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28)

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 75 mg

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Incluido el código de barras 2D que lleva el identificador único.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – INFORMACIÓN EN CARACTERES VISUALES

PC
SN
NN

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL ACONDICIONAMIENTO INTERMEDIO

Envase múltiple de 84 (3 envases de 28 comprimidos recubiertos con película) – sin Blue Box – comprimidos recubiertos con película de 75 mg

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película
eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 75 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

28 comprimidos recubiertos con película. Subunidad de un envase múltiple, no puede venderse por separado.

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/009

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 75 mg

INFORMACIÓN MÍNIMA A INCLUIR EN BLÍSTERS O TIRAS**Blister****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película

eltrombopag

2. NOMBRE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited

3. FECHA DE CADUCIDAD

EXP

4. NÚMERO DE LOTE

Lot

5. OTROS

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL EMBALAJE EXTERIOR**Cartonaje para 25 mg polvo para suspensión oral****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 25 mg polvo para suspensión oral

eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada sobre contiene eltrombopag olamina equivalente a 25 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

30 sobres y 1 frasco de mezcla + 30 jeringas para uso oral de un solo uso

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento.
Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD
Utilizar en los 30 minutos tras la reconstitución.

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/013 (30 sobres de polvo para suspensión oral)

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 25 mg sobres

17. IDENTIFICADOR ÚNICO – CÓDIGO DE BARRAS 2D

Incluido el código de barras 2D que lleva el identificador único.

18. IDENTIFICADOR ÚNICO – INFORMACIÓN EN CARACTERES VISUALES

PC
SN
NN

INFORMACIÓN QUE DEBE FIGURAR EN EL ACONDICIONAMIENTO INTERMEDIO**CARTONAJE PARA 25 mg polvo para suspensión oral – sin Blue Box – 30 sobres****1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

Revolade 25 mg polvo para suspensión oral

eltrombopag

2. PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)

Cada sobre contiene eltrombopag olamina equivalente a 25 mg de eltrombopag.

3. LISTA DE EXCIPIENTES**4. FORMA FARMACÉUTICA Y CONTENIDO DEL ENVASE**

30 sobres.

5. FORMA Y VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento.

Vía oral.

6. ADVERTENCIA ESPECIAL DE QUE EL MEDICAMENTO DEBE MANTENERSE FUERA DE LA VISTA Y DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

7. OTRA(S) ADVERTENCIA(S) ESPECIAL(ES), SI ES NECESARIO**8. FECHA DE CADUCIDAD**

CAD

Utilizar en los 30 minutos tras la reconstitución.

9. CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

10. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN DEL MEDICAMENTO NO UTILIZADO Y DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE SU USO, CUANDO CORRESPONDA

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

12. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/10/612/013

13. NÚMERO DE LOTE

Lote

14. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN

15. INSTRUCCIONES DE USO

16. INFORMACIÓN EN BRAILLE

revolade 25 mg sobres

INFORMACIÓN MÍNIMA A INCLUIR EN LOS ENVASES DE TAMAÑO PEQUEÑO
SOBRE

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Revolade 25 mg polvo para suspensión oral

eltrombopag

Vía oral

2. NOMBRE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Novartis Europharm Limited

3. FECHA DE CADUCIDAD

EXP

4. NÚMERO DE LOTE

Lot

5. OTROS

B. PROSPECTO

Prospecto: información para el paciente

Revolade 12,5 mg comprimidos recubiertos con película
Revolade 25 mg comprimidos recubiertos con película
Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película
Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película
eltrombopag

Lea todo el prospecto detenidamente antes de empezar a tomar este medicamento, porque contiene información importante para usted.

- Conserve este prospecto, ya que puede tener que volver a leerlo.
- Si tiene alguna duda, consulte a su médico o farmacéutico.
- Este medicamento se le ha recetado solamente a usted, y no debe dárselo a otras personas aunque tengan los mismos síntomas que usted, ya que puede perjudicarles.
- Si experimenta efectos adversos, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de efectos adversos que no aparecen en este prospecto. Ver sección 4.
- La información de este prospecto es para usted o su hijo, aunque en el prospecto se refiera a "usted".

Contenido del prospecto

1. Qué es Revolade y para qué se utiliza
2. Qué necesita saber antes de empezar a tomar Revolade
3. Cómo tomar Revolade
4. Posibles efectos adversos
5. Conservación de Revolade
6. Contenido del envase e información adicional

1. Qué es Revolade y para qué se utiliza

Revolade contiene eltrombopag, que pertenece a un grupo de medicamentos llamados agonistas del receptor de trombopoyetina, que se utiliza para ayudar a aumentar el número de plaquetas en sangre. Las plaquetas son células presentes en la sangre que ayudan a reducir o prevenir hemorragias.

- Revolade se utiliza para tratar un trastorno de la sangre llamado trombocitopenia inmune (primaria) (PTI) en pacientes de más de 1 año de edad que ya han tomado otros medicamentos (corticosteroides o inmunoglobulinas) que no les han funcionado.

La PTI está causada por un recuento bajo de plaquetas (trombocitopenia). Las personas con PTI tienen mayor riesgo de tener hemorragias. Los síntomas que los pacientes con PTI pueden notar son petequias (puntitos rojos redondos y planos localizados bajo la piel), cardenales, sangrado de nariz, sangrado de encías e incapacidad para controlar el sangrado si se cortan o se hieren.

- Revolade también se puede utilizar para tratar los niveles bajos de plaquetas (trombocitopenia) en adultos con infección del virus de la hepatitis C (VHC), en el caso de que hubieran tenido problemas con los efectos adversos del tratamiento con interferón. Muchas personas con hepatitis C tienen niveles de plaquetas bajos, no sólo por la enfermedad, sino también debido a los tratamientos antivirales que se utilizan para tratarla. Tomar Revolade puede ayudarle a completar el ciclo con los antivirales (peginterferón y ribavirina).
- Revolade también se puede utilizar en pacientes con bajos niveles de células sanguíneas provocado por una anemia aplásica grave (AAG). La AAG es una enfermedad en la cual la médula ósea está dañada, provocando una deficiencia de glóbulos rojos (anemia), de glóbulos blancos (leucopenia) y de plaquetas (trombocitopenia).

2. Qué necesita saber antes de empezar a tomar Revolade

No tome Revolade

- **si es alérgico** a eltrombopag o a alguno de los demás componentes de este medicamento (incluidos en la sección 6 bajo el título “**Composición de Revolade**”).
➔ Consulte con su médico si cree que esto puede afectarle.

Advertencias y precauciones

Consulte a su médico antes de empezar a tomar Revolade:

- si tiene **problemas de hígado**. Las personas que tienen un recuento de plaquetas bajo así como una enfermedad crónica de hígado avanzada (desde hace mucho tiempo), tienen más riesgo de efectos adversos, de daño en el hígado que puede ser mortal y de coágulos de sangre. Si su médico considera que el beneficio de Revolade supera los riesgos, le tendrá muy controlado durante el tratamiento.
- si tiene **riesgo de sufrir un trombo** en venas o arterias, o si sabe que la aparición de trombos es algo frecuente en su familia.

El riesgo de sufrir un trombo puede ser mayor en las siguientes circunstancias:

- si tiene edad avanzada
 - si ha estado en cama durante un largo periodo de tiempo
 - si tiene cáncer
 - si está tomando la píldora anticonceptiva o terapia hormonal sustitutiva
 - si ha sido sometido a cirugía recientemente o si ha sufrido un daño físico
 - si tiene mucho sobrepeso (obesidad)
 - si es fumador
 - si tiene una enfermedad crónica y avanzada en el hígado.
- ➔ Si se encuentra en cualquiera de estas situaciones, **informe a su médico** antes de iniciar el tratamiento. No debe tomar Revolade a menos que su médico considere que el beneficio esperado supera el riesgo de tener trombos.
- si tiene **cataratas** (el cristalino, la lente del ojo, se enturbia).
 - si tiene otra **enfermedad de la sangre**, como el síndrome mielodisplásico (SMD). Antes de empezar a tomar Revolade, su médico le realizará pruebas para comprobar que no tiene esta enfermedad. Si tiene SMD y toma Revolade, el SMD puede empeorar.
- ➔ **Informe a su médico** si se encuentra en alguna de estas situaciones.

Exámenes oculares

Su médico le recomendará que se haga una revisión para comprobar si tiene cataratas. Si no se hace revisiones rutinarias de los ojos, su médico le pedirá que las haga. También deben revisarle la retina (capa de células sensible a la luz que se encuentra en la parte posterior del ojo), para ver si existe sangrado en la retina o alrededor de ella.

Necesitará hacerse análisis de forma regular

Antes de que empiece a tomar Revolade, su médico le hará un análisis de sangre para ver como están sus células sanguíneas, incluyendo las plaquetas. Estos análisis se repetirán con frecuencia mientras esté tomando el medicamento.

Análisis de sangre para comprobar la función del hígado

Revolade puede provocarle resultados del análisis de sangre que indiquen daño en el hígado - un aumento de algunas enzimas hepáticas, especialmente bilirrubina y alanina/aspartato transaminasa. Si está tomando interferón, tratamiento base junto con Revolade para tratar los niveles bajos de plaquetas debidos a la hepatitis C, podrían empeorar alguno de los problemas hepáticos.

Se le realizarán análisis de sangre antes de empezar a tomar Revolade y con frecuencia mientras lo esté tomando para comprobar su función hepática. Puede ser necesario que interrumpa el tratamiento con Revolade si los niveles de estos marcadores aumentan demasiado o si tiene cualquier otro signo de daño hepático.

➔ **Lea la información “Problemas de hígado” en la sección 4 de este prospecto**

Análisis de sangre para el recuento (niveles) de plaquetas

Si interrumpe el tratamiento con Revolade, es probable que a los pocos días, vuelva a presentar unos niveles de plaquetas bajos (trombocitopenia). Se controlarán los niveles de plaquetas y su médico le indicará cuáles son las precauciones que ha de tomar.

Niveles de plaquetas muy altos, podría aumentar el riesgo de formación de trombos. Sin embargo, los trombos pueden también formarse con niveles de plaquetas normales e incluso bajos. Su médico ajustará la dosis de Revolade para asegurar que el recuento de plaquetas no llegue a ser demasiado alto.

 **Busque ayuda médica inmediatamente** si presenta cualquiera de estos signos de aparición de un **trombo**:

- **hinchazón, dolor** o sensibilidad en **una pierna**
- **dificultad respiratoria repentina**, excepcionalmente acompañada de dolor agudo en el pecho o respiración rápida
- **dolor abdominal** (estómago), abdomen agrandado, sangre en las heces.

Análisis para examinar su médula ósea

En personas con alteraciones en la médula ósea, medicamentos como Revolade pueden empeorar las alteraciones. Los signos de cambios en la médula ósea pueden aparecer como resultados anormales en sus análisis de sangre. Su médico podría también realizar análisis para comprobar directamente su médula ósea durante el tratamiento con Revolade.

Revisión de hemorragias digestivas

Si está tomando interferón, tratamiento base junto con Revolade, se le realizará un seguimiento para detectar cualquier signo de hemorragia en su estómago o intestino después de que deje de tomar Revolade.

Supervisión del corazón

Su médico puede considerar, si es necesario, supervisar su corazón mientras se encuentre en tratamiento con Revolade mediante un electrocardiograma.

Personas mayores (65 años y más)

Hay pocos datos sobre el uso de Revolade en pacientes de 65 años de edad o más. Si tiene 65 o más años ha de tener cuidado cuando utilice Revolade.

Niños y adolescentes

No se recomienda el uso de Revolade en niños menores de 1 año con PTI. Tampoco se recomienda en niños menores de 18 años con bajos niveles de plaquetas debidas a hepatitis C o a anemia aplásica grave.

Otros medicamentos y Revolade

Informe a su médico o farmacéutico si está tomando, ha tomado recientemente o pudiera tener que tomar cualquier otro medicamento. Esto incluye medicamento obtenidos sin receta y vitaminas.

Algunos medicamentos de uso común pueden interaccionar con Revolade (incluyendo medicamentos con receta médica, sin receta médica y minerales). Estos incluyen:

- medicamentos antiácidos para tratar la **indigestión, ardor de estómago o úlceras de estómago** (ver también la sección 3 “*Cuándo tomarlo*”).
- medicamentos llamados estatinas, para **disminuir el colesterol**
- algunos medicamentos para tratar la **infección por VIH**, como lopinavir y/o ritonavir
- ciclosporina, utilizada en los **trasplantes** o en **enfermedades inmunológicas**
- minerales como el hierro, calcio, magnesio, aluminio, selenio y zinc, que pueden estar presentes en **suplementos de vitaminas y minerales** (ver también la sección 3 “*Cuándo tomarlo*”).

- medicamentos como el metotrexato y topotecan, utilizados para tratar el **cáncer**
- ➔ **Consulte con su médico** si está tomando cualquiera de estos medicamentos. Algunos no se deben tomar con Revolade, puede ser necesario ajustar la dosis o puede requerir modificar las horas en que los toma. Su médico revisará los medicamentos que está tomando y le recomendará alternativas si es necesario.

Si además está tomando medicamentos para prevenir la formación de trombos, existe un mayor riesgo de tener hemorragias. Su médico hablará de esto con usted.

Si está tomando **corticosteroides, danazol, y/o azatioprina** junto con Revolade, puede que sea necesario reducir la dosis o interrumpir el tratamiento de estos medicamentos.

Toma de Revolade con alimentos y bebidas

No tome Revolade con alimentos o bebidas lácteas, ya que el calcio de los productos lácteos afecta la absorción del medicamento. Para más información, ver la sección 3, “*Cuándo tomarlo*”.

Embarazo y lactancia

No tome Revolade si está embarazada a menos que su médico se lo recomiende específicamente. No se conoce el efecto de Revolade durante el embarazo.

- **Informe a su médico si está embarazada**, cree que podría estar embarazada o tiene intención de quedarse embarazada.
- **Utilice un método anticonceptivo fiable** para prevenir el embarazo mientras esté tomando Revolade.
- **Si se queda embarazada durante el tratamiento** con Revolade, informe a su médico.

No dé el pecho mientras está tomando Revolade. Se desconoce si Revolade pasa a la leche materna.
➔ **Si está en periodo de lactancia** o planea dar el pecho, informe a su médico.

Conducción y uso de máquinas

Revolade le puede provocar mareos y tener otros efectos adversos que le hagan estar menos alerta.
➔ **No conduzca o use máquinas** a menos que esté seguro de que Revolade no le afecta.

Revolade contiene sodio

Este medicamento contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por comprimido; esto es, esencialmente “exento de sodio”.

3. Cómo tomar Revolade

Siga exactamente las instrucciones de administración de este medicamento indicadas por su médico. En caso de duda, consulte de nuevo a su médico o farmacéutico. No cambie la dosis o la pauta de tratamiento con Revolade, a menos que su médico o farmacéutico se lo aconsejen. Mientras esté tomando Revolade, estará bajo la supervisión de un médico especialista con experiencia en el tratamiento de su enfermedad.

Cuánto tomar

Para PTI

Adultos y niños (de 6 a 17 años) - la dosis inicial habitual para PTI es de **un comprimido de 50 mg** de Revolade al día. Si es una persona de ascendencia del Este o Sudeste asiático, puede necesitar iniciar el tratamiento con **una dosis menor, de 25 mg**.

Niños (de 1 a 5 años) - la dosis inicial habitual para PTI es de **un comprimido de 25 mg** de Revolade al día.

Para Hepatitis C

Adultos - la dosis inicial habitual para hepatitis C es de **un comprimido de 25 mg** de Revolade al día. Si es una persona de ascendencia del Este o Sudeste asiático inicie el tratamiento con la **misma dosis de 25 mg**.

Para AAG

Adultos – la dosis inicial habitual para AAG es de un comprimido de 50 mg de Revolade al día. Si es una persona de ascendencia del Este o Sudeste asiático (puede necesitar iniciar el tratamiento con **una dosis menor de 25 mg**).

Revolade puede tardar de 1 a 2 semanas en hacerle efecto. En función de su respuesta a Revolade su médico puede recomendarle cambiar su dosis diaria.

Cómo tomar los comprimidos

Trague el comprimido entero, con agua

Cuándo tomarlo

Asegúrese que –

- en las **4 horas antes** de tomar Revolade
- y en las **2 horas después** de tomar Revolade

no consuma nada de:

- **alimentos lácteos** como queso, mantequilla, yogur o helado
- **leche o batidos de leche**, bebidas hechas con leche, yogur o nata
- **antiácidos**, un tipo de medicamentos para la **indigestión y el ardor**
- algunos **suplementos de vitaminas y minerales**, incluyendo hierro, calcio, magnesio, aluminio, selenio y zinc.

Si lo hace, su organismo no absorberá adecuadamente el medicamento.



Para obtener más información sobre qué alimentos y bebidas son los adecuados, consulte a su médico.

Si toma más Revolade del que debe

Consulte **inmediatamente a su médico o farmacéutico**. Si es posible muéstrelle el envase o este prospecto. Se le controlará por si aparecen signos o síntomas de efectos adversos y se le administrará inmediatamente el tratamiento adecuado.

Si olvidó tomar Revolade

Tome la siguiente dosis a la hora de siempre. No tome más de una dosis de Revolade al día.

Si interrumpe el tratamiento con Revolade

No deje de tomar Revolade sin antes consultar con su médico. Si su médico le aconseja interrumpir el tratamiento, se le controlarán los niveles de plaquetas cada semana, durante cuatro semanas. Ver también “**Hemorragias o hematomas tras la interrupción del tratamiento**” en la sección 4.

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

4. Posibles efectos adversos

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

Síntomas a los que necesita prestar atención: acuda a su médico

Las personas que toman Revolade tanto para la PTI como para los recuentos bajos de plaquetas asociados a la hepatitis C, pueden presentar signos relacionados con posibles efectos adversos graves. **Es importante que informe a su médico si desarrolla los síntomas.**

Mayor riesgo de trombos

Algunas personas pueden tener mayor riesgo de tener un trombo, y los medicamentos como Revolade pueden empeorar este problema. El bloqueo repentino de un vaso sanguíneo por un trombo, es un efecto adverso poco frecuente y que puede afectar hasta 1 de cada 100 personas.



Busque ayuda médica inmediatamente si presenta signos o síntomas de trombo, como:

- **hinchazón, dolor, calor, enrojecimiento o sensibilidad en una pierna**
- **dificultad respiratoria repentina**, excepcionalmente acompañada de dolor agudo en el pecho o respiración agitada.
- dolor abdominal (estómago), abdomen agrandado, sangre en sus heces.

Problemas de hígado

Revolade puede causar cambios que aparezcan reflejados en los análisis de sangre, y que pueden ser signos de daño hepático. Los problemas en el hígado (aumento de las enzimas hepáticas en los análisis de sangre) son frecuentes y pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas. Otros problemas de hígado son poco frecuentes y pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas.

Si tiene cualquiera de los signos de problemas en el hígado:

- **color amarillento** en la piel o en el área blanca de los ojos (ictericia)
 - **orina de un color oscuro** inusual.
- ➔ **contacte con su médico inmediatamente**

Hemorragias o hematomas tras la interrupción del tratamiento

A las dos semanas después de interrumpir el tratamiento con Revolade, normalmente sus niveles de plaquetas caerán a niveles similares a los que tenía antes de iniciar Revolade. Una disminución en los niveles de plaquetas puede aumentar el riesgo de tener hemorragias o hematomas. Su médico comprobará sus niveles de plaquetas durante al menos 4 semanas después de interrumpir el tratamiento con Revolade.

➔ **Contacte con su médico** si tiene hemorragias o hematomas al dejar de tomar Revolade.

Algunas personas tienen **sangrados en el sistema digestivo** tras dejar de tomar peginterferón, ribavirina y Revolade. Los síntomas incluyen:

- heces negras de aspecto alquitranado (la decoloración de las heces es un efecto adverso poco frecuente que puede afectar hasta 1 de cada 100 personas).
 - sangre en las heces
 - vomitar sangre o algo que parecen granos de café
- ➔ **Contacte con su médico inmediatamente** si tiene alguno de estos síntomas.

Se han notificado los siguientes efectos adversos relacionados con el tratamiento con Revolade en pacientes adultos con PTI

Efectos adversos muy frecuentes

Pueden afectar a **más de 1 de cada 10** personas

- resfriado
- sensación de mareo (náuseas)
- diarrea
- tos
- infección de nariz, de los senos nasales, de la garganta y de las vías respiratorias (infección de las vías altas respiratorias)
- dolor de espalda

Efectos adversos muy frecuentes que pueden verse en los análisis de sangre

- aumento de la enzima del hígado alanina aminotransferasa (ALT)

Efectos adversos frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 10** personas

- dolor muscular, espasmo muscular, debilidad muscular
- dolor de huesos
- menstruación abundante
- irritación de garganta y molestias al traguar
- problemas oculares incluyendo anomalía en las pruebas de ojos, ojo seco, dolor ocular y visión borrosa
- vómitos
- gripe
- herpes labial
- neumonía
- irritación e inflamación (hinchazón) de los senos
- inflamación (hinchazón) e infección en las amígdalas
- infección de los pulmones, de los senos, de la nariz y de la garganta
- inflamación de las encías
- pérdida de apetito
- sensación de hormigueo, picazón o entumecimiento
- disminución de sensibilidad en la piel
- somnolencia
- dolor de oídos
- dolor, hinchazón y sensibilidad en una de las piernas (generalmente la pantorrilla) con la piel caliente en la zona afectada (signos de un coágulo de sangre en una vena profunda)
- hinchazón localizado lleno de sangre de una rotura de un vaso sanguíneo (hematoma)
- sofocos
- alteraciones en la boca incluyendo sequedad o irritación en la boca, sensibilidad en la lengua, sangrado en las encías, úlceras en la boca
- moqueo
- dolor de muelas
- dolor abdominal
- función hepática anormal
- cambios en la piel que incluyen sudoración excesiva, erupción con picor, manchas rojas, cambios en la apariencia de la piel
- pérdida de pelo
- orina espumosa o con burbujas (signos de proteína en la orina)
- temperatura elevada, sensación de calor
- dolor en el pecho
- sensación de debilidad
- problemas para dormir, depresión

- migraña
- disminución de la visión
- sensación de que todo da vueltas (vértigo)
- gases

Efectos adversos frecuentes que pueden aparecer en los análisis de sangre:

- disminución del número de glóbulos rojos (anemia)
- disminución del número de plaquetas (trombocitopenia)
- disminución del número de glóbulos blancos
- disminución en los niveles de hemoglobina
- aumento del número de eosinófilos
- aumento del número de glóbulos blancos (leucocitosis)
- aumento del nivel de ácido úrico
- disminución de los niveles de potasio
- aumento de los niveles de creatinina
- aumento de los niveles de fosfatasa alcalina
- aumento de la enzima hepática aspartato aminotransferasa (AST)
- aumento de la bilirrubina en sangre (una sustancia producida por el hígado)
- aumento en los niveles de algunas proteínas

Efectos adversos poco frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 100** personas:

- reacción alérgica
- interrupción del aporte de sangre a partes del corazón
- dificultad respiratoria repentina, especialmente cuando va acompañada de dolor agudo en el pecho y/o respiración agitada, que podrían ser signos de un trombo en los pulmones (ver “**Mayor riesgo de trombos**” anteriormente en la sección 4)
- pérdida parcial de la función pulmonar causada por un bloqueo en la arteria pulmonar
- posible dolor, hinchazón, y/o enrojecimiento alrededor de una vena que podrían ser signos de trombos en una vena
- piel amarillenta y/o dolor abdominal que podrían ser signos de una obstrucción de un conducto biliar, lesión en el hígado, daño hepático debido a la inflamación (ver “**Problemas de hígado**” anteriormente en la sección 4)
- daño en el hígado debido a la medicación
- latido más rápido del corazón, latido del corazón irregular, decoloración azulada de la piel, alteraciones en el ritmo cardíaco (prolongación del intervalo QT) que podría ser signo de un desorden relacionado con el corazón y vasos sanguíneos.
- coagulos sanguíneos
- sofocos
- dolor e hinchazón de las articulaciones debido al ácido úrico (gota)
- falta de interés, cambios en el estado de ánimo, llanto difícil de calmar o que ocurre de forma inesperada
- problemas de equilibrio, alteraciones en el habla y en la función nerviosa, sacudidas
- dolor o sensaciones anormales en la piel
- parálisis de un lado del cuerpo
- migraña con aura
- dolor de nervios
- dilatación o hinchazón de los vasos sanguíneos que causan dolor de cabeza
- problemas en los ojos, incluyendo un mayor lagrimeo, enturbiamiento de la lente del ojo (cataratas), hemorragia en la retina, ojo seco
- problemas de nariz, de garganta y de senos nasales, problemas para respirar al dormir
- ampollas/dolor en boca y garganta
- pérdida de apetito
- problemas en el aparato digestivo, incluyendo movimientos intestinales frecuentes, intoxicación alimentaria, sangre en heces, vómitos de sangre

- hemorragia en el recto, cambios en el color de las heces, hinchazón abdominal, estreñimiento
- alteraciones en la boca, incluyendo sequedad o irritación en la boca, dolor en la lengua, sangrado de encías, molestias en la boca
- quemadura solar
- sentir calor, sensación de ansiedad
- enrojecimiento o inflamación alrededor de las heridas
- sangrado alrededor de un catéter (si lo tuviera) en la piel
- sensación de cuerpo extraño
- problemas de riñón incluyendo inflamación de los riñones, micción excesiva (aumento de la necesidad de orinar) durante la noche, fallo renal, glóbulos blancos en orina
- sudor frío
- sensación de malestar general
- infección en la piel
- cambios en la piel incluyendo decoloración de la piel, descamación, enrojecimiento, picor y sudoración
- debilidad muscular
- cáncer de recto y colon

Efectos adversos poco frecuentes que pueden aparecer en los análisis de sangre:

- cambios en la forma de los glóbulos blancos
- presencia de glóbulos blancos inmaduros que pueden ser indicativos de ciertas enfermedades
- aumento del número de plaquetas
- disminución de los niveles de calcio
- disminución del número de glóbulos rojos (anemia) causadas por una excesiva destrucción de glóbulos rojos (anemia hemolítica)
- aumento del número de mielocitos
- aumento de neutrófilos
- aumento de la urea en sangre
- aumento de proteínas en orina
- aumento de los niveles de albúmina en sangre
- aumento de los niveles totales de proteínas
- disminución de los niveles de albúmina en sangre
- aumento del pH en orina
- aumento de los niveles de hemoglobina

Se han notificado los siguientes efectos adversos relacionados con el tratamiento con Revolade en en niños (de 1 a 17 años) con PTI

Si estos efectos adversos se agravan, por favor informe a su médico, farmacéutico o enfermero.

Efectos adversos muy frecuentes

Pueden afectar a más de **1 de cada 10** niños

- infección en la nariz, de los senos nasales, de la garganta y de las vías respiratorias altas, resfriado (infección del tracto respiratorio superior)
- diarrea
- dolor abdominal
- tos
- temperatura elevada
- sensación de mareo (náuseas)

Efectos adversos frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 10** niños

- dificultad para dormir (insomnio)
- dolor de muelas
- dolor de garganta y de nariz
- picor, moqueo, o taponamiento

- irritación de garganta, moqueo, congestión nasal y estornudos
- alteraciones en la boca incluyendo sequedad, irritación en la boca, sensibilidad en la lengua, sangrado en las encías, úlceras en la boca

Se han notificado los siguientes efectos adversos relacionados con el tratamiento con Revolade en combinación con perginterferon y ribavirina en pacientes con VHC

Efectos adversos muy frecuentes

Pueden afectar a **más de 1 de cada 10** personas:

- dolor de cabeza
- pérdida del apetito
- tos
- sentirse mareado (nauseas), diarrea
- dolor muscular, debilidad muscular
- picor
- sensación de cansancio
- fiebre
- pérdida del pelo
- sensación de debilidad
- malestar similar al que produce la gripe
- hinchazón de manos o pies
- escalofríos

Efectos adversos muy frecuentes que pueden aparecer en los análisis de sangre:

- disminución del número de glóbulos rojos (anemia)

Efectos adversos frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 10** personas:

- infección del tracto urinario
- inflamación de los conductos nasales, garganta y boca, síntomas similares a los de la gripe, sequedad, irritación o inflamación de la boca, dolor de muelas
- pérdida de peso
- trastornos del sueño, somnolencia anormal, depresión, ansiedad
- mareos, problemas de atención y de memoria, cambios en el estado de ánimo
- disminución de la función cerebral debido a un daño en el hígado
- hormigueo o entumecimiento de manos y pies
- fiebre, dolor de cabeza
- problemas en los ojos, incluyendo enturbiamiento de la lente del ojo (cataratas), ojo seco, pequeños depósitos amarillos en la retina, color amarillento en el área blanca de los ojos
- sangrado de la retina
- sensación de que todo da vueltas
- latidos del corazón rápidos e irregulares (palpitaciones), dificultad para respirar
- tos con flemas, moqueo, gripe (influenza), herpes labial, irritación de garganta y molestias al tragar
- alteraciones del sistema digestivo, incluyendo vómitos, dolor de estómago, indigestión, estreñimiento, estómago hinchado alteraciones en el gusto, almorranas (hemorroides), dolor/malestar abdominal, hinchazón de los vasos sanguíneos y sangrado en la garganta (esófago)
- dolor de muelas
- problemas de hígado, incluyendo un tumor en el hígado, amarilleo del blanco de los ojos o piel (ictericia), daño hepático debido a medicamentos (ver “**Problemas de hígado**” anteriormente en la sección 4)
- cambios en la piel, incluyendo erupción, piel seca, eczema, enrojecimiento de la piel, picor, sudoración excesiva, crecimiento inusual de la piel, pérdida de cabello

- dolor de articulaciones, dolor de espalda, dolor de huesos, dolor en las extremidades (brazos, piernas, manos y pies), espasmos musculares
- irritabilidad, sensación de malestar general, reacciones cutáneas tales como enrojecimiento o hinchazón y dolor en el lugar de inyección, dolor en el pecho y molestias, retención de líquidos en el cuerpo o extremidades que causa hinchazón
- infección de nariz, de senos nasales, de garganta y de vías respiratorias, resfriado (infección de las vías altas respiratorias), inflamación de la mucosa que recubre los bronquios
- depresión, ansiedad, problemas de sueño, nerviosismo

Efectos adversos frecuentes que pueden aparecer en los análisis de sangre:

- aumento del azúcar (glucosa) en sangre
- disminución del número de glóbulos blancos
- disminución del número de neutrófilos
- disminución de la albúmina de la sangre
- disminución de los niveles de hemoglobina
- aumento de la bilirrubina en sangre (una sustancia producida por el hígado)
- cambios en las enzimas que controlan la coagulación de la sangre

Efectos adversos poco frecuentes

Pueden afectar hasta **1 de cada 100** personas:

- dolor al orinar
- alteraciones en el ritmo cardiaco (prolongación del intervalo QT)
- gripe estomacal (gastroenteritis), dolor de garganta
- ampollas/dolor en la boca, inflamación del estómago
- cambios en la piel, incluyendo cambios de color, descamación, enrojecimiento de la piel, picor, lesión y sudor nocturno
- coágulos sanguíneos en las venas del hígado (posible daño hepático y/o del sistema digestivo)
- mala coagulación en pequeños vasos sanguíneos con fallo renal
- prurito y moratones en lugar de inyección, molestias en el pecho
- disminución del número de glóbulos rojos (anemia) causada por destrucción masiva de glóbulos rojos (anemia hemolítica)
- confusión, agitación
- fallo hepático

Se han observado los siguientes efectos adversos asociados al tratamiento con Revolade en pacientes con anemia aplásica grave (AAG)

Si estos efectos adversos se agravan, por favor informe a su médico, farmacéutico o enfermero

Efectos adversos muy frecuentes

Pueden afectar a **más de 1 de cada 10** personas:

- tos
- dolor de cabeza
- dolor en la boca y garganta
- diarrea
- mareo, náuseas
- dolor articular (artralgia)
- dolor en las extremidades (brazos, piernas, manos y pies)
- vértigos
- sentirse muy cansado
- fiebre
- escalofríos
- picor de ojos
- ampollas en la boca
- dolor abdominal
- espasmos musculares

Efectos adversos muy frecuentes que pueden aparecer en una analítica

- cambios anormales de las células de su médula ósea
- aumento de la enzima hepática aspartato aminotransferasa (AST)

Efectos adversos frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 10** personas:

- ansiedad
- depresión
- sentir frío
- sensación de malestar general
- problemas en los ojos que incluyen problemas de visión, enturbiamiento de la lente del ojo (cataratas), manchas o depósitos en el ojo (cuerpos vítreos flotantes), ojo seco, picor de ojos, amarilleo del blanco de los ojos o de la piel
- sangrado de nariz
- problemas digestivos incluidos dificultad para tragarse, dolor en la boca, hinchazón en la lengua, vómitos, pérdida del apetito, dolor/malestar de estómago, hinchazón de estómago, flatulencias/gases de la digestión, estreñimiento, alteraciones en la motilidad intestinal que pueden provocar estreñimiento, hinchazón, diarrea y/o los síntomas antes mencionados, cambios de coloración de las heces
- desmayos
- problemas de piel incluyendo manchas rojas o púrpuras debidas a sangrados debajo de la piel (petequias), erupción, picor, urticaria, lesiones en la piel
- sangrado en las encías
- dolor de espalda
- dolor muscular
- dolor de huesos
- debilidad (astenia)
- hinchazón de las extremidades inferiores debido a una acumulación de líquidos
- coloración anormal de la orina
- interrupción en la circulación al bazo (infarto esplénico)
- moqueo

Efectos adversos frecuentes que pueden aparecer en una analítica

- aumento de algunas enzimas debido a la degradación muscular (creatinina fosfoquinasa)
- acumulación de hierro en el cuerpo (sobrecarga de hierro)
- disminución de los niveles de azúcar (hipoglucemia)
- aumento de la bilirrubina en sangre (una sustancia producida por el hígado)
- disminución del número de glóbulos blancos

Efectos adversos de frecuencia no conocida

No puede estimarse la frecuencia a partir de los datos disponibles

- decoloración de la piel
- oscurecimiento de la piel
- daño hepático debido a la medicación

Comunicación de efectos adversos

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de posibles efectos adversos que no aparecen en este prospecto. También puede comunicarlos directamente a través del sistema nacional de notificación incluido en el [Apéndice V](#). Mediante la comunicación de efectos adversos usted puede contribuir a proporcionar más información sobre la seguridad de este medicamento.

5. Conservación de Revolade

Mantener este medicamento fuera de la vista y del alcance de los niños.

No utilice este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en el envase y en el blíster después de «CAD/EXP».

Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación.

Los medicamentos no se deben tirar por los desagües ni a la basura. Pregunte a su farmacéutico cómo deshacerse de los envases y de los medicamentos que ya no necesita. De esta forma, ayudará a proteger el medio ambiente.

6. Contenido del envase e información adicional

Composición de Revolade

El principio activo de Revolade es eltrombopag.

Comprimidos recubiertos con película de 12,5 mg

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 12,5 mg de eltrombopag.

Comprimidos recubiertos con película de 25 mg

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 25 mg de eltrombopag.

Comprimidos recubiertos con película de 50 mg

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 50 mg de eltrombopag.

Comprimidos recubiertos con película de 75 mg

Cada comprimido recubierto con película contiene eltrombopag olamina equivalente a 75 mg de eltrombopag.

Los demás componentes son: hipromelosa, macrogol 400, estearato de magnesio, manitol (E421), celulosa microcristalina, povidona, carboximetilalmidón sódico, dióxido de titanio (E171).

Revolade 12,5 mg y 25 mg comprimidos recubiertos con película también contienen polisorbato 80 (E433).

Revolade 50 mg comprimidos recubiertos con película también contiene: óxido de hierro rojo (E172), óxido de hierro amarillo (E172).

Revolade 75 mg comprimidos recubiertos con película también contiene: óxido de hierro rojo (E172), óxido de hierro negro (E172).

Aspecto del producto y contenido del envase

Los comprimidos recubiertos con película de Revolade 12,5 mg son de color blanco, redondos, biconvexos, grabados con 'GS MZ1' y '12.5' en una cara.

Los comprimidos recubiertos con película de Revolade 25 mg son de color blanco, redondos, biconvexos, grabados con 'GS NX3' y '25' en una cara.

Los comprimidos recubiertos con película de Revolade 50 mg son de color marrón, redondos, biconvexos, grabados con 'GS UFU' y '50' en una cara.

Los comprimidos recubiertos con película de Revolade 75 mg son de color rosa, redondos, biconvexos, grabados con 'GS FFS' y '75' en una cara.

Se suministran en blisters de aluminio en un estuche conteniendo 14 o 28 comprimidos recubiertos con película y envases múltiples conteniendo 84 comprimidos recubiertos con película (3 envases de 28).

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

Titular de la autorización de comercialización

Novartis Europharm Limited

Vista Building

Elm Park, Merrion Road

Dublin 4

Irlanda

Responsable de la fabricación

Lek d.d

Verovskova Ulica 57

Ljubljana 1526

Eslovenia

Novartis Pharmaceutical Manufacturing LLC

Verovskova Ulica 57

Ljubljana 1000

Eslovenia

Novartis Farmacéutica SA

Gran Via de les Corts Catalanes, 764

08013 Barcelona

España

Glaxo Wellcome S.A.

Avenida de Extremadura 3

09400 Aranda de Duero

Burgos

España

Novartis Pharma GmbH

Sophie-Germain-Strasse 10

90443 Nürnberg

Alemania

Pueden solicitar más información respecto a este medicamento dirigiéndose al representante local del titular de la autorización de comercialización:

België/Belgique/Belgien

Novartis Pharma N.V.

Tél/Tel: +32 2 246 16 11

България

Novartis Bulgaria EOOD

Тел: +359 2 489 98 28

Lietuva

SIA Novartis Baltics Lietuvos filialas

Tel: +370 5 269 16 50

Luxembourg/Luxemburg

Novartis Pharma N.V.

Tél/Tel: +32 2 246 16 11

Česká republika

Novartis s.r.o.

Tel: +420 225 775 111

Danmark

Novartis Healthcare A/S

Tlf.: +45 39 16 84 00

Deutschland

Novartis Pharma GmbH

Tel: +49 911 273 0

Eesti

SIA Novartis Baltics Eesti filiaal

Tel: +372 66 30 810

Ελλάδα

Novartis (Hellas) A.E.B.E.

Tηλ: +30 210 281 17 12

España

Novartis Farmacéutica, S.A.

Tel: +34 93 306 42 00

France

Novartis Pharma S.A.S.

Tél: +33 1 55 47 66 00

Hrvatska

Novartis Hrvatska d.o.o.

Tel. +385 1 6274 220

Ireland

Novartis Ireland Limited

Tel: +353 1 260 12 55

Ísland

Vistor hf.

Sími: +354 535 7000

Italia

Novartis Farma S.p.A.

Tel: +39 02 96 54 1

Κύπρος

Novartis Pharma Services Inc.

Tηλ: +357 22 690 690

Latvija

SIA Novartis Baltics

Tel: +371 67 887 070

Magyarország

Novartis Hungária Kft.

Tel.: +36 1 457 65 00

Malta

Novartis Pharma Services Inc.

Tel: +356 2122 2872

Nederland

Novartis Pharma B.V.

Tel: +31 88 04 52 111

Norge

Novartis Norge AS

Tlf: +47 23 05 20 00

Österreich

Novartis Pharma GmbH

Tel: +43 1 86 6570

Polska

Novartis Poland Sp. z o.o.

Tel.: +48 22 375 4888

Portugal

Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, S.A.

Tel: +351 21 000 8600

România

Novartis Pharma Services Romania SRL

Tel: +40 21 31299 01

Slovenija

Novartis Pharma Services Inc.

Tel: +386 1 300 75 50

Slovenská republika

Novartis Slovakia s.r.o.

Tel: +421 2 5542 5439

Suomi/Finland

Novartis Finland Oy

Puh/Tel: +358 (0)10 6133 200

Sverige

Novartis Sverige AB

Tel: +46 8 732 32 00

Fecha de la última revisión de este prospecto:

La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

Prospecto: información para el paciente

Revolade 25 mg polvo para suspensión oral eltrombopag

Lea todo el prospecto detenidamente antes de empezar a tomar este medicamento, porque contiene información importante para usted.

- Conserve este prospecto, ya que puede tener que volver a leerlo.
- Si tiene alguna duda, consulte a su médico o farmacéutico.
- Este medicamento se le ha recetado solamente a usted, y no debe dárselo a otras personas aunque tengan los mismos síntomas que usted, ya que puede perjudicarles.
- Si experimenta efectos adversos, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de efectos adversos que no aparecen en este prospecto. Ver sección 4.
- La información de este prospecto es para usted o su hijo, aunque en el prospecto se refiera a "usted".

Contenido del prospecto

1. Qué es Revolade y para qué se utiliza
 2. Qué necesita saber antes de empezar a tomar Revolade
 3. Cómo tomar Revolade
 4. Posibles efectos adversos
 5. Conservación de Revolade
 6. Contenido del envase e información adicional
- Instrucciones de uso

1. Qué es Revolade y para qué se utiliza

Revolade contiene eltrombopag, que pertenece a un grupo de medicamentos llamados agonistas del receptor de trombopoyetina, que se utiliza para ayudar a aumentar el número de plaquetas en sangre. Las plaquetas son células presentes en la sangre que ayudan a reducir o prevenir hemorragias.

- Revolade se utiliza para tratar un trastorno de la sangre llamado trombocitopenia inmune (primaria) (PTI) en pacientes de más de 1 año de edad que ya han tomado otros medicamentos (corticosteroides o inmunoglobulinas) que no les han funcionado.
- La PTI está causada por un recuento bajo de plaquetas (trombocitopenia). Las personas con PTI tienen mayor riesgo de tener hemorragias. Los síntomas que los pacientes con PTI pueden notar son petequias (puntitos rojos redondos y planos localizados bajo la piel), cardenales, sangrado de nariz, sangrado de encías e incapacidad para controlar el sangrado si se cortan o se hieren.
- Revolade también se puede utilizar para tratar los niveles bajos de plaquetas (trombocitopenia) en adultos con infección del virus de la hepatitis C (VHC), en el caso de que hubieran tenido problemas con los efectos adversos del tratamiento con interferón. Muchas personas con hepatitis tienen niveles de plaquetas bajos, no sólo por la enfermedad, sino también debido a los tratamientos antivirales que se utilizan para tratarla. Tomar Revolade puede ayudarle a completar su el ciclo con los antivirales (peginterferón y ribavirina).
 - Revolade también se puede utilizar en pacientes con bajos niveles de células sanguíneas provocado por una anemia aplásica grave (AAG). La AAG es una enfermedad en la cual la médula ósea está dañada, provocando una deficiencia de glóbulos rojos (anemia), de glóbulos blancos (leucopenia) y de plaquetas (trombocitopenia).

2. Qué necesita saber antes de empezar a tomar Revolade

No tome Revolade

- **si es alérgico** a eltrombopag o a alguno de los demás componentes de este medicamento (incluidos en la sección 6 bajo el título “**Composición de Revolade**”).
→ Consulte con su médico si cree que esto puede afectarle.

Advertencias y precauciones

Consulte a su médico antes de empezar a tomar Revolade:

- si tiene **problemas de hígado**. Las personas que tienen un recuento de plaquetas bajo así como una enfermedad crónica de hígado avanzada (desde hace mucho tiempo), tienen más riesgo de efectos adversos, daño en el hígado que puede ser mortal y coagulos de sangre. Si su médico considera que el beneficio de Revolade supera los riesgos, le tendrá muy controlado durante el tratamiento.
- si tiene **riesgo de sufrir un trombo** en venas o arterias, o si sabe que la aparición de trombos es algo frecuente en su familia.

El riesgo de sufrir un trombo puede ser mayor en las siguientes circunstancias:

- si tiene edad avanzada
 - si ha estado en cama durante un largo periodo de tiempo
 - si tiene cáncer
 - si está tomando la píldora anticonceptiva o terapia hormonal sustitutiva
 - si ha sido sometido a cirugía recientemente o si ha sufrido un daño físico
 - si tiene mucho sobrepeso (obesidad)
 - si es fumador
 - si tiene una enfermedad crónica y avanzada en el hígado.
- Si se encuentra en cualquiera de estas situaciones, **informe a su médico** antes de iniciar el tratamiento. No debe tomar Revolade a menos que su médico considere que el beneficio esperado supera el riesgo de tener trombos.
- si tiene **cataratas** (el cristalino, la lente del ojo, se enturbia).
 - si tiene otra **enfermedad de la sangre**, como el síndrome mielodisplásico (SMD). Antes de empezar a tomar Revolade, su médico le realizará pruebas para comprobar que no tiene esta enfermedad. Si tiene SMD y toma Revolade, el SMD puede empeorar.
- **Informe a su médico** si se encuentra en alguna de estas situaciones.

Exámenes oculares

Su médico le recomendará que se haga una revisión para comprobar si tiene cataratas. Si no se hace revisiones rutinarias de los ojos, su médico le pedirá que las haga. También deben revisarle la retina (cápa de células sensible a la luz que se encuentra en la parte posterior del ojo), para ver si existe sangrado en la retina o alrededor de ella.

Necesitará hacerse análisis de forma regular

Antes de que empiece a tomar Revolade, su médico le hará un análisis de sangre para ver como están sus células sanguíneas, incluyendo las plaquetas. Estos análisis se repetirán con frecuencia mientras esté tomando el medicamento.

Análisis de sangre para comprobar la función del hígado

Revolade puede provocarle resultados del análisis de sangre que indiquen daño en el hígado - un aumento de algunas enzimas hepáticas, especialmente bilirrubina y alanina/aspartato transaminasa. Si está tomando interferón, tratamiento base junto con Revolade para tratar los niveles bajos de plaquetas debidos a la hepatitis C, podrían empeorar alguno de los problemas hepáticos.

Se le realizarán análisis de sangre antes de empezar a tomar Revolade y con frecuencia mientras lo esté tomando para comprobar su función hepática. Puede ser necesario que interrumpa el tratamiento con Revolade si los niveles de estos marcadores aumentan demasiado o si tiene cualquier otro signo de daño hepático.

→ **Lea la información “Problemas de hígado” en la sección 4 de este prospecto**

Análisis de sangre para el recuento (niveles) de plaquetas

Si interrumpe el tratamiento con Revolade, es probable que a los pocos días, vuelva a presentar unos niveles de plaquetas bajos (trombocitopenia). Se controlarán los niveles de plaquetas y su médico le indicará cuáles son las precauciones que ha de tomar.

Niveles de plaquetas muy altos, podría aumentar el riesgo de formación de trombos. Sin embargo, los trombos pueden también formarse con niveles de plaquetas normales e incluso bajos. Su médico ajustará la dosis de Revolade para asegurar que el recuento de plaquetas no llegue a ser demasiado alto.



Busque ayuda médica inmediatamente si presenta cualquiera de estos signos de aparición de un **trombo**:

- **hinchazón, dolor** o sensibilidad en **una pierna**
- **dificultad respiratoria repentina**, excepcionalmente acompañada de dolor agudo en el pecho o respiración rápida
- **dolor abdominal** (estómago), abdomen agrandado, sangre en las heces.

Análisis para examinar su médula ósea

En personas con alteraciones en la médula ósea, medicamentos como Revolade pueden empeorar las alteraciones. Los signos de cambios en la médula ósea pueden aparecer como resultados anormales en sus análisis de sangre. Su médico podría también realizar análisis para comprobar directamente su médula ósea durante el tratamiento con Revolade.

Revisión de hemorragias digestivas

Si está tomando interferón, tratamiento base junto con Revolade, se le realizará un seguimiento para detectar cualquier signo de hemorragia en su estómago o intestino después de que deje de tomar Revolade.

Supervisión del corazón

Su médico puede considerar, si es necesario, supervisar su corazón mientras se encuentre en tratamiento con Revolade mediante un electrocardiograma.

Personas mayores (65 años y más)

Hay pocos datos sobre el uso de Revolade en pacientes de 65 años de edad o más. Si tiene 65 o más años ha de tener cuidado cuando utilice Revolade.

Niños y adolescentes

No se recomienda el uso de Revolade en niños menores de 1 año con PTI. Tampoco se recomienda en niños menores de 18 años con bajos niveles de plaquetas debidas a hepatitis C o a anemia aplásica grave.

Otros medicamentos y Revolade

Informe a su médico o farmacéutico si está tomando, ha tomado recientemente o pudiera tener que tomar cualquier otro medicamento. Esto incluye medicamento obtenidos sin receta y vitaminas.

Algunos medicamentos de uso común pueden interaccionar con Revolade (incluyendo medicamentos con receta médica, sin receta médica y minerales). Estos incluyen:

- medicamentos antiácidos para tratar la **indigestión, ardor de estómago o úlceras de estómago** (ver también la sección 3 “*Cuándo tomarlo*”).
- medicamentos llamados estatinas, para **disminuir el colesterol**
- algunos medicamentos para tratar la **infección por VIH**, como lopinavir y/o ritonavir
- ciclosporina, utilizada en los **trasplantes** o en **enfermedades inmunológicas**
- minerales como el hierro, calcio, magnesio, aluminio, selenio y zinc, que pueden estar presentes en **suplementos de vitaminas y minerales** (ver también la sección 3 “*Cuándo tomarlo*”).

- medicamentos como el metotrexato y topotecan, utilizados para tratar el **cáncer**
- ➔ **Consulte con su médico** si está tomando cualquiera de estos medicamentos. Algunos no se deben tomar con Revolade, puede ser necesario ajustar la dosis o puede requerir modificar las horas en que los toma. Su médico revisará los medicamentos que está tomando y le recomendará alternativas si es necesario.

Si además está tomando medicamentos para prevenir la formación de trombos, existe un mayor riesgo de tener hemorragias. Su médico hablará de esto con usted.

Si está tomando **corticosteroides, danazol, y/o azatioprina** junto con Revolade, puede que sea necesario reducir la dosis o interrumpir el tratamiento de estos medicamentos.

Toma de Revolade con alimentos y bebidas

No tome Revolade con alimentos o bebidas lácteas, ya que el calcio de los productos lácteos afecta la absorción del medicamento. Para más información, ver la sección 3, “**Cuándo tomarlo**”.

Embarazo y lactancia

No tome Revolade si está embarazada a menos que su médico se lo recomiende específicamente. No se conoce el efecto de Revolade durante el embarazo.

- **Informe a su médico si está embarazada**, cree que podría estar embarazada o tiene intención de quedarse embarazada.
- **Utilice un método anticonceptivo fiable** para prevenir el embarazo mientras esté tomando Revolade.
- **Si se queda embarazada durante el tratamiento** con Revolade, informe a su médico.

No dé el pecho mientras está tomando Revolade. Se desconoce si Revolade pasa a la leche materna.
➔ **Si está en periodo de lactancia** o planea dar el pecho, informe a su médico.

Conducción y uso de máquinas

Revolade le puede provocar mareos y tener otros efectos adversos que le hagan estar menos alerta.
➔ **No conduzca o use máquinas** a menos que esté seguro de que Revolade no le afecta.

3. Cómo tomar Revolade

Siga exactamente las instrucciones de administración de este medicamento indicadas por su médico. En caso de duda, consulte de nuevo a su médico o farmacéutico. No cambie la dosis o la pauta de tratamiento con Revolade, a menos que su médico o farmacéutico se lo aconsejen. Mientras esté tomando Revolade, estará bajo la supervisión de un médico especialista con experiencia en el tratamiento de su enfermedad.

Cuánto tomar

Para PTI

Adultos y niños (de 6 a 17 años) - la dosis inicial habitual para PTI es de **dos sobres de 25 mg** de Revolade al día. Si es una persona de ascendencia del Este o Sudeste asiático, puede necesitar iniciar el tratamiento con **una dosis menor, de 25 mg**.

Niños (de 1 a 5 años) - la dosis inicial habitual para PTI es de **un sobre de 25 mg** de Revolade al día.

Para Hepatitis C

Adultos - la dosis inicial habitual para hepatitis C es de **un sobre de 25 mg** de Revolade al día. Si es una persona de ascendencia del Este o Sudeste asiático inicie el tratamiento con la **misma dosis de 25 mg**.

Para AAG

Adultos – la dosis inicial habitual para AAG es de **dos sobres de 25 mg** de Revolade al día. Si es una persona de ascendencia del Este o Sudeste asiático puede necesitar iniciar el tratamiento con **una dosis menor de 25 mg**.

Revolade puede tardar de 1 a 2 semana en hacerle efecto. En función de su respuesta a Revolade su médico puede recomendarle cambiar su dosis diaria.

Cómo tomar una dosis del medicamento

El polvo para la suspensión oral se encuentra en los sobres, cuyo contenido necesitará mezclarlo antes de que pueda tomarse el medicamento. Después de la sección 6 del prospecto están las **Instrucciones de Uso** que le explica cómo mezclar y administrar el medicamento. Si tiene dudas o no entiende las Instrucciones de Uso, consulte con su médico, enfermero o farmacéutico.

IMPORTANTE – Utilice inmediatamente el medicamento tras haberlo mezclado con agua. Si no lo usa **en 30 minutos** desde la mezcla, necesitará preparar una nueva dosis. No reutilice la jeringa de dosificación para uso oral. Utilice una nueva jeringa de dosificación para uso oral cada vez que prepare una nueva dosis de la suspensión oral de Revolade.

Cuándo tomarlo

Asegúrese que –

- en las **4 horas antes** de tomar Revolade
- y en las **2 horas después** de tomar Revolade

no consuma nada de:

- **alimentos lácteos** como queso, mantequilla, yogur o helado
- **leche o batidos de leche**, bebidas hechas con leche, yogur o nata
- **antiácidos**, un tipo de medicamentos para la **indigestión y el ardor**
- algunos **suplementos de vitaminas y minerales**, incluyendo hierro, calcio, magnesio, aluminio, selenio y zinc.

Si lo hace, su organismo no absorberá adecuadamente el medicamento.



Para obtener más información sobre qué alimentos y bebidas son los adecuados, consulte a su médico.

Si toma más Revolade del que debe

Consulte **inmediatamente a su médico o farmacéutico**. Si es posible muéstrelle el envase o este prospecto. Se le controlará por si aparecen signos o síntomas de efectos adversos y se le administrará inmediatamente el tratamiento adecuado.

Si olvidó tomar Revolade

Tome la siguiente dosis a la hora de siempre. No tome más de una dosis de Revolade al día.

Si interrumpe el tratamiento con Revolade

No deje de tomar Revolade sin antes consultar con su médico. Si su médico le aconseja interrumpir el tratamiento, se le controlarán los niveles de plaquetas cada semana, durante cuatro semanas. Ver también **“Hemorragias o hematomas tras la interrupción del tratamiento”** en la sección 4.

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

4. Posibles efectos adversos

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

Síntomas a los que necesita prestar atención: acuda a su médico

Las personas que toman Revolade tanto para la PTI como para los recuentos bajos de plaquetas asociados a la hepatitis C, pueden presentar signos relacionados con posibles efectos adversos graves. **Es importante que informe a su médico si desarrolla los síntomas.**

Mayor riesgo de trombos

Algunas personas pueden tener mayor riesgo de tener un trombo, y los medicamentos como Revolade pueden empeorar este problema. El bloqueo repentino de un vaso sanguíneo por un trombo, es un efecto adverso poco frecuente y que puede afectar hasta 1 de cada 100 personas.



Busque ayuda médica inmediatamente si presenta signos o síntomas de trombo, como:

- **hinchazón, dolor, calor, enrojecimiento o sensibilidad en una pierna**
- **dificultad respiratoria repentina**, excepcionalmente acompañada de dolor agudo en el pecho o respiración agitada.
- **dolor abdominal (estómago), abdomen agrandado, sangre en sus heces.**

Problemas de hígado

Revolade puede causar cambios que aparezcan reflejados en los análisis de sangre, y que pueden ser signos de daño hepático. Los problemas en el hígado (aumento de las enzimas hepáticas en los análisis de sangre) son frecuentes y pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas. Otros problemas de hígado son poco frecuentes y pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas.

Si tiene cualquiera de los signos de problemas en el hígado:

- **color amarillento** en la piel o en el área blanca de los ojos (*ictericia*)
 - **orina de un color oscuro** inusual.
- ➔ **contacte con su médico inmediatamente**

Hemorragias o hematomas tras la interrupción del tratamiento

A las dos semanas después de interrumpir el tratamiento con Revolade, normalmente sus niveles de plaquetas caerán a niveles similares a los que tenía antes de iniciar Revolade. Una disminución en los niveles de plaquetas puede aumentar el riesgo de tener hemorragias o hematomas. Su médico comprobará sus niveles de plaquetas durante al menos 4 semanas después de interrumpir el tratamiento con Revolade.

➔ **Contacte con su médico** si tiene hemorragias o hematomas al dejar de tomar Revolade.

Algunas personas **tienen sangrados en el sistema digestivo** tras dejar de tomar peginterferón, ribavirina y Revolade. Los síntomas incluyen:

- **heces negras de aspecto alquitranado** (la decoloración de las heces es un efecto adverso poco frecuente que puede afectar hasta 1 de cada 100 personas).
 - **sangre en las heces**
 - **vomitar sangre o algo que parecen granos de café**
- ➔ **Contacte con su médico inmediatamente** si tiene alguno de estos síntomas.

Se han notificado los siguientes efectos adversos relacionados con el tratamiento con Revolade en pacientes adultos con PTI

Efectos adversos muy frecuentes

Pueden afectar a **más de 1 de cada 10** personas

- resfriado
- sensación de mareo (náuseas)
- diarrea
- tos
- infección de nariz, de los senos nasales, de la garganta y de las vías respiratorias, (infección de las vías altas respiratorias)
- dolor de espalda

Efectos adversos muy frecuentes que pueden verse en los análisis de sangre

- aumento de la enzima del hígado alanina aminotransferasa (ALT)

Efectos adversos frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 10** personas

- dolor muscular, espasmo muscular, debilidad muscular
- dolor de huesos
- menstruación abundante
- irritación de garganta y molestias al traguar
- problemas oculares incluyendo anomalía en las pruebas de ojos, ojo seco, dolor ocular y visión borrosa
- vómitos
- gripe
- herpes labial
- neumonía
- irritación e inflamación (hinchazón) de los senos
- inflamación (hinchazón) e infección en las amígdalas
- infección de los pulmones, de los senos, de la nariz y de la garganta
- inflamación de las encías
- pérdida de apetito
- sensación de hormigueo, picazón o entumecimiento
- disminución de sensibilidad en la piel
- somnolencia
- dolor de oídos
- dolor, hinchazón y sensibilidad en una de las piernas (generalmente la pantorrilla) con la piel caliente en la zona afectada (signos de un coágulo de sangre en una vena profunda)
- hinchazón localizado lleno de sangre de una rotura de un vaso sanguíneo (hematoma)
- sofocos
- alteraciones en la boca incluyendo sequedad o irritación en la boca, sensibilidad en la lengua, sangrado en las encías, úlceras en la boca
- moqueo
- dolor de muelas
- dolor abdominal
- función hepática anormal
- cambios en la piel que incluyen sudoración excesiva, erupción con picor, manchas rojas, cambios en la apariencia de la piel
- pérdida de pelo
- orina espumosa o con burbujas (signos de proteína en la orina)
- temperatura elevada, sensación de calor
- dolor en el pecho
- sensación de debilidad
- problemas para dormir, depresión

- migraña
- disminución de la visión
- sensación de que todo da vueltas (vértigo)
- gases

Efectos adversos frecuentes que pueden aparecer en los análisis de sangre:

- disminución del número de glóbulos rojos (anemia)
- disminución del número de plaquetas (trombocitopenia)
- disminución del número de glóbulos blancos
- disminución en los niveles de hemoglobina
- aumento del número de eosinófilos
- aumento del número de glóbulos blancos (leucocitosis)
- aumento del nivel de ácido úrico
- disminución de los niveles de potasio
- aumento de los niveles de creatinina
- aumento de los niveles de fosfatasa alcalina
- aumento de la enzima hepática aspartato aminotransferasa (AST)
- aumento de la bilirrubina en sangre (una sustancia producida por el hígado)
- aumento en los niveles de algunas proteínas

Efectos adversos poco frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 100** personas:

- reacción alérgica
- interrupción del aporte de sangre a partes del corazón
- dificultad respiratoria repentina, especialmente cuando va acompañada de dolor agudo en el pecho y/o respiración agitada, que podrían ser signos de un trombo en los pulmones (ver “**Mayor riesgo de trombos**” anteriormente en la sección 4)
- pérdida parcial de la función pulmonar causada por un bloqueo en la arteria pulmonar
- posible dolor, hinchazón, y/o enrojecimiento alrededor de una vena que podrían ser signos de trombos en una vena
- piel amarillenta y/o dolor abdominal que podrían ser signos de una obstrucción de un conducto biliar, lesión en el hígado, daño hepático debido a la inflamación (ver “**Problemas de hígado**” anteriormente en la sección 4)
- daño en el hígado debido a la medicación
- latido más rápido del corazón, latido del corazón irregular, decoloración azulada de la piel, alteraciones en el ritmo cardíaco (prolongación del intervalo QT) que podría ser signo de un desorden relacionado con el corazón y vasos sanguíneos.
- coágulos sanguíneos
- sofocos
- dolor e hinchazón de las articulaciones debido al ácido úrico (gota)
- falta de interés, cambios en el estado de ánimo, llanto difícil de calmar o que ocurre de forma inesperada
- problemas de equilibrio, alteraciones en el habla y en la función nerviosa, sacudidas
- dolor o sensaciones anormales en la piel
- parálisis de un lado del cuerpo
- migraña con aura
- dolor de nervios
- dilatación o hinchazón de los vasos sanguíneos que causan dolor de cabeza
- problemas en los ojos, incluyendo un mayor lagrimeo, enturbiamiento de la lente del ojo (cataratas), hemorragia en la retina, ojo seco
- problemas de nariz, de garganta y de senos nasales, problemas para respirar al dormir
- ampollas/dolor en boca y garganta
- pérdida de apetito
- problemas en el aparato digestivo, incluyendo movimientos intestinales frecuentes, intoxicación alimentaria, sangre en heces, vómitos de sangre

- hemorragia en el recto, cambios en el color de las heces, hinchazón abdominal, estreñimiento
- alteraciones en la boca, incluyendo sequedad o irritación en la boca, dolor en la lengua, sangrado de encías, molestias en la boca
- quemadura solar
- sentir calor, sensación de ansiedad
- enrojecimiento o inflamación alrededor de las heridas
- sangrado alrededor de un catéter (si lo tuviera) en la piel
- sensación de cuerpo extraño
- problemas de riñón incluyendo: inflamación de los riñones, micción excesiva (aumento de la necesidad de orinar) durante la noche, fallo renal, glóbulos blancos en orina
- sudor frío
- sensación de malestar general
- infección en la piel
- cambios en la piel incluyendo decoloración de la piel, descamación, enrojecimiento, picor y sudoración
- debilidad muscular
- cáncer de recto y colon

Efectos adversos poco frecuentes que pueden aparecer en los análisis de sangre:

- cambios en la forma de los glóbulos blancos
- presencia de glóbulos blancos inmaduros que pueden ser indicativos de ciertas enfermedades
- aumento del número de plaquetas
- disminución de los niveles de calcio
- disminución del número de glóbulos rojos (anemia) causadas por una excesiva destrucción de glóbulos rojos (anemia hemolítica)
- aumento del número de mielocitos
- aumento de neutrófilos
- aumento de la urea en sangre
- aumento de proteínas en orina
- aumento de los niveles de albúmina en sangre
- aumento de los niveles totales de proteínas
- disminución de los niveles de albúmina en sangre
- aumento del pH en orina
- aumento de los niveles de hemoglobina

Se han notificado los siguientes efectos adversos relacionados con el tratamiento con Revolade en en niños (de 1 a 17 años) con PTI

Si estos efectos adversos se agravan, por favor informe a su médico, farmacéutico o enfermero.

Efectos adversos muy frecuentes

Pueden afectar a más de **1 de cada 10** niños

- infección en la nariz, de los senos nasales, de la garganta y de las vías respiratorias altas, resfriado (infección del tracto respiratorio superior)
- diarrea
- dolor abdominal
- tos
- temperatura elevada
- sensación de mareo (náuseas)

Efectos adversos frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 10** niños

- dificultad para dormir (insomnio)
- dolor de muelas
- dolor de garganta y de nariz
- picor, moqueo o taponamiento

- irritación de garganta, moqueo, congestión nasal y estornudos
- alteraciones en la boca incluyendo sequedad, irritación en la boca, sensibilidad en la lengua, sangrado en las encías, úlceras en la boca

Se han notificado los siguientes efectos adversos relacionados con el tratamiento con Revolade en combinación con perginterferon y ribavirina en pacientes con VHC

Efectos adversos muy frecuentes

Pueden afectar a **más de 1 de cada 10** personas:

- dolor de cabeza
- pérdida del apetito
- tos
- sentirse mareado (nauseas), diarrea
- dolor muscular, debilidad muscular
- picor
- sensación de cansancio
- fiebre
- pérdida del pelo
- sensación de debilidad
- malestar similar al que produce la gripe
- hinchazón de manos o pies
- escalofríos

Efectos adversos muy frecuentes que pueden aparecer en los análisis de sangre:

- disminución del número de glóbulos rojos (anemia)

Efectos adversos frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 10** personas:

- infección del tracto urinario
- inflamación de los conductos nasales, garganta y boca, síntomas similares a los de la gripe, sequedad, irritación o inflamación de la boca, dolor de muelas
- pérdida de peso
- trastornos del sueño, somnolencia anormal, depresión, ansiedad
- mareos, problemas de atención y de memoria, cambios en el estado de ánimo
- disminución de la función cerebral debido a un daño en el hígado
- hormigueo o entumecimiento de manos y pies
- fiebre, dolor de cabeza
- problemas en los ojos, incluyendo enturbiamiento de la lente del ojo (cataratas), ojo seco, pequeños depósitos amarillos en la retina, color amarillento en el área blanca de los ojos
- sangrado de la retina
- sensación de que todo da vueltas
- latidos del corazón rápidos e irregulares (palpitaciones), dificultad para respirar
- tos con flemas, moqueo, gripe (influenza), herpes labial, irritación de garganta y molestias al tragar
- alteraciones del sistema digestivo, incluyendo vómitos, dolor de estómago, indigestión, estreñimiento, estómago hinchado alteraciones en el gusto, almorranas (hemorroides), dolor/malestar abdominal, hinchazón de los vasos sanguíneos y sangrado en la garganta (esófago)
- dolor de muelas
- problemas de hígado, incluyendo un tumor en el hígado, amarilleo del blanco de los ojos o piel (ictericia), daño hepático debido a medicamentos (ver “**Problemas de hígado**” anteriormente en la sección 4)
- cambios en la piel, incluyendo erupción, piel seca, eczema, enrojecimiento de la piel, picor, sudoración excesiva, crecimiento inusual de la piel, pérdida de cabello

- dolor de articulaciones, dolor de espalda, dolor de huesos, dolor en las extremidades (brazos, piernas, manos y pies), espasmos musculares
- irritabilidad, sensación de malestar general, reacciones cutáneas tales como enrojecimiento o hinchazón y dolor en el lugar de inyección, dolor en el pecho y molestias, retención de líquidos en el cuerpo o extremidades que causa hinchazón
- infección de nariz, de senos nasales, de garganta y de vías respiratorias, resfriado (infección de las vías altas respiratorias), inflamación de la mucosa que recubre los bronquios
- depresión, ansiedad, problemas de sueño, nerviosismo

Efectos adversos frecuentes que pueden aparecer en los análisis de sangre:

- aumento del azúcar (glucosa) en sangre
- disminución del número de glóbulos blancos
- disminución del número de neutrófilos
- disminución de la albúmina de la sangre
- disminución de los niveles de hemoglobina
- aumento de la bilirrubina en sangre (una sustancia producida por el hígado)
- cambios en las enzimas que controlan la coagulación de la sangre

Efectos adversos poco frecuentes

Pueden afectar hasta **1 de cada 100** personas:

- dolor al orinar
- alteraciones en el ritmo cardiaco (prolongación del intervalo QT)
- gripe estomacal (gastroenteritis), dolor de garganta
- ampollas/dolor en la boca, inflamación del estómago
- cambios en la piel, incluyendo cambios de color, descamación, enrojecimiento de la piel, picor, lesión y sudor nocturno
- coágulos sanguíneos en las venas del hígado (posible daño hepático y/o del sistema digestivo)
- mala coagulación en pequeños vasos sanguíneos con fallo renal
- prurito y moratones en lugar de inyección, molestias en el pecho
- disminución del número de glóbulos rojos (anemia) causada por destrucción masiva de glóbulos rojos (anemia hemolítica)
- confusión, agitación
- fallo hepático

Se han observado los siguientes efectos adversos asociados al tratamiento con Revolade en pacientes con anemia aplásica grave (AAG)

Si estos efectos adversos se agravan, por favor informe a su médico, farmacéutico o enfermero

Efectos adversos muy frecuentes

Pueden afectar a **más de 1 de cada 10** personas:

- tos
- dolor de cabeza
- dolor en la boca y garganta
- diarrea
- mareo, náuseas
- dolor articular (artralgia)
- dolor en las extremidades (brazos, piernas, manos y pies)
- vértigos
- sentirse muy cansado
- fiebre
- escalofríos
- picor de ojos
- ampollas en la boca
- dolor abdominal
- espasmos musculares

Efectos adversos muy frecuentes que pueden aparecer en una analítica

- cambios anormales de las células de su médula ósea
- aumento de la enzima hepática aspartato aminotransferasa (AST)

Efectos adversos frecuentes

Pueden afectar **hasta 1 de cada 10** personas:

- ansiedad
- depresión
- sentir frío
- sensación de malestar general
- problemas en los ojos que incluyen problemas de visión, enturbiamiento de la lente del ojo (cataratas), manchas o depósitos en el ojo (cuerpos vítreos flotantes), ojo seco, picor de ojos, amarilleo del blanco de los ojos o de la piel
- sangrado de nariz
- problemas digestivos incluidos dificultad para tragar, dolor en la boca, hinchazón en la lengua, vómitos, pérdida del apetito, dolor/malestar de estómago, hinchazón de estómago, flatulencias/gases de la digestión, estreñimiento, alteraciones en la motilidad intestinal que pueden provocar estreñimiento, hinchazón, diarrea y/o los síntomas antes mencionados, cambios de coloración de las heces
- desmayos
- problemas de piel incluyendo manchas rojas o púrpuras debidas a sangrados debajo de la piel (petequias), erupción, picor, urticaria, lesiones en la piel
- sangrado en las encías
- dolor de espalda
- dolor muscular
- dolor de huesos
- debilidad (astenia)
- hinchazón de las extremidades inferiores debido a una acumulación de líquidos
- coloración anormal de la orina
- interrupción en la circulación al bazo (infarto esplénico)
- moqueo

Efectos adversos frecuentes que pueden aparecer en una analítica

- aumento de algunas enzimas debido a la degradación muscular (creatinina fosfoquinasa)
- acumulación de hierro en el cuerpo (sobrecarga de hierro)
- disminución de los niveles de azúcar (hipoglucemia)
- aumento de la bilirrubina en sangre (una sustancia producida por el hígado)
- disminución del número de glóbulos blancos

Efectos adversos de frecuencia no conocida

No puede estimarse la frecuencia a partir de los datos disponibles

- decoloración de la piel
- oscurecimiento de la piel
- daño hepático debido a la medicación

Comunicación de efectos adversos

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de posibles efectos adversos que no aparecen en este prospecto. También puede comunicarlos directamente a través del sistema nacional de notificación incluido en el [Apéndice V](#). Mediante la comunicación de efectos adversos usted puede contribuir a proporcionar más información sobre la seguridad de este medicamento.

5. Conservación de Revolade

Mantener este medicamento fuera de la vista y del alcance de los niños.

No utilice este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en el envase y en el sobre después de «CAD/EXP».

Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación.

No abra el sobre hasta que esté listo para utilizarlo. Una vez mezclado, Revolade se debe administrar inmediatamente, pero podría guardarla no más de 30 minutos a temperatura ambiente.

Los medicamentos no se deben tirar por los desagües ni a la basura. Pregunte a su farmacéutico cómo deshacerse de los envases y de los medicamentos que ya no necesita. De esta forma, ayudará a proteger el medio ambiente.

6. Contenido del envase e información adicional

Composición de Revolade

25 mg polvo para suspensión oral

El principio activo de Revolade es eltrombopag. Cada sobre contiene un polvo para reconstituir que libera 32 mg de eltrombopag olamina, equivalente a 25 mg de eltrombopag ácido libre.

Los demás componentes son: manitol (E421), sucralosa y goma xantana.

Aspecto del producto y contenido del envase

Revolade 25 mg polvo para suspensión oral está disponible en un kit que contiene 30 sobres; cada sobre contiene un polvo marrón rojizo a amarillo. En el kit también se incluye un frasco reutilizable para mezclar de 40 ml con tapón y tapa y 30 jeringas de dosificación para uso oral de un solo uso.

Titular de la autorización de comercialización

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlanda

Responsable de la fabricación

Lek d.d
Verovskova Ulica 57
Ljubljana 1526
Eslovenia

Novartis Pharmaceutical Manufacturing LLC
Verovskova Ulica 57
Ljubljana 1000
Eslovenia

Novartis Pharma GmbH
Sophie-Germain-Strasse 10
90443 Nürnberg
Alemania

Pueden solicitar más información respecto a este medicamento dirigiéndose al representante local del titular de la autorización de comercialización:

België/Belgique/Belgien

Novartis Pharma N.V.

Tél/Tel: +32 2 246 16 11

България

Novartis Bulgaria EOOD

Тел: +359 2 489 98 28

Česká republika

Novartis s.r.o.

Tel: +420 225 775 111

Danmark

Novartis Healthcare A/S

Tlf.: +45 39 16 84 00

Deutschland

Novartis Pharma GmbH

Tel: +49 911 273 0

Eesti

SIA Novartis Baltics Eesti filiaal

Tel: +372 66 30 810

Ελλάδα

Novartis (Hellas) A.E.B.E.

Tηλ: +30 210 281 17 12

España

Novartis Farmacéutica, S.A.

Tel: +34 93 306 42 00

France

Novartis Pharma S.A.S.

Tél: +33 1 55 47 66 00

Hrvatska

Novartis Hrvatska d.o.o.

Tel. +385 1 6274 220

Ireland

Novartis Ireland Limited

Tel: +353 1 260 12 55

Ísland

Vistor hf.

Sími: +354 535 7000

Italia

Novartis Farma S.p.A.

Tel: +39 02 96 54 1

Lietuva

SIA Novartis Baltics Lietuvos filialas

Tel: +370 5 269 16 50

Luxembourg/Luxemburg

Novartis Pharma N.V.

Tél/Tel: +32 2 246 16 11

Magyarország

Novartis Hungária Kft.

Tel.: +36 1 457 65 00

Malta

Novartis Pharma Services Inc.

Tel: +356 2122 2872

Nederland

Novartis Pharma B.V.

Tel: +31 88 04 52 111

Norge

Novartis Norge AS

Tlf: +47 23 05 20 00

Österreich

Novartis Pharma GmbH

Tel: +43 1 86 6570

Polska

Novartis Poland Sp. z o.o.

Tel.: +48 22 375 4888

Portugal

Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, S.A.

Tel: +351 21 000 8600

România

Novartis Pharma Services Romania SRL

Tel: +40 21 31299 01

Slovenija

Novartis Pharma Services Inc.

Tel: +386 1 300 75 50

Slovenská republika

Novartis Slovakia s.r.o.

Tel: +421 2 5542 5439

Suomi/Finland

Novartis Finland Oy

Puh/Tel: +358 (0)10 6133 200

Κύπρος
Novartis Pharma Services Inc.
Τηλ: +357 22 690 690

Sverige
Novartis Sverige AB
Tel: +46 8 732 32 00

Latvija
SIA Novartis Baltics
Tel: +371 67 887 070

Fecha de la última revisión de este prospecto:

La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos: <https://www.ema.europa.eu>.

INSTRUCCIONES DE USO

Revolade® 25 mg polvo para suspensión oral (eltrombopag)

Lea y siga las siguientes instrucciones para preparar una dosis de Revolade y administrarlo al paciente. Si tiene cualquier pregunta, o si está dañado o se ha perdido algún componente del kit, consulte con su médico, enfermero o farmacéutico.

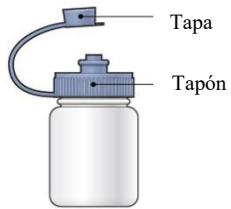
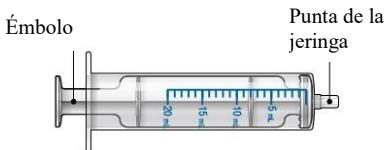
Antes de empezar

Lea estos mensajes primero

- El polvo de Revolade se debe mezclar únicamente con **agua** a temperatura ambiente.
- ⚠ **Administre el medicamento inmediatamente al paciente** tras haber mezclado el polvo con el agua. Si no utiliza el medicamento **en 30 minutos**, necesitará preparar una nueva dosis. Elimine la mezcla no deseada en la basura, **no lo tire por el desagüe**.
- Intente que el medicamento no toque su piel. Si esto ocurriera, lave el área inmediatamente con agua y jabón. Si le da una reacción alérgica o tiene dudas, contacte con su médico.
- Si derrama el polvo o el líquido, límpielo con un paño húmedo (ver el paso 14 de estas instrucciones).
- **Tenga cuidado que** los niños no jueguen con el frasco, el tapón, la tapa o las jeringas existe riesgo de asfixia si los niños se los ponen en la boca.

Qué necesita

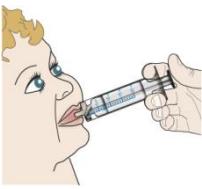
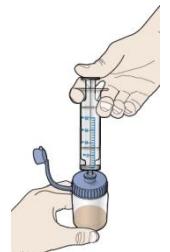
Cada kit de Revolade polvo para suspensión oral contiene:

30 sobres de polvo	
1 frasco de mezcla reutilizable con tapón y tapa (nota — el frasco para mezclar se puede manchar)	
30 jeringas de dosificación para uso oral de un solo uso	

Para preparar y dar la dosis de Revolade, usted necesita:

- El número correcto de sobres que su médico le haya recetado (incluido en el kit)
- 1 frasco reutilizable con tapón y tapa (incluido en el kit)
- 1 jeringa de dosificación para uso oral de un solo uso (incluido en el kit)
- 1 vaso o taza limpia con agua potable (no incluido)
- Tijeras para cortar el sobre (no incluido)

<p>Compruebe que el frasco, el tapón y la tapa estén secos antes de utilizarlos.</p> <p>Preparar la dosis</p>	
<p>1. Compruebe que el tapón no esté puesto en el frasco de mezcla.</p> <p>2. Llene la jeringa con 20 ml de agua del vaso o taza. Utilice una nueva jeringa de dosificación para uso oral cada vez que prepare una nueva dosis de la suspensión oral de Revolade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empuje el émbolo hasta el final de la jeringa. • Coloque la punta de la jeringa en el fondo del agua. • Tire del émbolo hasta que marque 20 ml en la jeringa. 	
<p>3. Vacíe el agua en el frasco para mezcla abierto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empuje lentamente el émbolo hasta el final de la jeringa. 	
<p>4. Coja del kit solo el número de sobres que le han recetado para una dosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis de 12,5 mg dose — 1 sobre (lea el paso 9 para ver las instrucciones para una dosis de 12,5 mg utilizando un sobre de 25 mg.) • Dosis de 25 mg — 1 sobre • Dosis de 50 mg — 2 sobres • Dosis de 75 mg — 3 sobres 	
<p>5. Añada el polvo del número de sobres prescritos para una dosis en el frasco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toque la parte de arriba de cada sobre para asegurarse de que el contenido está al fondo. • Corte la parte de arriba del sobre con unas tijeras. • Vacíe el contenido de cada sobre en el frasco de mezcla. • Asegúrese no derramar el polvo fuera del frasco. 	
<p>6. Enrosque el tapón en el frasco. Asegúrese de que la tapa está bien apretada con el tapón para que quede bien cerrado.</p>	
<p>7. Con cuidado y lentamente agite el frasco hacia delante y hacia atrás durante al menos 20 segundos para mezclar el polvo con el agua.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No agite fuertemente el frasco — que podría hacer espuma. 	
<p>Administrar la dosis al paciente</p>	
<p>8. Asegúrese que el émbolo está al final de la jeringa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retire la tapa del tapón del frasco de mezcla. • Coloque la punta de la jeringa en el orificio del tapón del frasco. 	

<p>9. Llene la jeringa con el medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponga el frasco boca abajo con la jeringa puesta. • Tire del émbolo: <ul style="list-style-type: none"> ◦ hasta la marca de la jeringa donde pone 10 ml para una dosis de 12,5 mg ◦ hasta que todo el medicamento esté en la jeringa (para una dosis de 25 mg, o 50 mg o 75 mg). • El medicamento es un líquido de color marrón oscuro. • Retire la jeringa del frasco. 	
<p>10. Administre el medicamento al paciente. Hágalo inmediatamente después de preparar la dosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloque la punta de la jeringa en el interior de la mejilla del paciente. • Empuje lentamente el émbolo hasta el final para que el medicamento entre en la boca del paciente. <p>Asegúrese de que el paciente tiene tiempo para tragar.</p>	
<p>IMPORTANTE si está administrando una dosis de 25 mg, 50 mg, o 75 mg: Ha administrado al paciente casi toda la dosis. Aún queda algo en el frasco, aunque no lo vea. Ahora necesita completar los pasos del 11 al 13 para asegurarse de que el paciente se ha tomado toda la medicina</p>	
<p>11. Una vez más llene la jeringa, esta vez con 10 ml de agua.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empuje el émbolo hasta el final de la jeringa. • Coloque la punta de la jeringa en el fondo del agua • Tire del émbolo hasta que marque 10 ml en la jeringa. 	
<p>12. Vacíe el agua en el frasco para mezcla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloque la punta de la jeringa en el orificio del tapón del frasco. • Empuje lentamente el émbolo hasta el final de la jeringa oral. • Ponga la tapa en el tapón del frasco de mezcla 	
<p>13. Repita los pasos del 7 al 10 – agite suavemente el frasco para mezclar lo que queda de medicamento, administre al paciente todo el resto de líquido.</p>	
<p>IMPORTANTE si está administrando una dosis de 12,5 mg: No utilice la mezcla restante en el frasco para otra dosis. Pregunte a su farmacéutico cómo debe tirarse la mezcla restante.</p>	
<p>Para limpiar</p>	
<p>14. Si ha derramado el polvo o la mezcla, límpielo con un paño desechable. Puede utilizar guantes desechables para que su piel no se manche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deseche a la basura la ropa y guantes utilizados para limpiar lo derramado. 	
<p>15. Limpie el equipo de mezcla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tire la jeringa para uso oral utilizada. Utilice una nueva jeringa de dosificación para uso oral cada vez que prepare una nueva dosis de la suspensión oral de Revolade. • Enjuague el frasco de mezcla y la tapa con agua corriente. (El frasco de mezcla se puede manchar debido al medicamento. Esto es normal.). • Deje que se seque al aire todo el equipo. • Lave sus manos con agua y jabón. 	
<p>Cuando haya utilizado los 30 sobres del kit, deseche el frasco. Utilice siempre un nuevo kit completo cada 30 sobres.</p>	

Mantenga Revolade polvo para suspensión oral, incluido el kit de dosificación, y todos los medicamentos fuera del alcance de los niños.